

Prevalence and Associated Factors of Stress and Depression in COVID-19 Patients Who have been Treated Hospitalized and Treated at Home in Na Noi District, Nan Province

*Witsanu Mongkolkum, M.D, M.P.H.**

*Apaiporn sukolsate, RN.***

Abstract

COVID-19 infection, in addition to causing physical illness, it also has an impact on mental health, especially stress and depression, which is why it is necessary to screen for stress and depression along with the treatment of physical diseases as well. During the COVID-19 pandemic In Nan Province, Na Noi Hospital has arranged its services by classifying patients into 4 groups: those who are admitted to Cohort ward; those who are admitted to Field hospital, those who are closely monitor at home (Home-isolation) and those who are selfcare under supervise by healthcare provider (self-isolation)

Objective: To determine the prevalence of stress and depression caused by patients infected with COVID-19. They were admitted to the four groups of Na Noi Hospital and to identify factors that associated with stress and depression.

Method: This study is a cross-sectional-analytic study. Collected data from interview records with COVID-19 patients, by telephone, who treated in Na Noi Hospital's service system between August 2021 to May 2022. General information including gender, age, education level, etc., average monthly income, underlying medical conditions, history of Covid-19 vaccination and number of times. Assess stress with Stress Assessment score (ST-5), screening risk of depression with 2-question depression risk screening (2Q), and assess severity of depression with 9-question depressive severity assessment (9Q). Non-parametric statistics analysis with a computer program, general data were analyzed with descriptive statistics, namely frequency, percentage, comparing factors affecting stress and depression with Chi-square statistics. Analyzed severity of Stress (ST-5 score) and severity of depression symptoms (9Q score), with Mann Whintney U test statistics if compare mean rank between two independent sample groups and with Kruskal Wallis test statistics if compare between more than two sample groups.

Results: The prevalence of depression in COVID-19 patients was 9.9%, with female patients experiencing a statistically significantly higher risk than males at p-value=0.004. The severity of depression is highest in patients with an associate/diploma level and

higher than patients with a high school/vocational education, statistically significant at $p\text{-value}=0.01$. Patients with a bachelor's degree have a higher severity of depression than patients with a high school/vocational education, statistically significant at $p\text{-value}=0.02$. Patients who treated in the Cohort ward have a highest severity of depression and higher than patients who treated at home, statistically significant at $p\text{-value}=0.001$ for Home-Isolation and $p\text{-value}=0.002$ for Self-Isolation. The prevalence of moderate stress in Covid-19 patients was 16.98%, the severe stress was 1.41%, and the most severe stress was 1.89%, respectively. Gender, education, income level, history of comorbidities, history of COVID-19 vaccination, as well as all 4 forms of treatment did not affect the patient's stress level.

Conclusion: The COVID-19 pandemic will continue to be a national public health issue. The findings in this study suggest that the mental health of COVID-19 patients should be assessed and treated alongside all physical treatments, especially those at high risk, female patients, and those admitted as hospital patients. In addition, it is best to consider treating patients at home even if they have symptoms or risk factors for comorbidities, because it has been found that home treatment has a lower prevalence of depression and stress. They must be closely monitored and have a referral system in place if symptoms worsen.

Keywords: COVID-19 patient; Stress; Depression; Cohort-ward; Filed hospital; Home-Isolation; Self-Isolation

*Department of Medicine, Nanoi Hospital, Nan Province

**Department of Nurse, Nanoi Hospital, Nan Province

Received: February 3, 2023; Revised: March 19, 2023; Accepted: April 30, 2023

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะเครียดและซึมเศร้า ในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาแบบรับไว้ในนอนในโรงพยาบาลและรักษาตัวที่บ้านในอำเภอนาน้อย จ.น่าน

วิษณุ มงคลคำ, พ.บ., ส.ม.*
อภัยพรณ์ ศุภกุลเศรษฐ์, พย.บ.**

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อโควิด-19 นอกจากจะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายแล้วยังมีผลกระทบกับสุขภาพจิตอีกด้วยโดยเฉพาะภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าจึงเป็นเหตุจำเป็นที่จะต้องตรวจคัดกรองภาวะเครียดและซึมเศร้าควบคู่กับการรักษาโรคทางกายด้วยเช่นกัน ในขณะที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดน่านนั้นโรงพยาบาลน่านน้อยได้จัดรูปแบบการให้บริการโดยจำแนกผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มคือกลุ่มที่รับไว้ในนอนในหอผู้ป่วยรวมโควิด-19 (Cohort ward) กลุ่มที่รับไว้ในโรงพยาบาลสนาม (Field hospital) กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ Home-Isolation และกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบ Self-Isolation

วัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกของภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้เข้ารับการรักษาตามระบบของโรงพยาบาลน่านน้อยทั้ง 4 กลุ่ม และเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้านั้น

วิธีวิจัย เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional-Analytic study) เก็บข้อมูลจากบันทึกแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโควิด-19 ทางโทรศัพท์ที่ได้รับการรักษาในระบบบริการของโรงพยาบาลน่านน้อย ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ.2564 - พฤษภาคม พ.ศ.2565 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการได้รับและจำนวนครั้งที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แบบประเมินภาวะเครียด (ST-5) แบบคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินความรุนแรงโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติ non-parametric ในการวิเคราะห์ เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าด้วยสถิติ Chi-square ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ คือ คะแนนความเครียด (ST-5 score) และคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (9Q score) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่อิสระต่อกันด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่มด้วยสถิติ Kruskal Wallis test

ผลการศึกษา พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 ร้อยละ 9.9 โดยผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง พบมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้านอกจากเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.004$

ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.01$ และผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.02$ ในด้านรูปแบบของการให้บริการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่บ้าน ทั้งแบบ Home-Isolation และ Self-Isolation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.001$ และ $p\text{-value}=0.002$ ตามลำดับ ในด้านภาวะเครียดพบความชุกของภาวะเครียดระดับปานกลางร้อยละ 17.0 ความชุกของภาวะเครียดมากร้อยละ 1.4 และความชุกของภาวะเครียดมากที่สุดร้อยละ 1.9 ตามลำดับ โดยปัจจัยด้าน เพศ การศึกษา ระดับรายได้ ประวัติการมีโรคร่วม ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ตลอดจนรูปแบบที่ได้รับการบริการรักษาทั้ง 4 แบบ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ป่วยแต่อย่างใด

สรุป การระบาดของโรคโควิด-19 จะยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติต่อไป ข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าควรประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโควิด-19 และให้การรักษาควบคู่ไปกับการรักษาทางกายทุกราย โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงคือผู้ป่วยเพศหญิง และผู้ที่รับไว้เป็นคนไข้ในโรงพยาบาล นอกจากนี้การพิจารณาให้ผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้านจะดีที่สุดแม้มีอาการหรือมีปัจจัยเสี่ยงโรคร่วมก็ตาม เพราะพบว่าการรักษาตัวที่บ้านพบความชุกของภาวะซึมเศร้าและเครียดน้อยกว่า ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและมีระบบพร้อมรับส่งต่อหากมีอาการแย่ลง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19; ภาวะเครียด; ภาวะซึมเศร้า; หอผู้ป่วยรวม; โรงพยาบาลสนาม; การรักษาแบบคนไข้ที่บ้าน; การรักษาแบบคนไข้นอก

**กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

**กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี

ได้รับต้นฉบับ: 3 กุมภาพันธ์ 2566; แก้ไขบทความ: 19 มีนาคม 2566; รับลงตีพิมพ์: 30 เมษายน 2566

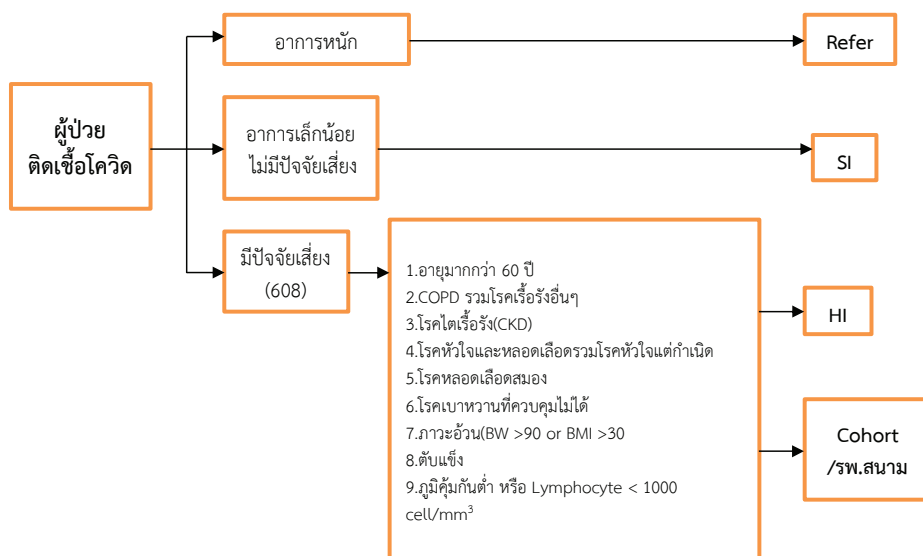
บทนำ

นับตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้นมา สถานบริการทุกแห่งในจังหวัดน่านได้รับคำสั่งให้เตรียมความพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ตามแผนรับมือของจังหวัด โดยโรงพยาบาลน่านน้อยได้ปรับปรุงอาคารให้สามารถเปิดเป็นหอผู้ป่วยโควิด-19 (Cohort ward) ขนาด 50 เตียง นอกจากนี้ยังเปิดโรงพยาบาลสนามขนาด 60 เตียงที่วัดพระธาตุดอยปุมข้าวอีกแห่งหนึ่งด้วย เพื่อรองรับการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ในอำเภอนาน้อยและอำเภอช้างเคียง รูปแบบการให้บริการในช่วงแรกของการระบาดจะรับผู้ป่วยไว้นอนในโรงพยาบาลทุกรายเพื่อแยกผู้ป่วยออกจากชุมชนอันเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนอีกด้วย ต่อมาเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดมากขึ้น มีผู้ติดเชื้อมากจนไม่สามารถให้การรักษแบบคนไข้ในได้ทั้งหมด จึงปรับรูปแบบการให้บริการตามแนวทางดังนี้

ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงคือเป็นผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วม (กลุ่ม 608 หรือ 60+8) หรือผู้ที่มีอาการมาก เช่น ไข้สูง อ่อนเพลียมาก หรือ หายใจเหนื่อยหอบ เป็นต้น จะได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Cohort ward หรือ โรงพยาบาลสนาม) ทั้งหมด ในระยะต่อมา เมื่อจำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้นและส่วนมาก

ผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยง (608) ทำให้ไม่สามารถให้ผู้ป่วยทุกคนนอนในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนามได้ทั้งหมด แนวทางจึงปรับให้ผู้ป่วยกลุ่มที่แม้มีปัจจัยเสี่ยงแต่ไม่มีอาการหรืออาการน้อยได้รับการดูแลรักษาโดยการให้ยาด้านไวรัสตามแนวทางและยาที่จำเป็นตามอาการแล้วให้รักษาตัวแบบคนไข้ในแต่อยู่ที่บ้านแทน (Home-Isolation : HI) โดยนอกจากยาที่จำเป็นแล้วผู้ป่วยจะได้รับแจกอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ไปตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายและค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดด้วยเครื่องหนีบปลายนิ้วมือด้วยตนเองที่บ้านและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะโทรศัพท์ติดตามอาการและผลการวัดอุณหภูมิร่างกายตลอดจนค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดทุกวัน หากมีอาการผิดปกติหรือแยลงจะรายงานแพทย์เพื่อรับกลับมานอนในโรงพยาบาลหรือส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัดต่อไป ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยจะให้การรักษตามอาการและให้กักตัวเฝ้าสังเกตอาการตนเองที่บ้าน (Self-Isolation : SI) โดยจะมีการติดตามประเมินอาการทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่ 1 ครั้ง ที่ 48 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย จากนั้นผู้ป่วยจะเฝ้าสังเกตอาการตนเองและรายงานเจ้าหน้าที่หากมีอาการผิดปกติ จนกว่าจะครบกำหนดกักตัวรักษา (แผนภาพ 1 และตาราง 1)

แผนภาพ 1 : แนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 อำเภอนาน้อยระหว่างช่วงที่ทำการศึกษา โดยยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับปรับปรุง วันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)



หมายเหตุ: โรงพยาบาลน่าน้อย ยังคงใช้แนวทางนี้ในการให้บริการอยู่จนถึงปัจจุบัน (เมษายน 2566) แม้มีประกาศแนวทางปฏิบัติฉบับใหม่ของกรมการแพทย์เพิ่มมาอีกในภายหลัง ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการให้บริการไม่แตกต่างจากเดิม ต่างเพียงมีตัวยาใหม่ ๆ เพิ่มเข้ามาในการรักษามากขึ้น

ตาราง 1 แสดงรูปแบบและรายละเอียดการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในช่วงที่มีการระบาด

ประเภทการให้บริการ	ประเภทผู้ป่วย	รายละเอียดของการให้บริการ
1.รับไว้ในหอผู้ป่วยรวม โควิด-19 (Cohort ward)	1.กลุ่ม 608 ที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง 2.ผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยที่มีข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาล เช่น มีไข้สูง หายใจเร็ว หรือเหนื่อยหอบ ออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 96% (room air) หรือที่แพทย์เห็นสมควรให้นอนในโรงพยาบาล	1.ถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย 2.ได้ยาต้านไวรัสและยาอื่นตามอาการ 3.วัดสัญญาณชีพเข้า-เย็น 4.หอผู้ป่วยมีพยาบาลประจำ 24 ชั่วโมง 5.แพทย์ติดตามอาการและสั่งการรักษาทุกวัน

ตาราง 1 แสดงรูปแบบและรายละเอียดการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในช่วงที่มีการระบาด (ต่อ)

ประเภทการให้บริการ	ประเภทผู้ป่วย	รายละเอียดของการให้บริการ
2.รับไว้ในโรงพยาบาลสนาม(Field hospital)	1.กลุ่ม 608 ที่มีอาการเล็กน้อย 2.ผู้ป่วยที่บ้านไม่พร้อมสำหรับทำ Home หรือ Self-Isolation	1.ถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย 2.ได้ยาต้านไวรัส และยาอื่นตามอาการ 3.วัดสัญญาณชีพเข้า-เย็น 4.มีเจ้าหน้าที่จาก รพสต.ประจำการ 24 ชั่วโมงและรายงานอาการคนไข้หากมีความผิดปกติ 5.ไม่มีแพทย์ติดตามอาการหรือสั่งการรักษาทุกวัน
3.รักษาตัวที่บ้านแบบคนไข้ใน (Home-Isolation)	1.กลุ่ม 608 ที่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการ	1.ถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย 2.ได้ยาต้านไวรัส และยาอื่นตามอาการ 3.ได้รับแจกอุปกรณ์วัดอุณหภูมิร่างกาย และเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว 4.มีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลโทรสอบถามอาการทุกวันและรายงานแพทย์หากมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่งลง
4.รักษาตัวที่บ้านแบบคนไข้นอก (Self-Isolation)	ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง และไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย	1.ไม่ได้ถ่ายภาพรังสีทรวงอก 2.ได้ยารักษาตามอาการ แต่ไม่ได้ยาต้านไวรัส 3.มีเจ้าหน้าที่โทรสอบถามอาการ 1 ครั้ง ที่ 48 ชั่วโมงหลังมารับบริการ 4.ได้รับการแนะนำให้ประเมินอาการตนเอง หากมีอาการผิดปกติให้รายงานตามช่องทางที่ได้ให้ไว้

ในระยะแรกที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศจีน ประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่รายงานยืนยันผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 นอกประเทศจีนเป็นรายแรกของโลกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563⁽¹⁾ นับแต่นั้นประเทศไทยประกาศมาตรการกักกันผู้ที่กลับมาจากประเทศจีน 14 วัน (State quarantine) เพื่อดูอาการและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อภายในประเทศ ต่อมาได้ขยายมาตรการรวมเอาผู้ที่กลับมาจากต่างประเทศที่มีรายงานโรคติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมดเข้าสู่ระบบกักกันเพื่อเฝ้าระวังด้วยเช่นกัน ศุภกิจ เจริญสุข

และคณะ ได้ศึกษาเชิงสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของผู้ถูกกักกันในขณะนั้นพบความชุกของภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q positive) ร้อยละ 29.1 ความชุกของภาวะเครียดปานกลางร้อยละ 16.4 ความชุกของภาวะเครียดมากร้อยละ 3.2 และความชุกของภาวะเครียดมากที่สุดร้อยละ 2.5 ตามลำดับ⁽²⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ใช่ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แต่อย่างใด ในส่วนของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 นั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การติดเชื้อโควิด-19 นอกจากจะมีผล

กระทบต่อสุขภาพกายโดยตรงแล้วยังส่งผลต่อ
ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยอีกด้วย มีการศึกษา
ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ใน
ประเทศจีนในช่วงที่มีการระบาดใหม่ ๆ (ธันวาคม
2561-เมษายน 2562) พบอุบัติการณ์ของภาวะ
วิตกกังวล (Anxiety) ของผู้ติดเชื้อที่ร้อยละ 25
และของภาวะซึมเศร้าที่ร้อยละ 28 ตามลำดับ⁽³⁾
ในประเทศอินเดีย พบความชุกของภาวะซึมเศร้า
และภาวะการนอนไม่หลับหรือการรบกวนการนอน
หลักในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้เข้ารับการรักษานในโรง
พยาบาลเกือบร้อยละ 40 และร้อยละ 28.8 ตาม
ลำดับ⁽⁴⁾ ในขณะที่ Mario และคณะ ได้ศึกษาจาก
งานวิจัยทั่วโลก พบความชุกของภาวะซึมเศร้าใน
ช่วงตั้งแต่อ้อยละ 12 ถึง ร้อยละ 55 โดยได้ทำการ
วิเคราะห์แบบ Meta-analysis พบความชุกของ
ภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 30⁽⁵⁾ สำหรับการศึกษา
ในประเทศไทย วรินทร์พย์ และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาแบบ
ตัดขวางโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการการดูแล
จิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใน
กรุงเทพมหานคร ศึกษาพบความชุกของภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 16.5 โดย
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ และ
การมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่า
2 ด้านขึ้นไป ในขณะที่ ศุภวิทย์ บุญดีสกุลโชค และ
คณะ⁽⁷⁾ ซึ่งศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
ภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด 19
ณ โรงพยาบาลสนามเครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี
พบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 11.8
ความชุกของความวิตกกังวลร้อยละ 30 และ
ความชุกของความเครียดร้อยละ 20 และพบ
การมีประวัติของโรคทางจิตเวชเพียงอย่างเดียว

มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญด้วยคะแนน
DASS-21 ที่สูงขึ้น (p-value=0.001) ในขณะที่
ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ
สถานภาพความเป็นอยู่ ความรุนแรงของอาการ
ของโรคโควิด-19 ที่เป็นอยู่ และจำนวนวันเข้า
รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนโรงพยาบาลสนาม
พบว่าไม่เกี่ยวข้องกับคะแนน DASS-21 (p-value
>0.05)

จากสถานการณ์การระบาดของโรคที่มี
ผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนมากดังกล่าวและสถานการณ์
การขาดแคลนเตียงสำหรับรับผู้ป่วยไว้ใน
โรงพยาบาลไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการรักษา
ในโรงพยาบาลทุกราย ประกอบกับจากการทบทวน
พบปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-
19 พบความชุกของภาวะเครียดและซึมเศร้าสูง
จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษา และ
วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาเรื่องภาวะเครียดและซึม
เศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยติดเชื้อโค
วิด-19 ที่ได้รับการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อการ
พัฒนาระบบบริการให้เหมาะสมต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจหาความชุกของภาวะเครียด
และซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโควิดที่ได้เข้ารับการ
รักษาตามระบบของโรงพยาบาลน่าน้อย ทั้งแบบ
รักษาในโรงพยาบาลและรักษาตัวที่บ้าน ระหว่าง
เดือน สิงหาคม 2564 - พฤษภาคม 2565

2. เพื่อสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโควิดที่ได้
เข้ารับการรักษตามระบบของโรงพยาบาลน่าน้อย
ทั้งแบบรักษาในโรงพยาบาลและรักษาตัวที่บ้าน
ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 - พฤษภาคม 2565

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional-Analytic study) โดยเก็บข้อมูลจากบันทึกแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาในระบบบริการของโรงพยาบาลน่านซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในหอผู้ป่วยรวมโควิด (Cohort ward) ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลสนามวัดพระธาตุคอกย่นป่า และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวที่บ้าน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 - พฤษภาคม 2565 ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยโดยตรงระหว่างที่อยู่ในกระบวนการรักษาตามระบบ โดยผู้สัมภาษณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการได้รับและจำนวนครั้งที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 แบบประเมินภาวะเครียด (ST-5) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินความรุนแรงโรคซึมเศร้า (9Q)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาตัวในโรงพยาบาล⁽⁷⁾ ร้อยละ 11.8 กำหนดสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง $n = Z^2 P(1-P) / e^2$ เมื่อ $Z = 1.96$ และกำหนด $e = 0.05$ แทนค่าในสูตร ความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 11.8 ดังนั้น $n = (1.96)^2 (0.118)(0.882) / (0.05)^2 = 159.8$ หรือเท่ากับ 160 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยและจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วยผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ทุกคนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในระบบการรักษาของโรงพยาบาลน่าน ในช่วงเวลาที่ศึกษาเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ออกแบบมาสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปเท่านั้น และเป็นผู้ที่สมัครใจตอบแบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ได้ทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเชิงปริมาณ (9Q และ 5-ST) ด้วยวิธีของ Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ ($p\text{-value} < 0.05$) จึงใช้สถิติ non-parametric ในการวิเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ หาความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดและซึมเศร้าด้วยสถิติ Chi-square ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณคือ คะแนนความเครียด (ST-5 score) คะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (9Q score) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอันดับ (Mean rank) ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่อิสระต่อกันด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่มด้วยสถิติ Kruskal Wallis test เพื่อทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าของผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการรักษาตามระบบของโรงพยาบาลน่าน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

ตามหนังสือรับรองเลขที่ 11/2565 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2565

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ 212 คน ตัดผู้ที่ตอบคำถามไม่ครบทุกข้อออกเหลือ 210 คน ซึ่งยังมากกว่าขนาดตัวอย่างที่ต้องการตามที่คำนวณไว้ที่ 160 คน จึงไม่มีผลต่อการวิเคราะห์ข้อมูล จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ มีอายุเฉลี่ยผู้ชายกับ

ผู้หญิงใกล้เคียงกันที่ 38.8 ปี และ 39.0 ปีตามลำดับ คิดเป็นเพศชายร้อยละ 43.3 เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.7 ผู้ป่วยร้อยละ 73.3 ไม่มีโรคประจำตัวร่วม มีเพียงร้อยละ 26.7 ที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 อย่างน้อย 1 เข็ม มีเพียงร้อยละ 22.4 ที่ไม่เคยได้รับวัคซีน รูปแบบการรักษาส่วนใหญ่รับไว้ในโรงพยาบาล (Cohort ward) ร้อยละ 57.1 รักษาแบบคนไข้ที่บ้าน (Home-Isolation) ร้อยละ 30.0 รักษาแบบคนไข้นอกกักตัวที่บ้าน (Self-Isolation) ร้อยละ 10.0 และรักษาในโรงพยาบาลสนาม ร้อยละ 2.9 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 อายุ 18 ปีขึ้นไป (n=210)

	ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	1. ชาย	91	43.3
	2. หญิง	119	56.7
อายุเฉลี่ย	1. ชาย	38.8 ปี	-
	2. หญิง	39.0 ปี	-
ระดับการศึกษา	1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	24	11.4
	2. มัธยมศึกษาตอนต้น	28	13.3
	3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	95	45.2
	4. อนุปริญญา/ปวส.	17	8.1
	5. ปริญญาตรี	40	19.0
	6. สูงกว่าปริญญาตรี	6	2.9
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1. น้อยกว่า 5,000 บาท	60	28.6
	2. 5,000-10,000 บาท	53	25.2
	3. 10,000-15,000 บาท	55	26.2
	4. มากกว่า 15,000 บาท	42	20.0
ประวัติโรคประจำตัว	1. ไม่มี	154	73.3
	2. มี	56	26.7
ประวัติการได้รับวัคซีนฯ	1. ไม่เคยฉีด	47	22.4
	2. เคยฉีด 1 เข็ม	22	10.5
	3. เคยฉีด 2 เข็ม	79	37.6
	4. เคยฉีด 3 เข็มหรือมากกว่า	62	29.5
รูปแบบของการได้รับการรักษา	1. รักษาแบบคนไข้ใน Cohort ward	120	57.1
	2. รักษาแบบคนไข้ในโรงพยาบาลสนาม	6	2.9
	3. รักษาแบบคนไข้ที่บ้าน (HI)	63	30.0
	4. รักษาแบบคนไข้นอก (SI)	21	10.0

ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าพบผู้ป่วยโควิด-19 มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20.9 แต่เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าโดยเครื่องมือ 9Q พบผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 10.0 เท่านั้น โดยทั้งหมดมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (ตาราง 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า(2Q positive) ในผู้ป่วยโควิด-19 คือ เพศ และระดับการศึกษาโดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงพบความชุกของภาวะซึมเศร้ามามากกว่า

เพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. พบความชุกของภาวะซึมเศร้ามามากที่สุด รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับอนุปริญญา/ปวส. ระดับสูงกว่าปริญญาตรี และระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้าน อายุ รายได้ ภาวะมีโรคร่วม ประวัติได้ รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 และรูปแบบในการรักษา ไม่พบความสัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (ตาราง 4)

ตาราง 3 ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) และ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (9Q)

ผลการคัดกรอง	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
2Q ให้ผลบวก	มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย	44	20.9
9Q < 7 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	23	10.9
9Q 7-12 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	21	10.0
9Q 13-18 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	0	-
9Q 19 คะแนนขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	0	-

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q เป็นบวก) ของผู้ป่วยโควิด-19 (n=44)

	ปัจจัย	ผลการคัดกรอง(2Q)	เป็นบวก(%)	เป็นลบ(%)	Chi-square	p-value
เพศ	1. ชาย		11 (25.0)	80 (48.2)	7.62	0.004*
	2. หญิง		33 (75.0)	86 (51.8)		
กลุ่มอายุ	1. น้อยกว่า 20 ปี		2 (4.5)	17 (10.2)	8.42	0.21
	2. 21-30 ปี		14 (31.8)	32 (19.3)		
	3. 31-40 ปี		10 (22.7)	39 (23.5)		
	4. 41-50 ปี		11 (25.0)	32 (19.3)		
	5. 51-60 ปี		6 (13.6)	23 (13.9)		
	6. 60-70 ปี		1 (2.3)	21 (12.7)		
	7. มากกว่า 70 ปี		0 (0.0)	2 (1.2)		
การศึกษา	1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า		2 (4.5)	22 (13.3)	12.62	0.03*
	2. มัธยมศึกษาตอนต้น		5 (11.4)	23 (13.9)		
	3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.		17 (38.6)	78 (47.0)		
	4. อนุปริญญา/ปวส.		4 (9.1)	13 (7.8)		

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q เป็นบวก) ของผู้ป่วยโควิด-19 (n=44) (ต่อ)

ปัจจัย	ผลการคัดกรอง(2Q)	เป็นบวก(%)	เป็นลบ(%)	Chi-square	p-value
5. ปริมาณน้ำ		12 (27.3)	28 (16.9)		
6. สูงกว่าปริมาณน้ำ		4 (9.1)	2 (1.2)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
1. น้อยกว่า 5,000บาท		15 (34.1)	45 (27.1)	2.79	0.43
2. 5,000-10,000บาท		10 (22.7)	43 (25.9)		
3. 10,000-15,000บาท		8 (18.2)	47 (28.3)		
4. มากกว่า 15,000 บาท		11 (25.0)	31 (18.7)		
ประวัติโรคประจำตัว					
1. ไม่มีโรคประจำตัว		30(68.2)	124 (74.7)	0.75	0.25
2. มีโรคประจำตัว		14(31.8)	42 (25.3)		
ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19					
1. ไม่เคยฉีด		8 (18.2)	39 (23.5)	3.48	0.32
2. เคยฉีด 1 เข็ม		4 (9.1)	18 (10.8)		
3. เคยฉีด 2 เข็ม		14 (31.8)	65 (39.2)		
4. เคยฉีด 3 เข็มหรือมากกว่า		18 (40.9)	44 (26.5)		
รูปแบบของการได้รับการรักษา					
1. Cohort ward		24 (54.5)	96 (57.8)	1.49	0.68
2. โรงพยาบาลสนาม		2 (4.5)	4 (2.4)		
3. รักษาแบบคนไข้ที่บ้าน (HI)		12 (27.3)	51 (30.7)		
4. รักษาแบบคนไข้นอก (SI)		6 (13.6)	15 (9.0)		

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยด้านการศึกษาและรูปแบบของการรักษามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.05$ และ $p\text{-value}=0.001$ ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทีละคู่ด้วยสถิติ Mann-Whitney test พบว่าการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากกว่า

ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับรูปแบบของการได้รับการรักษา พบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาแบบคนไข้ในโรงพยาบาล (Cohort ward) จะมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาตัวที่บ้าน ทั้งในกลุ่ม Home-isolation และ Self-Isolation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้าน เพศ การมีโรคประจำตัวร่วม รายได้ และประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 พบว่าไม่มีผลต่อความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 (ตาราง 5)

ตาราง 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

ปัจจัย		n	Mean rank	[§] Mann-Whitney U	Z	^{§§} Chi-Square	p-value
เพศ	1. ชาย	11	27.36	128	-1.485		0.14
	2. หญิง	33	20.88				
ประจำตัว	1. ไม่มี	30	23.45	181	-7.36		0.46
	2. มี	14	20.46				
กลุ่มอายุ	1. น้อยกว่า 20 ปี	2	18.50			5.09	0.40
	2. 21-30 ปี	14	20.64				
	3. 31-40 ปี	10	21.85				
	4. 41-50 ปี	11	29.14				
	5. 51-60 ปี	6	19.25				
	6. 60-70 ปี	1	9.50				
การศึกษา	1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2	29.50			11.2	0.05*
	2. มัธยมศึกษาตอนต้น	5	17.20				
	3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	17	16.38				
	4. อนุปริญญา/ปวส.	4	34.75				
	5.ปริญญาตรี	12	26.75				
	6. สูงกว่าปริญญาตรี	4	26.63				
การศึกษา (จับคู่เปรียบเทียบ)							
	1. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	17	9.41	7.00	-2.483		0.01*
	2. อนุปริญญา/ปวส.	4	17.75				
	3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	17	12.03	51.50	-2.292		0.02*
	4. ปริญญาตรี	12	19.21				
รายได้เฉลี่ย	1. น้อยกว่า 5000	15	20.00			1.20	0.75
	2. 5,000-10,000	10	22.05				
	3. 10,000-15,000	8	24.88				
	4. มากกว่า 15,000	11	24.59				
ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19							
	1. ไม่เคยฉีด	8	29.38			3.412	0.33
	2. เคยฉีด 1 เข็ม	4	24.50				
	3. เคยฉีด 2 เข็ม	14	21.39				
	4. เคยฉีด 3 เข็มหรือมากกว่า	18	19.86				
รูปแบบของการได้รับการรักษา							
	1. Cohort ward	24	29.06			15.907	0.001**

ตาราง 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 (ต่อ)

ปัจจัย	n	Mean rank	[§] Mann-Whitney U	Z	^{§§} Chi-Square	p-value
2. Field Hospital	2	24.75				
3. Home-Isolation	12	13.50				
4. Self-Isolation	6	13.50				
รูปแบบของการได้รับการรักษา (จับคู่เปรียบเทียบ)						
1. Cohort ward	24	22.63	45.00	-3.426		0.001*
3. Home-Isolation	12	10.25				
1. Cohort ward	24	17.83	16.00	-3.028		0.002*
4. Home-Isolation	6	6.17				

§ ปัจจัย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันและข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

§§ ปัจจัยหลายกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันและข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Kruskal Wallis test

ส่วนภาวะเครียดของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ด้าน เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดโดยเพศหญิง พบผู้ป่วยมีความเครียดระดับน้อยร้อยละ 79.72 มีความเครียดปานกลางขึ้นไปร้อยละ 20.28 โดย ร้อยละ 16.98 มีความเครียดปานกลาง ร้อยละ 1.41 มีความเครียดมาก และร้อยละ 1.89 มีความเครียดมากที่สุด ตามลำดับ (ตาราง 6) และพบว่าปัจจัยด้าน เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดโดยเพศหญิง มีความเครียดมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ p-value=0.03 ส่วนปัจจัยด้านอายุ การศึกษา ระดับรายได้ ประวัติการมีโรคร่วม ประวัติการได้รับ วัคซีนป้องกันโควิด-19 ตลอดจนรูปแบบที่ได้รับการ บริการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของ ผู้ป่วยแต่อย่างใด (ตาราง 7)

ตาราง 6 ผลการคัดกรองภาวะเครียดของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 โดยเครื่องมือ ST-5 (n=210)

ST-5 score	แปลผล	จำนวน	ร้อยละ
0-4 คะแนน	เครียดน้อย	167	79.5
5-7 คะแนน	เครียดปานกลาง	36	17.1
8-9 คะแนน	เครียดมาก	3	1.4
10-15 คะแนน	เครียดมากที่สุด	4	1.9

ตาราง 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

ปัจจัย	n	Mean rank	[§] Mann-Whitney	Z	^{§§} Chi-Square	p-value
เพศ	1. ชาย	91	95.02	4461.00	-2.214	0.03*
	2. หญิง	119	113.51			
โรคประจำตัว	1. ไม่มี	154	101.80	3741.50	-1.484	0.14
	2. มี	56	115.69			
กลุ่มอายุ	1. น้อยกว่า 20 ปี	19	91.05		6.70	0.35
	2. 21-30 ปี	46	121.01			
	3. 31-40 ปี	49	105.94			
	4. 41-50 ปี	43	104.97			
	5. 51-60 ปี	29	95.43			
	6. 60-70 ปี	22	103.89			
	7. มากกว่า 70 ปี	2	50.50			
การศึกษา	1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	24	88.88		3.374	0.64
	2. มัธยมศึกษาตอนต้น	28	101.02			
	3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	95	106.93			
	4. อนุปริญญา/ปวส.	17	102.09			
	5. ปริญญาตรี	40	116.04			
	6. สูงกว่าปริญญาตรี	6	109.75			
รายได้เฉลี่ยเดือน	1. น้อยกว่า 5,000	60	107.00		0.405	0.94
	2. 5,000-10,000	53	106.13			
	3. 10,000-15,000	55	107.23			
	4. มากกว่า 15,000	42	100.30			
ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19	1. ไม่เคยฉีด	47	112.51		1.266	0.74
	2. เคยฉีด 1 เข็ม	22	109.98			
	3. เคยฉีด 2 เข็ม	79	104.14			
	4. เคยฉีด 3 เข็มหรือมากกว่า	62	100.33			
รูปแบบของการได้รับการรักษา	1. Cohort ward	120	106.21		0.384	0.94
	2. Field Hospital	6	118.08			
	3. Home-Isolation	63	104.10			
	4. Self-Isolation	21	102.07			

[§] ปัจจัย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันและข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

^{§§} ปัจจัยหลายกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันและข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ ใช้สถิติ Kruskal Wallis test

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ที่ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่กำลังอยู่ในระบบการรักษาของโรงพยาบาลน่ายอ พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q positive) จำนวน 44 รายคิดเป็นร้อยละ 20.9 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ ตีรยา เลิศหัตถศิลป์ และคณะ⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโควิด-19 รักษาตัวในโรงพยาบาลสนามมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม ถึง 16 พฤษภาคม 2563 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและภาวะเครียด (Depression Anxiety Stress Score : DASS-21) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.5 ภาวะความวิตกกังวลร้อยละ 30 และภาวะเครียดร้อยละ 20 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อประเมินโดยใช้เครื่องมือ 9Q ของกรมสุขภาพจิตโดยเอาจุดตัดที่ 7 คะแนนขึ้นไปซึ่งจะมีความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.1 ค่าความถูกต้อง ร้อยละ 83.3 ค่า positive likelihood ratio = 5.1 ค่า ROC area 0.9 (95%CI 0.85 to 0.94) ซึ่งค่าความไวและความจำเพาะที่สูงและมีความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต จึงแนะนำให้ใช้ใช้เป็นเครื่องมือในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ⁽⁹⁾ พบว่ามีเพียง 21 รายที่มีคะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปคิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.0 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ ศุภวิชญ์ บุญดีสกุลโชค และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาตัวในเครือข่ายโรงพยาบาลสนามสระบุรีที่ร้อยละ 11.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าคือปัจจัยด้านเพศ และปัจจัยด้านระดับการศึกษา โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽⁷⁻⁹⁾ และการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ตอนปลาย/ปวช. มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้ามากกว่าระดับการศึกษาอื่น นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Cohort ward) จะมีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากที่สุดมากกว่าผู้ที่รักษาตัวที่บ้านทั้ง 2 รูปแบบ (แบบ Home Isolation และแบบ Self-Isolation) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ที่รับไว้เป็นคนไข้ในโรงพยาบาลมักมีอาการมากกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาของศุภวิชญ์ บุญดีสกุลโชค และคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านอาการของความเจ็บป่วยทางกาย คือการมีหายใจเหนื่อย การที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีความผิดปกติ และการได้รับยา Dexamethasone เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโควิด-19 แตกต่างกับการศึกษาของ ตีรยา เลิศหัตถศิลป์ และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด ของผู้ป่วยโควิด-19 คือประวัติความผิดปกติทางจิตก่อนหน้านี้ (p-value=0.001) ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ก่อนย้ายมาอยู่โรงพยาบาลสนาม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาของ ตีรยา เลิศหัตถศิลป์ และคณะนั้นเป็นผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาตัวในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์มาก่อนแล้วอาการดีขึ้นจึงส่งต่อมาพักฟื้นเพื่อกักตัวต่อจนครบ 14 วันที่โรงพยาบาลสนามดังนั้นปัญหาสุขภาพจิตที่พบและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงแตกต่างกับการศึกษาอื่นที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะแรกของการรักษา

ด้านภาวะเครียดในผลการศึกษาครั้งนี้หากไม่นับความเครียดเล็กน้อย (ST-5 score = 0-4 คะแนน) ซึ่งสามารถพบได้ในประชากรปกติแล้วจะพบความชุกของภาวะเครียด (ST-5 score มากกว่า

5 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 20.28 โดยมีความเครียดปานกลาง (ST-5 score = 5-7 คะแนน) ร้อยละ 17.1 มีความเครียดมาก (ST-5 score = 8-9 คะแนน) ร้อยละ 1.4 และมีความเครียดมากที่สุด (ST-5 score = 10-15 คะแนน) ร้อยละ 1.9 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาในผู้ป่วยโควิด 19 ที่โรงพยาบาลสนามเครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี ในช่วง 1 สิงหาคม-31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ที่ศึกษาจำนวนผู้ป่วย 263 ราย มีภาวะเครียดมาก (ST-5 > 7) จำนวน 17 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 6.5 มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 31 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 11.8 นั้นอาจเป็นเพราะว่าการศึกษาของโรงพยาบาลนาน้อย ทำภายหลังการศึกษาของโรงพยาบาลสระบุรีประมาณ 1 ปี ซึ่งจากการศึกษาของ ศุภวิทย์ บุญดีสกุลโชค และคณะ ก็ได้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการวิจัยก่อนหน้านี้เช่นกันเมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศจีนในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ใหม่ ๆ ศุภวิทย์ บุญดีสกุลโชค และคณะ ได้ตั้งข้อสังเกตการลดลงของปัญหาภาวะเครียดและซึมเศร้าของผู้ป่วยโควิด-19 ในปีหลัง ๆ ของการระบาดที่เกิดจากการแพร่ระบาดในช่วงแรก ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มากนัก จึงทำให้ความชุกของภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง แต่เมื่อเวลาผ่านไปมีการให้ความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ยอดการติดเชื้อลดลง ยอดเสียชีวิตลดลง สถานการณ์การแพร่ระบาดดีขึ้น จึงอาจทำให้เกิดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลงตามช่วงเวลา⁽⁷⁾ ในส่วนของปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 นั้น ภัฏฐกร สำเร็จดี และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาในผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดและวิตกกังวลมากจะยิ่งทำให้มีอาการซึมเศร้ามากขึ้น โดยพบปัจจัยการทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าในรูปคะแนนดิบ คือ

$9Q = -0.09 + (0.39)HADS\ anxiety + (0.78) ST5$

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาใดที่ศึกษาถึงปัญหาสุขภาพจิตเปรียบเทียบในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการบริการรักษาในรูปแบบที่แตกต่างกัน (Cohort ward / Field hospital / Home-Isolation and Self-Isolation) การศึกษาครั้งนี้จึงถือเป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาในมุมมองดังกล่าว โดยผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) ในโรงพยาบาล มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงสุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลสนาม ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบคนไข้ที่บ้าน (Home-Isolation) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบคนไข้ใน (Self-Isolation) มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ผู้ป่วยจะเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง (กลุ่ม 608) ก็ตาม หากได้รับการรักษาแบบติดตามอาการที่บ้านจะพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการรักษาตัวที่บ้านจึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมทั้งด้านต้นทุนการให้บริการที่น้อยกว่าและปัญหาสุขภาพจิตที่น้อยกว่า ซึ่งผลการศึกษานี้อาจนำไปประยุกต์ใช้รับมือกับโรคระบาดใหม่อื่น ๆ ได้ในอนาคต

สรุปและเสนอแนะ

การระบาดของโรคโควิด-19 จะยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติต่อไป เนื่องจากเป็นโรคที่ติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโควิด-19 และให้การรักษาควบคู่ไปกับการรักษาทางกายมีความสำคัญอย่างยิ่ง⁽¹²⁾ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงคือผู้ป่วยเพศหญิง และผู้ที่รับไว้เป็นคนไข้ในโรงพยาบาล โดยระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะเครียดหลังภาวะวิกฤติ

(PTSD) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ในผู้ป่วยที่หายจากโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾ ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ซึ่งพบว่าการให้การดูแลรักษาตัวที่บ้านจะพบปัญหาภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดน้อยกว่า ดังนั้นการพิจารณาให้ผู้ป่วยรักษาตัวเองที่บ้านอาจเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดแม้ผู้ป่วยจะมีอาการหรือมีปัจจัยเสี่ยงโรคร่วมอื่นด้วยก็ตาม ทั้งนี้ต้องมีระบบติดตามประเมินอาการอย่างใกล้ชิดและพร้อมรับส่งต่อหากมีอาการแย่ลง นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยหายจากอาการติดเชื้อแล้วการติดตามเพื่อประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตต่อเนื่องเป็นระยะก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะยังพบปัญหาสุขภาพจิต

ในอัตราที่ค่อนข้างสูงภายหลังจากการติดเชื้อ⁽¹⁴⁾ โดยเฉพาะช่วง 3 เดือนแรกของการเจ็บป่วย⁽¹⁵⁾

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.หุจิศักดิ์ วรเดโชวิทยา นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ระบาดวิทยา) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จ.น่าน ผู้ให้คำแนะนำการเลือกสถิติในการวิเคราะห์ อ.ดร.สุทธิชัย ศิรินวน อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ผู้ให้คำแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS และขอขอบคุณผู้ป่วยโควิด-19 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wikipedia. COVID-19 pandemic in Thailand [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 27]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Thailand
2. Sukjai Charoensuk, Kanyawee Mokekhaow, Duanphen Channarong, Chariya Sonpugdee. Mental health of people in state quarantine during COVID-19 situation in Thailand. Glob J Health Sci 2021;13(9):1-9.
3. Ren X, Huang W, Pan H, Huang T, Wang X, Ma Y. Mental health during the covid-19 outbreak in china: a meta-analysis. Psychiatr Q 2020;91(4):1033-45.
4. Chakrabarti S. Mental health in hospitalized COVID 19 patients in quarantine during second wave in a south Indian private teaching hospital. J Multidiscip Healthc 2021;14:2777-89.
5. Mario GM, Palladini M, Villa G, Agnoletto E, Harrington Y, Vai B, Benedetti F. Prevalence of depression in SARS-CoV-2 infected patients: an umbrella review of meta-analyses. Gen Hosp Psychiatry 2023;80: 17-25.
6. วรินทร์พย์ สว่างศรี, นันทยุทธ หะสิทธิ์เวช, ชลธิชา แยมมา, ณัฐปน รัตนตรัย, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์. ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29(2):114-24

7. ศุภวิชย์ บุญดีสกุลโชค, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, ธนภมณ ลีศรี. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด 19 ณ โรงพยาบาลสนาม เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565;16(2):367-79.
8. Tiraya Lerthattasilp, Lampu Kosulwit, Muthita Phanasathit, Winitra Nuallaong, Pairath Tapanadechopone, Chommakorn Thanetnit, et al. Psychological impacts on patients with COVID-19 in a Thai field hospital. Arch Clin Psychiatry 2020;47(6):215-7.
9. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลี้แจ้งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63(4):321-34.
10. Khademi M, Vaziri-Harami R, Shams J. Prevalence of mental health problems and its associated factors among recovered covid-19 patients during the pandemic: a single-center study. Front Psychiatry 2021;12:602244.
11. ภัฏฐกร สำเร็จดี, รสมา สมไชย, ศศิธร ดวงมัน, วชิราภรณ์ ฤชา, พงศธร พหลภาคย์, นรัักษ์ชาติปัญชาชัย, และคณะ. ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่รักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลสนาม มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565;67(1):35-44.
12. Xiao X, Yang X, Zheng W, Wang B, Fu L, Luo D, et al. Depression, anxiety and post-traumatic growth among COVID-19 survivors six-month after discharge. Eur J Psychotraumatol 2022;13(1): 2055294.
13. Wu KK, Lee D, Sze AM, Ng VN, Cho VW, Cheng JP, et al. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in COVID-19 survivors. East Asian Arch Psychiatry 2022;32(1):5-10.
14. Badinlou F, Lundgren T, Jansson-Frojmark M. Mental health outcomes following COVID-19 infection: impacts of post-COVID impairments and fatigue on depression, anxiety, and insomnia - a web survey in Sweden. BMC Psychiatry 2022;22(1):743.
15. Luna-Rodriguez GL, Pelaez-Hernandez V, Orea-Tejeda A, Ledesma-Ruiz CD, Casarin-Lopez F, Rosas-Trujillo A, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder, emotional impairments, and fear in COVID-19 surviving patients. Front Virtual Real 2022;3:927058.