

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของ ของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2566

วันรับ : 11 มกราคม 2567

วันแก้ไข : 23 มีนาคม 2567

วันตอบรับ : 25 มีนาคม 2567

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

สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2566

วิธีการ : การศึกษาแบบตัดขวาง ใช้ข้อมูลการสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สำรวจต่อเนื่อง 24 ครั้งตามระลอกการระบาดของโรค 4 ระยะ เก็บข้อมูลในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัญหาทางกายจิตสังคมจากการแพร่ระบาด แบบวัดความเครียดด้วย ST-5 และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าด้วย PHQ-9 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอความชุกด้วยร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับปัญหาสุขภาพจิตด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผล : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60,294 คน พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 (ร้อยละ 5.0, 10.8 และ 1.7 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การระบาดระลอกที่ 2 - 4 เพศหญิง อายุ 18 - 40 ปี ว่างงาน การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย โรคจิตเวช และโควิด 19 ประวัติดื่มสุรา ประวัติใช้สารเสพติด มีปัญหาการเงิน ปัญหาการเรียน ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน คนที่ทำงาน และครอบครัว และปัญหาการดำรงชีวิต

สรุป : ความชุกปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยสูงขึ้นตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่รุนแรงขึ้น ผู้ที่มีประวัติโรคทางกายและโรคทางจิตเวช รวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการแพร่ระบาดของโรค

คำสำคัญ : ความชุก, ปัญหาสุขภาพจิต, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)

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

Original article

Related factors of mental health problems during COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 - 2023

Received : 11 January 2024

Revised : 23 March 2024

Accepted : 25 March 2024

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

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To identify related factors of mental health problems in the Thai population during the COVID-19 pandemic in Thailand, 2020 - 2023.

Methods: This cross-sectional study used data from the survey of perceptions and mental health problems of the Thai population during the COVID-19 pandemic. The survey consisted of 24 phases conducted nationwide throughout four waves of the pandemic. Participants were Thai adults aged 18 years and older selected by using a multistage sampling method. Online self-administered questionnaires included sociodemographics, biopsychosocial challenges related to the pandemic, the Srithanya stress test (ST-5), and the patient health questionnaire (PHQ-9). The relationship between covariates and mental health problems were analyzed by using binary logistic regression.

Results: The prevalence of stress, depression, and suicidal thoughts among participants ($n = 60,294$) were highest in the third wave of the pandemic (5.0%, 10.8%, and 1.7%, respectively). Mental health problems were significantly associated with the second to fourth waves of the pandemic, being female, ages of 18 - 40 years, being unemployed, chronic physical disease, prior mental disorders, prior COVID-19 infection, alcohol use, drug use, and problems related to financial circumstance, academic/working adjustment, relationships (with friends, colleagues, and family), and daily living.

Conclusion: The prevalence of mental health problems among Thai people increase as the pandemic situation intensifies. Individuals with prior health and mental health issues as well as socioeconomic challenges are at risk of mental health problems during the pandemic.

Keywords: COVID-19, mental health problems, prevalence

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

ความรู้เดิม : เหตุการณ์วิกฤตส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของบุคคล การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2566 พบคนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ความรู้ใหม่ : ความชุกปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยสูงที่สุดในการระบาดของโรคระลอกที่ 3 (1 เม.ย. - 31 ธ.ค. 2564) โดยพบความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองร้อยละ 5.0, 10.8, และ 1.7 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การระบาดระลอก 2 - 4 เพศหญิง อายุ 18 - 40 ปี ว่างาน การเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคทางกายและจิตเวช ประวัติดื่มสุราและใช้สารเสพติด และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การสร้างความรู้ความเข้าใจ และค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตระหว่างการแพร่ระบาดของโรค เพื่อส่งเสริมให้คนไทยสามารถปรับตัวในวิถีชีวิตใหม่และลดความรุนแรงและผลกระทบระยะยาวของปัญหาสุขภาพจิต

บทนำ

ประเทศไทยและทั่วโลกต้องเผชิญกับวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 สถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่นี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นพลวัต มีผู้คนเจ็บป่วยและตายเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและรุนแรงในประเทศไทยซึ่งพบผู้ติดเชื้อจำนวนมากจนเกิดภาวะผู้ป่วยตกค้างอยู่ที่บ้านและไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทันเวลา การแพร่ระบาดของโรคที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกกลุ่มวัย¹⁻³ เกิดการสะสมของปัญหาทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เช่น การขาดรายได้ ความไม่สะดวกในการดำรงชีวิต การต้องปรับตัวในการเรียนและทำงาน และข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและ

ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้คนทั้งทางตรงและทางอ้อม^{4,5} พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 6.32 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2561 เป็น 7.37 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มพบการระบาดของโรคโควิด 19⁶ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามระยะเวลาการระบาดของโรค⁷

การสำรวจความเครียดและความวิตกกังวลของบุคลากรสาธารณสุขประเทศอิตาลีช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2563 พบว่ามีความเครียดร้อยละ 17.3 โดยหญิงมีความเครียดมากกว่าชาย⁸ การศึกษาในกลุ่มลูกจ้างในประเทศสเปนเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบว่าร้อยละ 19.6 และร้อยละ 33.9 ตกลงและขาดรายได้จากการเกิดโรคระบาดครั้งนี้โดยการขาดรายได้เพิ่มความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าและอาการตื่นตระหนก⁹ นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมการระบาดของโรคโควิด 19 และสุขภาพจิตพบความชุกอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าร้อยละ 16 - 28 และความเครียดร้อยละ 8.0 ประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ผู้ติดเชื้อและครอบครัว ผู้ที่มีอาการป่วยทางกายหรือจิตเวช และบุคลากรทางการแพทย์^{10,11} สำหรับการสำรวจในคนไทยกลุ่มต่าง ๆ พบว่า ในช่วงแรกของการระบาดคนไทยมีความเครียดร้อยละ 0.9 - 14.5 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.5 - 16.8^{3,12,13} ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ผู้มีประวัติเสี่ยงติดเชื้อและญาติ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์และประชากรทั่วไปใกล้เคียงกัน โดยความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับอายุ สถานภาพสมรส อายุการทำงาน สถานที่ปฏิบัติงาน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และลักษณะที่อยู่อาศัย¹⁴ ส่วนปัญหาสุขภาพจิตในประชากรทั่วไปมีความสัมพันธ์กับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่พักอาศัย¹⁵ ทั้งนี้การศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการสำรวจเฉพาะในช่วงเวลาและพื้นที่หนึ่งเท่านั้น อีกทั้งยังใช้เครื่องมือประเมินที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถแสดงภาพรวมของปัญหาสุขภาพจิตตลอดระยะเวลาที่มีการระบาดได้

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ของประเทศมาอย่างต่อเนื่อง เช่น วิกฤตเศรษฐกิจ ความไม่สงบทางการเมือง ความไม่สงบในชายแดนใต้ และปัญหามลพิษทางอากาศ โดยในวิกฤตการแพร่ระบาดใหญ่ของโรคโควิด 19 นี้มีการสำรวจออนไลน์ในคนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั่วประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2566 รวม 24 ครั้ง ที่ใช้เครื่องมือสำรวจชุดเดียวกัน ทำให้สามารถเปรียบเทียบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในช่วงเวลาและพื้นที่ต่าง ๆ ได้ พบว่า ความชุก ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองในคนไทยเฉลี่ยตลอดการแพร่ระบาดประมาณร้อยละ 3.7, 8.2 และ 1.3 ตามลำดับ โดยความชุกแต่ละช่วงเวลามีแนวโน้มสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดและความเข้มข้นของมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดในช่วงนั้น ๆ ภาพรวมแนวโน้มความชุกในเขตสุขภาพทั้ง 13 เขตเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยทุกเขตสุขภาพมีความชุกสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 (เมษายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564) และพบความชุก ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี และผู้ที่ว่างงาน¹⁶ ทั้งนี้ การศึกษาดังกล่าวเป็นการรายงานระบาดวิทยาเชิงพรรณนาเท่านั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2566 เพื่อเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในวางแผนและเตรียมพร้อมสำหรับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยเมื่อเกิดวิกฤตที่ใกล้เคียงกันในประเทศ

วิธีการ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลจากการสำรวจการรับรู้และปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดำเนินการ 24 ครั้ง ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2566 ในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้การสุ่มหลายขั้นตอนโดยจัดกลุ่มจังหวัดเป็น 13 เขตสุขภาพ แล้วสุ่ม 1 - 2 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพ แต่ละจังหวัดสุ่ม 1 - 2 อำเภอ/เขต (กทม.) แต่ละอำเภอ/เขต สุ่ม 1 - 2 ตำบล/

แขวง (กทม.) แต่ละตำบล/แขวง สุ่ม 1 - 2 หมู่บ้านหรือชุมชนชั้นสุดท้าย สุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเป้าหมายอย่างน้อย 3 เดือน เก็บข้อมูลตัวอย่าง 3 กลุ่มอายุตามสัดส่วนประชากรไทยแต่ละกลุ่มอายุ ได้แก่ 18 - 24 ปี 25 - 59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป อ้างอิงจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย โดยการสำรวจแต่ละครั้งตัวอย่างทุกคนได้รับโอกาสการถูกเลือก ดังนั้น อาจเป็นตัวอย่างคนเดียวกันหรือคนละคนของการสำรวจแต่ละครั้งก็ได้ (sampling with replacement) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจทั้ง 24 ครั้ง ทั้งหมด 60,294 คน ทั้งนี้ การสำรวจฯ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เอกสารรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 010/2563 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2563

การศึกษานี้แบ่งการสำรวจตามสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระลอกที่ 1 ระหว่างวันที่ 31 มกราคม ถึง 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (ตรงกับ การสำรวจครั้งที่ 1 - 15) ระลอกที่ 2 ระหว่างวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 (ตรงกับ การสำรวจครั้งที่ 16 - 17) ระลอกที่ 3 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 (ตรงกับ การสำรวจครั้งที่ 18 - 20) ส่วนระลอกที่ 4 ซึ่งเป็นระยะการเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น แบ่งการรายงานเป็น 2 ช่วงตามจำนวนคาดการณ์ผู้ติดเชื้อ ได้แก่ ช่วงเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565 (ตรงกับ การสำรวจครั้งที่ 21 - 22) และช่วงสู่โรคประจำถิ่นหรือโรคติดต่อทั่วไปหรือหลังการระบาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป (ตรงกับ การสำรวจครั้งที่ 23 - 24) โดยรายละเอียดของขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างและการประเมินปัญหาสุขภาพจิตในการสำรวจแต่ละระยะได้รายงานไว้ในการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁶

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

1) แบบวัดความเครียดศรีธัญญา (Srithanya stress test: ST-5)¹⁷ เป็นแบบวัดความเครียดด้วยตนเอง มี 5 ข้อคำถาม คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามความถี่ของอาการ ตั้งแต่ แทบไม่มี (0 คะแนน) จนถึง เป็นประจำ

(3 คะแนน) การแปลผลคะแนนรวมแบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เครียดหรือเครียดเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) เครียดปานกลาง (5 - 7 คะแนน) เครียดมาก (8 - 9 คะแนน) และเครียดมากที่สุด (10 - 15 คะแนน) การศึกษานี้กำหนดให้ ST-5 ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเครียด แบบวัดผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.82 ค่าความสัมพันธ์กับแบบวัดความเครียดของสวนปรุง (SST-20) และแบบวัด hospital anxiety depression ทั้งด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า วัดโดย Pearson's correlation coefficient เท่ากับ 0.79, 0.58 และ 0.59 ตามลำดับ¹⁷

2) แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า (patient health questionnaire: PHQ-9)¹⁸ เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น มี 9 ข้อคำถาม คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามความถี่ของอาการ ตั้งแต่ ไม่เลย (0 คะแนน) จนถึงมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผลคะแนนรวมแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีเพียงเล็กน้อย (0 - 4 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (5 - 8 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (9 - 14 คะแนน) มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงค่อนข้างมาก (15 - 19 คะแนน) และมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (20 - 27 คะแนน) การศึกษานี้กำหนดให้ PHQ-9 ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไปถือว่าภาวะซึมเศร้า แบบประเมินผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.79 ความไว 0.84 ความจำเพาะ 0.77 และค่า positive likelihood ratio เท่ากับ 3.71¹⁸

3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและผลกระทบจากการแพร่ระบาด พัฒนาโดยคณะผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ และอาชีพ) ข้อมูลด้านสุขภาพ (การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด การติดเชื้อโควิด 19 การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด) และปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว (ปัญหา

การเงิน เช่น การเงินไม่พอใช้ การมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และการมีหนี้สิน ปัญหาการเรียน เช่น การเรียนออนไลน์ เรียนไม่ทัน และเรียนไม่รู้เรื่อง ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน คนในที่ทำงาน และคนในครอบครัว เช่น การไม่ช่วยเหลือกัน การซุบซิบนินทา การทะเลาะเบาะแว้ง การเจ็บแค้นต่อกัน การทำร้ายร่างกาย และปัญหาสุขภาพคนในครอบครัว และปัญหาการดำรงชีวิต เช่น การเดินทางไม่สะดวกและการต้องระงับการติดเชื้อ) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือทั้งหมดเป็นแบบสอบถามออนไลน์ Google form เข้าถึงด้วย QR code โดยแบบสอบถามมีคำชี้แจงและตัวเลือกการแสดงความยินยอมให้ข้อมูลของตัวอย่าง กรณีที่ตัวอย่างยินยอมตอบแบบสอบถามระบบจะนำเข้าสู่การถาม-ตอบ กรณีที่ตัวอย่างไม่ยินยอมระบบจะนำเข้าสู่การยุติการตอบแบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในพื้นที่เป้าหมายซึ่งได้รับการชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูลการสำรวจ ในรูปแบบออนไลน์ โดยผู้เก็บข้อมูลภาคสนามเป็นผู้สุ่มเลือกหมู่บ้าน/ชุมชนและสุ่มเลือกตัวอย่างตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการสำรวจ แผนการนำผลสำรวจไปใช้ ลักษณะแบบสอบถามออนไลน์ การรักษาความลับ และการยินยอมด้วยความสมัครใจที่บ้านของตัวอย่าง สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านที่ผู้เก็บข้อมูลปฏิบัติงาน หรือศาลา/สถานที่สาธารณะที่ใช้ร่วมกันในหมู่บ้าน/ชุมชน หลังจากนั้นจึงส่ง QR code แบบสอบถามออนไลน์ให้ตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าความชุกเป็นร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และระยะการระบาดกับปัญหาสุขภาพจิตด้วยสถิติ binary logistic regression นำเสนอเป็นค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (odds ratio: OR และ adjusted odds ratio: AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองของคนไทยสูงสุดในการระบาดระลอกที่ 3 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 (ร้อยละ 5.0, 10.8 และ 1.7 ตามลำดับ) ต่ำสุดในระลอกที่ 1 ระหว่างวันที่ 31 มกราคม - 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563 (ร้อยละ 2.7, 4.9 และ 0.7 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังนี้ ปัจจัยระยะการระบาดของโรค ได้แก่ ระลอกที่ 2 (AOR = 1.32, 95% CI = 1.13 - 1.55) ระลอกที่ 3 (AOR = 1.76, 95% CI = 1.55 - 1.99) ระลอกที่ 4 ช่วงที่ 1 (AOR = 1.63, 95% CI = 1.39 - 1.90) และระลอกที่ 4 ช่วงที่ 2 (AOR = 1.89, 95% CI = 1.61 - 2.22) ปัจจัยบุคคล ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 1.35, 95% CI = 1.22 - 1.50) อายุ 18 - 24 ปี (AOR = 1.49, 95% CI = 1.23 - 1.80) อายุ 25 - 40 ปี (AOR = 1.39, 95% CI = 1.19 - 1.61) และการว่างงาน (AOR = 1.49, 95% CI = 1.21 - 1.83) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย (AOR = 1.23,

95% CI = 1.08 - 1.40) ประวัติโรคจิตเวช (AOR = 2.90, 95% CI = 2.12 - 3.97) ประวัติโรคโควิด 19 (AOR = 1.37, 95% CI = 1.04 - 1.82) ประวัติดื่มสุรา (AOR = 1.39, 95% CI = 1.23 - 1.57) และประวัติใช้สารเสพติด (AOR = 1.76, 95% CI = 1.24 - 2.49) ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงิน (AOR = 1.71, 95% CI = 1.55 - 1.88) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนและที่ทำงาน (AOR = 1.88, 95% CI = 1.24 - 2.86) ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (AOR = 2.20, 95% CI = 1.95 - 2.49) และปัญหาในการดำรงชีวิต (AOR = 1.35, 95% CI = 1.16 - 1.56) ทั้งนี้ ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพเกษตรกร (AOR = 0.75, 95% CI = 0.63 - 0.90) ดังตารางที่ 2

ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังนี้ ปัจจัยระยะการระบาดของโรค ได้แก่ ระลอกที่ 2 (AOR = 1.38, 95% CI = 1.20 - 1.58) ระลอกที่ 3 (AOR = 2.32, 95% CI = 2.10 - 2.55) ระลอกที่ 4 ช่วงที่ 1 (AOR = 2.51, 95% CI = 2.24 - 2.81) และระลอกที่ 4 ช่วงที่ 2

ตารางที่ 1 ความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองตามระลอกการระบาดของโรคโควิด 19

ระลอกการระบาด	จำนวนตัวอย่าง (คน)		จำนวน (ร้อยละ) ตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจิต		
	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเอง	ความเครียด	ภาวะซึมเศร้า	ความคิด ทำร้ายตนเอง
ระลอกที่ 1 :					
31 ม.ค. 2563 - 14 ธ.ค. 2563	14,897	13,132	397 (2.7)	648 (4.9)	96 (0.7)
ระลอกที่ 2 :					
15 ธ.ค. 2563 - 31 มี.ค. 2564	9,374	6,269	296 (3.2)	391 (6.2)	96 (1.5)
ระลอกที่ 3 :					
1 เม.ย. 2564 - 31 ธ.ค. 2564	16,504	16,504	832 (5.0)	1,790 (10.8)	286 (1.7)
ระลอกที่ 4 : ช่วงเปลี่ยนผ่านสู่โรคประจำถิ่น					
1 ม.ค. 2565 - 30 มิ.ย. 2565	9,712	9,712	343 (3.5)	861 (8.9)	137 (1.4)
ระลอกที่ 4 : ช่วงสู่โรคประจำถิ่นหรือโรคติดต่อทั่วไป					
ตั้งแต่ 1 ก.ค. 2565 เป็นต้นไป	9,807	9,807	343 (3.5)	797 (8.1)	87 (0.9)
รวม	60,294	55,424	2,211 (3.7)	4,487 (8.1)	702 (1.3)

หมายเหตุ : 1. สำนวความเครียดด้วย ST-5 ทำการสำรวทุกครั้งของระลอกการระบาดที่ 1 - 4 (24 ครั้ง)

2. สำนวภาวะซึมเศร้าและความคิดทำร้ายตนเองด้วย PHQ-9 โดยการระบาดระลอกที่ 1 ไม่ได้สำรวในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2563 (ครั้งที่ 1 - 3) และการระบาดระลอกที่ 2 เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 (ครั้งที่ 16)

(AOR = 2.46, 95% CI = 2.19 - 2.77) ปัจจัยบุคคล ได้แก่ เพศหญิง (AOR = 1.17, 95% CI = 1.09 - 1.26) อายุ 18 - 24 ปี (AOR = 1.29, 95% CI = 1.12 - 1.47) อายุ 25 - 40 ปี (AOR = 1.18, 95% CI = 1.06 - 1.31) และการว่างงาน (AOR = 1.59, 95% CI = 1.37 - 1.85) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย (AOR = 1.18, 95% CI = 1.08 - 1.29) ประวัติโรคจิตเวช (AOR = 2.76, 95% CI = 2.15 - 3.56) ประวัติโรคโควิด 19 (AOR = 1.24, 95% CI = 1.02 - 1.51) ประวัติดื่มสุรา (AOR = 1.27, 95% CI = 1.15 - 1.39) และประวัติใช้สารเสพติด (AOR = 1.93, 95% CI = 1.47 - 2.53) ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม ได้แก่ ปัญหาการเงิน (AOR = 1.59, 95% CI = 1.48 - 1.71) ปัญหาการเรียน (AOR = 1.96, 95% CI = 1.32 - 2.91) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนและที่ทำงาน (AOR = 1.76, 95% CI = 1.30 - 2.39) และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (AOR = 2.46, 95% CI = 2.25 - 2.70) ทั้งนี้ ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 41 - 59 ปี (AOR = 0.89, 95% CI = 0.81 - 0.98) ดังตารางที่ 2

ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดความคิดทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังนี้ ปัจจัยระยะการระบาดของโรค ได้แก่ ระลอกที่ 2 (AOR = 2.61, 95% CI = 1.94 - 3.52) ระลอกที่ 3 (AOR = 2.40, 95% CI = 1.89 - 3.05) ระลอกที่ 4 ช่วงที่ 1 (AOR = 2.43, 95% CI = 1.83 - 3.21) และระลอกที่ 4 ช่วงที่ 2 (AOR = 1.50, 95% CI = 1.09 - 2.06) ปัจจัยบุคคล ได้แก่ อายุ 18 - 24 ปี (AOR = 1.78, 95% CI = 1.31 - 2.41) อายุ 25 - 40 ปี (AOR = 1.33, 95% CI = 1.03 - 1.71) และการว่างงาน (AOR = 2.23, 95% CI = 1.57 - 3.17) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย (AOR = 1.33, 95% CI = 1.07 - 1.67) ประวัติโรคจิตเวช (AOR = 4.26, 95% CI = 2.79 - 6.51) ประวัติดื่มสุรา (AOR = 1.29, 95% CI = 1.05 - 1.59) และประวัติใช้สารเสพติด (AOR = 1.82, 95% CI = 1.09 - 3.04) ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคม ได้แก่ ปัญหาการเรียน (AOR = 3.04, 95% CI = 1.44 - 6.42) ปัญหาความสัมพันธ์

กับเพื่อนและที่ทำงาน (AOR = 2.74, 95% CI = 1.39 - 5.41) ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว (AOR = 2.48, 95% CI = 2.01 - 3.06) และปัญหาในการดำรงชีวิต (AOR = 1.38, 95% CI = 1.08 - 1.77) ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองสูงสุดในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกที่ 3 (ร้อยละ 5.0, 10.8 และ 1.7 ตามลำดับ) และต่ำสุดในระลอกที่ 1 (ร้อยละ 2.7, 4.9 และ 0.7 ตามลำดับ) ทั้งนี้ เนื่องจากในประเทศไทยสถานการณ์ในการระบาดระลอกที่ 3 มีความรุนแรงสูงสุด โดยยังพบผู้ติดเชื้อรายวันเพิ่มขึ้นในหลายพื้นที่โดยเฉพาะจังหวัดที่พบการแพร่ระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานบันเทิง แคมป์คนงาน และเรือนจำ อีกทั้งเป็นระยะที่พบการกลายพันธุ์ของเชื้ออย่างต่อเนื่อง ได้แก่ สายพันธุ์แอลฟา เดลตา เบตา และโอไมครอน ซึ่งในการกลายพันธุ์แต่ละครั้งเชื้อสามารถแพร่ได้ง่ายและรวดเร็วขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ตกค้างอยู่ที่บ้านและไม่สามารถเข้ารับการรักษายาบาลได้ทันเวลา นอกจากนี้ในช่วงดังกล่าวยังมีการขยายมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่เข้มงวดต่อเนื่อง เช่น การจำกัดเวลาเปิดปิดร้านค้า การกำหนดเวลาเคอร์ฟิว การจำกัดการเดินทาง และการส่งเสริมการทำงานและการเรียนที่บ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประชาชนอย่างเลี่ยงไม่ได้ ส่วนการระบาดระลอกแรกพบปัญหาสุขภาพจิตต่ำสุดเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยค่อย ๆ เพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ^{1,2,19} ดังนั้น สถานการณ์ที่รุนแรงของโรค ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ของโรค การได้รับข้อมูลที่คลาดเคลื่อน การต้องแยกตัวทางสังคม รวมทั้งข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา จึงเป็นตัวกระตุ้นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม^{4,5,15}

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เพิ่มโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง อายุ 18 - 40 ปี และการว่างงาน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิตาลีที่พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการผู้ป่วยโรคโควิด 19 หญิงมีโอกาสเกิดความเครียดมากกว่าชาย 2.4 เท่า⁶ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางสรีรวิทยา การอบรมเลี้ยงดู และความคาดหวังต่อบทบาททางสังคม ที่ส่งผลต่อความอ่อนไหวและ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2566

ปัจจัย	ความเครียด				ภาวะซึมเศร้า				ความวิตกกังวลตนเอง			
	OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P
ระยะการระบาดของโรคในประเทศ												
ระลอกที่ 1 (31 ม.ค. 2563 - 14 ธ.ค. 2563)	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
ระลอกที่ 2 (15 ธ.ค. 2563 - 31 ม.ค. 2564)	1.19 (1.02 - 1.39)	.025	1.32 (1.13 - 1.55)	< .001	1.28 (1.13-1.46)	< .001	1.38 (1.20 - 1.58)	< .001	2.11 (1.59 - 2.81)	< .001	2.61 (1.94 - 3.52)	< .001
ระลอกที่ 3 (1 เม.ย. 2564 - 31 ธ.ค. 2564)	1.94 (1.72 - 2.19)	< .001	1.76 (1.55 - 1.99)	< .001	2.34 (2.14 - 2.57)	< .001	2.32 (2.10 - 2.55)	< .001	2.39 (1.90 - 3.02)	< .001	2.40 (1.89 - 3.05)	< .001
ระลอกที่ 4 ช่วง 1 (1 ม.ค. 2565 - 30 มิ.ย. 2565)	1.34 (1.15 - 1.55)	< .001	1.63 (1.39 - 1.90)	< .001	1.87 (1.69 - 2.08)	< .001	2.51 (2.24 - 2.81)	< .001	1.94 (1.49 - 2.53)	< .001	2.43 (1.83 - 3.21)	< .001
ระลอกที่ 4 ช่วง 2 (ตั้งแต่ 1 ก.ค. 2565 เป็นต้นไป)	1.32 (1.14 - 1.53)	< .001	1.89 (1.61 - 2.22)	< .001	1.7 (1.53 - 1.90)	< .001	2.46 (2.19 - 2.77)	< .001	1.22 (0.91 - 1.63)	.189	1.50 (1.09 - 2.06)	.013
ปัจจัยส่วนบุคคล												
เพศ												
ชาย	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
หญิง	1.25 (1.14 - 1.38)	< .001	1.35 (1.22 - 1.50)	< .001	1.1 (1.03 - 1.17)	.005	1.17 (1.09 - 1.26)	< .001	0.92 (0.79 - 1.08)		1.03 (0.87 - 1.22)	.725
อายุ (ปี)												
18 - 24 ปี	1.65 (1.44 - 1.89)	< .001	1.49 (1.23 - 1.80)	< .001	1.2 (1.09 - 1.32)	< .001	1.29 (1.12 - 1.47)	< .001	1.63 (1.29 - 2.06)	.325	1.78 (1.31 - 2.41)	.001
25 - 40 ปี	1.49 (1.31 - 1.69)	< .001	1.39 (1.19 - 1.61)	< .001	1.19 (1.09 - 1.30)	< .001	1.18 (1.06 - 1.31)	.002	1.38 (1.12 - 1.71)	< .001	1.33 (1.03 - 1.71)	.031
41 - 59 ปี	1.03 (0.91 - 1.16)	.650	1.03 (0.90 - 1.18)	.659	0.89 (0.82 - 0.97)	.006	0.89 (0.81 - 0.98)	.019	0.84 (0.68 - 1.04)	.003	0.86 (0.68 - 1.09)	.212
60 ปีขึ้นไป	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	.117	1.00	
อาชีพ												
ว่างงาน ตกงาน ถูกเลิกจ้าง ปิดกิจการ	1.76 (1.46 - 2.14)	< .001	1.49 (1.21 - 1.83)	< .001	1.68 (1.47 - 1.93)	< .001	1.59 (1.37 - 1.85)	< .001	2.56 (1.86 - 3.53)	< .001	2.23 (1.57 - 3.17)	< .001
เกษตรกร ทำสวน ทำนา ทำไร่ ประมง	0.75 (0.63 - 0.88)	< .001	0.75 (0.63 - 0.90)	.001	0.88 (0.79 - 0.98)	.024	0.92 (0.82 - 1.04)	.169	0.80 (0.60 - 1.08)	.151	0.89 (0.65 - 1.23)	.482
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	1.12 (0.95 - 1.32)	.184	1.01 (0.84 - 1.21)	.943	1.06 (0.94 - 1.19)	.368	1.03 (0.90 - 1.17)	.694	1.33 (0.98 - 1.79)	.064	1.34 (0.97 - 1.86)	.075
รับจ้างทั่วไป รับจ้างรายวัน ขับรถสาธารณะ	1.07 (0.90 - 1.26)	.445	0.96 (0.80 - 1.16)	.680	1.00 (0.89 - 1.13)	.938	0.98 (0.86 - 1.12)	.749	1.39 (1.03 - 1.87)	.032	1.34 (0.96 - 1.87)	.082
พนักงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ	1.27 (1.04 - 1.55)	.022	1.07 (0.85 - 1.34)	.565	1.03 (0.89 - 1.19)	.719	0.94 (0.80 - 1.11)	.485	1.46 (1.03 - 2.09)	.036	1.29 (0.87 - 1.92)	.207
ข้าราชการ พนักงานราชการ	1.17 (0.99 - 1.38)	.062	1.04 (0.87 - 1.26)	.657	0.95 (0.84 - 1.07)	.404	0.93 (0.81 - 1.06)	.272	1.06 (0.78 - 1.45)	.716	0.98 (0.69 - 1.39)	.917
นักเรียน นักศึกษา	1.52 (1.26 - 1.83)	< .001	1.25 (0.98 - 1.60)	.076	1.06 (0.92 - 1.23)	.395	0.93 (0.77 - 1.12)	.462	1.40 (0.99 - 2.00)	.060	0.90 (0.58 - 1.40)	.633
แม่บ้าน ผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานแล้ว	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
ปัจจัยด้านสุขภาพ												
ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย	1.02 (0.91 - 1.14)	.731	1.23 (1.08 - 1.40)	.002	1.10 (1.01 - 1.19)	.020	1.18 (1.08 - 1.29)	< .001	1.08 (0.89 - 1.31)	.463	1.33 (1.07 - 1.67)	.011
ป่วยโรคจิตเวช	3.67 (2.72 - 4.95)	< .001	2.90 (2.12 - 3.97)	< .001	3.43 (2.70 - 4.37)	< .001	2.76 (2.15 - 3.56)	< .001	5.86 (3.91 - 8.78)	< .001	4.26 (2.79 - 6.51)	< .001
ป่วยโรคโควิด 19	1.31 (1.00 - 1.71)	.051	1.37 (1.04 - 1.82)	.027	1.32 (1.09 - 1.59)	< .004	1.24 (1.02 - 1.51)	.032	1.12 (0.69 - 1.81)	.656	1.04 (0.63 - 1.72)	.874
ประวัติดื่มสุรา	1.39 (1.24 - 1.55)	< .001	1.39 (1.23 - 1.57)	< .001	1.25 (1.15 - 1.35)	< .001	1.27 (1.15 - 1.39)	< .001	1.53 (1.27 - 1.84)	< .001	1.29 (1.05 - 1.59)	.016
ประวัติใช้สารเสพติด	2.41 (1.74 - 3.35)	< .001	1.76 (1.24 - 2.49)	.002	2.51 (1.96 - 3.22)	< .001	1.93 (1.47 - 2.53)	< .001	3.48 (2.16 - 5.61)	< .001	1.82 (1.09 - 3.04)	.023

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปี พ.ศ. 2563 - 2566 (ต่อ)

ปัจจัย	ความเครียด			ภาวะซึมเศร้า			ความคิดทำร้ายตนเอง		
	OR (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P	OR (95% CI)	AOR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว									
ปัญหาการเงิน	2.07 (1.9 - 2.25)	< .001	1.71 (1.55 - 1.88)	< .001	1.80 (1.69 - 1.92)	1.59 (1.48 - 1.71)	< .001	1.64 (1.41 - 1.91)	< .001
ปัญหาการเรียน	2.05 (1.19 - 3.54)	.010	1.43 (0.81 - 2.51)	.219	2.25 (1.54 - 3.29)	1.96 (1.32 - 2.91)	.001	3.38 (1.66 - 6.89)	.001
ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนและที่ทำงาน	2.09 (1.41 - 3.10)	< .001	1.88 (1.24 - 2.86)	.003	2.01 (1.50 - 2.68)	1.76 (1.30 - 2.39)	< .001	2.19 (1.17 - 4.13)	.015
ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว	2.95 (2.64 - 3.29)	< .001	2.20 (1.95 - 2.49)	< .001	2.95 (2.72 - 3.19)	2.46 (2.25 - 2.70)	< .001	2.73 (2.26 - 3.29)	< .001
ปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัว	1.49 (0.96 - 2.32)	.076	1.13 (0.71 - 1.79)	.612	1.18 (0.84 - 1.66)	0.91 (0.64 - 1.29)	.591	1.63 (0.81 - 3.30)	.173
ปัญหาในการดำรงชีวิต	1.64 (1.42 - 1.88)	< .001	1.35 (1.16 - 1.56)	< .001	1.34 (1.20 - 1.49)	0.99 (0.88 - 1.11)	.895	1.77 (1.40 - 2.24)	< .001

การจัดการทางอารมณ์เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบว่าชายและหญิงมีความแตกต่างกันในโอกาส การเกิดความคิดทำร้ายตนเอง ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับสุขภาพจิตอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท ปัจจัยอายุที่ พบว่ากลุ่มอายุ 18 - 40 ปี มีโอกาสการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป อาจเนื่องจากช่วงวัยรุ่นตอนปลาย และผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงเวลาที่บุคคลมีจุดเปลี่ยนทั้งการเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์ ซึ่งอาจจะทำให้มีความสับสนและ ความรู้สึกไม่มั่นคงในเรื่องต่าง ๆ^{20,21} จึงอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้ง่ายเมื่อต้องเผชิญปัญหาและอุปสรรคหลากหลายด้าน สำหรับปัจจัยการว่างงานที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต นั้นสอดคล้องกับการศึกษาในคนไทยช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2540 - 2542 ที่พบว่าปัญหาเศรษฐกิจการเงิน สถานภาพการเงิน ในครอบครัวไม่พอใช้ และการว่างงาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับความเครียด²²⁻²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสเปน ช่วงการล็อกดาวน์เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบว่าผู้ที่ตกงานขาดรายได้มีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าและ ตื่นตระหนก⁹ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการแพร่ระบาดใหญ่ของ โรคติดเชื้อมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจเป็นลูกโซ่ทำให้ประชาชน มีความเครียด วิตกกังวล และเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น²⁵ สำหรับกรณีวิกฤตโรคระบาดครั้งนี้ พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2564 ประเทศไทยมีผู้ว่างงานที่เคยทำงานมาก่อนเพิ่มขึ้น กว่าเท่าตัวจาก 2.1 แสนคนเป็น 4.8 แสนคน³

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย โรคเรื้อรังทาง จิตเวช และโรคโควิด 19 และการมีประวัติดื่มสุราและใช้ สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับ ผลการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ต่อปัญหาสุขภาพจิตในช่วงการระบาด ได้แก่ ผู้ป่วยโรคโควิด 19 และครอบครัว บุคคลที่มีอาการป่วยทางร่างกายหรือจิตเวช และบุคลากรทางการแพทย์¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาในช่วง เริ่มต้นของการแพร่ระบาดที่พบว่าประชากรทั่วไปที่มีความผิดปกติ ทางกายเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยมี อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่นัยสำคัญ¹¹ และยังสอดคล้องกับรายงานจากศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค ระดับชาติ กรมสุขภาพจิต ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่

การพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช (ร้อยละ 30.2) ประวัติเคยทำร้ายตนเอง (ร้อยละ 30.6) การใช้แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 16.2) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เรื้อรัง (ร้อยละ 12.9) และการติดสารเสพติด (ร้อยละ 11.1)²⁶ ทั้งนี้ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มผู้สูงอายุที่มี รายได้น้อย กลุ่มแม่และเด็ก และกลุ่มผู้ที่มีโรคเรื้อรังใช้บริการ สุขภาพลดลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวของประชากร กลุ่มนี้ได้³

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และสังคมที่มี ความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ปัญหาการเงิน ปัญหา การเรียน ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ที่ทำงาน และ ครอบครัว และปัญหาการดำรงชีวิต อธิบายได้ว่า ปัญหาด้าน เศรษฐกิจเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้บุคคลเกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่รุนแรง ดังเช่นในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง ปี พ.ศ. 2540 - 2541 พบอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพิ่มขึ้นกว่า ร้อยละ 20.0²⁷ สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดลำปางในช่วง การระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ มีรายได้ไม่เพียงพอมีความชุกของการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถึง ร้อยละ 60.6¹⁴ และการศึกษาในประชาชนจังหวัดเชียงใหม่ที่ พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19¹⁵ และสอดคล้องกับผลการ ทบทวนวรรณกรรมที่เน้นย้ำถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจจาก โรคโควิด 19 ที่กระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดี รวมถึงพฤติกรรม ความกลัวและความตื่นตระหนกที่สูงในประชากรทั่วไป เช่น การกักตุนและสะสมทรัพยากรต่าง ๆ¹⁰ สำหรับปัญหาการเรียน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาจังหวัดเชียงรายที่ พบว่าสถานที่ที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เอื้อต่อการเรียนและการ เปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตมีความสัมพันธ์กับความเครียดในช่วง ที่มีการปรับรูปแบบการเรียนแบบออนไลน์²⁸ และรายงานจาก สถาบันวิจัยประชากรและสังคมที่พบว่า 3 ใน 5 ของครัวเรือน มีเด็กที่ประสบปัญหาจากการเรียนออนไลน์ในช่วงโควิด 19 มีการถดถอยของการเรียนรู้ หลุดออกจากระบบการศึกษา และ ตกหล่นหรือเข้าไม่ถึงโอกาสการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามช่วงวัย โดยเด็กจากครอบครัวยากจนเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ซึ่งอาจนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำเพิ่มขึ้นในอนาคต³ แสดงให้เห็นว่า

โควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการเรียนและปัญหาสุขภาพจิตของเด็กไทยทุกระดับชั้นตั้งแต่ปฐมวัยถึงมหาวิทยาลัย สำหรับปัจจัยความสัมพันธ์กับเพื่อน ที่ทำงาน และครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า คุณภาพความสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนที่เปลี่ยนแปลงจากการระบาดของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาล²⁹

สำหรับปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดความเครียด ได้แก่ อาชีพเกษตรกร อธิบายได้ว่า แม้โควิด 19 ส่งผลกระทบต่อทุกอาชีพ รวมทั้งอาชีพเกษตรกร โดยมีข้อสังเกตคือ ภาคเกษตรเป็นจุดเริ่มต้นของปัจจัยพื้นฐานซึ่งเป็นหลักประกันความมั่นคงของชีวิต แต่วิกฤตโควิด 19 ส่งผลให้แรงงานคืบคลาน โดยกลุ่มผู้ที่โดนเลิกจ้างหรือลดชั่วโมงการทำงานได้ตัดสินใจเริ่มต้นชีวิตใหม่ด้วยการทำเกษตร ซึ่งเป็นอาชีพหนึ่งที่เคยช่วยดูดซับผลกระทบทางเศรษฐกิจ³⁰ ส่วนปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ 41 - 59 ปี หรือผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่มีความประสบความสำเร็จและความมั่นคงด้านการงานและเริ่มคิดถึงการสร้างประโยชน์ให้ผู้อื่น เช่น การดูแลใส่ใจความเป็นอยู่ของคนในครอบครัวและการช่วยเหลือสังคม³¹

จุดเด่นของการศึกษานี้ได้แก่ การใช้แผนสมมุติฐานที่กระจายไปทุกเขตสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนระดับประเทศและเขตสุขภาพ และการใช้ข้อมูลจากการสำรวจหลายครั้งต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงที่เริ่มมีการแพร่ระบาดจนถึงการเริ่มกลายเป็นโรคประจำถิ่นโดยใช้เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตชุดเดียวกัน ทำให้สามารถเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตในระดับประชากรระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ระยะต่าง ๆ ได้ และสามารถนำตัวแปรนี้มาควบคุมในการวิเคราะห์การถดถอย ซึ่งระยะการระบาดของโรคถือเป็นปัจจัยร่วม (covariate) ที่สำคัญของปัญหาสุขภาพจิต ขณะที่การศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมามีแนวโน้มเป็นการศึกษาแบบตัดขวางเพียงครั้งเดียว ซึ่งความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนอาจขึ้นอยู่กับสถานการณ์การระบาดในช่วงนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสำรวจไม่ได้ติดตามในตัวอย่างเดิมต่อเนื่อง จึงไม่สามารถระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพจิตในช่วงเวลาต่าง ๆ และไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าปัจจัยใดเกิดขึ้นก่อนหรือหลังปัญหาสุขภาพจิต

สรุป

พบความชุกความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดทำร้ายตนเองของคนไทยสูงสุดในการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกที่ 3 (1 เมษายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564) ซึ่งเป็นช่วงที่สถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทยรุนแรงที่สุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยตลอดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่าง ปี พ.ศ. 2563 - 2566 ได้แก่ การระบาดระลอกที่ 2 - 4 เพศหญิง อายุ 18 - 40 ปี การว่างงาน ปัญหาสุขภาพทั้งโรคเรื้อรังทางกาย โรคจิตเวช และโรคโควิด 19 ประวัติดื่มสุราและใช้สารเสพติด ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ที่ทำงาน และครอบครัว และปัญหาในการดำรงชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสหวิชาชีพจากหน่วยงานในพื้นที่ที่ร่วมดำเนินการสำรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. Vongrachit K. Report on taking lessons learned on preparation for the outbreak of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) area health January 1, 2020 - July 1, 2022. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2022.
2. Vongrachit K. Endemic approach to COVID-19. Nonthaburi: Strategy and planning division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2022.
3. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai Health 2022: Thai families in the COVID-19 crisis. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Thai Health Promotion Foundation (Thai-Health); 2022.
4. Kittirattanapaiboon P, Tailandkha P. Addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020.

5. 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
6. Chutha W, Makkhlai K. The impact on depression and self-harming thoughts. In: Karnjanapiboonwong A, Matra T, Kamwansanga P, editor. Report on the impact situation from the COVID-19 outbreak on non-communicable diseases and related factors in Thailand, January 2020 to November 2021. Nonthaburi: Division of Non-Communicable Diseases, Department of disease control; 2022.
7. Sukaew T. Policy brief. Impact on 'mental health' under COVID-19 control measures with the problem of suicide that must be watched. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2022.
8. Saeed BA, Shabila NP, Aziz AJ. Stress and anxiety among physicians during the COVID-19 outbreak in the Iraqi Kurdistan Region: An online survey. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253903. doi:10.1371/journal.pone.0253903.
9. de Miquel C, Domènech-Abella J, Felez-Nobrega M, Cristóbal-Narváez P, Mortier P, Vilagut G, et al. The Mental Health of Employees with Job Loss and Income Loss during the COVID-19 Pandemic: The Mediating Role of Perceived Financial Stress. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(6):3158. doi:10.3390/ijerph19063158.
10. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*. 2020;52:102066. doi:10.1016/j.ajp.2020.102066.
11. Witteveen AB, Young SY, Cuijpers P, Ayuso-Mateos JL, Barbui C, Bertolini F, et al. COVID-19 and common mental health symptoms in the early phase of the pandemic: An umbrella review of the evidence. *PLoS Med*. 2023;20(4):e1004206. doi:10.1371/journal.pmed.1004206.
12. Ruksee N, Donjdee K, Songsiri N, Deesawas W, Janjaroen S, Yupu A. A study of the stress, anxiety and family relationships among Thai people after the Covid-19 pandemic in the early stages. *Quality of Life and Law Journal*. 2021;17(1):94-108.
13. 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.
14. Pitspinkum W. Factors associated with mental health and stress among healthcare personnel responsible for COVID-19 in Lampang province [Master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2023.
15. Tunoud A. Project research mental health of Mae Chaem district, Chiangmai citizen and the impact after the situation of the epidemic of the Covid 19 virus. Chiang Mai: Chiangmai Provincial Public Health Office; 2022.
16. Chutha W, Makkhlai K, Siruengrat D, Jayana R. The prevalence and trends of mental health problems in Thai population during the coronavirus disease 2019 pandemic in Thailand, 2020 - 2022. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2023;31(3): 227-39.
17. Silpakit O. Srithanya stress scale. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2008;16(3):177-85.
18. 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.
19. Ratnarathon A. Coronavirus infectious disease-2019 (COVID-19): a case report, the first patient in Thailand and outside China. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*. 2020;14(2):116-23.
20. Silpakit P, Kittirattanapaiboon P. Social determinants of mental health. Chiang Mai: Wanida Karnpim Limited Partnership; 2017.

21. Faculty of Psychology, Chulalongkorn University. Psychology vocabulary: emerging adulthood [Internet]. Bangkok: Faculty of psychology, Chulalongkorn University; 2023 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/emerging-adulthood>
22. Sornpaisarn B, Charatsingha A, Bualek N. Survey of the mental health status of economic crisis in Thailand, 18-22 August 1997. Nonthaburi: Department of Mental Health; 1997.
23. Bunditchate A, Chutha W, saosarn P. The telephone survey of mental health status during the economic crisis in Thailand, March 8-12, 1999. Nonthaburi: Department of Mental Health; 1999.
24. Chutha W, saosarn P, Kongpan R. The telephone survey of mental health status during the economic crisis in Thailand, September 6-10, 1999. Nonthaburi: Department of Mental Health; 1999.
25. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2023 Jan 24]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
26. Suicide Prevention and Intervention Center, Department of Mental Health. The problem of suicide among Thai people in 2022 [internet]. Nonthaburi: Suicide Prevention and Intervention Center; 2022 [cited 2023 Nov 30]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/news/files>
27. Tawichsri T, Sa-ngimnet B. COVID-19 crisis with mental health problems in Thailand [Internet]. Bangkok: Thai Publica; 2022 [cited 2023 Nov 30]. Available from: <https://thaipublica.org/2021/06/pier-67/>.
28. Tengthanakij P, Chindamai N, Suphaka O, Poocherd S, Lothongdaeng N, Chompoosri P, et al. Prevalence and associated factors of stress upon online study among Mae Fah Luang university preclinical year medical and dental students during COVID-19 pandemic. Greater Mekong Subregion Medical Journal. 2022;2(2):89-99.
29. Zheng R, Zhou Y, Fu Y, Xiang Q, Cheng F, Chen H, et al. Prevalence and associated factors of depression and anxiety among nurses during the outbreak of COVID-19 in China: a cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2021;114:103809. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103809.
30. Chomsuk P. Pinnapichet J, Boonyakunakorn P. Covid subsidies, household workers are afraid of agriculture [Internet]. Bangkok: Bank of Thailand; 2020 [cited 2023 Nov 20]. Available from: https://www.bot.or.th/content/dam/bot/documents/th/research-and-publications/article/regional/2563/2563_RL_04_the-agriculture-after-covid19.PDF
31. Pichayayothin N. Development psychology [Internet]. Bangkok: Faculty of psychology, Chulalongkorn University; 2017 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/devpsy>