

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 หลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลสนามจังหวัดเชียงใหม่

พญ.พัชราภรณ์ อินต๊ะวงศ์¹, นพ.ปองปรีดา แสนจิตต์², พญ.รจนพรหม นันทิทธิรงค์¹,

นพ.ฉันทชนก อร่ามรัตน์³

¹โรงพยาบาลนครพิงค์

²โรงพยาบาลสวนปรุง

³โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

บทคัดย่อ

ที่มา: ในปัจจุบันมีการรายงานระดับความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่สูงมากขึ้นแต่ข้อมูลความชุกตามสถานพยาบาลขนาดเล็กยังมีจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ภายหลังการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา: งานวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยข้อมูลที่เก็บได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประวัติโรคประจำตัว ความกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) และ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติ logistic regression

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยเข้ารวมการศึกษาทั้งหมด 375 ราย เพศชายร้อยละ 64 อายุเฉลี่ย 33.72 ปี (SD=10.77) พบความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.2 และ 10.66 ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ (Adj. Odds ratio = 0.93, p-value 0.010) การมีโรคประจำตัว มีจำนวนร้อยละ 27.2 (Adj. Odds ratio = 3.41, p-value = 0.011) มีประวัติโรคทางจิตเวช มีจำนวนร้อยละ 9.07 (Adj. Odds ratio = 9.16, p-value < 0.001) และการมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 พบในผู้ป่วยทุกราย (Adj. Odds ratio = 6.32, P-value = 0.008) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ การอาศัยอยู่นอกจังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนร้อยละ 2.4 (Adj. Odds ratio = 11.23, p-value = 0.028) และการมีประวัติโรคทางจิตเวช มีจำนวนร้อยละ 9.07 (Adj. Odds ratio = 11.36, P-value = 0.002)

สรุป: ความชุกของการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีระดับต่ำในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาลสนาม จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังที่กล่าวไปข้างต้น

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, ความชุก, ปัจจัยเสี่ยง, ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, โรงพยาบาลสนาม

ส่งบทความ: 10 ก.ย. 2566, แก้ไขบทความ: 13 ธ.ค. 2566, ตีพิมพ์บทความ: 14 ธ.ค. 2566

ติดต่อบทความ

พัชราภรณ์ อินต๊ะวงศ์, พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์

E-mail: patcharaporn516@gmail.com

Original Article

Prevalence and associated factors of anxiety and depression among COVID-19 patients after treatment from the Chiang Mai Field Hospital

Patcharaporn Intawong, M.D.¹, Pongpreeda Saenchitta, M.D., B. Pharm, M.P.H.²,
Rojanaphun Nandidarbha, M.D.¹, Chanchanok Aramrat, M.D.³

¹Nakornping Hospital

²Suan Prung Hospital

³Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, many countries have reported up to 1 in 3 prevalence of anxiety and depression in COVID-19 patients after treatment in large hospitals, but the prevalence of patients recovering from COVID-19 treatment in small hospitals is limited.

Objective: To explore the prevalence and associating factors of anxiety and depression among COVID-19 patients after treatment at the Chiang Mai field hospital.

Methods: This research was a cross-sectional study conducted during September to October 2021. Data collected included general information, patient's medical history, patients' concern about COVID-19. The Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) were used as indicators of symptoms of anxiety and depression to assess the mental health of the patient. The correlation between factors was analyzed with multivariate logistic regression statistics.

Results: A total of 375 patients participated in the study, 62% of patients were male. The mean age was 33.72 years (SD = 10.77). The study found the prevalence of anxiety and depression was 3.2% and 10.66%, respectively. Factors associated with depression were age (Adj. Odds ratio = 0.93, p-value = 0.010), patients with underlying diseases (27.2%, Adj. Odds ratio = 3.41, p-value = 0.011), patients with a history of psychiatric disorders (9.07%, Adj. Odds ratio = 9.16, p-value < 0.001) and all patients concerned about COVID-19 infection have a statistically significant with depression (Adj. Odds ratio = 6.32, p-value = 0.008). Factor associated with anxiety were patients living outside Chiang Mai province (2.4%, Adj. Odds ratio = 11.23, p-value = 0.028) and patients with a history of psychiatric disorders (9.07%, Adj. Odds ratio = 11.36, p-value = 0.002).

Conclusions: The prevalence of anxiety and depression was low in COVID-19 patients who had mild or no symptoms after being discharged from the Chiang Mai field hospital. This information can be used as a guideline for managing the mental health problems of COVID-19 patients in small field hospitals after discharge, especially those at risks.

Keywords: COVID-19, Prevalence, Risk Factor, Anxiety, Depression, Field hospital

Submitted: 2023 Sep 10, Revised: 2023 Dec 13, Published: 2023 Dec 14

Contact

Patcharaporn Intawong, M.D., Department of Social Medicine, Nakornping Hospital
E-mail: patcharaporn516@gmail.com

บทนำ

ในเดือนธันวาคม ปีพ.ศ.2562 พบว่าประเทศจีนได้มีโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดใหญ่ (pandemic) ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) ซึ่งเกิดจากเชื้อ severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) และได้ลุกลามไปยังทั่วโลกอย่างรวดเร็ว^[1] ในปี พ.ศ. 2564 สถิติจากกรมควบคุมโรคพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อมากถึง 1,190,063 คน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตมากถึง 11,305 คน ซึ่งคิดเป็น 0.96% ของผู้ป่วยในประเทศไทยในปีเดียวกันสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดเชียงใหม่ยังคงตรวจพบผู้ป่วยโควิด-19 รายใหม่อย่างต่อเนื่องในปีเดียวกันรายงานจากสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสะสมรวมทั้งสิ้น 6,921 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตรวม 36 ราย คิดเป็น 0.5% ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 456 ราย

การเกิดการระบาดอย่างเฉียบพลันของโรคโควิด-19 นั้นส่งผลกระทบโดยตรงทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจแก่ตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างเป็นอย่างมาก โดยมีการศึกษาพบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า 50% ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลว่าตนเองจะเสียชีวิต และมีความกลัวว่าจะนำเชื้อไวรัสกลับไปบ้านเพื่อแพร่สู่คนใกล้ชิด เพื่อนหรือครอบครัว^[2] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า การกักตัวเพื่อเข้ารับการรักษา รวมถึงขบวนการหลังการรักษาที่จะต้องกลับมากักตัวต่ออีก 14 วันนั้น ทำให้ผู้ป่วยห่างหายจากการเข้าสังคมและไม่มีโอกาสได้พูดคุยกันแบบเห็นหน้า ถือเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน^[3] ที่ผ่านมามีการศึกษาถึง

ผลกระทบทางด้านจิตใจหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรงในบุคลากรทางการแพทย์ พบความชุกมากถึง 40%^[4] และสำรวจในประชาชนทั่วไปสำหรับโรคติดเชื้อโควิดที่กำลังระบาดพบความชุกมากถึง 53.8%^[5] ซึ่งพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมากเกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเองที่จะมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 กังวลถึงวิธีการในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และยังกังวลเรื่องของการนำเชื้อโควิด-19 ไปแพร่สู่คนรอบข้าง

นอกจากนี้ยังมีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยทางด้านจิตใจและเกิดความวิตกกังวลได้มากกว่า เนื่องจากเกิดความกลัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง กลัวจะเกิดความพิการและกลัวว่าตนเองจะเสียชีวิต ฉะนั้นแล้ว การศึกษาถึงความชุกและสาเหตุปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ^[6] และจากงานวิจัยพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่กำลังเข้ารับการรักษาตัวด้วยโรคโควิด-19 มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยที่ส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะดังกล่าวมีหลายปัจจัยได้แก่ อายุ ระดับออกซิเจน ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีประวัติครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของเพศ^[7]

ซึ่งจากหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว (Principle of family medicine)^[8] ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นไม่มีที่สิ้นสุด (An open-ended commitment to patients) จึงเป็นเหตุให้แม้ว่าผู้ป่วยจะหายจากการรักษาโรคโควิด-19 แล้วก็ตามแต่ก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อประเมินในเรื่องของสภาพจิตใจต่อไป ซึ่งอีกหลักการหนึ่งของ

ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 หลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลสนามจังหวัดเชียงใหม่

เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความสำคัญคือ การดูผู้ป่วยในหนึ่งรายให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องดูบริบทของผู้ป่วยร่วมด้วย (An understanding of the context of illness) ยกตัวอย่างเช่น การดูระดับบุคคลถึงความกังวลของผู้ป่วยต่อตนเองและสิ่งรอบข้าง การดูบริบทครอบครัวและหน้าที่การงานของผู้ป่วย เพราะทั้งสองสิ่งนี้สามารถส่งผลกระทบต่อชีวิตและจิตใจของผู้ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 ได้แก่ เพศ^[6, 9] อายุ^[6,9-10] สถานภาพ^[11-12] ระดับการศึกษา^[11,13-14] อาชีพ^[11, 14] เชื้อชาติ^[11] รายได้^[11, 14] ระดับออกซิเจน^[6,11] ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล^[9,13] มีอาการรุนแรงขณะเข้ารับการรักษา^[6,11,14-15] มีประวัติครอบครัวติดเชื้อโควิด-19^[6] มีประวัติโรคทางจิตเวช^[15] มีโรคประจำตัว^[11,14] และการอาศัยอยู่คนเดียว^[6,9,12] แต่ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเกิดผลกระทบทางจิตใจได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป

ในงานวิจัยชิ้นนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่หายจากโรคโควิด-19 ที่เคยได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อที่สามารถทราบและพัฒนาออกแบบการรักษาที่เหมาะสมเพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดีมากยิ่งขึ้นแม้จะหายจากการเจ็บป่วยด้วยโควิด-19 ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมนั้นมิงงานวิจัยยืนยันว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์จากการทำงานที่ออกมามีประสิทธิภาพ

มากยิ่งขึ้นและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยก็จะดีขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน^[16]

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโควิด-19 หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามจังหวัดเชียงใหม่

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโควิด-19 หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามจังหวัดเชียงใหม่

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study design) ของการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามจังหวัดเชียงใหม่

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ต้องการและวิธีการคำนวณทางสถิติ (number of participants and sample size calculation) คำนวณจากสูตรสำหรับ estimate single proportion

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

อ้างอิงจากงานวิจัยของ Hawryluck และคณะ^[17] กำหนดค่า Confidence interval (CI) = 95% margin of error = 8% expected proportion = 31.2% คำนวณได้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องรวบรวมอย่างน้อย 129 คน เพิ่มอีก 10% non-response rate เพิ่มเข้าไป 13 คน รวมทั้งสิ้นเป็น 129 + 13 = 142 คน

โดยเก็บจากผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดเชียงใหม่และเก็บข้อมูลสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR มี

แนวโน้มหายจากโรค และมีแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลสนาม

2. สามารถใช้ mobile application ที่โรงพยาบาลใช้เป็นช่องทางการแพทย์ทางไกลติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยได้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ขาดสติสัมปชัญญะ
2. ผู้ป่วยเป็นชาวต่างประเทศ
3. ผู้ป่วยที่ขาดการติดตามหรือได้ข้อมูลไม่ครบ

วิธีการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้ป่วยผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกแล้ว ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นและมีแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้านทางทีมวิจัยมีการเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา และสอบถามความยินยอมสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา ผู้ป่วยที่ตอบรับเข้าร่วมการศึกษาจะถูกเก็บข้อมูลผ่านแบบบันทึกข้อมูล (Google form) 1 เดือนภายหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามข้อมูลพื้นฐานและประเมินสภาพจิตใจทั้งภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าผ่านทางโทรติดตามของโรงพยาบาลโดยทีมผู้วิจัย หากพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตใจมาก จะมีคำแนะนำทำแบบสอบถามเพื่อไปพบจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลหลังหายจากโรคโควิด-19

ฉะนั้นผู้จัดทำจึงได้ออกแบบสอบถามเพื่อให้ครอบคลุมถึงบริบทต่างๆของผู้ป่วยให้ครบถ้วนมากที่สุด จากข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมดตลอดจนคำแนะนำต่างๆที่ให้แกผู้ป่วยในงานวิจัยชิ้นนี้ถูกกลั่นกรองมาโดยใช้หลักการการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นศูนย์กลาง (Patient center care) ซึ่งในทางเวชปฏิบัติที่แพทย์จะเข้าใจความเป็นคนของผู้ป่วยควรมีการสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป (patient profile) เช่น อายุ สถานภาพ อาชีพ ภูมิลำเนา ครอบครัว เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้แพทย์เข้าใจความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้มากขึ้นถือว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างครอบคลุม (understanding whole person)^[18]

ซึ่งแบบสอบถามมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพราะมีคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อสภาพจิตใจ ทั้งด้านความกังวลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง ความกังวลด้านครอบครัว และความกังวลด้านการงานหรือบุคคลรอบข้าง ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น ทำให้ผลการรักษาผู้ป่วยดีขึ้นและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการรักษามากขึ้น^[19]

การศึกษานี้เก็บรวบรวมจากแบบบันทึกข้อมูลโดยใช้ Google form โดยการตอบข้อแบบสอบถามในแบบบันทึกซึ่งส่งเข้าไปที่ทางโรงพยาบาลทางไกลติดตามของโรงพยาบาล โดยคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การเก็บข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะมีผลเกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ที่พักอาศัย อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเสี่ยงเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ สารเสพติดโรคประจำตัว ความรุนแรงของโรคหรือโรคร่วมทางจิตเวชซึ่งสามารถตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อตามความเป็นจริง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 คำถามประเมินภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder 7, GAD-7) ฉบับภาษาไทย^[20] โดยมีค่า Cronbach's alpha ecoefficiency เท่ากับ 0.79 ประกอบด้วยคำถามกลุ่มภาวะวิตกกังวล 8 ข้อ ในแต่ละข้อย่อยจะแบ่งเป็น 0-3 คะแนนได้แก่ ไม่มีเลย (0) มีบางวันหรือไม่บ่อย (1) มีค่อนข้างบ่อย (2) มีเกือบทุกวัน (3) คิดคะแนนรวมกัน ภาวะวิตกกังวลนับคะแนนจากข้อ 1-8 มีคะแนนรวมของ GAD-7 ≥ 10 มีค่าความไวร้อยละ 74 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 54 จะถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะวิตกกังวล^[21]

ส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) ฉบับภาษาไทย มีค่า Cronbach's alpha ecoefficiency เท่ากับ

ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 หลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลสนามจังหวัดเชียงใหม่

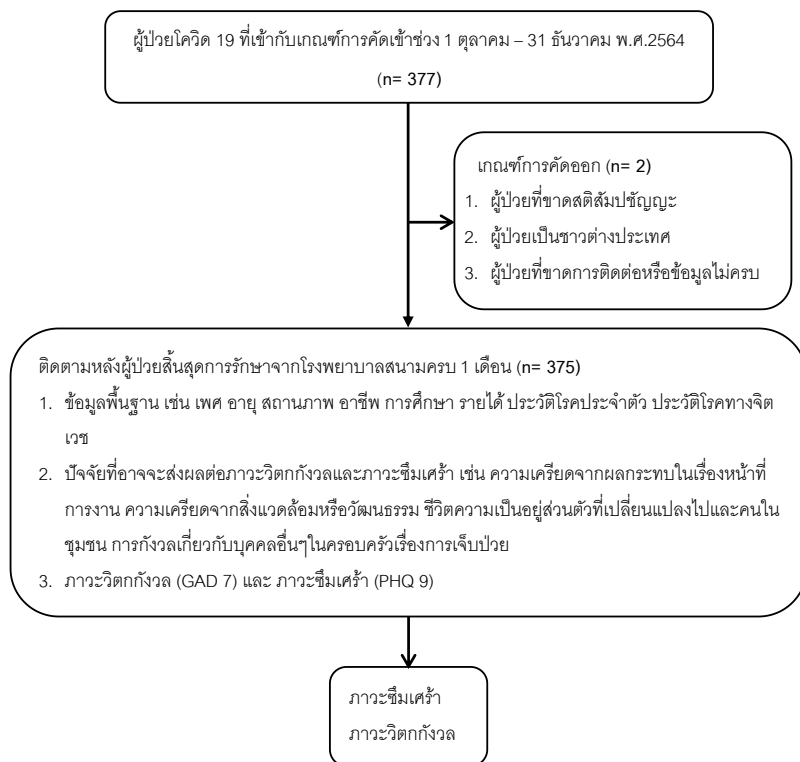
0.91 ประกอบด้วยคำถามกลุ่มภาวะซึมเศร้า 9 ข้อ ในแต่ละข้อย่อยจะแบ่งเป็น 0-3 คะแนนได้แก่ ไม่มีเลย(0)มีบางวันหรือไม่บ่อย(1) มีค่อนข้างบ่อย(2) มีเกือบทุกวัน (3) คิดคะแนนรวมกัน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าจะคิดคะแนนจากข้อ 9-17 ข้อหลัง คะแนนรวมของ PHQ-9 ≥ 9 โดยมีค่าความไวร้อยละ 84 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 77 จะถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า^[22]

ส่วนสุดท้ายของแบบสอบถามจะมีคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เช่น ความเครียดจากผลกระทบในเรื่องหน้าที่การงาน ความเครียด

จากสิ่งแวดล้อมหรือวัฒนธรรม ชีวิตความเป็นอยู่ ส่วนตัวที่เปลี่ยนแปลงไป และคนในชุมชน การกักตัวเกี่ยวกับบุคคลอื่นๆในครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วย รวมถึงความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งในปัจจุบันและที่อาจจะส่งผลกระทบมาในอนาคต

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ให้คำตอบผ่านทาง การแพทย์ทางไกลติดตามของโรงพยาบาลภายใน 3 วันหลังส่งแบบสอบถาม ทางผู้วิจัยจะมีการติดต่อผู้ป่วยผ่านการแพทย์ทางไกลอีกครั้ง เพื่อให้ข้อมูลและรับคำตอบแบบสอบถามตามความสมัครใจอีกครั้ง

แผนภาพที่ 1 Flow chart แสดงแผนการศึกษาวิจัย



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลส่วนบุคคลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวบุคคลถูก

เก็บเป็นความลับ และงานวิจัยนี้ได้ผ่านการประเมินและรับรองในการทำวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เลขที่หนังสือรับรอง 085/64 รับรอง ณ วันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2564

การวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีทางสถิติ (data analysis and statistical methods)

ใช้โปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลพื้นฐานนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามความเหมาะสมของข้อมูล

2. ความแตกต่างของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อายุ จังหวัดที่อยู่อาศัย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการใช้สารเสพติด โรคประจำตัว และ ประวัติโรคทางจิตเวช ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลและไม่มีภาวะวิตกกังวลจะถูกวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ t-test กับข้อมูลที่เป็น continuous data และ fisher's exact ใช้สำหรับข้อมูลที่เป็น dichotomous data

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล จะถูกวิเคราะห์ด้วย logistic regression ปัจจัยที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์ univariable และ multivariable logistic regression ได้แก่ เพศ อายุ จังหวัดที่อยู่อาศัย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการใช้สารเสพติด โรคประจำตัว และ ประวัติโรคทางจิตเวช

ปัจจัยเรื่องจังหวัดที่อยู่อาศัยแบ่งเป็นอาศัยอยู่ในเชียงใหม่หรืออาศัยนอกจังหวัดเชียงใหม่ ปัจจัยเรื่องสภาพสมรสแบ่งเป็นแต่งงานหรือไม่แต่งงาน ปัจจัยเรื่องการศึกษาแบ่งเป็นต่ำกว่าปริญญาตรีหรือปริญญาตรีขึ้นไป ปัจจัยเรื่องอาชีพแบ่งเป็นมีงานทำหรือไม่มีงานทำ ปัจจัยเรื่องรายได้แบ่งเป็นมีรายได้มากกว่า 1,000 บาทต่อเดือนหรือมีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ปัจจัยเกี่ยวกับโรคประจำตัวแบ่งเป็นมี

หรือไม่มีโรคประจำตัว ปัจจัยเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชแบ่งเป็นมีหรือไม่มีประวัติป่วยด้วยโรคทางจิตเวช คำถามในส่วนสุดท้ายที่เกี่ยวกับความเครียดจากผลกระทบในเรื่องหน้าที่การงาน ความเครียดจากสิ่งแวดล้อมหรือวัฒนธรรม ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวที่เปลี่ยนแปลงไปและคนในชุมชน การกังวลเกี่ยวกับบุคคลอื่นในครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วย ความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งในปัจจุบันและที่อาจจะส่งผลกระทบมาในอนาคตถูกรวมเป็นหนึ่งในปัจจัยคือ มีความเครียดและ/หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 โดยหากมีความเครียดหรือความกังวลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่กล่าวมาข้างต้น จะถือว่ามีความเครียดและ/หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด-19 และที่เข้ารับได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 375 ราย โดยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชายร้อยละ 64 อายุเฉลี่ย 34 ปี มีภูมิลำเนาในจังหวัดเชียงใหม่ร้อยละ 97.6 สถานภาพสมสร้อยละ 51.7 จบการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรีร้อยละ 64.4 และมีอาชีพรับจ้างทั่วไปหรือค้าขายร้อยละ 40.0 มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 52.5 เป็นผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพร้อยละ 60.0 และเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 38.7 และสูบบุหรี่ร้อยละ 16 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 72.8 และ มีความผิดปกติและโรคร่วมทางด้านจิตเวชร้อยละ 9.07 ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 3.2 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.66 และมีภาวะวิตกกังวลร่วมกับภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.13

ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 หลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลสนามจังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสนามจังหวัดเชียงใหม่

	Total		มีภาวะวิตกกังวล n = 12 (3.2%)		มีภาวะซึมเศร้า n = 40 (10.66%)	
	n = 375	%	n	%	n	%
1. เพศชาย	240	64	7	58.33	25	62.5
เพศหญิง	135	36	5	41.67	15	37.5
2. Age, mean (SD)	33.72	(10.77)	39.67	9.61	33.53	10.7
3. จังหวัดปัจจุบัน						
เชียงใหม่	366	97.6	11	91.67	38	95
จังหวัดอื่น	9	2.4	1	8.33	2	5
4. สถานะภาพ						
โสด	165	44	7	58.33	22	55
สมรส	194	51.73	3	25	17	42.5
หย่าร้าง	11	2.93	1	8.33	0	0
หม้าย	5	1.33	1	8.33	1	2.5
5. ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	12	3.2	1	8.33	0	0
ต่ำกว่าปริญญาตรี	270	72	8	66.67	23	57.5
ปริญญาตรี	87	23.2	3	25	15	37.5
สูงกว่าปริญญาตรี	6	1.6	0	0	2	5
6. อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	64	17.07	1	8.33	8	20
รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย	150	40	6	50	13	33
เกษตรกรกรรม	20	5.33	1	8.33	2	5
พนักงานเอกชน/เจ้าของธุรกิจ	103	27.47	2	16.67	11	28
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	4	1	8.33	5	13
อื่นๆ	23	6.13	1	8.33	1	2.5
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
<1,000 บาทต่อเดือน	197	52.53	7	58.33	20	50
1,000 - 5,000 บาทต่อเดือน	7	1.87	0	0	0	0
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	63	16.8	2	16.67	10	25
10,001- 30,000 บาทต่อเดือน	51	13.6	1	8.33	6	15
>30,000 บาทต่อเดือน	57	15.2	2	16.67	4	10
8. ท่านมีความเสี่ยงเหล่านี้หรือไม่	149	39.73	8	66.67	24	60
สูบบุหรี่	60	16	4	33.33	10	25
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เหล้า สุรา เบียร์	145	38.67	7	58.33	24	60
มีประวัติการใช้สารเสพติด ยาบ้า ยาไอซ์	6	1.6	2	16.67	3	7.5
กัญชา เฮโรอีน						

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดเชียงใหม่ (ต่อ)

	Total		มีภาวะวิตกกังวล n = 12 (3.2%)		มีภาวะซึมเศร้า n = 40 (10.66%)	
	n = 375	%	n	%	n	%
9. โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	273	72.8	3	25	15	38
เบาหวาน	19	5.07	5	41.67	11	28
ความดัน	44	11.73	5	41.67	14	35
ไขมันในเส้นเลือดสูง	39	10.4	7	58.33	16	40
อ้วน BMI > 35 กก/ม2	14	3.73	3	25	4	10
ภูมิแพ้	39	10.4	4	33.33	9	23
โรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ	0	0	0	0	0	0
โรคไตวายเรื้อรัง	0	0	0	0	0	0
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	0.27	0	0	1	2.5
อื่นๆ	20	5.33	0	0	3	7.5
10. ท่านมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชใดต่อไปนี้หรือไม่	34	9.07	7	58.33	17	43
โรคซึมเศร้า	6	1.6	0	0	5	13
โรควิตกกังวล	12	3.2	2	16.67	5	13
โรคย้ำคิดย้ำทำ	1	0.27	0	0	0	0
โรคจิตเภท	1	0.27	0	0	0	0
นอนไม่หลับเรื้อรัง	19	5.07	6	50	10	25

จากข้อมูลในตารางที่ 2 พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลโดยผู้ป่วย สถานภาพโสดจะมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.038) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (p-value=0.022) และผู้ที่มีความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้ยาเสพติด (p-value = 0.011) ผู้ที่มีโรคประจำตัวร่วมมีแนวโน้มการเกิดภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัวร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และปัจจัยสุดท้ายพบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชมีแนวโน้มการเกิดภาวะวิตกกังวลและ

ภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)

ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการกังวลว่าการติดเชื้อโควิด-19 อาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิต กังวลว่าจะมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ และกังวลเรื่องผลข้างเคียงของการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) การกังวลว่าจะไม่มีสถานพยาบาลรับการรักษา สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงอย่างเดียว (p-value < 0.001)

การที่ผู้ป่วยถูกแยกจากครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างสิ่งที่สัมพันธ์กับการเกิดทั้งภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความกังวลว่าครอบครัวจะไม่ยอมรับ ความกังวลว่า

ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 หลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลสนามจังหวัดเชียงใหม่

จะไม่มีคนดูแลในครอบครัว กล่าวหาสมาชิกในครอบครัวจะติดเชื้อโควิด-19 การกังวลว่าจะถูกเพื่อนร่วมงานรังเกียจ และ การกังวลว่าตนเองอาจจะถูกให้ออกจากงาน ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนการกังวลว่าจะมีบุคคลอื่นในชุมชนทราบว่าส่งผลกระทบต่อการศึกษาภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงอย่างเดียว ($p\text{-value}=0.001$)

ปัจจัยเรื่องเพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการใช้ออกซิเจน ระหว่างการรักษาโควิด-19 ประวัติการพักอยู่อาศัยกับบุคคลอื่นๆ และประวัติอาการของโรค 1 เดือนหลังจากติดเชื้อ COVID-19 เช่น ไข้ >37.5 ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่ได้รับรส หายใจหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ถ่ายเหลว ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม

ข้อมูล (n = 375)	ภาวะวิตกกังวล		p-value	ภาวะซึมเศร้า		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่มี	มี		ไม่มี	มี	
ความเสี่ยงการใช้สารต่างๆ	141(38.84)	8(66.67)	0.071	125(37.5)	24(60)	0.009
สูบบุหรี่	56(15.43)	4(33.33)	0.108	50(14.93)	10(25)	0.111
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เหล้า สุรา เบียร์	138(38.02)	7(58.33)	0.226	121(36.12)	24(60)	0.005
มีประวัติการใช้สารเสพติด ยาบ้า ยาไอซ์	4(1.1)	2(16.67)	0.013	3(0.9)	3(7.5)	0.018
กัญชา เฮโรอีน						
มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	27(7.44)	7(58.33)	<0.001	17(5.07)	17(42.5)	<0.001
โรคซึมเศร้า	6(1.65)	0(0)	<0.001	1(0.3)	5(12.5)	<0.001
โรควิตกกังวล	10(2.75)	2(16.67)	0.051	7(2.09)	5(12.5)	0.004
โรคย้ำคิดย้ำทำ	1(0.28)	0(0)	<0.001	1(0.3)	0(0)	<0.001
โรคจิตเภท	1(0.28)	0(0)	<0.001	1(0.3)	0(0)	<0.001
โรคนอนไม่หลับเรื้อรัง	13(3.58)	6(50)	<0.001	9(2.69)	10(25)	<0.001
คนในครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วยด้วย	120(33.06)	6(50)	0.228	108 (32.4)	18(45)	0.113
โควิด-19						
มีประวัติการใช้ออกซิเจนระหว่างการรักษา	21(5.79)	1(8.33)	0.521	21(6.27)	2.5(0.33)	0.491
โควิด-19						
1 เดือนหลังจากติดเชื้อ COVID-19 ยังมี	43(11.85)	3(25)	0.172	40(11.94)	6(15)	0.608
อาการของโรคอยู่ เช่น ไข้ >37.5 ไอ เจ็บ						
คอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่ได้รับ						
รส หายใจหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ถ่ายเหลว						
ท่านมีความเครียดหรือความกังวลต่อ	201(55.37)	12(100)	0.001	176(52.54)	37(92.5)	<0.001
อาการป่วยด้วยโรคโควิด-19 หรือไม่						
กังวลว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต	73(20.11)	9(75)	<0.001	60(17.91)	22(55)	<0.001
กังวลว่าอาจจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ	129(35.54)	10(83.33)	0.001	105(31.34)	34(85)	<0.001
กังวลผลข้างเคียงของการรับประทานยา	34(9.37)	8(66.67)	<0.001	24(7.16)	18(45)	<0.001
กังวลว่าจะไม่มีสถานพยาบาลรับการรักษา	30(8.26)	1(8.33)	1.000	20(5.97)	11(27.5)	<0.001
กังวลเรื่องรายจ่าย / ตกงาน	86(23.69)	5(41.67)	0.172	81(24.18)	10(25)	1.000

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรค โควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม (ต่อ)

ข้อมูล (n = 375)	ภาวะวิตกกังวล		p-value	ภาวะซึมเศร้า		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่มี	มี		ไม่มี	มี	
ท่านมีความเครียดหรือความกังวลต่อการถูกแยกจากครอบครัวด้วยโรคโควิด-19 หรือไม่	176(48.48)	10(8.33)	0.019	154(45.97)	32(8.0)	<0.001
กังวลว่าครอบครัวไม่ยอมรับ	31(8.54)	4(33.33)	0.018	22(6.57)	13(32.5)	<0.001
กังวลว่าไม่มีคนดูแลในครอบครัว	70(19.28)	9(75)	<0.001	58(17.31)	21(52.5)	<0.001
กลัวว่าสมาชิกในครอบครัวจะติดเชื้อด้วย	119(32.78)	8(66.67)	0.025	102(30.45)	25(62.5)	<0.001
มีความคิดถึงครอบครัวขณะเข้ารับการรักษา	76(20.94)	4(33.33)	0.292	69(20.6)	11(27.5)	0.311
ท่านมีความเครียดหรือความกังวลเกี่ยวกับบุคคลรอบข้างที่รู้ว่าท่านป่วยด้วยโรคโควิด-19 หรือไม่	152(41.87)	10(83.33)	0.005	131(39.1)	31(77.5)	<0.001
กลัวเพื่อนร่วมงานรังเกียจ	70(19.28)	7(58.33)	0.003	55(16.42)	22(55)	<0.001
กลัวถูกให้ออกจากงาน	29(7.99)	6(50)	<0.001	20(5.97)	15(37.5)	<0.001
กลัวคนในชุมชนทราบ	60(16.53)	4(33.33)	0.131	49(14.63)	15(37.5)	0.001
กลัวชุมชนไม่ยอมรับ	91(25.07)	5(41.67)	0.193	86(25.67)	10(25)	1.000
ปัจจุบันท่านอาศัยพักอยู่กับใคร			1.000			0.286
อาศัยอยู่คนเดียว	39(10.67)	1(8.33)		38(11.34)	2(5)	
อาศัยอยู่กับครอบครัว/ญาติพี่น้อง/เพื่อน	324(89.33)	11(91.67)		297(88.66)	38(95)	

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกจังหวัดเชียงใหม่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. Odds ratio = 11.22, CI 1.29-97.22, p-value = 0.028) และผู้ป่วยที่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมา

ก่อนสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. Odds ratio = 11.36, CI 2.48-51.98, p-value = 0.002) เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายมีความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ข้อมูลส่วนนี้จึงไม่สามารถนำมาแสดงได้

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยโรค โควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม วิเคราะห์โดยใช้ logistic regression analysis

GAD	Univariable logistic regression		Multivariable logistic regression	
	OR (95% CI)	p-value	Adj. OR (95% CI)	p-value
เพศชาย	0.78 (0.24 ,2.51)	0.678	1.69 (0.40 ,7.15)	0.475
อายุ	1.04 (0.99 ,1.10)	0.054	1.00 (0.92 ,1.07)	0.989
อาศัยอยู่นอกจังหวัดเชียงใหม่	3.62 (0.74 ,17.71)	0.112	11.22 (1.29 ,97.22)	0.028
แต่งงาน	0.30 (0.08 ,1.12)	0.075	0.46 (0.08 ,2.47)	0.367
จบระดับปริญญาตรีขึ้นไป	1.01 (0.26 ,3.81)	0.987	0.46 (0.10 ,2.10)	0.321
มีงานทำ	2.31 (0.29 ,18.21)	0.427	1.62 (0.16 ,16.21)	0.677

ความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโควิด-19 หลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลสนามจังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยโรค โควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม วิเคราะห์โดยใช้ logistic regression analysis (ต่อ)

GAD	Univariable logistic regression		Multivariable logistic regression	
	OR (95% CI)	p-value	Adj. OR (95% CI)	p-value
มีรายได้ > 1,000 บาทต่อเดือน	0.78 (0.24 ,2.51)	0.683	0.99 (0.26 ,3.73)	0.992
สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด	3.14 (0.93 ,10.65)	0.065	3.91 (0.78 ,19.64)	0.097
มีโรคประจำตัว	8.70 (2.31 ,32.85)	0.001	2.62 (0.48 ,14.29)	0.263
มีประวัติป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	17.42, (5.18 ,58.61)	<0.001	11.36, (2.48 ,51.98)	0.002
ใช้ Oxygen ในการรักษา	1.48, (0.18 ,12.01)	0.713	2.57, (0.21 ,30.53)	0.453
มีคนร่วมอยู่อาศัยด้วย	1.32, (0.16 ,10.53)	0.791	0.94, (0.08 ,10.77)	0.965

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (Adj. Odds ratio = 0.93, CI 0.88-0.98, p-value = 0.010) ผู้ป่วยที่มีประวัติมีโรคประจำตัวมาก่อน (Adj. Odds ratio = 3.41, CI 1.33-8.74, p-value = 0.011) ผู้ป่วยที่มีโรค

ประจำตัวทางจิตเวชมาก่อน (Adj. Odds ratio = 9.16, CI 3.30-25.45, p-value < 0.001) และผู้ป่วยที่มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 (Adj. Odds ratio = 6.32, CI 1.61-24.75, p-value = 0.008)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรค โควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม วิเคราะห์โดยใช้ logistic regression analysis

PHQ-9	Univariable logistic regression		Multivariable logistic regression	
	OR (95%CI)	p-value	Adj. OR (95%CI)	p-value
เพศชาย	0.93, (0.47 ,1.83)	0.834	1.47, (0.62 ,3.51)	0.377
อายุ	0.99, (0.96 ,1.02)	0.903	0.93, (0.88 ,0.98)	0.010
อาศัยอยู่นอกจังหวัดเชียงใหม่	0.87, (0.19 ,3.90)	0.861	1.11, (0.19 ,6.31)	0.906
แต่งงาน	0.66, (0.34 ,1.28)	0.219	0.83, (0.31 ,2.21)	0.714
จบระดับปริญญาตรีขึ้นไป	2.51, (1.28 ,4.95)	0.007	2.17, (0.95 ,4.96)	0.066
มีงานทำ	0.80, (0.35 ,1.83)	0.602	0.73, (0.25 ,2.11)	0.562
มีรายได้ > 1,000 บาทต่อเดือน	1.12, (0.58 ,2.15)	0.734	1.09, (0.47 ,2.49)	0.838
สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือใช้สารเสพติด	2.52, (1.28 ,4.92)	0.007	1.52, (0.64 ,3.62)	0.336
มีโรคประจำตัว	5.58, (2.80 ,11.12)	<0.001	3.41, (1.33 ,8.74)	0.011
มีประวัติป่วยด้วยโรคทางจิตเวช	13.82, (6.24 ,30.60)	<0.001	9.16, (3.30 ,25.45)	<0.001
ใช้ Oxygen ในการรักษา	0.38, (0.05 ,2.93)	0.355	0.67, (0.07 ,5.72)	0.714
มีความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อ COVID-19	7.15, (2.16 ,23.68)	0.001	6.32, (1.61 ,24.75)	0.008
มีคนร่วมอยู่อาศัยด้วย	2.43, (0.56 ,10.48)	0.234	2.45, (0.46 ,13.02)	0.292

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่ทำการศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการ

เพียงเล็กน้อยหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดเชียงใหม่ โดยพบว่าภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 3.2 และ 10.66 ตามลำดับ ซึ่งมีความชุกค่อนข้างน้อยเมื่อ

เทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศจีนซึ่งเป็นต้นกำเนิดของการระบาด พบว่ามีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 45 และ 50^[23] ปี ค.ศ.2020 ในประเทศสวีเดน มีการศึกษาในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 เช่นเดียวกันพบว่ามีพบความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลร้อยละ 55 และ 20.5 ตามลำดับ^[24] และในปีค.ศ.เดียวกันในประเทศจีนพบว่าผู้ป่วยที่หายจากการติดเชื้อโควิด-19 ประมาณ 6 เดือน มีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามถึงร้อยละ 23^[25] ต่อมาในปี ค.ศ.2021 ในประเทศอังกฤษ ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 มีความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากกว่าถึงร้อยละ 26.4^[26] และถัดมาในปี ค.ศ.2022 มีงานวิจัยวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ที่แสดงถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 มากถึงร้อยละ 35^[27]

ผลการศึกษาค่าความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามร้อยละ 1.0 และ 4.8 ตามลำดับ โดยปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบในกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ($p\text{-value} = 0.035$) และการมีโรคประจำตัวทางกายร่วม ($p\text{-value} = 0.033$) สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ($p\text{-value} = 0.007$) และผู้ที่มิรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ($p\text{-value} = 0.041$) โดยผลการศึกษาจากงานวิจัยนี้บ่งบอกได้ว่าความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามมีระดับต่ำในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง^[28]

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ภายหลังจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดเชียงใหม่ มีแนวโน้มต่ำกว่าในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในประเทศอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาในโรงพยาบาลสนามเป็นกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการ ซึ่งมีอัตราการรักษาหายสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จึงอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 กลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการได้น้อยกว่ากลุ่มที่มีอาการรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และ อาการหนัก เช่น มีไข้สูง หายใจถี่ และปวดศีรษะ เป็นต้น จะส่งผลต่อสุขภาพจิตได้มากกว่า^[29] นอกจากนี้ความแตกต่างของแบบประเมินในแต่ละงานวิจัยที่ใช้ในการศึกษาอาจส่งผลต่อความชุกของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ ถึงแม้ว่าในแต่ละงานวิจัยจะเป็นการใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือสูงก็ตามแต่ก็มีค่าความไวและค่าความจำเพาะเจาะจงที่แตกต่างกัน ตัวอย่างแบบประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยอื่นๆ ที่ถูกนำมาเปรียบเทียบกับนอกจาก PHQ-9, GAD-7 ได้แก่ Health-related quality of life , Generalized Anxiety Disorder assessment-2 (GAD-2)^[26] ตัดที่มากกว่าเท่ากับ 3 คะแนน มี sensitivity 86% และ specificity 83%^[30] , Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)^[26] ตัดที่มากกว่าเท่ากับ 3 คะแนน มี sensitivity 83% และ specificity 92%^[31] เป็นต้น ความแตกต่างในด้านของช่วงเวลาในเก็บข้อมูลเนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้เก็บข้อมูลช่วงเวลาระยะสั้นในการรวบรวมผู้ป่วยเพียง 3 เดือนและติดตามผู้ป่วยในระยะเวลาเพียง 1 เดือนหลังจากออกโรงพยาบาลก็อาจส่งผลให้พบความชุกของภาวะดังกล่าวน้อย

นอกจากนี้ความแตกต่างของประชากรในแต่ละพื้นที่ที่ศึกษาอาจส่งผลเช่นเดียวกันเนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ของการศึกษามาจากประเทศจีนทำให้มีความแตกต่างกันทางด้านสังคม วัฒนธรรม การดำรงชีวิตความเป็นอยู่ การจัดการ และการรับมือกับสถานการณ์เมื่อมีโรคระบาดเกิดขึ้นรวมถึงความแตกต่างด้านเศรษฐกิจซึ่งส่งผลต่อความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลในตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกจังหวัดเชียงใหม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. Odds ratio = 11.23, CI 1.29-97.22, p-value = 0.028) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นอกเมืองมีความวิตกกังวลมากกว่า (Odds ratio = 1.13, CI 1.00-1.29, I^2 = 82.9%) โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเมืองมีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่น้อยกว่า มีระดับการศึกษาต่ำกว่าและมีรายได้ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเมือง^[32] มีการศึกษาในประเทศจีนพบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่ในการรักษาจะมีภาวะวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ประจำเช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกพื้นที่นั้นมักขาดการช่วยเหลือจากสังคมหรือบุคคลรอบข้างและขาดการดูแลระดับประครองทางด้านจิตใจจากคนใกล้ชิดหรือครอบครัวเพราะต้องอาศัยในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ยังอาจเกิดความวิตกกังวลต่อครอบครัวรู้สึกเป็นห่วงในเรื่องของความเจ็บป่วยหรือเป็นห่วงสภาพจิตใจของคนในครอบครัว^[33]

จากข้อมูลในตารางที่ 4 พบว่าอายุที่มากขึ้นสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. Odds ratio = 0.93, CI 0.88-0.98, p-value = 0.010) ถึงแม้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่ในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่อายุมักขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นโดยให้

เหตุผลว่าเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของผู้สูงอายุมีความไม่แข็งแรงและมีความเสื่อมถอยตามธรรมชาติร่วมกับผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวมาก^[6] ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยได้รุนแรงมากขึ้นเมื่อเทียบกับคนหนุ่มสาว แต่ยังมีอีกหลายงานวิจัยที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยสัมพันธ์กับการเกิดผลกระทบทางจิตใจที่มากขึ้นในช่วงโควิด-19 และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ป่วยสูงอายุ^[34-35] ซึ่งให้เหตุผลว่าผู้ป่วยสูงอายุสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าเนื่องจากมีประสบการณ์ชีวิตที่มากกว่า และผู้ป่วยวัยกลางคนมักประสบปัญหาจากการกักตัวทำให้ต้องขาดงานและขาดรายได้ ทำให้การกักตัวผู้ป่วยวัยกลางคนเกิดความเครียดได้มากกว่าวัยผู้สูงอายุ^[25]

ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. Odds ratio = 6.32, CI 1.61-24.75, p-value = 0.008) ซึ่งให้เหตุผลว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการต้องถูกกักตัวและการถูกแยกตัวจากสังคม มีการรับรู้ว่าการติดเชื้อโควิด-19 เป็นสิ่งที่อันตรายทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง เกิดความไม่สบายทางด้านร่างกายเพราะมีอาการแสดงของโรคต่างๆ เกิดความกลัวว่าการติดเชื้อโควิด-19 จะแพร่กระจายไปยังบุคคลรอบข้าง ผู้ป่วยเหล่านี้มักขาดความช่วยเหลือจากครอบครัวและกลัวการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 กลัวการติดเชื้อซ้ำซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจเป็นอย่างมาก^[9,36-37]

ปัจจัยต่อมาเป็นเรื่องของโรคประจำตัวพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. Odds ratio = 3.41, CI 1.33-8.74, p-value = 0.011) สอดคล้องกับ

งานวิจัยในต่างประเทศ^[38] ซึ่งให้เหตุผลว่าโดยปกติแล้วคนที่มิโรคประจำตัวมากจะส่งผลให้เกิดความเครียด ความกังวลและภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับโรคประจำตัวเดิมโดยเฉพาะโรคหัวใจ โรคหอบหืด และโรคเบาหวาน โดยอาจมีความกังวลว่าโรคประจำตัวเหล่านี้อาจจะมีอาการกำเริบได้ระหว่างเจ็บป่วยหรือทำให้ตัวโรคควบคุมได้ไม่ดีมากนัก กังวลว่าจะไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม^[39]

ปัจจัยสุดท้ายได้แก่ ความผิดปกติทางจิตเวชพบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชมีแนวโน้มการเกิดภาวะวิตกกังวล (Adj. Odds ratio = 11.36, CI 2.48-51.98, P-value = 0.002) และภาวะซึมเศร้า (Adj. Odds ratio = 9.16, CI 3.30-25.45, P-value < 0.001) มากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ^[40] ซึ่งอธิบายได้จากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาทางด้านจิตใจเป็นพื้นฐานอยู่เดิม และรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการของการติดเชื้อโควิด-19 และมีความกังวลเรื่องมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำ^[41]

นอกจากนี้การเกิดโรคระบาดครั้งใหม่ซึ่งไม่มีใครคาดคิดนั้นจึงยังไม่มีระบบแบบแผนการรักษาที่เป็นแนวทางการรักษาซึ่งชัดเจนเหมือนโรคอื่นๆทั่วไป ซึ่งระบบทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยรวมของแต่ละพื้นที่ที่เกิดจากการระดมความคิดและความสามารถของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยเริ่มตั้งแต่การตรวจโควิดให้แก่ผู้ป่วยผ่านการ swab การคัดกรองผู้ป่วย (triage) โดยต้องใส่ชุดป้องกัน ใส่หน้ากากอนามัย ต้องรักษาระยะห่างระหว่างแพทย์และผู้ป่วยซึ่งทำให้เกิดความยากลำบากมากกว่าเคสทั่วไป การส่งตัวผู้ป่วยกลับไปดูแลเองที่บ้าน (Home isolation) การส่งไปนอนโรงพยาบาลสนาม การส่งไปนอนโรงพยาบาลประจำจังหวัด คอยสอบถามอาการต่างๆ จนกระทั่งการส่งตัว

ผู้ป่วยกลับบ้านหรือชุมชน จนสามารถกลับไปทำงานได้อย่างปกติโดยอาศัยการสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ การสื่อสารผ่านการแพทย์ทางไกล ซึ่งสอดคล้องกับหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเรื่องของการดูแลแต่แรก (First contact care) ดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) การดูแลอย่างครอบคลุม (Comprehensive care) การดูแลอย่างผสมผสานระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว (Coordination of care)^[42] หลังจากผู้ป่วยได้กลับบ้านแล้วยังมีการติดต่อผู้ป่วยเพื่อถามถึงอาการต่างๆ อย่างต่อเนื่องและมีการประสานทีมเพื่อติดตามลงเยี่ยมบ้านต่อในชุมชน (Community based)^[42] เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะลองโควิด (Long covid)^[43] และหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวสามารถแนะนำผู้ป่วยให้มาเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเพื่อส่งตรวจและหาสาเหตุเพิ่มเติม หรือหากผู้ป่วยมีปัญหาทางสภาพจิตใจก็สามารถส่งตัวผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์เฉพาะทางได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

จากการศึกษาในงานวิจัยนี้จึงสามารถสรุปได้ว่าความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังออกจากโรงพยาบาลสนาม จังหวัดเชียงใหม่ มีระดับต่ำกว่าสถานพยาบาลในประเทศอื่นๆ โดยมีแนวโน้มพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกจังหวัดเชียงใหม่มีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีประวัติมีโรคประจำตัวและผู้ป่วยที่มีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยสุดท้ายผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชมาก่อนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยชิ้นนี้ทำให้เราทราบว่าถึงแม้จะมี

รายงานความชุกของปัญหาสภาวะทางจิตใจค่อนข้างน้อยในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวในจังหวัดเชียงใหม่แต่ควรมีการเฝ้าระวังการเกิดปัญหาสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นอย่างระมัดระวังและสามารถหาแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวได้ในอนาคต

ข้อจำกัด

1. เนื่องด้วยมีจำนวนผู้ป่วยจำกัดเพราะเป็นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลสนาม จังหวัดเชียงใหม่แห่งเดียวและเป็นการติดตามระยะสั้นจึงอาจจะทำให้ไม่เห็นความสัมพันธ์ของบางปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งควรต้องรวบรวมผู้ป่วยให้ได้จำนวนมากขึ้น และควรมีความหลากหลายทางพื้นที่มากขึ้น ผลการศึกษานี้จึงยังไม่อาจใช้เป็นตัวแทนของผลระดับประเทศได้

2. เนื่องจากการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวางจึงไม่มีการเปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มต้นว่าผู้ป่วยมีพื้นฐานของสภาพจิตใจขณะเข้าโรงพยาบาลวันแรกหรือหลังออกจากโรงพยาบาลสนามในช่วงแรกเป็นอย่างไรและขาดการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวอย่างต่อเนื่องเช่น หลังออกโรงพยาบาล 6 เดือน หรือ 1 ปี ซึ่งอาจจะทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของความชุกในการเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้

3. การคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าร่วมในงานวิจัย (selection bias) เพราะจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและต้องสามารถอ่านภาษาไทยออก รวมถึงสามารถใช้การติดต่อผ่านทางแพทย์ทางไกลได้เท่านั้น จึงอาจทำให้ขาดความหลากหลายของประชากร

4. การได้ข้อมูลจากผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวอาจจะทำให้มีการคาดเคลื่อนของข้อมูล (recall bias) เพราะขาดการดูข้อมูลจากเวชระเบียน โดยเฉพาะในเรื่องของการประเมินสภาพจิตใจทั้งขณะก่อนมานอนโรงพยาบาล และขณะผู้ป่วยนอนอยู่ที่โรงพยาบาลเพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจจะส่งผลต่อการทราบความชุกที่แท้จริงของเกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยโควิดมากกว่าหนึ่งแห่ง ในแต่ละพื้นที่หลักของประเทศและขยายระยะเวลาการติดตามผลศึกษาให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ครอบคลุม และแม่นยำเพื่อสามารถใช้เป็นตัวแทนของข้อมูลระดับประเทศได้มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาที่สามารถติดตามผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบได้ง่ายยิ่งขึ้น และควรมีการเก็บข้อมูลในระยะยาวยิ่งขึ้น จะทำให้เห็นผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น

3. ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลให้มีหลายภาษา เช่น ภาษาอังกฤษ และมีหลายรูปแบบในการเก็บมากขึ้นเช่น ทำเป็นรูปแบบกระดาษ จะทำให้ได้ข้อมูลประชากรที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามแต่ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นประโยชน์และสามารถนำไปใช้ในการจัดการสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลสนาม โดยเฉพาะการเตรียมการจัดการให้คำปรึกษาและการป้องกันปัจจัยที่มีผลกระทบทางด้านจิตใจซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าตามมาได้

เอกสารอ้างอิง

1. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10229):1054-62. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.
2. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, 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.
3. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med*. 2020;3(1):3-8. doi: 10.1093/pcmedi/pbaa006.
4. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *medRxiv*. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>.
5. 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.
6. Kong X, Zheng K, Tang M, Kong F, Zhou J, Diao L, et al. Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19. *medRxiv*. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20043075>
7. Saidi I, Koumeka PP, Ait Batahar S, Amro L. Factors associated with anxiety and depression among patients with Covid-19. *Respir Med*. 2021;186:106512. doi: 10.1016/j.rmed.2021.106512.
8. McWhinney IR. Teaching the principles of family medicine. *Can Fam Physician*. 1981;27:801-4.
9. Abulsaad AM, Sonbol HM, Elwasify MA, Elboraie OA. Anxiety and depression among COVID-19 survivors: a cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry*. 2023;30(1):78. doi: <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00351-z>
10. Nguyen HB, Nguyen THM, Vo THN, Vo TCN, Nguyen DNQ, Nguyen H-T, et al. Post-traumatic stress disorder, anxiety, depression and related factors among COVID-19 patients during the fourth wave of the pandemic in Vietnam. *Int Health*. 2023;15(4):365-75. doi: 10.1093/inthealth/ihac040.
11. Guillen-Burgos HF, Galvez-Florez JF, Moreno-Lopez S, Gonzalez I, Guillen M, Anaya JM. Factors associated with mental health outcomes after COVID-19: A 24-month follow-up longitudinal study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;84:241-9.

12. Wang S, Quan L, Chavarro JE, Slopen N, Kubzansky LD, Koenen KC, et al. Associations of Depression, Anxiety, Worry, Perceived Stress, and Loneliness Prior to Infection With Risk of Post-COVID-19 Conditions. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(11):1081-91. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.2640
13. Gad BK, Arafa MA, Attia AF, Farahat AH, Abdou MS. Depression, anxiety, and stress among COVID-19 patients in South Sinai, Egypt: prevalence and associated predictors. *Sci Rep*. 2023;13(1):19193. doi: 10.1038/s41598-023-45775-z.
14. Suwanbamrung C, Pongtalung P, Trang LTT, Phu DH, Nam TT. Levels and risk factors associated with depression, anxiety, and stress among COVID-19 infected adults after hospital discharge in a Southern Province of Thailand. *Journal of Public Health and Development*. 2023;21(1):72-89. [In Thai]
15. Dai Z, Xiao W, Wang H, Wu Y, Huang Y, Si M, et al. Influencing factors of anxiety and depression of discharged COVID-19 patients in Wuhan, China. *PLoS One*. 2022;17(11):e0276608. doi: 10.1371/journal.pone.0276608.
16. Jiwattanasuk N, Pannavoravat P, Sirikanchana P. The Holistic Well-being Concepts in Relation to Quality of Life. *ABAC ODI JOURNAL Vision Action Outcome*. 2022;10(1):28-41. [In Thai]
17. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *Am J Psychiatry*. 2014;171(4):453-62. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13030325.
18. Neuman BM, Young RJ. A model for teaching total person approach to patient problems. *Nurs Res*. 1972;21(3):264-9. doi: 10.1097/00006199-197205000-00015.
19. Saxton JW. How to increase economic returns and reduce liability exposure: Part 1--Patient satisfaction as an economic tool. *J Med Pract Manage*. 2001;17(3):142-4.
20. Dear BF, Titov N, Sunderland M, McMillan D, Anderson T, Lorian C, et al. Psychometric comparison of the generalized anxiety disorder scale-7 and the Penn State Worry Questionnaire for measuring response during treatment of generalised anxiety disorder. *Cogn Behav Ther*. 2011;40(3):216-27. doi: 10.1080/16506073.2011.582138.
21. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K. General Anxiety Disorder-7 [Internet]; 2015. Available from: <https://www.beardenbehavioralhealth.com/wp-content/uploads/NP-NEW-PATIENT-FORM-ADULT-pdf.pdf>
22. 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.

23. Zhou J, Liu L, Xue P, Yang X, Tang X. Mental health response to the COVID-19 outbreak in China. *Am J Psychiatry*. 2020;177(7):574-5. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20030304.
24. Badinlou F, Lundgren T, Jansson-Fröjmark M. Mental health outcomes following COVID-19 infection: impacts of post-COVID impairments and fatigue on depression, anxiety, and insomnia-a web survey in Sweden. *BMC psychiatry*. 2022;22(1):743. doi: 10.1186/s12888-022-04405-0.
25. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021;397(10270):220-32. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8.
26. Klaser K, Thompson EJ, Nguyen LH, Sudre CH, Antonelli M, Murray B, et al. Anxiety and depression symptoms after COVID-19 infection: results from the COVID Symptom Study app. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2021;92(12):1254-8. doi: 10.1136/jnnp-2021-327565.
27. Mazza MG, Palladini M, Poletti S, Benedetti F. Post-COVID-19 depressive symptoms: Epidemiology, pathophysiology, and pharmacological treatment. *CNS drugs*. 2022;36(7):681-702. doi: 10.1007/s40263-022-00931-3.
28. Saenchitta P, Prompantakorn P, Mahathep P. Investigation on the Prevalence of Anxiety and Depression among COVID-19 Patients in the Chiang Mai Field Hospital. *Journal of Nakhonping Hospital*. 2022;13(1):2-16. [In Thai]
29. Fitzgerald PJ. Serious infection may systemically increase noradrenergic signaling and produce psychological effects. *Med Hypotheses*. 2020;139:109692. doi: 10.1016/j.mehy.2020.109692.
30. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007;146(5):317-25. doi: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004.
31. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003;41(11):1284-92. doi: 10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C.
32. Wang Y, Kala MP, Jafar TH. Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(12):e0244630. doi: 10.1371/journal.pone.0244630.
33. Xiao X, Yang X, Zheng W, Wang B, Fu L, Luo D, et al. Depression, anxiety and post-traumatic growth among COVID-19 survivors six-month after discharge. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1):2055294. doi: 10.1080/20008198.2022.2055294.

34. Fukase Y, Ichikura K, Murase H, Tagaya H. Depression, risk factors, and coping strategies in the context of social dislocations resulting from the second wave of COVID-19 in Japan. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):33. doi: 10.1186/s12888-021-03047-y.
35. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020;16(1):57. doi: 10.1186/s12992-020-00589-w.
36. Re'em Y, Stelson EA, Davis HE, McCorkell L, Wei H, Assaf G, et al. Factors associated with psychiatric outcomes and coping in Long COVID. *Nature Mental Health*. 2023;1:361-72. doi: <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00064-6>
37. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci*. 2021;1486(1):90-111. doi: 10.1111/nyas.14506.
38. Sayeed A, Kundu S, Al Banna MH, Christopher E, Hasan MT, Begum MR, et al. Mental health outcomes of adults with comorbidity and chronic diseases during the COVID-19 pandemic: a matched case-control study. *Psychiatr Danub*. 2020;32(3-4):491-8. doi: 10.24869/psyd.2020.491.
39. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395(10223):507-13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
40. Hazumi M, Usuda K, Okazaki E, Kataoka M, Nishi D. Differences in the course of depression and anxiety after COVID-19 infection between recovered patients with and without a psychiatric history: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18):11316. doi: 10.3390/ijerph191811316.
41. Heiberg KE, Heggstad AKT, Jøranson N, Lausund H, Breivne G, Myrstad M, et al. 'Brain fog', guilt, and gratitude: Experiences of symptoms and life changes in older survivors 6 months after hospitalisation for COVID-19. *Eur Geriatr Med*. 2022;13(3):695-703. doi: 10.1007/s41999-022-00630-8.
42. Jatic Z, Trifunovic N, Erkocevic H, Hasanovic E, Ceric K, Bajrami B, et al. Family Medicine Practice During COVID-19 Pandemic in Canton Sarajevo: Positive and Negative Aspects. *Mater Sociomed*. 2022;34(1):44-9. doi: 10.5455/msm.2022.33.44-49.
43. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). COVID 19 Rapid Guideline: managing COVID-19 [Internet]. London: NICE; 2021 [updated 2023 Nov 30] Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng191>