

ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

Stress and Depression in COVID-19

Pandemic among the People Sisaket Province

วนิดา สมบูรณ์* ธีรนนท์ ผิวผา

Wanida Sompunga* Thiranan Phuipha

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000
NCDs Mental Health and Drugs Work Group, Sisaket Provincial Public Health Office, Sisaket, Thailand, 33000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด และภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ตอบแบบประเมินสุขภาพจิตจากสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ในโปรแกรมตรวจเช็คสุขภาพใจ ระหว่างเดือน เมษายน 2564 จำนวน 15,310 ราย เครื่องมือวิจัยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตจากสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง 3) แบบประเมินความเครียด แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม และ 9 คำถาม สถิติที่ใช้ คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงถดถอย ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนจังหวัดศรีสะเกษมีความเครียด และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.90 และ 1.36 ตามลำดับ ทั้งนี้เพศหญิง ผู้ที่มีประวัติป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ผู้ถูกกักตัว ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และเพศหญิง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีประวัติป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

คำสำคัญ: ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, โรคโควิด-19

Abstract

A Retrospective descriptive study aims to determine the Stress and Depression in COVID-19 Pandemic among the People Sisaket Province. Target population is people above 15 years old and was chosen by purposive sampling from people whom answering the COVID-19 mental health questionnaire from department of mental health's program called in "MENTAL HEALTH CHECK IN" during April 2021 total of 15,310. Method, the data was conducted by questionnaire that was developed by department of mental health which included 1) Personal data 2) Risk factors 3) Stress test (ST5), Patient health questionnaires to determine the depression which consist of 2Q and 9Q. Statistical calculations method used are frequency distributions, percentages and regression analysis. Result reveal that 15.90% of People Sisaket Province have stress and 1.36% have depression. Sex (especially female), history of mental health illness or taking anti-psychotic medications,

Corresponding Author: *E-mail: thiranan.pcu@gmail.com

วันที่รับ (received) 16 ก.ค. 2564 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 1 ก.พ. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 มี.ค. 2565

patient infected COVID-19, people under state quarantine, unemployed people, people with financial problems, people with low income or with liability and family with bedridden patient. These are risk factors that associated with stress, and sex (female), age (60 years old above) and history of mental health illness or taking anti-psychotic medications, unemployed people, people with financial problems, people with low income or with liability and family with bedridden patient. These are risk factors associated with depression. Statistically significant $p < .05$.

Keywords: Stress, Depression, COVID-19

บทนำ

แนวโน้มของการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อปลายปี 2562 หลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดและมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นจำนวนมากไปทั่วโลก¹ โดยองค์การอนามัยโลก² ได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคที่เป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) ณ วันที่ 11 มีนาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกจำนวน 151,192,390 ราย และเสียชีวิตจำนวน 3,181,289 ราย ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อจำนวน 65,153 และเสียชีวิตจำนวน 203 ราย³ (ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2564) จังหวัดศรีสะเกษพบผู้ติดเชื้อจำนวน 162 ราย ซึ่งเกิดการแพร่ระบาดจากการเดินทางข้ามจังหวัดของประชาชนในช่วงวันหยุดเทศกาลสงกรานต์ในบางอำเภอและมีการแพร่กระจายทั่วจังหวัดศรีสะเกษแต่ยังไม่พบผู้เสียชีวิต⁴ จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตต่อโรคโควิด-19 ทั่วโลก พบความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7 - 53.8 และ 14.6 - 48.3 ตามลำดับ⁵ ทวีปเอเชียพบความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.9 และ 35.3 ตามลำดับ⁶ ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตมีการรายงานปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากสถานการณ์โรคโควิด-19 ช่วงการแพร่ระบาดระลอกใหม่ช่วงเดือนเมษายน ปี 2564 พบประชาชนมีความเครียดและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.16, 2.79 ตามลำดับ⁷ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องรุนแรงและยาวนาน โดยเฉพาะการแพร่ระบาดระลอกใหม่ช่วงเดือนเมษายน ปี 2564 ที่พบในจังหวัดศรีสะเกษ ส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชาชน ก่อให้เกิดความตื่นตระหนก เครียด วิตกกังวล อาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าได้⁸ ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษ พบจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยรักษาเพิ่มขึ้นในปี 2562 - 2563 จำนวน 21,094, 25,059 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.26, 77.18 ตามลำดับ และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จคิดต่อแสนประชากรเป็น 4.4, 6.2 ตามลำดับ⁴ ซึ่งแนวโน้มของการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นแม้ว่าการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าจะถึงเกณฑ์ที่กำหนดในปี 2564 ร้อยละ 71 ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ^{1,9} ปัจจุบันมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชนทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่ยังคงเกิดความตื่นตระหนก วิตกกังวล ประกอบกับมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญอย่างยิ่งในสังคม^{10,11} ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง เหนื่อยเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่ายท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต¹² คิดและมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า หดหู่ลง¹³ มีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม¹⁴ และมีความคิดฆ่าตัวตาย^{15,16,10} จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งการศึกษาในต่างประเทศและประเทศไทยที่ผ่านมา สอดคล้องกันเกี่ยวข้องกับ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง กลัวสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโควิด-19^{17,5, 18} (2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป ประวัติลงพื้นที่เสี่ยงโควิด-19 เป็นผู้กักตัว ติดเชื้อโควิด-19 และมีญาติติดเชื้อโควิด-19^{17,5,19} ซึ่งแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น สถานการณ์ติดเชื้อ เชื้อชาติ และประเพณีวัฒนธรรม

ที่แตกต่างกันทำให้เกิดความเครียดนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้า จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการส่งเสริม ป้องกัน โดยมุ่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ มีมาตรการการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัว แม้ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม² ลดการพบปะผู้ป่วยและเห็นใจผู้ที่ได้รับผลกระทบ²⁰ โดยการคัดกรอง ค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อส่งเสริมและป้องกันการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ช่วยลดปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน²¹ รวมทั้งช่วยลดความรุนแรงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ให้พัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าต่อไป จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจศึกษาแบบเจาะจงโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบปัญหาการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีแนวโน้มสูงขึ้นตามที่กล่าวข้างต้น และยังไม่ทราบปัจจัยและกลุ่มวัยที่ชัดเจน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริม วางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และอาจเกิดพฤติกรรมการเลียนแบบของคนในสังคมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 มีผลต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษหรือไม่
2. ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องรับยาต่อเนื่อง ผู้พิการทางกาย เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ถูกกักตัว สมาชิกในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ว่างงาน ผู้ที่มีธุรกิจประสบปัญหาล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย ครอบครัวมีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด ครอบครัวมีผู้พิการ ครอบครัวมีผู้ป่วยติดเตียง มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่ามีหลายทฤษฎี ดังนี้ ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theory) ซึ่งได้อธิบายการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ฮอร์โมน และพันธุกรรมของบุคคล²² ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ซึ่งความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคคลเกิดจากประสบการณ์เชิงลบในวัยเด็ก เกิดกลไกการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสม จึงไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้บุคคลมีความคิดต่อตนเอง ต่อเหตุการณ์ และต่ออนาคตในทางลบ²³ ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theory) บุคคลและสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกจากกันได้ แต่บุคคลสามารถเรียนรู้และก้าวผ่านสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressful life events) จึงจะสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้²⁴ และทฤษฎีภาวะวิกฤต (Crisis Theory) การที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในระยะแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไปภาวะวิกฤตจะเปลี่ยนแปลงเป็นโอกาส แต่ถ้าไม่สามารถจัดการภาวะวิกฤตนั้นได้ ก่อให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้²⁵ จากการทบทวนยังไม่มีแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมใดสามารถอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุของการเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน ฉะนั้นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดสุขภาพจิตจากสถานการณ์ COVID-19 ของกรมสุขภาพจิตซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล

- เพศ
- อายุ
- ผู้ป่วยเรื้อรังต้องรับยาต่อเนื่อง
- เป็นผู้พิการทางกาย
- เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล

- ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19
- ผู้ถูกกักตัว
- สมาชิกในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19
- ผู้ว่างงาน
- ธุรกิจประสบปัญหาล้มเหลว
- รายได้น้อย
- ครอบครัวมีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด
- ครอบครัวมีผู้พิการ
- ครอบครัวมีผู้ป่วยติดเตียง

ความเครียดและภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาค้นย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ มีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ทราบความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่สมัครใจยินยอมตอบแบบประเมินสุขภาพจิตจากสถานการณ์ COVID-19 ในโปรแกรม MENTAL HEALTH CHECK IN ของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 – วันที่ 30 เมษายน 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบประเมินสุขภาพจิตจากสถานการณ์ COVID-19 ในโปรแกรม MENTAL HEALTH CHECK IN ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะภายในบุคคล และภายนอกบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับ

ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผู้ป่วยเรื้อรังต้องรับยาต่อเนื่อง ผู้พิการทางกาย เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต

2) ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ถูกกักตัว สมาชิกในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว รายได้น้อย ครอบครัวมีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด ครอบครัวมีผู้พิการ และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 64.4 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 93.37 แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.86

2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต มีค่าความไว ร้อยละ 75.68 ความจำเพาะสูง ร้อยละ 93.37 แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.78

3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต มีค่าความไว ร้อยละ 75.68 ความจำเพาะ

สูงร้อยละ 93.37 แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แบบเข้าข่ายยกเว้นการรับรอง (Research with Exemption) ในวันที่ 29 เมษายน 2564 ให้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลย้อนหลังจากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบแบบประเมินสุขภาพจิตจากสถานการณ์ COVID-19 ในโปรแกรม MENTAL HEALTH CHECK IN ของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 - วันที่ 30 เมษายน 2564 จำนวน 15,310 ราย โดยการวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปประมวลผลข้อมูล กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 ดำเนินการดังรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับค่าคะแนนของความเครียดและภาวะซึมเศร้า (n = 15,310)

ระดับ	ความถี่ (ราย)	ร้อยละ
ความเครียด		
- ไม่มีความเครียด/มีความเครียดเล็กน้อย (0-4 คะแนน)	12,880	84.10
- มีความเครียดระดับปานกลาง (5-7 คะแนน)	2,275	14.90
- มีความเครียดระดับมาก (8-9 คะแนน)	98	0.60
- มีความเครียดระดับมากที่สุด (10-15 คะแนน)	57	0.40
ภาวะซึมเศร้า		
- ปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า (< 7 คะแนน)	15,102	98.64
- มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (7-12 คะแนน)	172	1.12
- มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	30	0.20
- มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥19 คะแนน)	6	0.04

จากตารางที่ 1 ความเครียดของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนร้อยละ 15.90 เมื่อพิจารณาตามระดับค่าคะแนนความเครียดพบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) ร้อยละ 14.90 รองลงมา มีความเครียดในระดับมาก

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์เชิงถดถอย (Logistics regression analysis) คำนวณค่า Adjusted odds ratios โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาค้นนี้มีทั้งหมด 15,310 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.90 และเพศชายร้อยละ 40.10 ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 29.20 รองลงมาอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 24.60

2. ข้อมูลระดับค่าคะแนนความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

(Severe Stress) 0.60 และมีความเครียดในระดับมากที่สุด (Very Severe Stress) ร้อยละ 0.40 และพบประชาชนมีภาวะซึมเศร้าจำนวนร้อยละ 1.36 เมื่อพิจารณาตามระดับค่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าพบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (Mild depression) ร้อยละ 1.12 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้า

ในระดับปานกลาง (Moderate depression) ร้อยละ 0.20 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง (Severe depression) ร้อยละ 0.04

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Logistics regression analysis (n = 15,310)

ปัจจัยเสี่ยง	ความเครียด				OR	95%CI	p-value	ภาวะซึมเศร้า				OR	95%CI	p-value
	ปกติ		มีความเครียด					ปกติ		มีภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ปัจจัยภายในบุคคล														
เพศ														
ชาย	5,314	41.26	832	34.24				6,097	40.37	49	23.56			
หญิง	7,566	58.74	1,598	65.76	1.30	1.18-1.44	<.001***	9,005	59.63	159	76.44	1.90	1.35-2.69	<.001***
อายุ														
15-59 ปี	9,124	70.84	1,724	70.95				10,674	70.68	174	83.65			
60 ปีขึ้นไป	3,756	29.16	706	29.05	0.90	0.82-1.00	0.054	4,428	29.32	34	16.35	1.86	1.27-2.72	.001***
ประวัติโรคเรื้อรัง														
ไม่มีโรคเรื้อรัง	11,827	91.82	2,265	93.21				13,890	91.97	202	97.12			
มีโรคเรื้อรัง	1,053	8.18	165	6.79	0.92	0.77-1.12	0.439	1,212	8.03	6	2.88	0.54	.22-1.28	0.165
ผู้พิการทางกาย														
ไม่เป็นผู้พิการทางกาย	12,683	98.47	2,382	98.02		0.87-1.68	0.255	14,863	98.42	202	97.12			
เป็นผู้พิการทางกาย	197	1.53	48	1.98	1.21			239	1.58	6	2.88	1.51	0.61-3.74	.366
เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต														
ไม่มีโรคทางจิตเวช	12,810	99.46	2,397	98.64				15,014	99.42	193	92.79			
มีโรคจิตเวช	70	0.54	33	1.36	2.63	1.71-4.05	<.001***	88	0.58	15	7.21	11.68	6.34-21.53	<.001***
ปัจจัยภายนอกบุคคล														
ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19														
ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อ	12,815	99.5	2,365	97.33				14,974	99.15	203	97.6			
ผู้ป่วยติดเชื้อ	65	0.5	65	2.67	4.15	2.87-5.99	<.001***	128	0.85	5	2.4	1.82	0.69-4.78	0.22
ผู้ถูกกักตัว														
ไม่ถูกกักตัว	12,698	98.59	2,367	97.41				14,862	98.41	203	97.6			
ถูกกักตัว	182	1.41	63	2.59	1.75	1.28-2.40	<.001***	240	1.59	5	2.4	1.66	0.64-4.27	0.294
สมาชิกครอบครัวมีผู้ติดเชื้อ														
ไม่ติดเชื้อ	12,789	99.29	2,408	99.09				14,990	99.26	207	99.52			
ติดเชื้อ	91	0.71	22	0.91	0.85	0.59-1.44	0.568	112	0.74	1	0.48	0.45	0.05-3.63	0.461
ว่างงาน														
มีงานทำ	12,388	96.18	2,153	88.6				14,364	95.11	177	85.1			
ว่างงาน	492	3.82	277	11.4	2.47	2.10-2.91	<.001***	738	4.89	31	14.9	2.31	1.51-3.55	<.001***
ธุรกิจประสบปัญหาล้มเหลว														
ธุรกิจปกติ	12,752	99	2,370	97.53				14,925	98.83	197	94.71			
ธุรกิจล้มเหลว	128	1	60	2.47	1.58	1.14-2.19	.006**	177	1.17	11	5.29	2.40	1.20-4.79	.013**
รายได้น้อย														
มีรายได้	10,144	78.76	1,565	64.4				11,581	76.69	128	61.54			
รายได้น้อย	2,736	21.24	865	35.6	1.75	1.59-1.94	<.001***	3,521	23.31	80	38.46	1.55	1.14-2.11	.005**
ครอบครัวมีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด														
ไม่มีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด	10,378	80.57	1,942	79.92				12,162	80.53	158	75.96			
มีผู้สูงอายุ/เด็กแรกเกิด	2502	19.43	488	20.08	0.94	0.83-1.05	0.293	2,940	19.47	50	24.04	1.19	0.84-1.68	0.314
ครอบครัวมีผู้พิการ														
ไม่มีผู้พิการ	12,586	97.72	2,346	96.54				14,373	97.58	195	93.75			
มีผู้พิการ	294	2.28	84	3.46	1.26	0.97-1.64	0.079	365	2.42	13	6.25	1.51	0.97-2.90	0.21
ครอบครัวมีผู้ป่วยติดเตียง														
ไม่มีผู้ป่วยติดเตียง	12,766	99.11	2,379	97.9				14,948	98.98	197	94.71			
มีผู้ป่วยติดเตียง	114	0.89	51	2.1	1.98	1.39-2.83	<.001***	154	1.02	11	5.29	3.01	1.43-6.31	.003**

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล พบว่า เพศหญิง ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต และปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ถูกกักตัว ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล พบว่า เพศหญิง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต และปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ประชาชนมีความเครียดร้อยละ 15.90 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.36 เนื่องจากประชาชน มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ถึงสถานการณ์และความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดความตื่นตระหนก เครียด หวาดหวั่น ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁶ ซึ่งพบประชาชนเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7 - 53.8, 14.6 - 48.3 และการศึกษา⁸ ร้อยละ 2.16, 2.79 ว่าเกิดจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ถึงสถานการณ์และความรุนแรงของโรคโควิด-19

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ มีดังนี้

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล พบว่า เพศหญิงมีความเครียดเป็น 1.30 เท่าของเพศชาย ($OR = 1.30$, 95% $CI = 1.18-1.44$, $p < .001$) เนื่องจากเพศหญิงมีบทบาทหน้าที่หลายอย่างในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดสะสม เมื่อเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความหวาดหวั่น วิตกังวล ไม่สามารถเผชิญหรือแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม⁹ สอดคล้องกับการศึกษา

ส่วนใหญ่^{5,6,17} ซึ่งพบว่า เพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิตมีความเครียดเป็น 2.63 เท่าของผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต ($OR = 2.63$, 95% $CI = 1.71 - 4.05$, $p < .001$) เนื่องจากผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิตซึ่งมีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติเมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้เกิดความเครียด ความหวาดหวั่น มากกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต⁹ สอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,18} ซึ่งพบว่า ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตจากสถานการณ์โควิด-19 เกิดความเครียดมากกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต และปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 มีความเครียดเป็น 4.15 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ COVID-19 ($OR = 4.15$, 95% $CI = 2.87-5.99$, $p < .001$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ถึงสถานการณ์และความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดความตื่นตระหนก ความรู้สึกผิดที่เป็นผู้แพร่เชื้อให้กับผู้อื่น ทำให้เกิดความเครียด ความหวาดหวั่นมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ COVID-19⁹ สอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,19} ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 มีความเครียดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ COVID-19 ถูกกักตัวมีความเครียดเป็น 1.75 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ถูกกักตัว ($OR = 1.75$, 95% $CI = 1.28-2.40$, $p < .001$) เนื่องจากผู้ที่ถูกกักตัวมีความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อผนวกกับการรับรู้การรุนแรงของโรคทำให้รู้สึกเครียด อีกทั้งการกักตัวเป็นการจำกัดบริเวณอย่างต่อเนื่องตลอด 14 วัน การที่ประชาชนเคยมีชีวิตที่อิสระแต่ต้องมาถูกจำกัดบริเวณและไม่สามารถประกอบอาชีพตามปกติได้ ทำให้มีความเครียดเกิดขึ้นได้⁹ สอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,19} ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ถูกกักตัว มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ถึงสถานการณ์และความรุนแรงของโรคก่อก่อให้เกิดความตื่นตระหนก ความรู้สึกผิดที่เป็นผู้แพร่เชื้อให้กับผู้อื่น ประกอบกับการถูกจำกัดสถานที่และการติดต่อจากสังคมทำให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ไม่ถูกกักตัว ผู้ว่างงานมีความเครียดเป็น 2.47 เท่าของผู้ที่มีงานทำ ($OR = 2.47$, 95% $CI = 2.10-2.91$, $p < .001$) เนื่องจากผู้ว่างงาน ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้มาจุนเจือตนเองและครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ที่มีงานทำ⁹ ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลวมีความเครียดเป็น 1.58 เท่าของผู้ที่มีธุรกิจดำเนินการปกติ ($OR = 1.58$, 95% $CI = 1.14-2.19$, $p < .05$) เนื่องจากผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจ

ล้มเหลว มีหนี้สิน เกิดความล้มเหลวในชีวิตและครอบครัวก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าผู้ที่มีการดำเนินธุรกิจเป็นปกติ⁹ ผู้มีรายได้น้อย มีความเครียดเป็น 1.75 เท่าของผู้ที่มีรายได้ (OR = 1.75, 95% CI = 1.59-1.94, $p < .001$) เนื่องจากพบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยและมีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีรายได้ปกติ⁹ และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง มีความเครียดเป็น 1.98 เท่าของครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยติดเตียง (OR = 1.98, 95% CI = 1.39-2.83, $p < .001$) เนื่องจากครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง ต้องแบกรับภาระในการดูแลรับผิดชอบทั้งด้านดูแลรักษา การเลี้ยงดู เศรษฐกิจ ประกอบกับวิตกกังวลกลัวผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความเครียดมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยติดเตียง⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,19} ที่พบว่า ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง มีความสัมพันธ์กับความเครียดของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.90 เท่าของเพศชาย (OR = 1.90, 95% CI = 1.35-2.69, $p < .001$) เนื่องจากเพศหญิงมีบทบาทหน้าที่หลายอย่างในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดสะสม เมื่อเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความหวาดหวั่นและสะสมจนกลายเป็นภาวะท้อแท้ใจ อาจนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า⁹ สอดคล้องกับการศึกษา^{5,6,17} ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.86 เท่าของประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี (OR = 1.86, 95% CI = 1.27-2.72, $p = .001$) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่เปราะบางต้องการผู้ดูแลการจำกัดบริเวณอยู่แต่ในบ้านเพียงลำพัง ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้^{26,27} ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิตมีภาวะซึมเศร้าเป็น 11.68 เท่าของผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต (OR = 11.68, 95% CI = 6.34-21.53, $p < .001$) เนื่องจากผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิตเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความเครียด ความหวาดหวั่น และสะสมจนกลายเป็นภาวะท้อแท้ใจ อาจนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁹ สอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,18} ซึ่งพบว่า ผู้ที่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิตซึ่งมีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ เมื่อต้องเผชิญ

กับภาวะวิกฤตจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้เกิดความเครียดนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วยจิตเวชหรือรับยาทางจิต และปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า ผู้ว่างงานมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.31 เท่าของคนที่มีการทำงาน (OR = 2.31, 95% CI = 1.51-3.55, $p < .001$) เนื่องจากในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้เกิดปัญหาการว่างงาน ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้มาจุนเจือครอบครัวก่อให้เกิดความเครียดสะสมจนกลายเป็นความท้อแท้ใจ สิ้นหวัง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า⁹ ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว มีภาวะซึมเศร้าเป็น 2.40 เท่าของผู้ที่มีธุรกิจดำเนินการปกติ (OR = 2.40, 95% CI = 1.20-4.79, $p < .05$) เนื่องจากผู้ที่มีธุรกิจประสบปัญหาล้มเหลว จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความเครียดสะสมทางออกให้ชีวิตไม่ได้ จนกลายเป็นความท้อแท้ใจ สิ้นหวัง อาจนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁹ ผู้มีรายได้น้อย มีภาวะซึมเศร้าเป็น 1.55 เท่าของผู้ที่มีรายได้ (OR = 1.55, 95% CI = 1.14-2.11, $p < .05$) เนื่องจากผู้ที่มีรายได้น้อยและมีปัญหาทางเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอจุนเจือครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีความเครียด และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁹ และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง มีภาวะซึมเศร้าเป็น 3.01 เท่าของครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยติดเตียง (OR = 3.01, 95% CI = 1.43-6.31, $p < .05$) เนื่องจากบุคคลที่มีภาระดูแลผู้ป่วยติดเตียงในครอบครัว จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ต้องดูแลสุขภาพทั้งของตนเองและผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า จนกลายเป็นความท้อแท้ใจ สิ้นหวัง อาจนำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^{5,17,19} ที่พบว่า ผู้ว่างงาน ผู้ที่ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การศึกษาค้นคว้านี้แสดงถึงผลของการศึกษาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมวางแผนป้องกัน และแก้ไขปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในเขตพื้นที่อื่น ๆ

2. บุคลากรสาธารณสุขควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้

นี้ไปประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่ายทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้แสดงถึงระดับของความเครียดและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้า จึงควรนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปพัฒนารูปแบบระบบการดูแล การสร้างนวัตกรรม หรือโปรแกรมการดูแลเพื่อป้องกันความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดศรีสะเกษ

References

1. Li H, Liu S, Yu X, Tang S. & Tang C. Coronavirus disease2019 (COVID-19): current status and future perspectives. International Journal of Antimicrobial Agents. 2020; 55(5): 105951.
2. Cucinotta D. & Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. Acta bio-medica: Atenei Parmensis. 2020; 91(1): 157-60.
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus Disease 2019 Situation Report No.483 Date 30 April 2021. Nonthaburi: Retrieved May 2, 2021. (in Thai)
4. Sisaket Provincial Public Health Office: Retrieved April 30, 2021. (in Thai)
5. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. Journal of Affective disorders. 2020; 277: 55-64.
6. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygeni A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Globol Health. 2020; 16(1): 57.
7. Department of Mental Health. Covid 19 and mental health [Mental Health Check In] [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health: 2020. Retrieved May 2, 2021. (in Thai)
8. Wang J, Zhou Y, Laing Y. & Liu, Z. A Large Sample Survey of Tibetan People on the Qinghai-Tibet Plateau: Current Situation of Depression and Risk Factors. International Journal of Environmental Research. Public Health. 2019; 17:289.
9. Wongpiromsarn Y. Mental health and the COVID-19 crisis in Thailand. Journal of Mental Health of Thailand 2021; 28(4): 280-91. (in Thai)
10. World Health Organization [WHO]. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO Document Production Services; 2017.
11. World Health Organization [WHO]. Depression: Let's talk. Retrieved 2021 April 26.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic statistical manual of mental disorders. (4thed). Text revision: Washington DC; 2002.
13. Beck AT, Steer RA. & Carbin G. Psychometric Properties of The Beck Intervention. Clinical Psychology Review. 1988; 8(1): 77-100.
14. Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2016; 10(69): 313-32.
15. Lauboonthawatchai A. Mental Health and Psychiatric nursing. 5thed. Chulalongkorn Printing Office; 2556. (in Thai)
16. Abdollahi A, Talib M. A. & Yaacob, S. N. Problem-solving skills and suicidal ideation among Malaysian college student: the mediating role of hopelessness. Academic Psychiatry. 2016; 40(2): 261-7.

17. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho Cs, et al. Immediate Psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research. Public Health*. 2020; 17(5):1729.
18. Sangsirilak A. & Sangsirilak S. Stress and Depressed Mood in Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. *Journal of the Psychiatry Association of Thailand* 2020; 65(4): 400-8. (in Thai)
19. Wijitraphan T. Prevalence and factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among residents of Tung Seaw primacy care clinic, Sanpathong District, Chiang Mai Province. *Journal of Mental Health of Thailand* 2021; 29(1): 12-21. (in Thai)
20. The Inter-Agency Standing Committee. Interim Briefing Note: addressing mental health and psychological aspects COVID-19 outbreak (Version 1.5) [Internet]. Geneva: Inter-Agency Standing Committee (IASC); c2020.
21. Strategy Bureau Department of Mental Health. Strategic Plan of the Department of Mental Health during the Development Plan National Economy and Society, (2017-2021). 2017. (in Thai)
22. Vacarolis E.M. Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach, 4thed., New York: W.B. Saunder. 2002.
23. Stree H, Sheeran P. & Orbell S. (1999) "Conceptualizing Depression: An Integration of 27 Theories." *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999; 6.
24. Grotberg E. H. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The\Hague: The Bernard van leer foundation. 1995.
25. Aguilera D.C. Crisis intervention. In: Birkhead, LM, editor. *Psychiatric/mental health Nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1989. p. 229-50.
26. Department of mental health. Knowledge of mental health care in epidemic situations Covid-19 "The mind is ready. I won't be sick. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; April 2020. (in Thai)
27. Suktawee S, Soonthornchaiya R. & Jirarode A. The Effect of a Reminiscence Program on The Resilience Among Older Adults with Depression. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2021; 22(1): 235-43. (in Thai)