

Effects of Networks Development for Mental Health Care in COVID-19 Survivors under the Cooperative Mechanism of the District Health Board in Samut Sakhon Province

*Santi Laownipon, B.Sc.**

Abstract

This study aimed to study the effects of networks development of mental health care for COVID-19 survivors under the cooperative mechanism of the District Health Board (DHB) in Samut Sakhon Province. Analytical evaluation research with CIPP model was conducted between September 2020–September 2021. Three sample group included: 208 health personnel, 382 local networks, 204 post-COVID-19 patients. The tools used in the study were a Health personnel questionnaire, a local network participation questionnaire, and a post-COVID-19 psychological care outcomes questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentages, means, standard deviation, the multiple linear regression and content analysis.

The results were as follow: 1) Context-input analysis of DHB's cooperation mechanism revealed a high level of cooperation. The highest score was development of care services for patients after COVID-19, hospitals (mean=4.09, SD=0.54). 2) Process improvement were actions to solve mental health problems by building a care network for patients after COVID-19 found that the local network (Executives of local government organizations, community leaders and village health volunteers), Participation in high-level post-COVID-19 mental care, most in fulfilling roles (mean=4.32, SD=0.49). 3) evaluation of results Product-output after development. The most stressful states were less concentrated (mean=1.43, SD=0.65). The most depressive episodes were feeling bad, thinking of themselves as a failure or disappointing their family (mean=2.25, SD=1.25). Factors affecting the overall quality of life of patients after COVID-19 that statistically significant at the 0.05 level and could predicted the overall quality of life of patients after COVID-19 by 58% (constant B= 4.619, adj.R²= 0.588, p<0.001). The factors were psychological, environmental, income, social, physical health, depression and stress, respectively.

Conclusion: after developing a network for Mental Health Care in COVID-19 Survivors under the Cooperative Mechanism of DHB, resulting in post-COVID-19 patients in a good overall quality of life.

Keywords: Networks Development; COVID-19 Survivors; District Health Board

*Krathum Baen District Public Health Office, Samut Sakhon Province

Received: June 21, 2022; Revised: June 28, 2022; Accepted: August 9, 2022

ผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ภายใต้งlobal ความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสมุทรสาคร

สันติ เหล่านิพนธ์, ว.ท.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ภายใต้งlobalความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสมุทรสาคร

วัสดุและวิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation Research) โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP model เก็บข้อมูลระหว่างกันยายน 2563 ถึง กันยายน 2564 กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม คือบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 208 คน เครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 382 คน และผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 204 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามบุคลากรสาธารณสุข แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นและแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Multiple Linear Regressionและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสรุปเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: 1) การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า ด้านglobalความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพบว่า มีความร่วมมือในระดับสูงโดยมีคะแนนมากที่สุดในด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ของสถานพยาบาล (mean=4.09, SD=0.54) 2) กระบวนการพัฒนาการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิตโดยสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า เครือข่ายท้องถิ่น (ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มีส่วนร่วมในการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับสูงโดยมีคะแนนมากที่สุดในการปฏิบัติตามบทบาท (mean=4.32, SD= 0.49) 3) การประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนาคือ ผลลัพธ์การดูแลจิตใจในผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะความเครียดมากที่สุด ในด้านมีสมาธิน้อยลง (mean=1.43, SD=0.65) และมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ในด้านรู้สึกไม่คิดที่ตนเองล้มเหลวหรือทำให้ครอบครัวผิดหวัง (mean=2.25, SD=1.25) และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ได้ร้อยละ 58 (ค่าคงที่ B=4.619, adj.R²= 0.588, p<0.001) ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม รายได้ ด้านสังคม ด้านสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้าและความเครียด ตามลำดับ

สรุป หลังการพัฒนาเครือข่ายการดูแลจิตใจภายใต้งlobalความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดี

คำสำคัญ : การพัฒนาเครือข่าย; ผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกระทุ่มแบนจังหวัดสมุทรสาคร

ได้รับต้นฉบับ: 21 มิถุนายน 2565; แก้ไขบทความ: 28 มิถุนายน 2565; รับลงตีพิมพ์: 9 สิงหาคม 2565

บทนำ

จากสถานการณ์โควิด-19 ปีงบประมาณ 2563-2564 จังหวัดสมุทรสาคร อ้างอิงจากสถิติผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนสู่จังหวัดสมุทรสาคร เริ่มพบผู้ป่วยเมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2563 (อำเภอเมือง 10 คน, อำเภอกระทุ่มแบน 8 คน, อำเภอบ้านแพ้ว ไม่มี รวม 18 คน) ในปี 2564 พบผู้ป่วยที่ตลาดกลางกุ้งจังหวัดสมุทรสาคร เริ่มป่วยวันที่ 17 ธันวาคม 2563-31 ธันวาคม 2564 (อำเภอเมือง 67,092 คน, อำเภอกระทุ่มแบน 24,051 คน, อำเภอบ้านแพ้ว 4,455 คน รวมจำนวน 95,598 คน) และมีผู้เสียชีวิต (อำเภอเมือง 623 คน, อำเภอกระทุ่มแบน 272 คน, อำเภอบ้านแพ้ว 75 คน รวมเสียชีวิต 970 คน)⁽¹⁾

หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับของจังหวัดสมุทรสาครได้ดำเนินการเชิงรุกในการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม โดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตออนไลน์ (Mental Health Check In) เพื่อประเมินความเครียดเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย และภาวะหมดไฟ (Burn Out) เน้นให้กลุ่มเสี่ยงได้เข้าถึงบริการ และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดความรุนแรงไม่กลับเป็นซ้ำและเฝ้าระวังผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเองซ้ำ⁽²⁾ มีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ผู้ป่วยจากโรคโควิด-19 มีความเสี่ยงสูงด้านความผิดปกติของภาวะจิตใจ โดยเฉพาะด้านความเครียด วิตกกังวล และโรคอารมณ์แปรปรวนสองด้าน โดยมี ความเป็นไปได้ว่าเชื้อโรคโควิด-19 ไปทำลายเซลล์ส่วนใหญ่ในร่างกายก่อให้เกิดความเครียดได้⁽³⁾ นอกจากนี้

ภาวะ “โควิดยาว” (Long COVID) หรือ “กลุ่มอาการภายหลังเป็นโควิด-19” (Post-COVID Syndrome) คือ ภาวะที่มีอาการหรือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหลังหายจากการติดเชื้อโควิด-19 ตรวจไม่พบเชื้อโควิดแล้ว และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป และอาจคงอยู่เป็นเวลาหลายๆ เดือน อาจเป็นปีหรือตลอดไป เนื่องจากอาการของภาวะ Long COVID มีมากมายหลากหลาย ถ้ามีอาการน้อย ไม่รบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติ และอาการลดลงตามกาลเวลา ก็ไม่ต้องการการรักษา นอกจากการดูแลสุขภาพทั้งกายและใจของตนให้แข็งแรงขึ้นแล้วอาการทั้งหมดจะหายเองในเวลาไม่นาน แต่ถ้ามีอาการรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติ หรือไม่แน่ใจว่าอาการนั้นเป็นอาการของภาวะ Long COVID อาจต้องไปพบแพทย์ เพื่อตรวจดูว่าอาการนั้นๆ ไม่ได้เกิดจากภาวะอื่นหรือโรคอื่นที่มีการรักษาโดยเฉพาะ⁽⁴⁾

การจัดการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นระบบการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย จังหวัดสมุทรสาครได้ใช้กลไก ผลักดันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ความรู้ ไม่ให้มีแรงงานข้ามชาติติดโควิด-19 แม้แต่รายเดียวเกิดเป็นกิจกรรม “อสม.เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด-19” ในพื้นที่ของจังหวัดสมุทรสาคร ที่มีแรงงานข้ามชาติประมาณ 200,000-300,000 คน และเกิดการใช้กลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) โดยใช้สื่อเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องโควิด-19 กับกลุ่มประชากรข้ามชาติ 3 ภาษา ได้แก่ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ที่ยังอาศัยอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร⁽⁵⁾

โดยใช้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่ โดยมีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังโควิด-19 ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลที่จำเป็นและครอบคลุม รวมทั้งการพัฒนาและจัดทรัพยากรการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนเป็นสำคัญ การขับเคลื่อนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้มีประสิทธิภาพและให้เกิดเป็นรูปธรรม โดยให้มีการบูรณาการการทำงานในทุกภาคส่วนให้ช่วยกันขับเคลื่อนให้ประชาชนมีความสุขได้อย่างทั่วถึง เพื่อวางแผนและออกแบบการพัฒนาระบบสุขภาพ อันจะนำมาสู่การสนับสนุนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นระบบอย่างยั่งยืน

ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 อาจได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ภาวะอ่อนล้าในผู้ป่วยโควิด-19 ระยะฟื้นฟูหลังรักษาหาย และวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับอาการอ่อนล้า รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลยังมีน้อยมาก ไม่เพียงพอต่อการเข้าใจและเข้าถึงปัญหา รวมถึงการวางแผนให้การช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหายหรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีวิธีการจัดการกับอาการเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นเหตุให้เกิดการศึกษาครั้งนี้ขึ้น อีกทั้งยังไม่พบว่ามีรายงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

จิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่รับผิดชอบของจังหวัดสมุทรสาคร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาเครือข่ายการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสมุทรสาคร ครั้งนี้ เพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 และนำผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพจิต และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนและการจัดระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพ ปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาเครือข่ายการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นในการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลจิตใจในผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19
4. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19

วัสดุและวิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย:เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation Research)

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร⁽⁶⁾ ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}{(e^2(N-1)) + Z_{\alpha/2}^2 (p(1-p))}$$

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 208 คน จากทั้งหมดจำนวน 367 คน

กำหนดค่า P อ้างอิงสัดส่วนจากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ⁽⁷⁾ พบค่าเฉลี่ยสูงสุดในการนำรูปแบบไปใช้ เท่ากับ 3.47 ค่า $p=0.34$

$$n = \frac{416 \times (1.96)^2 \times (0.34(1-0.34))}{(0.05)^2 \times (416 - 1) + (1.96)^2(0.34(1-0.34))}$$

= 189 คน

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 (จากจำนวน 189 คน) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายหรือตอบกลับไม่ครบ ได้ขนาดตัวอย่างเป็นจำนวน 208 คน

กำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ ผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง เพื่อประเมินการพัฒนาการไกลความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และที่มีส่วนร่วมในการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19

เกณฑ์การคัดออกคือผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่ง ที่มีภารกิจ

และไม่สะดวกให้ข้อมูล

2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 382 คน ทั้งจังหวัดมีจำนวน 4,074 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารท้องถิ่น จำนวน 37 คน แกนนำชุมชน จำนวน 301 คน อสม. จำนวน 3,736 คน⁽⁸⁾

กำหนดค่า P อ้างอิงสัดส่วนจากการศึกษาผลการประเมินสุขภาพจิตตนเองให้เป็นกิจกรรมหนึ่งในแต่ละวัน ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยผ่านแอปพลิเคชัน อสม. ออนไลน์ พบว่ามีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 45.5 ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า $p = 0.45$

$$n = \frac{4,074 \times (1.96)^2 \times (0.45(1-0.45))}{(0.05)^2 \times (4,074 - 1) + (1.96)^2(0.45(1-0.45))}$$

= 348 คน

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 (จากจำนวน 348 คน) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายหรือตอบกลับไม่ครบ ได้ขนาดตัวอย่างเป็นจำนวน 382 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสมุทรสาคร

เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดสมุทรสาครที่มีภาระกิจและไม่อยู่ในจังหวัดช่วงที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. กลุ่มผู้ป่วยหลังโควิด-19 จำนวน 204 คน กลุ่มผู้ป่วยหลังโควิด-19 ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2564 ในจังหวัดสมุทรสาครทั้งหมด มีจำนวน 95,616 คน สำหรับสอบถามข้อมูลสภาพจิตใจ

ผู้ป่วยหลังโควิด-19

กำหนดค่า P อ้างอิงสัดส่วน จาก การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COVID-19 หลังรักษาหาย⁽⁹⁾ มีคะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตหลังรักษาหายจากโควิด-19 เท่ากับ 8.65 ค่า $p = 0.86$

$$n = \frac{95,616 \times (1.96)^2 \times (0.86 (1-0.86))}{(0.05)^2 \times (95,616 - 1) + (1.96)^2 (0.86 (1-0.86))} = 185 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 (จากจำนวน 185 คน) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 204 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยหลัง การติดเชื้อโควิด -19 ระหว่างปีงบประมาณ 2563- 2564 อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

เกณฑ์การคัดออกคือผู้ป่วยหลังโควิด-19 ระหว่างปีงบประมาณ 2563-2564 อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอาการ เจ็บป่วยรุนแรง ไม่สะดวกให้ข้อมูล ย้ายไปอยู่นอก จังหวัดสมุทรสาครหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 25 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นข้อมูล เกี่ยวกับการดำเนินงานตามกลไกความร่วมมือของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหาร จัดการระบบการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อ โควิด-19 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอ 2) การจัดการเชิงรุกในชุมชน ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน (รพ./รพ.สต./อปท.) 3) มาตรการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ 4) การพัฒนา ระบบบริการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อ โควิด-19 ใน รพ./รพ.สต. และ 5) การบูรณาการ เข้าไปกับงานสาธารณสุขอื่น เป็นแบบให้เลือกรับ rating scale 5 ระดับ (1 = ไม่มี ถึง 5 = มากที่สุด)

2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดการพัฒนาเครือข่ายของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁰⁾ ข้อมูลการมี ส่วนร่วมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมสนับสนุนช่วยเหลือ การดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสมุทรสาคร ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วม ค้นหาค้นหาปัญหา การปฏิบัติตามบทบาทเครือข่าย (อปท. แกนนำ อสม.) การติดตามเยี่ยมบ้านดูแล หลังป่วยโควิด-19 และด้านการมีส่วนร่วมติดตาม ประเมินผลเป็นแบบให้เลือกรับ rating scale 5 ระดับ (1 = ไม่มี ถึง 5 = มากที่สุด)

3. แบบสอบถามประเมินผลลัพธ์การดูแล จิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 เกี่ยวกับการ ดำเนินงานของ พชอ. ปรับใช้แบบประเมิน ที่ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบความเชื่อมั่น จากการศึกษาของนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ การกลับไปรักษาซ้ำ ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (ST-5) จำนวน 5 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบประเมินความเครียด

(ST-5) ที่ทดสอบความสอดคล้องกับผลการประเมินของแบบประเมิน Thai-HADS⁽¹¹⁾ ($\alpha = 0.89$) เกี่ยวกับความเครียดหรือวิตกกังวล การตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ (0=แทบไม่มี, 1=บางครั้ง, 2=บ่อยครั้ง, 3=เป็นประจำ) การแปลผลค่าคะแนน ดังนี้ คะแนน 0-4 ความเครียดน้อย, คะแนน 5-7 ความเครียดปานกลาง, คะแนน 8-9 ความเครียดมาก, คะแนน 10-15 ความเครียดมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ ประยุกต์จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า(9Q)⁽¹¹⁾ ($\alpha = 0.75$) การตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ (0=ไม่มี, 1=เป็นบางวัน 1-7 วัน, 2=เป็นบ่อย > 7 วัน, 3=เป็นทุกวัน) การแปลผลค่าคะแนน ดังนี้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6), มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (7-12), มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18), มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (19 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต 26 ข้อ (QOL: Quality of Life Indicator) ประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁽¹¹⁾ ($\alpha 0.84$) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกเป็น ไม่ดี ปานกลาง และ ดี ตามระดับคะแนน ดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	7 -16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (Mental)	6 -14	15-22	23-30
ด้านสังคม (Social)	3 - 7	8 -11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)		8 -18	19-29 30-40
Total	26-60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามและแบบประเมินตามเกณฑ์การประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลักที่มีการศึกษาและตรวจสอบเครื่องมือแบบประเมินสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกฉบับ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามและแบบประเมินที่ได้มีศึกษาและการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้

- แบบสอบถามบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 25 ข้อ ($\alpha=0.88$)

- แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 20 ข้อ ($\alpha= 0.89$)

- แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) ($\alpha = 0.75$)

- แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ($\alpha 0.84$)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้แบบจำลอง CIPP model⁽¹²⁾ ดังนี้

1. การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context- input)ด้านกลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจังหวัดสมุทรสาคร

2. กระบวนการพัฒนา (process improvement) ประเมินผลการพัฒนาการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิต โดยสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19

3. ประเมินผลลัพธ์หลังพัฒนา (Product-output) คือผลลัพธ์การดูแลจิตใจในผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ การประเมินความเครียด (ST-5) การประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และการประเมินคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ multiple linear regression

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระหว่างเดือนกันยายน 2563-กันยายน 2564 ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเองดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยแก่อาสาสมัครโดยละเอียดเพื่อให้อาสาสมัครตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจซึ่งอาสาสมัครสามารถเลือกไม่ตอบในข้อคำถามใดก็ได้หรือยุติการตอบ

แบบสอบถามเมื่อใดก็ได้

2. ในการการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายความ ในกรณีอาสาสมัครอ่านออกเขียนได้ จะขอให้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านและเขียนตอบแบบสอบถามเองได้ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังและเขียนคำตอบให้เอง

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เลขที่ 011/64 ลงวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context-input) ด้านกลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพบว่า มีความร่วมมือในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนมากที่สุดคือด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในรพ. และรพ.สต. (mean=4.09, SD=0.54) รองลงมาคือการจัดการเชิงรุกในชุมชนร่วมกันระหว่างหน่วยงาน รพ./รพ.สต./อปท. (mean=4.03, SD=0.67) และการบริหารจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (mean=3.91, SD=0.67) ตามลำดับ (แสดงดังตาราง 1)

ตาราง 1 กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n=208)

กลไกความร่วมมือ	Mean (SD)	ระดับ
การบริหารจัดการระบบการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.91(0.67)	สูง
การจัดการเชิงรุกในชุมชนร่วมกันระหว่างหน่วยงาน รพ./รพ.สต./อปท.	4.03(0.67)	สูง
มาตรการรณรงค์และการประชาสัมพันธ์	3.62(0.64)	สูง
การพัฒนาบริการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ใน รพ. และรพ.สต.	4.09(0.54)	สูง
การบูรณาการเข้าไปกับงานสาธารณสุขอื่น	3.84(0.73)	สูง

2. กระบวนการพัฒนา (process improvement) พัฒนาการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิต โดยสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยการติดเชื้อโรคโควิด-19 หลังรักษาหายของเครือข่ายท้องถิ่น ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า เครือข่ายท้องถิ่น (ผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสมุทรสาคร ในระดับสูงมากที่สุด ในด้านการปฏิบัติตามบทบาท อปท.-แกนนำ-อสม. (mean=4.32, SD= 0.49) รองลงมาคือ การติดตามเยี่ยมบ้านดูแลหลังป่วยโควิด-19 (mean=4.29, SD=0.50) และการมีส่วนร่วมประเมินผล (mean=4.12, SD= 0.57) ตามลำดับ (แสดงดังตาราง 2)

ตาราง 2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น (n=382)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	Mean (SD)	ระดับ
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา	3.81(0.49)	สูง
มีส่วนร่วมปฏิบัติตามบทบาท อปท. แกนนำ อสม.	4.32(0.49)	สูง
การมีส่วนร่วมติดตามเยี่ยมบ้านดูแลหลังป่วยโควิด-19	4.29(0.50)	สูง
การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล	4.12(0.57)	สูง

3. การประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา (Product-output) ผลการประเมินความเครียด (ST-5) ของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่าผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ มีความเครียดปานกลางร้อยละ 63.7 รองลงมาคือมีความเครียดมาก ร้อยละ 28.4 และมีความเครียดน้อย ร้อยละ 4.4 (แสดงดังตาราง 3)

ตาราง 3 ระดับความเครียดของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 (n=204)

ระดับความเครียด(คะแนน)	จำนวน(ร้อยละ)
มีความเครียดน้อย (0-4)	9(4.4)
มีความเครียดปานกลาง (5-7)	130(63.7)
มีความเครียดมาก (8-9)	58(28.4)
มีความเครียดมากที่สุด (10-15)	7(3.4)

โดยผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 มีความเครียดมากที่สุดในด้านมีสมาธิ น้อยลง (mean=1.43, SD=0.65) รองลงมาคือมี ปัญหาการนอน (mean=1.32, SD=0.60) และ หงุดหงิด กระวนกระวาย (mean=1.12, SD=0.50) ตามลำดับ (แสดงดังตาราง 4)

ตาราง 4 ผลการประเมินความเครียด (ST-5) ของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 (n=204)

อาการ	คะแนนความเครียด/จำนวน(ร้อยละ)				Mean (SD)
	ไม่มี	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ	
1. มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	12(5.9)	118(57.8)	71(34.8)	3(1.5)	1.32(0.60)
2. มีสมาธิน้อยลง	6(2.9)	116(56.9)	70(34.3)	12(5.9)	1.43(0.65)
3. หงุดหงิด กระวนกระวายใจ	6(2.9)	176(86.3)	13(6.4)	9(4.4)	1.12(0.50)
4. รู้สึกเบื่อ เซ็ง	8(3.9)	175(85.8)	11(5.4)	10(4.9)	1.11(0.52)
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	5(2.5)	186(91.2)	7(3.4)	6(2.9)	1.07(0.41)

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ร้อยละ 68.6 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 29.9 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ (แสดงดังตาราง 5)

ตาราง 5 ระดับภาวะซึมเศร้า (9Q) ของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 (n=204)

ระดับภาวะซึมเศร้า(คะแนน)	จำนวน(ร้อยละ)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6)	3(1.5)
มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (7-12)	140(68.6)
ระดับปานกลาง (13-18)	61(29.9)
ระดับรุนแรง (19 คะแนนขึ้นไป)	0(0.0)

โดยผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดในด้านรู้สึกไม่ดีกับตนเอง (Mean= 2.25, SD=1.25) รองลงมาคือ พุดซ้า คิดว่าตนเองล้มเหลวหรือทำให้ครอบครัวผิดหวัง

ทำอะไรช้าลงหรือกระสับกระส่าย (Mean=1.35, SD= 0.53) ตามลำดับ (แสดงดังตาราง 6) SD=0.65) และสมาธิไม่ดี (Mean=1.28,

ตาราง 6 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของผู้ป่วยหลังโควิด-19 (n=204)

อาการ	ระดับคะแนน/จำนวน(ร้อยละ)				Mean (SD)
	ไม่มี	บางวัน	เป็นบ่อย	ทุกวัน	
1. เบื่อไม่อยากทำอะไร	14(6.9)	144(70.6)	45(22.1)	1(0.5)	1.16(0.53)
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	9(4.4)	142(69.6)	51(25.0)	2(1.0)	1.23(0.53)
3. หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับๆ ตื่นๆ	2(1.0)	182(89.2)	16(7.8)	4(2.0)	1.11(0.39)
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	3(1.5)	191(93.6)	6(2.9)	4(2.0)	1.05(0.34)
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0(0.0)	192(94.1)	10(4.9)	2(1.0)	1.07(0.29)
6. รู้สึกไม่ดีกับตนเอง คิดว่าตนเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือทำให้ครอบครัวผิดหวัง	45(22.1)	7(3.4)	5(2.5)	147(72.1)	2.25(1.25)
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่นดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	8(3.9)	132(64.7)	63(30.9)	1(0.5)	1.28(0.53)
8. พุดซ้ำ ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	9(4.4)	125(61.3)	59(28.9)	11(5.4)	1.35(0.65)
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงดี	11(5.4)	175(85.8)	14(6.9)	4(2.0)	1.05(0.44)

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (mean=4.25, SD=0.56) มากที่สุดในด้านสุขภาพกาย (Physical) (mean=4.24, SD=0.56) รองลงมาคือด้านจิตใจ (Mental) (mean=3.55, SD=1.30) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) (mean=2.76, SD=0.45) ตามลำดับ (แสดงดังตาราง 7) เมื่อพิจารณาราย

ข้อพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 มีคะแนนมากที่สุดในเรื่องสามารถเดินทางด้วยตนเองได้ดี (mean=4.25, SD=0.61) รองลงมาคือพอใจ ต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา (mean=4.24, SD=0.56) พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ (mean=4.24, SD=0.60) และรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน (mean=4.24, SD=0.56)

ตาราง 7 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 จำแนกรายด้าน (n=204)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต จำนวน(ร้อยละ)			Mean (SD)	ระดับ
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี		
ด้านสุขภาพกาย (Physical)	6(0.29)	45(22.1)	153(75.0)	4.24(0.56)	ดี
ด้านจิตใจ (Mental)	3(1.5)	58(28.4)	143(70.1)	3.55(1.30)	ดี
ด้านสังคม (Social)	2(1.0)	184(90.2)	18(8.8)	2.68(0.49)	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	42(20.6)	159(77.9)	3(1.5)	2.76(0.45)	ปานกลาง
รวม	5(2.5)	6(0.29)	193(94.6)	4.25(0.56)	ดี

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นตามสมมติฐานจำนวน 7 ปัจจัย จากทั้งหมด 10 ปัจจัย สามารถรวมกันทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ได้ร้อยละ 58 (ค่าคงที่ B=4.619, adj.R²=0.588, p<0.001) (แสดงดังตาราง 8) เรียงตามลำดับความสามารถทำนายมากไปน้อย ดังนี้

1. ด้านจิตใจ (adj.R²=0.588)
2. ด้านสิ่งแวดล้อม (adj.R²=0.574)
3. รายได้ (adj.R²=0.251)
4. ด้านสังคม (adj.R²=0.173)
5. ด้านสุขภาพกาย (adj.R²=0.171)
6. ภาวะซึมเศร้า (adj.R²=0.073)
7. ความเครียด (adj.R²=0.057)

เขียนในรูปของสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

$$\hat{y} = \text{Constant } 4.619 + 0.588X_1 + 0.574X_2 + 0.251X_3 + 0.173X_4 + 0.171X_5 + 0.073X_6 + 0.057X_7$$

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังโควิด-19 (n=204)

ปัจจัย	B	Beta	R ² Chang	R ² Adj.	F Chang	P-value
ค่าคงที่ =4.619	2.155	0.643	0.590	0.588	291.203	<0.001*
1.อายุ	0.097	0.084	0.007	0.002	1.449	0.230
2.รายได้	0.001	0.505	0.255	0.251	69.101	<0.001*
3.การกลับไปรักษาซ้ำ	-0.419	-0.022	0.001	-0.004	0.102	0.750
4.ภาวะสุขภาพปัจจุบัน	-1.573	-0.079	0.006	0.001	1.273	0.127
5.ความเครียด (ST-5)	-1.083	-0.249	0.062	0.057	13.296	<0.001*
6.ภาวะซึมเศร้า (9Q)	1.021	0.278	0.077	0.073	16.906	<0.001*
7.ด้านสุขภาพกาย (Physical)	0.771	0.419	0.176	0.171	43.001	<0.001*
8.ด้านจิตใจ (Mental)	2.991	0.768	0.590	0.588	291.203	<0.001*
9.ด้านสังคม (Social)	1.900	0.421	0.177	0.173	43.513	<0.001*
10.ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	1.197	0.759	0.576	0.574	274.948	<0.001*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05, โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise

วิจารณ์

1. การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context- input) ด้านกลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ⁽¹⁴⁾ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสมุทรสาคร (DHB: District Health Board) มีนายอำเภอเป็นประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายกอปท. พร้อมทีมกรรมการจากทุกภาคส่วน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการมีการจัดประชุมคณะกรรมการ DHB อย่างต่อเนื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาทีมหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) พัฒนาการบริหารจัดการและกลไกการขับเคลื่อน มีความเชื่อมโยง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การบริหารจัดการเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสมุทรสาคร (DHS: District Health System) เป็นระบบงานและการบริหารจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ 2) การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCA: Primary Care Award) เป็นหลักการและกรอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 3) การพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว (FCT: Family care Team) เป็นบุคลากร ทีมสหวิชาชีพในระดับอำเภอและตำบลร่วมกับทีมจิตอาสาในชุมชน ที่มีบทบาทให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 และดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้นและมีความสุข และ 4) การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพชุมชน (CHS: Community Health System) ซึ่งเป็นระบบเชื่อมโยงองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์

กันของระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายท้องถิ่นทำให้ประชาชนสุขภาพดีและมีความสุขโดยชุมชนเป็นเจ้าของร่วมกับหน่วยงานในท้องถิ่น

จากการศึกษานี้พบว่า ความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความร่วมมือในระดับสูง โดยมีคะแนนมากที่สุดในการพัฒนาระบบบริการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 สถานพยาบาล การจัดการเชิงรุกในชุมชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการบริหารจัดการระบบการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิริติ เวียงนา⁽¹⁵⁾ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ พบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พขอ. ทั้ง 4 ด้าน มีดังนี้ 1. ด้านการวางแผนและการตัดสินใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2. ด้านการปฏิบัติการโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3. ด้านผลประโยชน์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากและ 4. ด้านการตรวจสอบและประเมินผล โดยประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูงสุดในเดือนกรกฎาคม 2564 ได้ประสานส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดูแลช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่โดยใช้กลไก 3 หมอ (หมอประจำตัว 3 คน คือ อสม. หมอประจำบ้าน คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) ให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพใจของประชาชนในพื้นที่แบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ มี “วัดสุขภาพใจของประชาชน” ในชุมชน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพประชาชน

แบบองค์รวมและรอบด้าน มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี⁽²⁾

2. กระบวนการพัฒนา (process improvement) โดยจังหวัดสมุทรสาคร ได้พัฒนาการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิตโดยมีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาหายของเครือข่ายท้องถิ่น ติดตามให้คำแนะนำความรู้การปฏิบัติตนเองช่วยส่งเสริมให้เกิดความหวังและกำลังใจ จากความสำเร็จ ผู้ให้การช่วยเหลือมีหน้าที่ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาลงมือทำได้ตามแนวทางการแนะนำ หากยังไม่มั่นใจขาดข้อมูลหรือทักษะที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและอาสาสมัครในพื้นที่ ชุมชนให้ข้อมูลแนะนำแหล่งที่จะหาข้อมูลให้กำลังใจฝึกทักษะที่เกี่ยวข้อง ช่วยฝึกซ้อมจนเกิดความพร้อมในการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ โดยเน้นการแก้ปัญหาระยะสั้นที่มีความสำคัญเร่งด่วนก่อนเมื่อมีความเชื่อมั่นมากขึ้น และเข้าใจปัญหาและผลกระทบจากการป่วยโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น กระบวนการดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดประชุมแบบออนไลน์ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ปีงบประมาณ 2563-2564 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งได้ตั้งกลุ่มไลน์ “ชาวสมุทรสาครช่วยโควิด” เชิญผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพทางสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำชุมชน

การศึกษานี้พบว่า เครือข่ายท้องถิ่น (ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มีส่วนร่วมในการดูแลจิตใจผู้ป่วยหลังโควิด-19 ในระดับสูง โดยมีคะแนนมากที่สุดในการปฏิบัติตามบทบาท การติดตามเยี่ยมบ้านดูแลหลังป่วยโควิด-19 และมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัญญา พลศักดิ์⁽¹⁶⁾ พัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ พบว่ามียุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 5 ประเด็น ได้แก่ ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย ออกกำลังกาย และการเพิ่มรายได้ มีการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ UCCARE ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคือ การเชื่อมโยงประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากรด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้

3. การประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา (Product-output) ผลลัพธ์การดูแลจิตใจในผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 มีภาวะความเครียดระดับปานกลาง โดยมีความเครียดมากที่สุดคือ มีสมาธิน้อยลงมีปัญหาการนอน และหงุดหงิด กระวนกระวาย และมีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ โดยมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือรู้สึกไม่ตึกคิดว่าตนเองล้มเหลวหรือทำให้ครอบครัวผิดหวัง พุดซาทำอะไรช้าลง และสมาธิไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรินทิพย์ สว่างศรี และคณะ⁽¹⁷⁾

ศึกษาความชุกของการรับรู้ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานครพบว่า ความชุกของการรับรู้ภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด 19 พบได้ร้อยละ 30.8 การรับรู้ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ค่อนข้างสูง การศึกษาของเมธาวิ หวังชลาบวร และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 อาการที่พบบ่อยคือ อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า และอาการนอนไม่หลับและการศึกษาของVictoria⁽¹⁹⁾ ศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยหลังรักษาหายจาก COVID-2019 ในโรงพยาบาลทั่วไป ประเทศเปรูพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องขึ้นอยู่กับความถี่ของอาการทางจิตและผลลัพธ์อาการทางคลินิก ได้แก่ เพศหญิง การรับรู้ตนเองถึงความรุนแรงของโควิด-19 มากขึ้น

ปัจจัยโดยรวมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม รายได้ ด้านสังคม ด้านสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rass, et al⁽²⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในระยะ 3 เดือนหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 55 ปี (IQR, 49–63; 39% เพศหญิง) มีภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าระดับรุนแรง (23%) ระดับปานกลาง (57%) หรือระดับต่ำ (20%) คุณภาพชีวิตลดลงในผู้ป่วย 28/90 ราย (31%) อายุน้อย [ต่อปี adjOR (95%CI) 0.94 (0.88–1.00), p = 0.049] จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น [ต่อวัน adjOR (95%CI) 1.07 (1.01–1.13), p = 0.015] มีปัญหา

การนอน [adjOR (95%CI) 5.54 (1.2–25.61), p=0.028] และภาวะวิตกกังวล [adjOR (95%CI) 15.67 (3.03–80.99), p=0.001] ภาวะสุขภาพที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ร้อยละ 29 (n=26)

ทั้งนี้ด้วยกลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดสมุทรสาครมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นระบบเชื่อมโยงองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันของระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายท้องถิ่น ทำให้ประชาชนสุขภาพดีและมีความสุขโดยชุมชนเป็นเจ้าของร่วมกับหน่วยงานในท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของถนัดไวยยา และยุพิน แต่งอ่อน⁽²¹⁾ การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน พบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่การใช้ข้อมูล มีทีมงานและคนทำงานที่หลากหลาย คณะกรรมการมีส่วนร่วมและความเข้าใจที่ดี มีการกำหนดประเด็นอย่างมีส่วนร่วม มีการขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่จนเกิดผลเป็นรูปธรรม เน้นการปฏิบัติระดับตำบลหมู่บ้าน การเสริมพลังการทำงาน และมีการติดตามผลลัพธ์ต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับตำบลหรือหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ด้วยกลไกการขับเคลื่อน เชื่อมโยง 4 องค์ประกอบคือ 1) การบริหารจัดการเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นระบบงาน และ

การบริหารจัดการเครือข่ายระดับอำเภอ 2) การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นหลัก การและกรอบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ 3) การพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว เป็นบุคลากร ทีมสหวิชาชีพในระดับอำเภอและตำบล ร่วมกับทีมจิตอาสาในชุมชนที่มีบทบาทให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังการติดเชื้อโควิด-19 และดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้นและมีความสุข และ 4) การมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นระบบเชื่อมโยงองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันของระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายท้องถิ่น ทำให้ประชาชนสุขภาพดีและมีความสุขโดยชุมชนเป็นเจ้าของร่วมกับหน่วยงานในท้องถิ่น

สรุป

หลังการพัฒนาเครือข่ายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นส่งผลให้ผู้ป่วยหลังโควิด-19 เกิดผลลัพธ์การดูแลจิตใจทำให้มีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีแต่จากการศึกษานี้ยังพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าบางส่วนที่รู้สึกไม่ดีกับตนเอง คิดว่าตนเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือทำให้ครอบครัวผิดหวัง ตลอดจนมีภาวะเครียดรู้สึกเบื่อเซ็ง โดยได้นำหลักการนวัตกรรมวัคซีนใจในชุมชนสู่ภัย COVID-19⁽¹³⁾ มาใช้ ประกอบด้วย 1) การสร้างชุมชนที่รู้สึกปลอดภัย (Safety) 2) การสร้างชุมชนที่รู้สึกสงบ (Calm) 3) การสร้างชุมชนที่มีความหวัง (Hope) และ 4) การสร้างชุมชน

เข้าใจให้โอกาส (Destigmatization) เป็นหลักการสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เพื่อให้บุคคลพร้อมรับกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และฟื้นคืนกลับมามีความสุขได้อีกครั้งซึ่งอาศัยมาตรการการส่งเสริมและป้องกันโรคทางกายร่วมด้วยเพื่อให้รู้สึกปลอดภัย ขณะเดียวกันยังส่งผลให้คนในชุมชนรู้สึกสงบสามารถลดความกังวลใจของการติดเชื้อไวรัส

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรให้ความสำคัญกับการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังรักษาหายจากโควิด-19 ทุกกลุ่มอายุทั้งมิติด้านร่างกาย จิต และสังคม เพื่อการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นทีมนำในพื้นที่ชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน เป็นผู้สื่อสารความรู้ความเข้าใจ นำหลักการปฏิบัติที่ชัดเจน เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง ส่งถึงประชาชนในท้องถิ่นทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

3. จากผลการวิจัยจึงควรวางแผนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังรักษาหายจากโควิด-19 โดยมุ่งเน้นการลดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพเพิ่มความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. รายงาน COVID-19 ประจำวัน ข้อมูลประจำประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th>
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 : C4). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข;2563.
3. สำนักงาน Hfocus.org เจาะลึกระบบสุขภาพ. งานวิจัยชี้ โควิดเสี่ยงไม่หายขาด มีโอกาสกลับเข้ามารับการรักษากลับครั้ง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยรุนแรง[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/05/25154>
4. สันต์ หัตถิรัตน์. ภาวะ “โควิดยาว” (Long COVID)[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.dmh.go.th>
5. สำนักงาน Hfocus.org เจาะลึกระบบสุขภาพ. สมุทรสาครใช้กลไก อสต.ให้ความรู้ ไม่มีแรงงานข้ามชาติติดโควิด-19 แม้แต่รายเดียว [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/05/19223>
6. Daniel WW. Biostatistics: a Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons;1995.
7. สมาน คงสมบูรณ์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. การพัฒนารูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(1):115-28.
8. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสมุทรสาคร. เครือข่าย อป.จังหวัดสมุทรสาคร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dla.go.th>
9. Shah R, Ali FM, Nixon SJ, Ingram JR, Salek SM, Finlay AY. Measuring the impact of COVID-19 on the quality of life of the survivors, partners and family members: a cross-sectional international online survey. BMJ Open 2021;11(5):e047680. doi:10.1136/bmjopen-2020-047680
10. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119, ตอน 116 (ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545).
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข;2558.

12. Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. Evaluation models. 2nd ed. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000. p.1-16.
13. สุดา วงศ์สวัสดิ์, บรรณาธิการ. นวัตกรรมวัคซีนใจในชุมชน สู้ภัย COVID-19 ปี 2563 ถอดรหัสคุณค่าในชุมชน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
14. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. บทเรียน พขอ. กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ahsouth.com/paper/605>
15. กิระติ เวียงนาค. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2563;1(1): 49-55.
16. ปัญญา พลศักดิ์. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564;3(2):40-53.
17. วรินทิพย์ สว่างศรี, นันทยุทธ หะสิทธิ์เวช, ชลธิชา แยมมา, ญัฐปพน รัตนตรัย, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์. ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29(2):114-24.
18. เมธาวิ หวังชลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, ธนภมณ ลีศรี. ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9; 2565;16(1):265-84.
19. Victoria JH, Barreto J, Aire L, Podesta A, Caqui M, Igrada RG, et al. Mental health in COVID-2019 survivors from a general hospital in Peru: Sociodemographic, clinical and inflammatory variable associations. IntJMentHealthAddiction 2021;doi.org/10.1007/s11469-021-00659-z
20. Rass V, Ianosi BA, Zamarian L, Beer R, Sahanic S, Lindner A, et al. Factors associated with impaired quality of life three months after being diagnosed with COVID-19. QualLife Res 2022;31(5):1401-14.
21. ถนัด ใบยา, ยุพิน แต่งอ่อน. การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2565;18(1):59-68.