

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขตกรุงเทพมหานคร

วันรับ : 4 พฤศจิกายน 2563

วันแก้ไข : 20 พฤษภาคม 2564

วันตอบรับ : 22 พฤษภาคม 2564

วรินทิพย์ สว่างศรี, พ.บ., นันทยุทธ หะสิทธิ์เวช, วท.ม.,

ชลธิชา แยมมา, วท.ม., ญัฐปพน รัตนตรัย, ศศ.บ.,

ดุขฎิ จีงศิริกุลวิทย์, พ.บ.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในกรุงเทพมหานคร

**วิธีการ :** เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลจาก “โครงการการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในเขตกรุงเทพมหานคร” ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 29 พฤษภาคม 2563 จำนวน 898 คน เจ้าหน้าที่โครงการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ด้วยแบบประเมินการรับรู้ความเครียด ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ chi-square เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ

**ผล :** ความชุกของการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด 19 พบได้ร้อยละ 30.8 แบ่งเป็นการรับรู้ความเครียดจากปัจจัยด้านโรคโควิด 19 ด้านชุมชนและสังคม และด้านครอบครัว ร้อยละ 59.6, 38.6 และ 27.8 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และสถานะการรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เท่ากับร้อยละ 16.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ และมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป

**สรุป :** การรับรู้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ค่อนข้างสูง โดยสัมพันธ์กับเพศ นอกจากนี้การรับรู้ความเครียดสัมพันธ์กับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป อย่างไรก็ตาม หากนำไปใช้ในบริบทอื่นที่แตกต่างควรคำนึงถึงข้อจำกัดจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

**คำสำคัญ :** การรับรู้ความเครียด การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โควิด 19 ภาวะซึมเศร้า

**ติดต่อผู้นิพนธ์ :** วรินทิพย์ สว่างศรี; e-mail: pu\_warin@hotmail.com

## Original article

# Prevalence of perceived stress and depression and their associated factors among COVID-19 patients in Bangkok

Received : 4 November 2020

Revised : 20 May 2020

Accepted : 22 May 2020

Warintip Sawangsri, M.D., Nantayoot Hasitawech, M.Sc.,

Chonticha Yamma, M.Sc., Nattapong Rattanatrai, B.A.,

Dutsadee Juengsiragulwit, M.D.

Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

## Abstract

**Objective:** To study the prevalence and associated factors of perceived stress and depression in patients with COVID-19.

**Methods:** In this cross-sectional study, the data was collected from 898 patients in “the telephone counselling for COVID-19 patients project” during 1 April to 29 May 2020. The project staff interviewed the participants by telephone-based using perceived stress questionnaires, 9Q for depression and 8Q for suicidal risk. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square statistics.

**Results:** The prevalence of perceived stress was 30.8% which mainly from COVID-19, social and community, and family factor 59.6%, 38.6%, and 27.8%, respectively. Gender and hospital admission were significantly associated with perceived stress. The prevalence of depression was 16.5%. Gender and two more perceived stress factors were significantly associated with depression.

**Conclusion:** Perceived stress and depression in patients with COVID-19 were significant prevalence and associated with gender. Hospital admission was associated with perceived stress whereas two more perceived stress associated with depression. However, the limitation of using telephone interview should be considered in other contexts.

**Keywords:** COVID-19, depression, stress, telephone interview

**Corresponding author:** Warintip Sawangsri; e-mail: pu\_warin@hotmail.com

**ความรู้เดิม :** การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบในผู้ติดเชื้อดังกล่าวยังมีการศึกษาที่จำกัด

**ความรู้ใหม่ :** ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีข้อจำกัดการเข้าถึงสามารถประเมินสภาวะสุขภาพจิตด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยพบความชุกของการรับรู้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ :** การประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นทางโทรศัพท์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ได้ สถานการณ์ที่มีการจำกัดการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง ทำให้สามารถบ่งชี้และให้การดูแลช่วยเหลือจิตใจได้ตั้งแต่ระยะแรก

## บทนำ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) ถือเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดใหญ่ (pandemic) นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ติดเชื้อแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของประชาชนเป็นวงกว้าง จนถึงปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวม 88.1 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อในประเทศไทย 9,841 คน (ข้อมูลเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2564)<sup>1</sup> การศึกษาผลกระทบทางจิตใจในกลุ่มประชากรทั่วไปช่วงการระบาดรุนแรงในประเทศจีนด้วยการประเมินตนเองแบบออนไลน์พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 53.8 ได้รับความกระทบทางจิตใจในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 16.5 รายงานถึงอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และร้อยละ 8.1 มีระดับความเครียดอยู่ที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยผู้ตอบส่วนใหญ่เป็นผู้ที่กักตัวอยู่ในบ้าน 20 - 24 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 84.7) และพบปัญหาดังกล่าวมากในผู้หญิง เป็นนักเรียนหรือกำลังศึกษา มีอาการเจ็บป่วยทางกาย หรือยากจน<sup>2</sup> เช่นเดียวกับอีกการศึกษาหนึ่งในประเทศจีนเช่นกันที่รายงานผลการสำรวจออนไลน์ในประชากรทั่วไป พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.9 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 31.6 ภาวะนอนไม่หลับร้อยละ 29.2 และภาวะเครียดเฉียบพลัน (acute stress) ร้อยละ 24.4 โดยผู้ที่ได้รับการยืนยันหรือสงสัยว่าตัวเองติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือมีคนในครอบครัวหรือ

เพื่อนอยู่ในภาวะดังกล่าว ผู้ที่ประกอบอาชีพเสี่ยงหรือพักอาศัยอยู่ในมณฑลหูเป่ย์ซึ่งถือเป็นศูนย์กลางการระบาด จะมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และภาวะเครียดมากกว่าประชากรทั่วไป<sup>3</sup>

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคโควิด 19 มีรายงานการศึกษาในโรงพยาบาลสนาม Jiangnan Fangcang Shelter Hospital พบผู้ป่วยโรคโควิด 19 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีอาการทางกายมากกว่า 2 อาการขึ้นไป มีปัญหาการนอนหลับ หรือมีคนในครอบครัวติดเชื้อร่วมด้วย<sup>4</sup> และการศึกษาในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่อาการคงที่ในประเทศจีนจำนวน 714 คน พบว่า ร้อยละ 96.2 มีอาการเครียดหลังเหตุสะเทือนขวัญ (post-traumatic stress) ที่สัมพันธ์กับตัวโรค และร้อยละ 49.8 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า การให้บริการสุขภาพจิตศึกษามีส่วนช่วยให้อาการดีขึ้น<sup>5</sup> หากพิจารณาการศึกษาที่มีความใกล้เคียงกันพบว่า ผู้ป่วยโรคซาร์ส (SARS) จะมีภาวะเครียดและวิตกกังวลมากกว่าคนทั่วไปในช่วงของการติดเชื้อ<sup>6</sup> โดยร้อยละ 10 - 35 ของผู้รอดชีวิตจะมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในช่วงแรกของการฟื้นตัวของโรค<sup>7,8</sup> และยังพบปัญหาด้านสุขภาพจิตแม้จะติดตามไปอีก 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล<sup>9</sup> และเมื่อติดตามในระยะยาว (30 เดือน) พบว่าร้อยละ 33 ของผู้รอดชีวิตได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวช โดย 1 ใน 4 มีโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder) และร้อยละ 15 มีภาวะซึมเศร้า<sup>10</sup>

สำหรับสถานการณ์การระบาดในประเทศไทย มีการตรวจพบผู้ป่วยโรคโควิด 19 รายแรกเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2563 หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นตามลำดับ จนถึงช่วง 30 พฤษภาคม 2563 พบผู้ป่วยทั้งหมด 3,077 ราย เป็นผู้ป่วยที่อาศัยหรือถูกกักตัวในกรุงเทพมหานคร 1,551 ราย<sup>11</sup> โดยในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดล้วนได้รับการกักตัวและติดตามอาการทั้งสิ้น สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต ได้จัดระบบการดูแลจิตเชิงทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน เพื่อประเมินและให้คำปรึกษาดูแลผลกระทบด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วย การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

กับการรับรู้ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในกรุงเทพมหานคร ที่เข้าร่วมโครงการการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19

## วิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธีการตรวจ PCR และมีการรายงานจากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 29 พฤษภาคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยคือ อายุ 15 ปีขึ้นไป สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ สภาวะทางร่างกายที่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ และได้รับการประเมินจากเจ้าหน้าที่โครงการด้วยตนเอง เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่โทรศัพท์ติดต่ออย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือปฏิเสธการประเมินปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ สถานะการรักษาแบบผู้ป่วยใน อาการปัจจุบัน สถานที่รักษา และวันที่ส่งข้อมูล ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรับรู้ความเครียด โดยใช้ข้อคำถาม 3 ข้อ เพื่อประเมินการรับรู้ความเครียดจากปัจจัยกระตุ้นด้านโรคโควิด 19 ด้านผลกระทบต่อการครอบครัวยุ และด้านตราบาปจากชุมชนและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่วิเคราะห์จากสถานการณ์การระบาดตามความเห็นผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้ 1) ท่านมีความเครียดหรือความกังวลต่ออาการป่วยด้วยโรคโควิด 19 หรือไม่ 2) ท่านมีความเครียดหรือความกังวลต่อการถูกแยกจากครอบครัวด้วยโรคโควิด 19 หรือไม่ 3) ท่านมีความเครียดหรือความกังวลเกี่ยวกับบุคคลรอบข้างที่รู้ว่าท่านป่วยด้วยโรคโควิด 19 หรือไม่ หากผู้ป่วยตอบว่า ใช่ ในข้อใดข้อหนึ่งใน 3 ข้อดังกล่าวถือว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ความเครียดในหัวข้อนั้น ๆ ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาวะซึมเศร้าจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q<sup>12</sup> ประกอบด้วย 9 คำถาม 4 คำตอบ คือ ไม่มีเลย = 0; เป็นบางครั้ง = 1; เป็นบ่อย ๆ = 2; เป็นทุกวัน = 3 จุดตัดคะแนนที่เหมาะสมคือ ช่วงค่าคะแนน

7 - 12 เป็นระดับความรุนแรงเล็กน้อย; ช่วงค่าคะแนน 13 - 17 เป็นระดับความรุนแรงปานกลาง; ช่วงค่าคะแนน 18 ขึ้นไป เป็นระดับความรุนแรงสูง ส่วนที่ 4 ข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q<sup>12</sup> ประกอบด้วย 8 คำถาม 2 คำตอบ ไม่ใช่ และใช่ ค่าคะแนนแต่ละข้อไม่เท่ากัน การแปลผลคือ ช่วงค่าคะแนน 1 - 8 แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย; ช่วงค่าคะแนน 9 - 16 แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง; ช่วงค่าคะแนน 17 ขึ้นไป แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการประเมินการรับรู้ความเครียด หากพบมีความเครียดข้อใดข้อหนึ่ง จะได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q หากพบมีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 9Q ตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป) จะได้รับการประเมิน 8Q แสดงผังแผนภาพที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าจะได้รับการช่วยเหลือประคับประคองทางจิตใจ (psychological support) และการให้การปรึกษาด้านสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ และติดตามประเมินผลการรับรู้ความเครียดหลังรับการปรึกษาเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หากมีอาการรุนแรงจะได้รับการส่งต่อให้ทีมวิกฤตสุขภาพจิตเพื่อประเมินและดูแลต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าวด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ Chi-square

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ CAMRI-IRB-2563/006 ลงวันที่ 3 กรกฎาคม 2563

## ผล

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมาเข้าโครงการระบบการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 1,262 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จำนวน 898 คน คิดเป็นอัตราการตอบรับ (response rate)

ร้อยละ 71.1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกเนื่องจากไม่สามารถติดต่อได้หลังติดต่ออย่างน้อย 3 ครั้ง (ร้อยละ 15.6) เป็นชาวต่างประเทศ (ร้อยละ 7.6) ปฏิเสธการประเมินปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ หรือไม่สามารถประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง (ร้อยละ 2.4) และข้อมูลไม่ครบถ้วน (ร้อยละ 3.2) โดยจากกลุ่มตัวอย่างใน การศึกษา 898 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.9) มีอายุอยู่ในช่วง 15 - 60 ปี (ร้อยละ 93.2) อาการสงบและจำหน่ายกลับบ้านแล้ว (ร้อยละ 68.8) ทั้งนี้เป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เพียงร้อยละ 6

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30.8 มีความรู้สึกเครียดอย่างน้อยหนึ่งด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเครียดด้านโรคโควิด 19 เช่น กังวลว่าจะเป็อันตรายเป็นชีวิต การรับรู้ความเครียดด้านชุมชนและสังคม เช่น กลัวเพื่อนร่วมงานรังเกียจ กลัวถูกให้ออกจากงาน กลัวคนในชุมชนทราบการรับรู้ความเครียดด้านครอบครัว เช่น กลัวว่าสมาชิกในครอบครัวจะติดเชื้ด้วย โดยในจำนวนนี้มีการรับรู้ความเครียดหนึ่งด้าน สองด้าน และทั้งสามด้าน ร้อยละ 23.6, ร้อยละ 5.9, และร้อยละ 1.3 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1

จากกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีเครียด 277 ราย ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q จำนวน 261 ราย (ร้อยละ 94.2) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก จำนวน 10 ราย ในจำนวนนี้ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q จำนวน 4 ราย ส่วนอีก 6 ราย ไม่พบรายละเอียดการบันทึกข้อมูล แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความชุกของการรับรู้ความเครียดและปัจจัยกระตุ้น (N = 898)

การรับรู้ความเครียด	จำนวน	
	คน	ร้อยละ
ไม่รู้สึกรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล	621	69.2
รู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล	277	30.8
ปัจจัยที่กระตุ้นความเครียด		
- ด้านชุมชนและสังคม	107	39.8
- ด้านโรคโควิด 19	165	59.6
- ด้านครอบครัว	77	27.8

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยที่รับรู้ความเครียดอย่างน้อย 1 ด้าน จำนวน 277 ราย พบว่า ปัจจัยด้านเพศและสถานะการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างแยกตามประเภทการรับรู้ความเครียดพบว่า การรับรู้ความเครียดด้านชุมชนและสังคมมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ และสถานะการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความเครียดด้านโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ความเครียด ด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสถานะการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 3

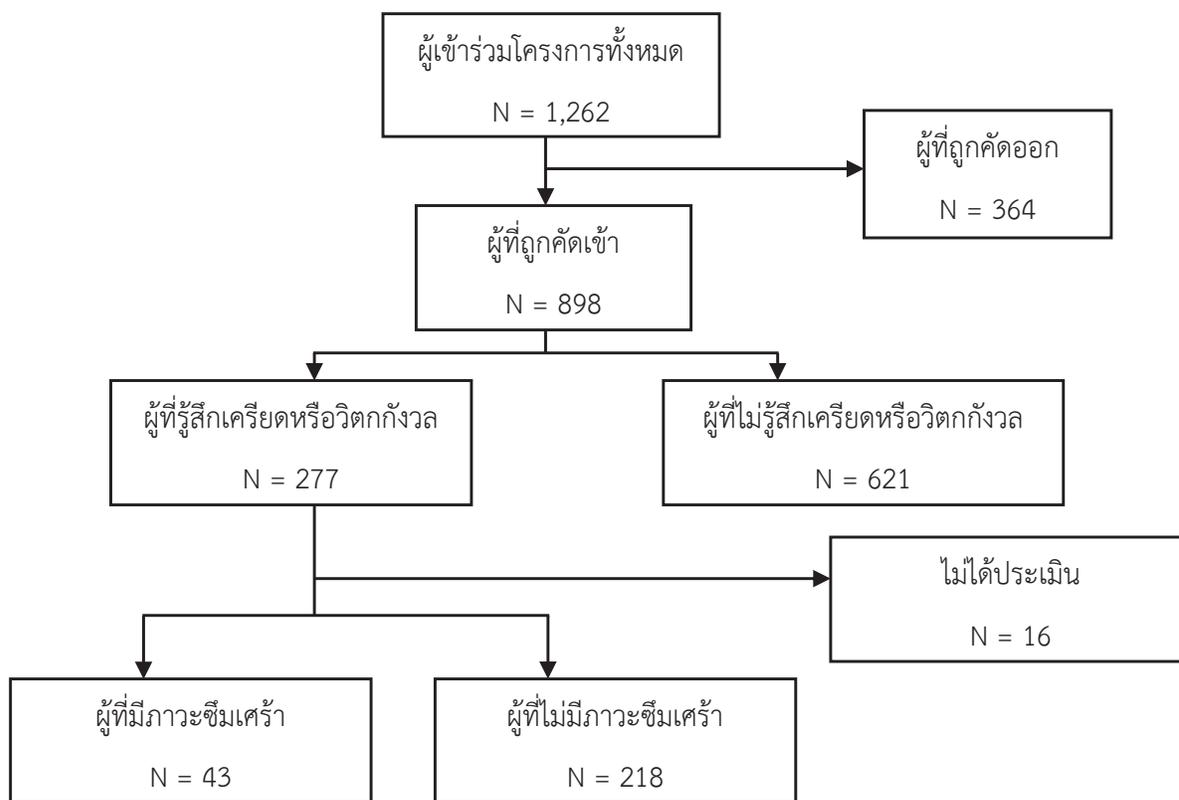
ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญคือ เพศ และการรับรู้ความเครียดตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

### วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ความชุกของการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด 19 อยู่ที่ร้อยละ 30.8 ใกล้เคียงกับการศึกษาความเครียดหลังเกิดเหตุโรคระบาดของต่างประเทศที่พบภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคซาร์ส ซึ่งถือเป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ในขณะนั้นอยู่ที่ร้อยละ 10 - 35<sup>7,8,13</sup>

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายจากแบบคัดกรอง 9Q และ 8Q

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
<b>ภาวะซึมเศร้า (n = 261)</b>		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	218	83.5
มีระดับความรุนแรงเล็กน้อย	33	12.6
มีระดับความรุนแรงปานกลาง	9	3.4
มีระดับความรุนแรงมาก	1	0.4
มีภาวะซึมเศร้า	43	16.5
<b>ความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (n = 4)</b>		
ความเสี่ยงต่ำ	3	75
ความเสี่ยงสูง	1	25



แผนภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่เข้าโครงการระบบการดูแลจิตใจทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยโรคโควิด 19 กรุงเทพมหานคร และจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำแนกตามการรับรู้ความเครียด และความเครียดสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	การรับรู้ความเครียด			ความเครียดด้านครอบครัว			ความเครียดด้านชุมชนและสังคม			ความเครียดด้านโรคโควิด 19		
	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี	p-value	จำนวน (ร้อยละ)	มี	p-value	จำนวน (ร้อยละ)	มี	p-value	จำนวน (ร้อยละ)	มี	p-value
เพศ			< .01*			.26			< .01*			< .01*
หญิง	175 (35.5)	318 (64.5)		47 (9.5)	446 (90.5)		73 (14.8)	420 (85.2)		110 (22.3)	383 (77.7)	
ชาย	102 (25.2)	303 (74.8)		30 (7.4)	375 (92.6)		34 (8.4)	371 (91.6)		55 (13.6)	350 (86.4)	
อายุ			.16			.74			.02*			.98
อายุ 15-59 ปี	263 (31.4)	574 (68.6)		73 (8.7)	764 (91.3)		104 (12.4)	733 (87.6)		154 (18.4)	683 (81.6)	
อายุ ≥ 60 ปี	12 (22.2)	42 (77.8)		4 (7.4)	50 (92.6)		1 (1.9)	53 (98.1)		10 (18.5)	44 (81.5)	
สถานะการรักษา			< .01*			< .01*			.04*			.33
รับการรักษา	103 (37.5)	172 (62.5)		36 (13.1)	239 (86.9)		41 (14.9)	234 (85.1)		56 (20.4)	219 (79.6)	
จำหน่าย	170 (27.5)	448 (72.5)		40 (6.5)	578 (93.5)		63 (10.2)	555 (89.8)		109 (17.6)	509 (82.4)	

\* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p < .05

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำแนกตามภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
<b>เพศ</b>			< .01*
หญิง	37 (22.2)	130 (77.8)	
ชาย	6 (6.4)	88 (93.6)	
<b>อายุ</b>			.33
อายุ ≥ 15, < 60 ปี	40 (16.1)	208 (83.9)	
อายุ ≥ 60 ปี	3 (27.3)	8 (72.7)	
<b>สถานะการรักษา</b>			.82
รับการรักษา	17 (17)	83 (83)	
จำหน่าย	25 (15.9)	132 (84.1)	
<b>การรับรู้ความเครียด</b>			< .01*
การรับรู้ความเครียด 1 ด้าน	25 (12.6)	173 (87.4)	
การรับรู้ความเครียด มากกว่า 1 ด้าน	18 (28.6)	45 (71.4)	
<b>การรับรู้ความเครียดด้านครอบครัว</b>			.14
มี	16 (21.9)	57 (78.1)	
ไม่มี	27 (14.4)	161 (85.6)	
<b>การรับรู้ความเครียดด้านชุมชนและสังคม</b>			.20
มี	20 (20.2)	79 (79.8)	
ไม่มี	23 (14.2)	139 (85.8)	
<b>การรับรู้ความเครียดด้านโรคโควิด 19</b>			.19
มี	30 (18.9)	129 (81.1)	
ไม่มี	13 (12.7)	89 (87.3)	

\* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$

โดยพบความชุกของการรับรู้ความเครียดด้านโรคโควิด 19 มากที่สุด รองมาเป็นการรับรู้ความเครียด ด้านชุมชนและสังคม และการรับรู้ความเครียดด้านครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยผู้ป่วยโรคซาร์สก่อนหน้านี้ ที่พบว่าผู้ป่วยจะมีผลกระทบทางจิตใจในแง่ลบทางด้านความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ การเงิน และการกลับเข้าสู่สังคม<sup>6</sup> โดยปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดในการศึกษานี้ คือ เพศ และสถานะการรักษา ซึ่งพบเช่นเดียวกันแม้ในกลุ่มประชากรทั่วไปในสถานการณ์โควิด 19 ที่ผู้หญิงมีความเครียดมากกว่าผู้ชาย<sup>2</sup> ในขณะที่

สถานะการรักษาว่า รักษาในโรงพยาบาลหรือจำหน่ายกลับบ้านแล้ว เป็นตัวสะท้อนความรุนแรงและการดำเนินของโรค ซึ่งความรุนแรงของโรคสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียด ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดด้านชุมชนและสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศ อายุ และสถานะการรักษา พบได้ในประชากรทั่วไปเช่นกัน โดยกลุ่มวัยรุ่นหรือวัยกำลังศึกษาพบได้มากกว่าวัยอื่น<sup>2</sup> ทั้งนี้อธิบายได้จากการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่คนส่วนใหญ่หวาดกลัว และการระบอบที่ง่ายหากสัมผัสกันในชุมชน

จึงส่งผลกระทบต่อการทำงาน การติดตามผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชนและสังคม โดยเฉพาะขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด 19 พบภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงมาก อยู่ที่ร้อยละ 3.8 น้อยกว่าความชุกในต่างประเทศ เช่นที่โรงพยาบาลสนาม Jiangnan Fangcang Shelter Hospital พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.4<sup>4</sup> ความแตกต่างนี้อธิบายได้จากวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และการคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีความเครียดเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า จึงอาจทำให้ได้ค่าน้อยกว่าความเป็นจริง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีอาการหายทุเลาจำหน่ายแล้ว หรือมีอาการคงที่พอที่จะเข้าร่วมโครงการได้อีกทั้งในประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ำ อัตราการเสียชีวิตต่ำ (ร้อยละ 1.85)<sup>11</sup> และอัตราการหายจากโรคโควิด 19 สูง (ร้อยละ 96.2) จึงอาจมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับประเทศที่มีการระบาดหนัก เช่น ประเทศจีนมีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก (ร้อยละ 5.3) อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์วิกฤตที่ผ่านมาของประเทศไทย เช่น อุทกภัยในปี 2554 ผลการสำรวจโดยกรมสุขภาพจิต พบผู้ประสบภัยมีความเครียดสูงร้อยละ 5.9 มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 7.7 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 1.4<sup>14</sup> ซึ่งสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลกระทบจากอุทกภัยรุนแรงก่อให้เกิดความสูญเสียที่อยู่อาศัย ที่ทำกิน เกิดขึ้นเป็นเวลานาน และการฟื้นตัวต้องใช้เวลายาวนาน อีกทั้ง การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในช่วงต้นของการระบาดในประเทศไทย จึงยังส่งผลกระทบไม่รุนแรงมากนัก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ คือ เพศ และการรับรู้ความเครียดมากกว่า 2 ด้านขึ้นไป โดยการศึกษาภาวะซึมเศร้าในประชากรปกติ ก็พบว่าผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย<sup>15</sup>

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากผลการดำเนินการโดยเร่งด่วนในภาวะวิกฤต จึงมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การพัฒนาแบบประเมินการรับรู้ความเครียด

3 ข้อ ที่ยังไม่ผ่านการทดสอบคุณสมบัติเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาการคงที่ หรือหายกลับบ้านแล้วซึ่งปัญหาสุขภาพจิตน่าจะลดน้อยลงกว่าผู้ที่กำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ภาวะซึมเศร้าที่ประเมินต่อยอดเฉพาะกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการรับรู้ความเครียดเท่านั้น ซึ่งหากตอบปฏิเสธจะขาดโอกาสในการประเมินภาวะซึมเศร้าต่อนอกจากนั้น การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจที่จะรับความช่วยเหลือด้านจิตใจแบบไม่เผชิญหน้า รวมทั้งข้อจำกัดด้านเวลาและสภาวะสุขภาพ ทำให้ขาดประเด็นคำถามที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น ระดับการศึกษา โรคประจำตัว เศรษฐฐานะ โรคจิตเวชที่มีอยู่เดิม อาการปัจจุบัน ความเข้าใจในโรคโควิด 19 เป็นต้น<sup>2</sup>

แบบประเมินการรับรู้ความเครียดโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ 3 ข้อ เป็นวิธีการที่เรื่อนำมาใช้ในการระบาดครั้งนี้ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการค้นหาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะแรกๆ ที่เริ่มรับรู้ความเครียดและให้การช่วยเหลือทางจิตใจภายใต้สถานการณ์การแยกกักผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงการสัมผัสโรค โดยมีข้อคำถามปลายปิดเพียง 3 ข้อ ทำให้เกิดการนำไปใช้ได้ง่าย ช่วยให้สามารถดูแลกลุ่มเสี่ยงได้เร็ว อย่างไรก็ตาม ผลจากแบบประเมินการรับรู้ความเครียดนี้ยังไม่สามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินความแม่นยำและความตรงของเครื่องมือการรับรู้ความเครียด เพื่อเทียบเคียงกับเครื่องมือวัดความเครียดมาตรฐาน (concurrent validity) เพื่อพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือต่อไป และควรปรับขั้นตอนให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าไปพร้อม ๆ กับการประเมินความเครียด เนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยและในบางรายอาจมีเพียงอาการใดอาการหนึ่งเท่านั้น ผลการศึกษานี้มีประโยชน์ในการนำไปต่อยอดเพื่อพัฒนาระบบประเมิน ป้องกัน และให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคโควิด 19 หรือโรคระบาดอุบัติใหม่ทางโทรศัพท์ต่อไป

## สรุป

การรับรู้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในโรคโควิด 19 ก่อนข้างสูง โดยสัมพันธ์กับเพศ นอกจากนี้การรับรู้ความเครียดสัมพันธ์กับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่วนภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเครียด การค้นหากลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้นทางโทรศัพท์ เป็นวิธีการที่เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการจำกัดการเข้าถึงได้

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายรัตนศักดิ์ สันติธาตากุล ที่ให้คำปรึกษาด้านการศึกษาวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. ไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ประเทศไทย [Corona virus (COVID-19), Thailand] [อินเทอร์เน็ต]. Google news; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ม.ค. 2564]. จาก: <https://news.google.com/covid19/map?hl=th&mid=%2Fm%2F07f1x&gl=TH&ceid=TH%3Ath>
2. 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. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. doi:10.3390/ijerph17051729.
3. Shi L, Lu ZA, Que JY, Huang XL, Liu L, Ran MS, et al. Prevalence of and risk factors associated with mental health symptoms among the general population in China during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e2014053. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.14053.
4. Dai LL, Wang X, Jiang TC, Li PF, Wang Y, Wu SJ, et al. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter hospital in Wuhan, China. *PLoS One*. 2020;15(8):e0238416. doi: 10.1371/journal.pone.0238416.
5. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med*. 2020:1-2. doi:10.1017/S0033291720000999.
6. Chua SE, Cheung V, McAlonan GM, Cheung C, Wong JW, Cheung EP, et al. Stress and psychological impact on SARS patients during the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2004;49(6):385-90. doi:10.1177/070674370404900607.
7. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress*. 2005;18(1):39-42. doi:10.1002/jts.20004.
8. Cheng SK, Wong CW, Tsang J, Wong KC. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Psychol Med*. 2004;34(7):1187-95. doi:10.1017/s0033291704002272.
9. Wing YK, Ho SM. Mental health of patients infected with SARS. In: Chan JCK, Wong VC, editors. *Challenges of severe acute respiratory syndrome*. Hong Kong: Elsevier (Singapore) Pte Ltd; 2006. p. 590.
10. Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(4):318-26. doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001.
11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โควิด-19 [COVID-19 situation report] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม: 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พ.ค. 2563]. จาก: <https://covid19.ddc.moph.go.th/>.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมิน 2Q, 9Q และ 8Q [Evaluation form 2Q, 9Q and 8Q] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ม.ค. 2564]. จาก: [https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](https://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf)

13. Tsang HW, Scudds RJ, Chan EY. Psychosocial impact of SARS. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(7):1326-7. doi:10.3201/eid1007.040090.
14. คณะทำงานสังเคราะห์บทเรียนการรับมืออุทกภัย 2554. สังเคราะห์บทเรียนการรับมือมหาอุทกภัย 2554 [Synthesis of lessons on dealing with the great flood 2011] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2555 [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ธ.ค. 2563]. จาก: <http://k4ds.psu.ac.th/k4dm/file/km/hs1975.pdf>
15. Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Sukawaha S, Leejongpermpoon J. The prevalence of major depressive disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Paper presented at: WPA section on epidemiology and public health meeting, prediction in psychiatric epidemiology - from childhood and adolescence to adulthood; 2010 Jul 11-14; Lisbon, Portugal.