

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565

วันรับ : 30 พฤษภาคม 2566

วันแก้ไข : 21 กันยายน 2566

วันตอบรับ : 22 กันยายน 2566

วรวรรณ จุฑา, กศ.ม., กมลลักษณ์ มากคล้าย, ส.บ.,

ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์, สม., เรวดี จายานะ, ส.บ.

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อรายงานความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ปี พ.ศ. 2563 - 2565

วิธีการ : การศึกษาเชิงพรรณนา ใช้ข้อมูลการสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563 - 2565 สำรวจทุก 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือนในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปจากการสุ่มหลายขั้นตอน ใช้แบบวัดความเครียดศิริรัฐยา (ST-5) และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอความชุกเป็นร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของความชุกปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้วยสถิติ chi-square

ผล : ตัวอย่างทั้งหมด 55,333 คน เป็นหญิงร้อยละ 67.0 อายุเฉลี่ย 45.2 ปี (SD = 16.6) และเป็นเกษตรกรร้อยละ 24.7 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบความชุกความเครียดร้อยละ 3.7 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.2 และความคิดทำร้ายตนเองร้อยละ 1.3 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัวตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 1 - 4 ปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยทุกเขตสุขภาพมีความชุกสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 (เมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564) พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี และผู้ที่ว่างงาน

สรุป : ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามความรุนแรงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ควรมีการวางแผนเตรียมพร้อมป้องกันและดูแลปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในกรณีการแพร่ระบาดในอนาคต โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดและกลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม

คำสำคัญ : ความคิดทำร้ายตนเอง, ความเครียด, ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)

ติดต่อผู้พิมพ์ : วรวรรณ จุฑา; e-mail: wwanchutha@gmail.com

Original articles

The prevalence and trends of mental health problems during the COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 - 2022

วันรับ : 30 May 2023

วันแก้ไข : 21 September 2023

วันตอบรับ : 22 September 2023

Worawan Chutha, M.ED., Kamonluck Makkhlai, B.P.H.,

Duangdao Sriruengrat, M.P.H., Rewadee Jayana, B.P.H.

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To report the prevalence and trends of mental health problems in the Thai population during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic 2020 - 2022.

Methods: This descriptive study used data from the survey of perceptions and mental health problems of the Thai population during the COVID-19 pandemic, conducted online two weeks to six months apart during 2020 - 2022. Participants were Thai adults aged 18 years and older, selected through multi-stage stratified sampling. Questionnaires included the Srithanya stress test (ST-5) and the patient health questionnaire (PHQ-9). The prevalence were analyzed and presented in percentages and the differences in prevalence of mental health problems among demographic groups were assessed by using a chi-square test.

Results: Of a total of 55,333 participants with an average age of 45.2 years (SD = 16.6), 67.0% were female and 24.7% were farmers. The prevalence of stress, depression, and suicidal ideation during 2020 - 2022 were in average 3.7%, 8.2%, and 1.3%, respectively. The prevalence of all mental health problems gradually increased to a stable level from the first wave through the fourth wave of the pandemic, with the peaks in the third wave (between April and December 2021). The prevalence of stress, depression, and suicidal ideation were highest in those aged 18 - 24 years and unemployed.

Conclusion: The trends of mental health problems among Thai people are consistent with the severity of the COVID-19 pandemic situation. There should be control and prevention plans for mental health problems in case of a future pandemic, particularly in at-risk areas and among those with socioeconomic vulnerability.

Keywords: coronavirus disease 2019 (COVID-19), depression, prevalence, stress, suicidal ideation

Corresponding author: Worawan Chutha; e-mail: wwanchutha@gmail.com

ความรู้เดิม : การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเอง การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดในประเทศไทยที่ผ่านมา ยังเป็นการสำรวจเฉพาะพื้นที่และไม่ต่อเนื่องตลอดช่วงการแพร่ระบาด

ความรู้ใหม่ : การสำรวจการรับรู้และภาวะสุขภาพจิตในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป สำรวจทุก 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน ระหว่างปีพ.ศ. 2563 - 2565 พบความชุกเฉลี่ยของความเครียดร้อยละ 3.7 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.2 และความคิดทำร้ายตนเองร้อยละ 1.3 โดยความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัวตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 1 - 4 ปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยมีความชุกสูงสุดระหว่างการแพร่ระบาดระลอกที่ 3 (เมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564)

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในภาวะวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงเวลาต่าง ๆ ได้ ผู้บริหารและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการวางแผนเฝ้าระวังและดูแลปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในกรณีเกิดการแพร่ระบาดในอนาคต

บทนำ

การระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้คนทั่วโลก เกิดความเครียดและวิตกกังวลจากการได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการแพร่ระบาดของโรค เช่น การป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อ การเปลี่ยนวิถีการใช้ชีวิต การตกงาน และการขาดรายได้ การระบาดใหญ่ยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และทำให้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นรวมทั้งอาจเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย^{1,2} สอดคล้องกับแนวคิดผลกระทบระยะยาวของโรคโควิด 19 ต่อสุขภาพตาม health footprint of COVID-19 ซึ่งแบ่งผลกระทบออกเป็น 4 คลื่น โดยผลกระทบคลื่นลูกที่ 4 เป็นช่วง 2 เดือน 3 ปี หลังการแพร่ระบาดที่เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจเป็นลูกโซ่ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ประชาชนมีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย หรือเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น^{3,4} เห็นได้ว่าวิกฤตโรคระบาดนี้ส่งผลกระทบต่อปัญหาที่มีอยู่เดิม ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสุขภาพ

การสำรวจภาวะสุขภาพจิตแบบออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.7 วิตกกังวลร้อยละ 44.7 ปัญหานอนไม่หลับร้อยละ 36.1 ความเครียดร้อยละ 73.4⁵ ส่วนประเทศออสเตรเลียสำรวจออนไลน์ทั่วโลกใน 63 ประเทศ ช่วงเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบความเครียดร้อยละ 59.0 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.0⁶ สำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาด 19 เรื่อง พบความชุกความคิดฆ่าตัวตวยร้อยละ 12.1⁷ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจ 3 ครั้ง ช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2563 พบบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดร้อยละ 25.9 - 41.9 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.2 - 34.1⁸ และพบว่าช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 คนไทยมีเครียดมากถึงมากที่สุดร้อยละ 13.9 และความวิตกกังวลร้อยละ 2.2⁹ ส่วนการสำรวจในนักเรียนในโรงเรียนแห่งหนึ่งในภาคใต้ช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบความชุกความเครียดร้อยละ 12.5 ความกังวลต่อเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 11.3 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.1 และความคิดทำร้ายตัวเองร้อยละ 1.4¹⁰

การศึกษาภาวะสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่และครอบคลุมเพียงช่วงหนึ่งช่วงใดของการแพร่ระบาด สำหรับการสำรวจในระดับประเทศนั้น กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยโดยสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการสำรวจแบบออนไลน์ระดับประเทศ สำรวจครั้งแรกระหว่างวันที่ 12 - 18 มีนาคม พ.ศ. 2563 หลังพบคนไทยติดเชื้อคนแรกได้ 2 เดือน หลังจากนั้นมีการสำรวจทุก 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน ต่อเนื่องกันจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 รวมทั้งหมด 23 ครั้ง ข้อมูลสามารถ

สะท้อนภาพปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในระดับประเทศที่ครอบคลุมทุกช่วงการแพร่ระบาด ทำให้เห็นแนวโน้มของปัญหาในภาพรวมและในแต่ละพื้นที่ได้¹¹ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานความชุกและแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 เพื่อสะท้อนถึงผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากการแพร่ระบาดและเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนเฝ้าระวังและดูแลปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในกรณีเกิดการแพร่ระบาดในอนาคต

วิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลการสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตคนไทยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่สำรวจออนไลน์ทั่วประเทศตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เอกสารรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 010/2563 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2563

การสำรวจฯ ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งพื้นที่เป็น 12 เขตสุขภาพ โดยการสำรวจครั้งที่ 1 - 14 ในเดือนมีนาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2563 เป็นการสำรวจทุก 2 สัปดาห์เพื่อรายงานผลสำรวจในภาพรวมของประเทศที่ทันสถานการณ์ ใช้การสุ่มอย่างง่ายเลือกเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนเขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) ใช้การสุ่มแบบกลุ่มโดยจัดเขตเป็นกลุ่มเขตชั้นกลาง ชั้นใน และชั้นนอก แต่ละชั้นสุ่มอย่างง่ายเลือก 1 เขต แต่ละเขตสุ่มอย่างง่ายเลือก 2 แขวง แต่ละแขวงสุ่มอย่างง่ายเลือก 1 หมู่บ้านหรือชุมชน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ค่าความชุกความเครียดร้อยละ 16.3¹² ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 500 คน

การสำรวจครั้งที่ 15 - 23 ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 เป็นการสำรวจทุก 1 - 6 เดือนเพื่อให้สามารถรายงานผลในระดับเขตสุขภาพได้ แต่ละเขตสุขภาพสุ่มอย่างง่าย 2 จังหวัด แต่ละจังหวัดเลือก 2 อำเภอ

โดยสุ่มเจาะจงอำเภอเมืองและสุ่มอย่างง่ายอีก 1 อำเภอ แต่ละอำเภอสุ่มอย่างง่าย 2 ตำบล และแต่ละตำบลสุ่มอย่างง่ายเลือก 2 หมู่บ้านหรือชุมชน ส่วนเขตสุขภาพที่ 13 ใช้การสุ่มแบบกลุ่มโดยแบ่งพื้นที่เป็น 3 ชั้นเช่นเดียวกับครั้งก่อนหน้า แต่ละชั้นสุ่มอย่างง่ายเลือก 2 เขต แต่ละเขตสุ่มอย่างง่ายเลือก 2 แขวง แต่ละแขวงสุ่มอย่างง่ายเลือก 2 ชุมชน ใช้ค่าความชุกความเครียดปานกลางถึงมากที่สุดจากการสำรวจครั้งที่ 2 (วันที่ 30 มีนาคม ถึง 4 เมษายน พ.ศ. 2563) เท่ากับร้อยละ 40.4¹³ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเขตสุขภาพละ 370 คน รวมตัวอย่างขั้นต่ำ 4,800 คน สำหรับการสุ่มตัวอย่างขั้นสุดท้ายเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในหมู่บ้านหรือชุมชนในตำบลเป้าหมายอย่างน้อย 3 เดือน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อายุต่ำกว่า 18 ปีหรืออาศัยนอกตำบลเป้าหมาย ในการสำรวจครั้งที่ 1 - 14 สุ่มเจาะจงเลือกตัวอย่างในเขตสุขภาพ 1 - 12 หมู่บ้านหรือชุมชนละ 25 คน และเขตสุขภาพที่ 13 หมู่บ้านหรือชุมชนละ 20 คน ส่วนการสำรวจครั้งที่ 15 - 23 สุ่มเจาะจงตัวอย่างในเขตสุขภาพ 1 - 12 หมู่บ้านหรือชุมชนละ 13 คน เขตสุขภาพที่ 13 หมู่บ้านหรือชุมชนละ 40 คน ทั้งนี้ แต่ละหมู่บ้านหรือชุมชนเก็บข้อมูลใน 3 กลุ่มอายุตามสัดส่วนประชากร ได้แก่ 18 - 24 ปี 25 - 59 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

สำหรับการสำรวจครั้งที่ 16 (ระหว่างวันที่ 7 - 13 มกราคม พ.ศ. 2564) ซึ่งเป็นช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคที่รุนแรงต่อเนื่องจากกลางเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยพบระบาดเป็นกลุ่มก้อนในหลายพื้นที่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เช่น ตลาด โรงงาน เรือนจำ และสถานที่ใกล้เคียง ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและกระจายไปตามพื้นที่จังหวัดต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้น ในวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2564 ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีคำสั่งกำหนดเขตพื้นที่โดยแบ่งพื้นที่ 4 ระดับ ได้แก่ พื้นที่สีแดง (ควบคุมสูงสุด 28 จังหวัด) พื้นที่สีส้ม (ควบคุม 11 จังหวัด) พื้นที่สีเหลือง (เฝ้าระวังสูง 38 จังหวัด) และพื้นที่สีเขียว เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดและลดความรุนแรงของโรค¹¹ ดังนั้น จึงใช้การสุ่มแบบกลุ่มตามพื้นที่ควบคุมและจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม

(ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 5 มกราคม พ.ศ. 2564) โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่ 51 คนขึ้นไป สุ่มอย่างง่าย 5 จาก 8 จังหวัด จังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 11 - 50 คน สุ่มอย่างง่าย 4 จาก 9 จังหวัด จังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 1 - 10 คน สุ่มอย่างง่าย 4 จาก 39 จังหวัด และจังหวัดที่ไม่พบผู้ติดเชื้อ สุ่มอย่างง่าย 3 จาก 16 จังหวัด หลังจากนั้นสุ่มอำเภอ ตำบล ชุมชน และตัวอย่างเช่นเดียวกับการสำรวจครั้งก่อนหน้า โดยในการสำรวจครั้งที่ 16 ใช้ค่าความชุกความเครียดร้อยละ 16.3¹² ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 2,000 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

แบบวัดความเครียดศรีธัญญา (Srithanya stress test: ST-5)¹⁴ เป็นแบบวัดความเครียดด้วยตนเองในประชาชนทั่วไปและผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มี 5 ข้อคำถาม แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) การแปลผลแบ่งระดับความเครียดเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ไม่เครียดหรือเครียดเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน) เครียดมาก (8 - 9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน) ทั้งนี้ ในการศึกษาที่กำหนดให้ผู้ตอบเครียดมากถึงมากที่สุด (8 - 15 คะแนน) เป็นผู้ที่มีความเครียดแบบวัดนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82 ค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.79 และมีความตรงตามเกณฑ์เทียบกับแบบวัด hospital anxiety depression ทั้งด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยมีค่า Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.58 และ 0.59 ตามลำดับ

แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (patient health questionnaire: PHQ-9)¹⁵ เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในขั้นต้นก่อนการยืนยันวินิจฉัยโดยแพทย์ มี 9 ข้อคำถาม แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย (0 คะแนน) มีบางวันหรือไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผลแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีก็เพียงเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (5 - 8 คะแนน)

มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (9 - 14 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก (15 - 19 คะแนน) และมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (20 - 27 คะแนน) ทั้งนี้ ในการศึกษาที่กำหนดให้ผู้ตอบมีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงมาก (9 - 27 คะแนน) เป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแบบทดสอบนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.79 ความไว 0.84 ความจำเพาะ 0.77 ค่า positive predictive value (PPV) เท่ากับ 0.21 ค่า negative predictive value (NPV) เท่ากับ 0.99 และค่า positive likelihood ratio เท่ากับ 3.71

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้พัฒนาคำถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการพัฒนาเป็นแบบสอบถามออนไลน์ Google Form เข้าถึงด้วย QR code เก็บข้อมูลโดยสาขาวิชาชีพที่รับผิดชอบตำบลเป้าหมายและได้รับการชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูลการสำรวจในรูปแบบออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าความชุกเป็นร้อยละ โดยแบ่งตามระลอกการระบาด 4 ระยะ¹¹ ดังนี้ ระลอกที่ 1 ระหว่างวันที่ 31 มกราคม ถึง 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (การสำรวจครั้งที่ 1 - 15) ระลอกที่ 2 ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 (การสำรวจครั้งที่ 16 - 17) ระลอกที่ 3 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 (การสำรวจครั้งที่ 18 - 20) และระลอกที่ 4 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 (การสำรวจครั้งที่ 20 - 23) และทดสอบความแตกต่างของความชุกปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลด้วยการทดสอบ chi-square

ผล

ตัวอย่างทั้งหมด 55,333 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 67.0) อายุเฉลี่ย 45.2 ปี (SD = 16.6) และส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 24.7) ความชุกความเครียดของตัวอย่างระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 3.7 มีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัวตั้งแต่การระบาดระลอกแรกจนถึงระลอกสุดท้าย

โดยระหว่างการระบาดระลอกที่ 1 พบความชุกสูงสุดในการสำรวจครั้งที่ 2 (ร้อยละ 8.1) และลดลงต่ำสุดช่วงปลายระลอกที่ 1 (ร้อยละ 1.1) และสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงการระบาดระลอกที่ 3 ซึ่งพบความชุกร้อยละ 6.8 สำหรับภาวะซึมเศร้าระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบความชุกเฉลี่ยร้อยละ 8.2 มีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทุกเขตสุขภาพ มีความชุกเพิ่มสูงขึ้นในการระบาดระลอกที่ 3 (เฉลี่ยร้อยละ 8.2)

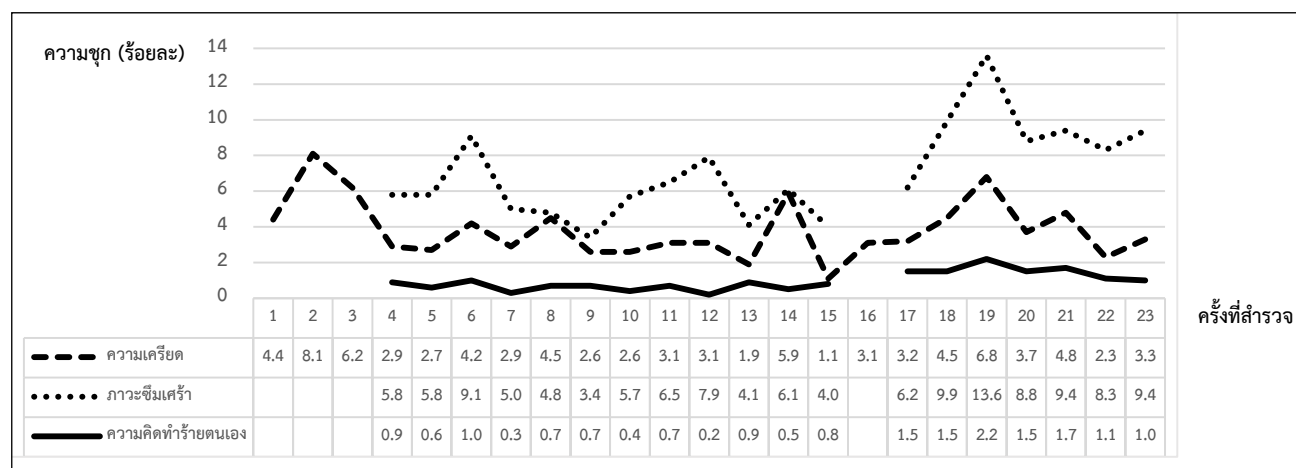
โดยเฉพาะในการสำรวจครั้งที่ 19 ระหว่างวันที่ 9 - 13 กันยายน พ.ศ. 2564 (ร้อยละ 13.6) ส่วนความชุกความคิดทำร้ายตนเองระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบเฉลี่ยร้อยละ 1.3 แนวโน้มโดยรวมมีทิศทางคงที่ต่ำสุดในการระบาดระลอกที่ 1 และสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 (ร้อยละ 0.7 และ 1.7 ตามลำดับ) โดยสูงสุดในการสำรวจครั้งที่ 19 (ร้อยละ 2.2) ดังตารางที่ 1 และแผนภาพที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ปี พ.ศ. 2563 - 2565 ตามระลอกการระบาดของโรคโควิด 19

ระลอกการระบาด	จำนวนตัวอย่าง (คน)		จำนวน (ร้อยละ) ตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต		
	สำรวจความเครียด	สำรวจภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเอง	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า	ความคิดทำร้ายตนเอง
ระลอกที่ 1 :					
31 มกราคม พ.ศ. 2563 - 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563	14,897	13,132	397 (2.7)	648 (4.9)	96 (0.7)
ระลอกที่ 2 :					
15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2564	9,374	6,269	296 (3.2)	391 (6.2)	96 (1.5)
ระลอกที่ 3 :					
1 เมษายน พ.ศ. 2564 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564	16,504	16,504	832 (5.0)	1,790 (10.8)	286 (1.7)
ระลอกที่ 4 :					
1 มกราคม 2565 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565	14,558	14,558	503 (3.5)	1,316 (9.0)	186 (1.3)
รวมทั้งหมด	55,333	50,463	2,028 (3.7)	4,145 (8.2)	664 (1.3)

หมายเหตุ : 1. การสำรวจความเครียดในระลอกการระบาดที่ 1 - 4 ทำการสำรวจทั้ง 23 ครั้ง

2. การสำรวจภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองในการระบาดระลอกที่ 1 ไม่ได้สำรวจในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2563 และการระบาดระลอกที่ 2 เดือนมกราคม พ.ศ. 2564

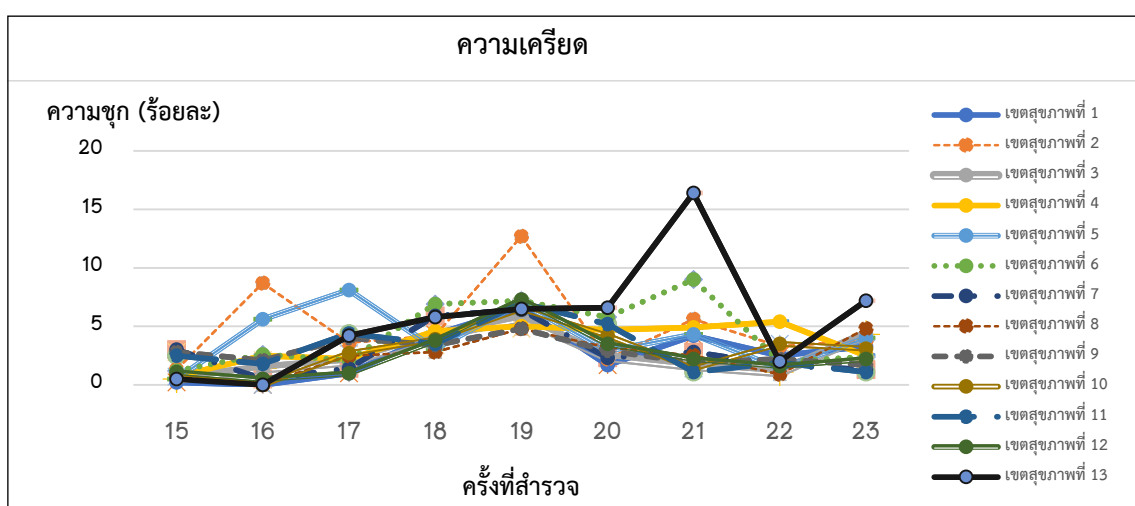


หมายเหตุ : การสำรวจทั้ง 23 ครั้ง วัดความเครียดด้วย ST-5 ยกเว้นครั้งที่ 1 - 3 และครั้งที่ 16 ไม่ได้สำรวจภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองด้วย PHQ-9

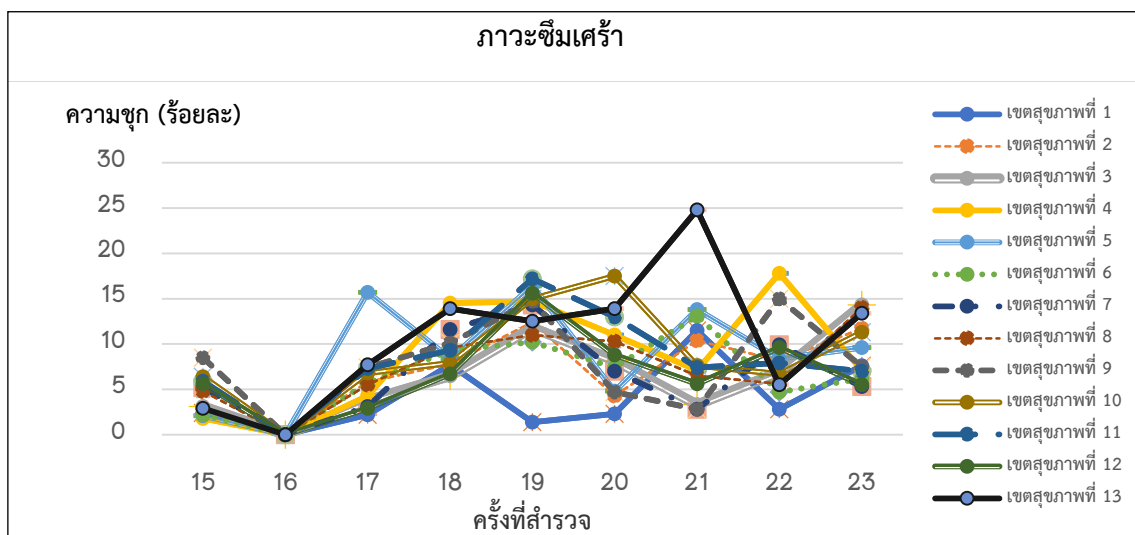
แผนภาพที่ 1 แนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565

เมื่อจำแนกผลการสำรวจครั้งที่ 15 - 23 เป็นรายเขตสุขภาพ พบว่าความชุกความเครียดในแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ มีความชุกเพิ่มเป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกเขตสุขภาพสูงขึ้นในการระบาดระลอกที่ 3 โดยเขตสุขภาพที่ 13 มีความชุกสูงต่อเนื่องตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 3 - 4 ดังแผนภาพที่ 2 สำหรับภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองพบความชุกในแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่คงที่ โดยในเขตสุขภาพที่ 5 พบความชุกภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองสูงกว่าเขตสุขภาพอื่นในการสำรวจ

ครั้งที่ 17 (ร้อยละ 15.7 และ 4.7 ตามลำดับ) ส่วนเขตสุขภาพที่ 13 พบความชุกสูงกว่าเขตสุขภาพอื่นในการสำรวจครั้งที่ 21 (ร้อยละ 24.8 และ 10.7 ตามลำดับ) ดังแผนภาพที่ 3 และ 4 เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากการสำรวจทั้ง 23 ครั้งตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าหญิงและชายมีความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มอายุ 18 - 24 ปีและผู้ที่ว่างงานพบความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุด ดังตารางที่ 2

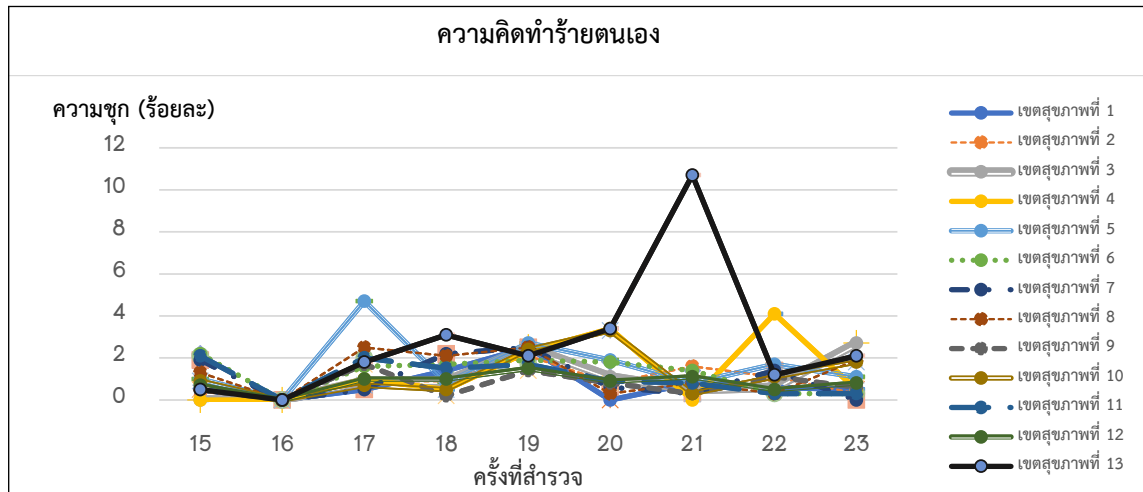


แผนภาพที่ 2 แนวโน้มความเครียดของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำแนกตามเขตสุขภาพ



หมายเหตุ : การสำรวจครั้งที่ 16 ไม่ได้สำรวจภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ PHQ-9

แผนภาพที่ 3 แนวโน้มภาวะซึมเศร้าของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำแนกตามเขตสุขภาพ



หมายเหตุ : การสำรวจครั้งที่ 16 ไม่ได้สำรวจความคิดทำร้ายตนเองด้วยเครื่องมือ PHQ-9

แผนภาพที่ 4 แนวโน้มความคิดทำร้ายตนเองของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565
จำแนกตามเขตสุขภาพ

วิจารณ์

การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบความชุกความเครียดเฉลี่ยร้อยละ 3.7 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัวตั้งแต่การระบาดระลอกแรกจนถึงระลอกสุดท้าย ทั้งนี้การระบาดระลอกที่ 1 พบสูงสุดในการสำรวจครั้งที่ 2 และลดลงต่ำสุดปลายระลอกที่ 1 และสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงการระบาดระลอกที่ 3 พบความชุกภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยร้อยละ 8.2 โดยมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ซึ่งพบสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 และพบความชุกความคิดทำร้ายตนเองเฉลี่ยร้อยละ 1.3 แนวโน้มโดยรวมมีทิศทางคงที่ โดยต่ำสุดในการระบาดระลอกที่ 1 และสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 ทั้งนี้ การที่ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มไม่คงที่ ขึ้น ๆ ลง ๆ ตั้งแต่การระบาดระลอกแรกจนถึงระลอกสุดท้าย อาจเนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายผ่านทางละอองฝอยจากจมูกหรือปากของผู้ป่วย มีการกลายพันธุ์เป็นระยะโดยเพิ่มความสามารถในการแพร่กระจายและหลบหลีกภูมิคุ้มกันของคน ทำให้มีการแพร่ระบาดในวงกว้างเป็นระลอก

การพบความชุกความเครียดสูงในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่เริ่มพบการแพร่ระบาดจากการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนในสนามมวยและสถานบันเทิง กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทั้งที่เดินทางมาจากต่างประเทศและที่ติดเชื้อภายในประเทศ จนมีการประกาศปิดเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครครั้งแรกในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ตาม พ.ร.ก. การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 โดยทุกคนที่เดินทางเข้าประเทศต้องถูกกักกันในสถานกักกันของรัฐ คัดกรองติดตามการสัมผัส และค้นหาผู้ป่วย^{11,20} สอดคล้องกับสถานการณ์ทั่วโลกซึ่งมีการประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563^{11,16-22} และสอดคล้องกับแนวคิดผลกระทบระยะยาวของโรคโควิด 19 ต่อสุขภาพ ที่หลังการแพร่ระบาด 2 เดือนถึง 3 ปี ประชาชนเกิดผลกระทบทางสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการกำเริบซ้ำของปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิม^{3,4}

สำหรับการที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองสูงที่สุดในการแพร่ระบาดระลอกที่ 3 (ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564) อาจเนื่องจาก

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน ตัวอย่าง (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ) ตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต					
		ความเครียด		ภาวะซึมเศร้า		ความคิดทำร้ายตนเอง	
		ไม่มี	มี	p-value*	ไม่มี	มี	p-value*
เพศ							
ชาย	18,273 (33.0)	17,688 (96.8)	585 (3.2)	< .001	15,328 (92.2)	1,292 (7.8)	.012
หญิง	37,060 (67.0)	35,617 (96.1)	1,443 (3.9)		30,990 (91.6)	2,853 (8.4)	
อายุ (ปี) อายุเฉลี่ย 45.2 (SD = 16.6)							
18 - 24 ปี	8,326 (15.0)	7,915 (95.1)	411 (4.9)	< .001	6,674 (90.6)	693 (9.4)	< .001
25 - 40 ปี	13,851 (25.0)	13,239 (95.6)	612 (4.4)		11,492 (90.7)	1,175 (9.3)	
41 - 59 ปี	20,481 (37.0)	19,854 (96.9)	627 (3.1)		17,480 (92.9)	1,338 (7.1)	
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	12,675 (23.0)	12,297 (97.0)	378 (3.0)		10,672 (91.9)	939 (8.1)	
อาชีพ							
ว่างงาน	3,154 (5.7)	2,967 (94.1)	187 (5.9)	< .001	2,538 (86.9)	381 (13.1)	< .001
เกษตรกร ทำสวน ทำนา ทำไร่ ประมง	13,644 (24.7)	13,303 (97.5)	341 (2.5)		11,564 (92.7)	908 (7.3)	
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	8,106 (14.6)	7,791 (96.1)	315 (3.9)		6,706 (91.3)	635 (8.7)	
รับจ้างทั่วไป รับจ้างรายวัน ขับรถสาธารณะ	8,147 (14.7)	7,849 (96.3)	298 (3.7)		6,829 (91.7)	616 (8.3)	
พนักงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ	3,501 (6.3)	3,354 (95.8)	147 (4.2)		3,008 (91.9)	266 (8.1)	
ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ ลูกจ้าง	8,102 (14.6)	7,787 (96.1)	315 (3.9)		6,847 (92.5)	555 (7.5)	
ข้าราชการท้องถิ่น							
นักเรียน นักศึกษา	4,004 (7.2)	3,798 (94.9)	206 (5.1)		3,243 (91.5)	302 (8.5)	
แม่บ้าน พ่อบ้าน ผู้สูงอายุ	6,675 (12.1)	6,456 (96.7)	219 (3.3)		5,583 (92.1)	482 (7.9)	

* Chi-square test

ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ยังคงพบการระบาดใหม่เป็นกลุ่มก้อนในหลายพื้นที่ เช่น สถานบันเทิง แคมป์คนงาน และเรือนจำ อีกทั้งเป็นช่วงที่เชื้อเริ่มมีการกลายพันธุ์เป็นหลายสายพันธุ์ โดยร้อยละ 80 เป็นการติดเชื้อสายพันธุ์เดลตา ซึ่งมีความสามารถจับเซลล์ของมนุษย์ได้ง่ายขึ้น แพร่กระจายเชื้อได้รวดเร็ว และเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่างได้เร็วขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยตกค้างอยู่ที่บ้านจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษายาบาลได้ทันเวลา อีกทั้งช่วงเวลาดังกล่าวยังมีการบังคับใช้มาตรการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดอย่างเคร่งครัด เช่น การจำกัดการเดินทางภายในประเทศและระหว่างประเทศ มาตรการอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ มาตรการ bubble and seal ในแคมป์คนงาน การทำงานที่บ้าน การเรียนออนไลน์ และการบังคับสวมหน้ากากอนามัย^{11,20-22} ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นผลกระทบทางตรงที่เกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดและมาตรการควบคุมต่าง ๆ หรือเป็นผลกระทบทางอ้อมที่เกิดจากปัญหาเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการเฝ้าระวัง²³

เมื่อจำแนกเป็นรายเขตสุขภาพ ความชุกปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละเขตสุขภาพมีแนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยทุกเขตสุขภาพมีความชุกเพิ่มสูงขึ้นในการระบาดระลอกที่ 3 (ในช่วงเดือนเมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564) โดยที่เขตสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงกว่าเขตสุขภาพอื่นอย่างชัดเจนต่อเนื่องตั้งแต่การระบาดระลอกที่ 3 ถึงการระบาดระลอกที่ 4 (ในช่วงเดือนมกราคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2565) ขณะที่เขตสุขภาพที่ 5 พบความชุกภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองสูงกว่าเขตสุขภาพอื่นอย่างชัดเจนในการสำรวจครั้งที่ 17 ช่วงกลางเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวตรงกับการระบาดระลอกที่ 2 - 3 ซึ่งในพื้นที่พบการแพร่ระบาดที่ชุมชนตลาด ประกอบกับเชื้อไวรัสมีการกลายพันธุ์อย่างต่อเนื่อง เป็นเหตุให้จำนวนยอดผู้ป่วยรายวันสูงขึ้นและขยายพื้นที่เป็นวงกว้าง โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล^{11,20}

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในต่างประเทศ การสำรวจในประเทศอิตาลีในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2563 พบประชาชนมีความเครียดในระดับปานกลาง และสูงร้อยละ 59.6 และ 16.6 ตามลำดับ²⁴ การสำรวจในประเทศอิหร่านในเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 พบประชาชนมีความเครียดปานกลางร้อยละ 24.6²⁵ การสำรวจในสาธารณรัฐประชาชนจีนในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 พบความชุกความเครียดร้อยละ 73.4 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50.7⁵ การสำรวจออนไลน์ในประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปจาก 63 ประเทศในเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบความเครียดร้อยละ 59.0 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 39.0⁶ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักโดย Farooq และคณะ⁷ พบความชุกความคิดฆ่าตัวตายระหว่างการแพร่ระบาดใหญ่ทั่วโลกร้อยละ 12.1 สำหรับการศึกษาในประเทศไทยโดยศุภวิทย์ บุญดีสกุลโชค และคณะ²⁶ พบความชุกภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในโรงพยาบาลสนามร้อยละ 6.46 และความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.79 ซึ่งสูงกว่าการศึกษานี้ ขณะที่การศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่โดยธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์²⁷ พบความชุกความเครียดและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 0.9 และ 1.5 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษานี้ อาจเนื่องจากความรุนแรงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ศักยภาพในการดูแลรักษาและจัดหาวัคซีน มาตรการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาด และความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามมาตรการในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศรุนแรงขึ้น

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มอายุ 18 - 24 ปี และผู้ที่ว่างงาน พบความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นและผู้ที่มีงานทำ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาระหว่างสถานการณ์โรคโควิด 19 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าการขาดการติดต่อทางสังคมและการกักตัวเพื่อศึกษาที่บ้านเป็นเวลานานส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า²⁸ และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบ

จากสถานการณ์โรคโควิด 19 พบว่าการเผชิญวิกฤตทางเศรษฐกิจและการว่างงานเป็นหนึ่งในปัจจัยที่นำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย²⁹ อาจเนื่องจากกลุ่มเยาวชนต้องเผชิญการปรับตัวกับวิถีชีวิตรูปแบบใหม่โดยเฉพาะการศึกษา รวมทั้งขาดการใช้ชีวิตและกิจกรรมทางสังคมตามปกติ ทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ขณะที่การว่างงานทั้งจากภาวะเศรษฐกิจถดถอยและผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดถือเป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญ ทำให้ขาดรายได้และโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรโดยเฉพาะการบริการทางสุขภาพ จึงอาจกระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจฯ ที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 ตั้งแต่ 2 เดือนหลังพบผู้ติดเชื้อคนแรกในประเทศไทยจนกระทั่งสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศบรรเทาความรุนแรง โดยใช้เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตชุดเดียวกัน ทำให้สามารถเปรียบเทียบแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตคนไทยในช่วงเวลาต่าง ๆ รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่างเขตสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการสำรวจในวิกฤตโรคระบาดที่แพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดจากการขาดแคลนอุปกรณ์และอุปสรรคจากสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ไม่เสถียรในบางพื้นที่ อย่างไรก็ตามตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ได้ตอบแบบสอบถามในเอกสารฉบับพิมพ์ โดยมีสหวิชาชีพที่รับผิดชอบเป็นผู้บันทึกคำตอบในรูปแบบออนไลน์ในภายหลัง นอกจากนี้ การสำรวจเชิงพรรณนาภาคตัดขวางอาจไม่สามารถระบุความเป็นเหตุและผลระหว่างสถานการณ์ของโรคโควิด 19 ในช่วงต่าง ๆ กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ณ เวลานั้น ๆ ได้

สรุป

ความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 อยู่ในช่วงร้อยละ 1.1 - 8.1, ร้อยละ 3.4 - 13.6 และร้อยละ 0.2 - 2.2 ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้นจนถึงระดับคงตัว โดยสูงสุดใน 1 - 2 เดือนหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เกิดขึ้นในประเทศไทย

และเมื่อสถานการณ์มีความรุนแรงและขยายวงกว้างในการแพร่ระบาดระลอกที่ 3 จึงควรมีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตระดับประเทศในกรณีวิกฤตโรคติดต่อที่มีการแพร่ระบาดในวงกว้างและต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสะท้อนถึงแนวโน้มของปัญหาในช่วงเวลาต่าง ๆ และเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญสำหรับผู้บริหารในการตัดสินใจใช้มาตรการควบคุมป้องกันโรค การให้ข้อเท็จจริงเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ การสร้างความตระหนักและลดความตระหนักแก่ประชาชน การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถปรับตัวในวิถีชีวิตใหม่และดำรงชีวิตได้ตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่ต่อเนื่องและรุนแรง รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact scientific brief [internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 May 5]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
2. พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์, แพรว ไตลังคะ. มุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคม ของการระบาด COVID-19 [Addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
3. วชิระ เพ็งจันทร์, ปรีดา หวังเกียรติ. 4 wave ระบบสาธารณสุขไทยกับผลกระทบระยะยาวจากโควิด 19 [4 wave Thai public health system and the long-term impact of COVID-19] [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักข่าว Hfocus; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ม.ค. 2565]. จาก: <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19160>
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Combat 4th wave of COVID-19 plan: C4]. นนทบุรี: กอง; 2563.
5. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17-8. doi:10.1016/S2215-0366(20)30077-8.

6. Varma P, Junge M, Meaklim H, Jackson ML. Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: a global cross-sectional survey. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;109:110236. doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110236.
7. Farooq S, Tunmore J, Wajid Ali M, Ayub M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2021;306:114228. doi:10.1016/j.psychres.2021.114228.
8. เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์, สิริรัตน์ แสงศิริลักษณ์. ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [Stress and depressed mood in healthcare workers during COVID-19 outbreak]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2563;65(4):400-8.
9. นุชนาฏ รักษ์, กนกพร ดอนเจดีย์, นันทนัช สงศิริ, วณิดา ตีสวัสดิ์, สาลินี จันทร์เจริญ, อารี อยู่ภู. ความเครียด ความวิตกกังวล และสัมพันธภาพในครอบครัวของประชาชนไทยภายหลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกแรก [A study of the stress, anxiety and family relationships among Thai people after the COVID-19 pandemic in the early stages]. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*. 2563;17(1):94-108.
10. ลัดดา อินโหม, ชัยณรงค์ มากเพ็ง, พยณันท์ วงศ์เมฆ, นวรัตน์ เมาจันทร์, ชอลาย เด็งมาชา. ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): กรณีศึกษาโรงเรียนรัชฎา จังหวัดตรัง [Prevalence and factors related to teen stress, anxiety and depression during the outbreak of Coronavirus 2019 (COVID-19): a case study of ratsada school, Trang province]. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*. 2565;15(2):48-59.
11. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, บรรณาธิการ. รายงานการถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับเขตสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 - 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 [Report on taking lessons learned on preparation for the outbreak of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) area health. January 1, 2020 - July 1, 2022]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
12. วรพรรณ จูฑา, ดวงกมล สิมจันทร์, เขมจิรา โกกัฬา, รักษ์ เรื่องจิตโพธิ์พาน, ยุพาวดี พรหมบุตร, กมลวรรณ จันทร์โชติ. สถานการณ์ความเครียดของคนไทย ปี พ.ศ. 2552 - 2554 [Stress situation of Thai population in 2009 - 2011]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2554.
13. วรพรรณ จูฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย, ชญานนท์ ต้นใส. ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตคนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่ 2 (วันที่ 30 มีนาคม - 4 เมษายน พ.ศ. 2563) [Mental health in Thai people: The 2nd survey of perceptions and mental health of Thai people from coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic March 30 - April 4, 2020]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
14. อรพรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดศรีธัญญา [Srithanya stress scale]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2551;16(3): 177-85.
15. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8:46. doi:10.1186/1471-244X-8-46.
16. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [Coronavirus 2019 disease situation] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พ.ค. 2565]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/intro.php>
17. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 May 5]. Available from: <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>
18. World Health Organization. Who declares the outbreak of the new coronavirus is a Pandemic? [internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2023 May 20]. Available from: <https://www.theverge.com/2020/3/11/21156325/coronavirus-pandemic-who-declares-covid-19-outbreak-global-h1n1>
19. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวง เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019 (COVID-19)) พ.ศ. 2563 [Notification of the ministry regarding territories outside the kingdom of Thailand defined as disease infected zones of the coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak] [อินเทอร์เน็ต]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 52 ง (ลงวันที่ 5 มีนาคม พ.ศ. 2563) [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พ.ค. 2565]. จาก: https://data.thailand.opendevlopmentmekong.net/th/laws_record/notification-of-the-ministry-of-public-health-re-territories-outside-the-kingdom-of-thailand-define

20. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, บรรณาธิการ. แผนและมาตรการ Endemic การบริหารจัดการสถานการณ์ โรคโควิด 19 สู่วิถีประจำถิ่น [Endemic approach to COVID-19]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
21. กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุขและปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [Coronavirus disease 2019 (COVID-19) public health measures and problems, obstacles, disease prevention and control in travelers] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กลุ่ม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 พ.ค. 2565]. จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
22. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, พัทธมาภรณ์, กองบรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 [Report on the impact situation from the COVID-19 outbreak on non-communicable diseases and related factors in Thailand, January 2020 to November 2021] นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2565.
23. ลิตทิพร ลูแก้ว. Policy Brief: ฉบับที่ 140: ผลพวงต่อ ‘สุขภาพจิต’ ภายใต้มาตรการควบคุมโควิด-19 กับปัญหา ‘การฆ่าตัวตาย’ ที่ต้องเฝ้าระวัง [Impact on ‘mental health’ under COVID-19 control measures and the problem of ‘suicide’ that must be monitored] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP); 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 พ.ค. 2565]. จาก: <https://www.hitap.net/documents/184067>
24. Saeed BA, Ismael SK, Amin RM, Mahmud NM, Al-Banna DA, Shabila NP. Prevalence and determinants of anxiety and stress in the general population during COVID-19 pandemic in Iraq: a cross-sectional study. PLoS One. 2023;18(4):e0283260. doi:10.1371/journal.pone.0283260.
25. Khademian F, Delavari S, Koohjani Z, Khademian Z. An investigation of depression, anxiety, and stress and its relating factors during COVID-19 pandemic in Iran. BMC Public Health. 2021;21(1):275. doi:10.1186/s12889-021-10329-3.
26. ศุภวิชัย บุญดีสกุลโชค, ศรีณย์ วีระเมธชัย, ธนภมณ ลีศรี. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด 19 ณ โรงพยาบาลสนาม เครือข่ายโรงพยาบาลสระบุรี [Prevalence and associated factors of stress and depression among SARS-Cov-2 patient in field hospital, Saraburi hospital]. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;6(2):367-79.
27. ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสียว อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ [Prevalence and factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among residents of Tung Seaw primacy care clinic, Sanpathong district, Chiang Mai provinc]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564;29(1):12-21.
28. Garcia Colato E, Ludema C, Rosenberg M, Kianersi S, Luetke M, Chen C, et al. The association between social factors and COVID-19 protective behaviors and depression and stress among midwestern US college students. PLoS One. 2022;17(12):e0279340. doi:10.1371/journal.pone.0279340.
29. Barlattani T, D’Amelio C, Capelli F, Mantenuto S, Rossi R, Socci V, et al. Suicide and COVID-19: a rapid scoping review. Ann Gen Psychiatry. 2023;22(1):10. doi:10.1186/s12991-023-00441-6.