

ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ชลียา วามะลุน ปร.ด.^{1*}, เพชรไทย นิรमानสกุลพงศ์ พ.บ.¹, โสภิต ทับทิมหิน ส.ด.²,
กัญญณิชา อนเนกบุญย์ พ.บ.², เพชรมณี บุญฉวี พ.บ.², พิมพ์สา มรกตเชียว พ.บ.³

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อประชาชนอย่างมาก การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 1 ถึง ระลอกที่ 3 กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือผู้รับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 300 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความเครียด (ST- 5) และ 3) แบบคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติการถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน ร้อยละ 12 มีความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป และมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้าร้อยละ 54 สำหรับผู้รับบริการที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ในระดับน้อยขึ้นไปถึงระดับรุนแรงพบได้ ร้อยละ 19 และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดในประเทศไทย ระลอกที่ 3 และผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และระดับอาการโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดในประเทศไทยระลอกที่ 1 และ 3 ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วย อายุ และระดับความเครียด จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้รับบริการในโรงพยาบาล มีโอกาสเกิดความเครียด และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันในช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค ($p < 0.05$) ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวัง คัดกรองและมีแนวปฏิบัติในการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพจิต เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นในกลุ่มเปราะบาง ให้มีพลังใจในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความเครียด ภาวะซึมเศร้า

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

³ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

* Corresponding author email: chaliya_w@yahoo.com

Prevalence of Stress and Depression among Service Recipients at the Ubonratchathani Cancer Hospital During the Covid-19

Pandemic Situation

Chaliya Wamaloon Ph.D.^{1*}, Petthai Niramansakulpong¹,
Sopit Tubtimhin Dr.P.H.², Kunyanich Anekboon B.N.S.²,
Petmanee Boonchawee B.N.S.², Pimpisa Morakotkhew B.N.S.³

Abstract

The COVID-19 pandemic has had a significant impact on public mental health. This cross-sectional analytical study aimed to determine the prevalence and factors associated with the stress and depression among service recipients at the Ubon Ratchathani Cancer Hospital, Thailand during first, second and third wave of the COVID-19 pandemic situation. The sample selected using purposive sampling comprised 300 service recipients. Instrument included a questionnaire about 1) the demographics, 2) stress (ST5), and 3) depression risk assessment (2Q; 9Q). The data were analyzed by descriptive statistics and ordinal logistic regression. The results of this research showed that the prevalence of stress symptoms was 12% for the moderate to severe level and 54% for the depression risk, while the prevalence of depressive symptoms was 19% for the mild to severe depression level. The multivariate analysis revealed that the most consistent significant factors associated with the stress symptoms were the respondents who received service during the third wave of the COVID-19 pandemic in Thailand and cancer patients. Statistically significant increased risks of depression in service recipients were those respondents who received service during the first and third waves of the COVID-19 pandemic, cancer patients, age, and stress symptoms. From the results of this study, it was concluded that service recipients at the Ubon Ratchathani Cancer Hospital, were different during the pandemic period with regard to the risk of stress and depression. Therefore, there should be surveillance, screening, and mental healthcare guidelines for reducing the impact that could occur in vulnerable groups, so to be able to have the empowerment of a proper livelihood in the situation of the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19, stress, depression

¹Registered nurse, Senior professional level, Ubonratchathani Cancer Hospital

²Registered nurse, Professional level, Ubonratchathani Cancer Hospital

³Registered nurse, Practitioner level, Ubonratchathani Cancer Hospital

* Corresponding author email: chaliya_w@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดชื่อสำหรับเรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19 โดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยเรียกว่า "โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" คณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานวิทยาของไวรัส (International Committee on Taxonomy of Viruses: ICTV) ได้กำหนดให้ใช้ Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 หรือ SARS-CoV-2 เป็นชื่อทางการของไวรัส เนื่องจากเชื้อชนิดนี้มีความเกี่ยวข้องกับทางพันธุกรรมอย่างใกล้ชิดกับเชื้อไวรัสโรคซาร์ส¹

จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 มีการระบาดในวงกว้างที่สาธารณสุขรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีลักษณะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) และแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ผู้ติดเชื้อทั่วโลก วันที่ 9 ตุลาคม 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 36,790,846 ราย เสียชีวิตสะสม 1,067,424 ราย โดยประเทศที่มีผู้ป่วยสะสมสูงสุดยังคงเป็นประเทศสหรัฐอเมริกา² ในประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยจากการศึกษาการประมาณค่าเบื้องต้นตัวเลขของการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสในระยะเริ่มต้นการระบาด³ พบว่าค่า Reproductive number (R_0) เป็น 3.8192 ซึ่งมีค่าสูงมาก แต่หลังจากที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสเป็นการแพร่ระบาดใหญ่ (Pandemic) จึงมีการล็อกดาวน์ทั้งประเทศในช่วงวันที่ 25 มีนาคม 2563 พบว่า ค่า R_0 ในระยะที่เริ่มพบการติดเชื้อเป็น 2 เท่า มีค่าเท่ากับ 1.1536 หมายถึงตัวเลขการแพร่ระบาดลดลง จากตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความอันตรายของการแพร่ระบาดใหญ่ของ COVID-19 ที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 3,081 ราย และผู้เสียชีวิตสะสม 57 ราย² กระทรวงสาธารณสุขสำหรับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ของจังหวัดอุบลราชธานี ณ วันที่ 13 พฤษภาคม 2563 พบผู้ป่วยเฝ้าระวังจำนวน 1,005 ราย ผู้ป่วยยืนยันสะสมจำนวน 15 ราย รักษาหายจำนวน 15 ราย⁴ และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดในปัจจุบันยังมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกวัน

จากการระบาดที่ยาวนานคุกคามชีวิตและทุกคนต้องอยู่ภายใต้มาตรการของรัฐในการป้องกันโรค ทำให้ทุกคนเปลี่ยนตนเอง ต้องเว้นระยะห่าง ต้องล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน (Mask) หยุดทำงาน อยู่บ้านนานขึ้น ธุรกิจหยุดชะงัก ในขณะที่ยังไม่มีวัคซีนรักษาโควิด-19 และไม่สามารถตอบได้ว่าการระบาดครั้งนี้ จะดำเนินไปถึงเมื่อไร ส่งผลต่อเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนเกิดความเครียดวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต คือความกลัว กังวล หวาดระแวงค่อยๆ ก่อตัวขึ้นจิตปรุงแต่งจากความกลัวกลัวตาย ไม่อยากพลัดพรากจากคนที่รัก⁵ สังคมเราคงไม่ตายด้วยโควิด-19 แต่จะมีปัญหาสุขภาพจิตไปเสียก่อน โดยจากการสำรวจภาวะเครียด (Stress) ของกรมสุขภาพจิตพบว่าประชาชน 4 ใน 10 คน มีความเครียดเพิ่มขึ้นและอาจเจ็บป่วยด้วยโรคทาง จิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า (Depression) เพิ่มขึ้นด้วย⁶ โดยวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตทั้งในประชาชนทั่วไป ผู้ติดเชื้อ ญาติของผู้ติดเชื้อ และญาติผู้เสียชีวิต รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ให้การช่วยเหลือที่ได้รับผลกระทบ ทั้งนี้กลุ่มผู้ติดเชื้อมีภาวะเครียดสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปถึง 2 เท่า⁶⁻⁸

ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป⁹ ความเครียดส่งผลกระทบต่อชีวิต แบ่งเป็นสองด้านคือทางกาย เช่น ปวดศีรษะ

ปวดศีรษะข้างเดียว หัวใจเต้นแรงและเร็ว มือ เท้าเย็น ท้องอืด คลื่นไส้หรือบ่นป่วนในท้อง ความดันโลหิตสูง หอบหืด โรคหัวใจ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ ทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า ฯลฯ ความเครียดที่เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการจัดการหรือบรรเทาลง หรือต้องมีการเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดทุกวัน หากทางระบายออกไม่ได้ จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาจเปลี่ยนเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หรือโรควิตกกังวล (Anxiety disorders)¹⁰ ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ กลัว วิตกกังวลและถูกบีบคั้น ซึ่งเกิดจากที่บุคคลรับรู้หรือประเมินว่า เหตุการณ์ที่เข้ามาเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายอันเป็นผลทำให้สมดุลของร่างกาย หรือจิตใจเสียไป¹⁰ ดังนั้นการประเมินเพื่อให้ทราบระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ญาติหรือผู้ดูแล ที่จัดได้ว่าเป็นกลุ่มเปราะบาง¹¹ รวมทั้งโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการในจุดให้บริการต่าง ๆ เช่น เพิ่มจุดคัดกรอง ความเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 ก่อนเข้าภายในอาคารของโรงพยาบาลรวมถึงก่อนเข้าหผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลทุกรายต้องได้รับการตรวจ Antigen Test Kit (ATK) และทำ RT-PCR (Real Time PCR) ในกรณีที่ผู้ป่วยเตรียมผ่าตัด รวมถึงเตรียมผู้ป่วยทุกกรณีและผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ หรือมีการติดเชื้อ COVID-19 ต้องมีการเลื่อนการรักษาต่างๆออกไป เช่น ผ่าตัด ฉายแสง หรือยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษา จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 และมาตรการต่างๆ ดังกล่าว ที่ทั้งผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะเครียดและซึมเศร้าตามมาได้ อีกทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ของความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

จากปัญหาและความสำคัญของผลกระทบดังกล่าว การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จึงได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงการระบาดของ COVID-19 และเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผน ป้องกันและดูแลภาวะสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ให้มีความเข้มแข็งทางจิตใจ เต็มเปี่ยมด้วยพลัง สามารถปรับตัวเข้าสู่ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) รวมถึงการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมตามสถานการณ์ปัจจุบันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของความเครียด และภาวะซึมเศร้า ของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และภาวะซึมเศร้า ของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบในการวิจัยครั้งนี้ มาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{7,12-15} เกี่ยวกับสถานการณ์ ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของประชากรในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-2019) ระลอกที่ 1-3 ในประเทศไทย ดังรายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ความเครียด หมายถึง การที่บุคคลต้องเผชิญอยู่ในภาวะที่รู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ ว้าวุ่นใจ วิตกกังวล ถูกบีบคั้น ทั้งจากปัจจัยภายในของบุคคลนั้นๆ หรือสภาพแวดล้อมภายนอกทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกาย จิตใจ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ รวมทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์จากสาเหตุต่างๆ โดยมีอารมณ์เศร้า รู้สึกหมดหวัง ขาดความสนใจหรือไม่มีความสุข ในกิจกรรม ตลอดจนมีความรู้สึกผิดหรือไร้ค่า แยกตัวออกจากสังคมและอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2563-มิถุนายน 2564

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี ในช่วงการระบาด ทั้งสามระลอก คือระลอกที่ 1 ระหว่างเดือน สิงหาคม 2563 – ธันวาคม 2563 ระลอกที่ 2 ระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 – มีนาคม 2564 และระลอกที่ 3 ระหว่างเดือน เมษายน 2564-มิถุนายน 2564 ที่ได้รับการคัดกรอง และเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม¹⁶ ดังสูตรคำนวณตัวอย่าง คือ $n = \left[t^2 \times (p \times q) / d^2 \right] \times DEFF$ ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง เท่ากับกลุ่มละ 87.58 คน ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บตัวอย่างเพิ่มประมาณร้อยละ 15 จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เพื่อป้องกัน ความไม่สมบูรณ์ของการเก็บคืนแบบสอบถามหรือการตอบคำถามไม่ครบถ้วน ดังนั้นขนาดตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 100 คน แต่เนื่องจากระหว่างการศึกษ เกิดการระบาดของโรค COVID-19 เข้าในระลอกที่ 2 และ 3 ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนมาตรการในการป้องกันครอบคลุมการระบาด ซึ่งอาจมีผลกระทบด้านจิตใจที่แตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อให้ผลการวิจัยมีความครอบคลุมและเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนให้บริการในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ระลอกละ 100 คน ตลอดการศึกษา รวมทั้งสิ้น 300 คน ด้วยวิธีการการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งบูลราชธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 - มิถุนายน 2564 ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล 3) เป็นผู้มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี 4) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการเขียน พูด อ่าน และฟังภาษาไทยได้ดี 5) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และมีเกณฑ์การคัดออกคือ 1) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค

ทางจิตเวช 2) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เช่นอาการปวดอย่างรุนแรง อาการแทรกซ้อนจากการรักษาอย่างรุนแรงรวมถึงอาการฉุกเฉินจากโรคมะเร็ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลขที่ใบรับรอง EC-015/2020 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2563 และลงวันที่ 7 มิถุนายน 2564 ที่คณะผู้วิจัยปรับแก้โครงการวิจัยในส่วนของ ชื่อผู้วิจัย วัตถุประสงค์ และขยายขอบเขตการวิจัย เพื่อให้ผลการศึกษาวิจัยมีความครอบคลุม และเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการให้บริการในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2563 – มิถุนายน 2564

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา เท่ากับ 0.92 2) แบบประเมินความเครียด (ST- 5) โดยมีเกณฑ์ค่าคะแนน ดังนี้ ST5 ระหว่าง 0 - 4 คะแนน เครียดน้อย 5 - 7 คะแนน เครียดปานกลาง 8 - 9 คะแนน เครียดมาก 10 - 15 คะแนน เครียดมากที่สุด และ 3) แบบคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q แบบประเมิน 2Q ถ้าคำตอบมีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” แล้วประเมินต่อยด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ มากกว่า 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เนื่องจากเครื่องมือวิจัยเป็นเครื่องมือมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิต จึงไม่ได้ทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี คณะผู้วิจัยดำเนินการ กำหนดให้ผู้ช่วยวิจัยต้องเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความรู้เบื้องต้นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชี้แจงรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ รวมถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยแบบสอบถาม ชี้แจงการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก จำนวน 300 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 - มิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียด ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และระดับอาการโรคซึมเศร้าด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียด ความเสี่ยงโรคซึมเศร้าและระดับอาการโรคซึมเศร้า เนื่องจากจำแนกข้อมูลแบบระดับ (Ordinal group) จึงวิเคราะห์ข้อมูลแบบหลายตัวแปรโดยสถิติ Ordinal logistic regression และการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Parallel lines และ Goodness of fit เป็นไปตามเงื่อนไข

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษารังนี้จำนวนทั้งหมด 300 คน แบ่งเป็น 3 ระลอกของการระบาด โดยในระลอกที่ 1 พบว่าคุณลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58 เป็นผู้ป่วยร้อยละ 56 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 35 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมาจากจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 34 ในระลอก ที่ 2 พบว่าคุณลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 เป็น ผู้ป่วยร้อยละ 53 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 26 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมาจากจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 33 และในระลอกที่ 3 พบว่าคุณลักษณะทั่วไปส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61 เป็นญาติหรือผู้ดูแล ร้อยละ 55 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในช่วงระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 30 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมาจากจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 40

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความชุกของความเครียด และภาวะซึมเศร้า ของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 จำแนกตามช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค ($n = 300$) พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมีระดับความเครียดอยู่ในระดับน้อย (ระดับคะแนน 0 – 4) ร้อยละ 87.33 ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้าในภาพรวมส่วนมากมีความเสี่ยงร้อยละ 54 โดยเมื่อแบ่งการประเมินตามระยะของการระบาด พบว่า กลุ่มตัวอย่างในระลอกที่ 1 มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 38.27 รองลงมาคือระลอกที่ 3 ร้อยละ 36.19 ตามลำดับ สำหรับการประเมินระดับอาการโรคซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 81 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 19 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อยเป็นส่วนมาก ซึ่งเมื่อจำแนกตามช่วงระยะเวลาการระบาดของโรคในกลุ่มที่มีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อย พบว่า ในระลอกที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อยมากที่สุดร้อยละ 39.62 รองลงมาคือระลอกที่ 2 ร้อยละ 35.85 ตามลำดับ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของโรคซึมเศร่าระดับปานกลาง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยพบในระลอกที่ 3 ทั้ง 3 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความเครียด ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระดับอาการโรคซึมเศร้าของผู้รับบริการ
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามช่วง
ระยะเวลาการระบาดของโรค (n = 300)

ระดับความเครียด/ระดับความเสี่ยงโรค ซึมเศร้า/ระดับอาการโรคซึมเศร้า	รวมทั้งหมด		ระลอกที่ 1		ระลอกที่ 2		ระลอกที่ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด								
เครียดน้อย	262	87.33	93	35.50	83	31.68	86	32.82
เครียดปานกลาง	36	12.00	7	19.44	16	44.44	13	36.11
เครียดมาก	1	0.33	0	0.00	0	0.00	1	100.00
เครียดมากที่สุด	1	0.33	0	0.00	1	100.00	0	0.00
ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า								
ปกติ	138	46.00	38	27.54	57	41.30	43	31.16
มีความเสี่ยง	162	54.00	62	38.27	43	26.54	57	36.19
ระดับอาการโรคซึมเศร้า								
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	243	81.00	86	35.39	81	33.33	76	31.28
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	53	17.67	13	24.53	19	35.85	21	39.62
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	3	1.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง	1	0.33	1	100.00	0	0.00	0	0.00

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และอาการโรคซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 จำแนกตามช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (โดยควบคุมผลกระทบจากช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค เพศ ประเภทกลุ่มตัวอย่าง และอายุ) ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค และประเภทกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ เมื่อใช้กลุ่มตัวอย่าง ในการระบาดระลอกที่ 2 เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างในระลอกที่ 3 มีโอกาสเกิดความเครียดในระดับ ที่มากขึ้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 3.89 เท่า (95% CI 1.91-7.93, p-value = 0.000) และสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย มีโอกาสเกิดความเครียดในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นญาติหรือผู้ดูแล เท่ากับ 2.44 เท่า (95% CI 1.38-4.30, p-value = 0.002) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และ ของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 300)

ปัจจัย	ระดับความเครียด				ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า				ระดับอาการโรคซึมเศร้า			
	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value
ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค				0.001**				0.021*				0.000**
ระลอกที่ 2	1	1			1	1			1	1		
ระลอกที่ 1	1.51	1.61	0.86-3.02	0.134	2.16	2.64	1.43-4.85	0.002**	2.14	2.63	1.30-5.31	0.007**
ระลอกที่ 3	3.32	3.89	1.91-7.93	0.000 **	1.75	1.98	1.08-3.63	0.027*	3	3.69	1.73-7.88	0.001**
เพศ				0.318				0.785				0.632
ชาย (111=37.00%)	1	1			1	1			1	1		
หญิง (189 =63.00%)	1.27	1.29	0.74-2.27	0.368	1.12	1.12	0.68-1.87	0.654	1.06	1.14	0.61-2.13	0.667
ประเภทกลุ่มตัวอย่าง				0.001**				0.117				0.174
ญาติ/ผู้ดูแล (146 =48.67%)	1	1			1	1			1	1		
ผู้ป่วย (154 = 51.33%)	2.15	2.44	1.38-4.30	0.002**	1.90	1.68	1.01-2.78	0.042*	1.67	1.57	0.85-2.90	0.149
อายุ				0.149				0.476				0.083
< 20 ปี (3 = 1.00%)	1	1			1	1			1	1		
21-30 ปี (12 = 4.00%)	2.49	1.80	0.95-33.75	0.694	2.00	2.67	0.15- 47.13	0.501	5.99	10.95	0.42-281.79	0.148
31-40 ปี (65 = 21.67%)	1.30	0.87	0.69-10.96	0.914	2.19	3.12	0.22- 43.40	0.397	7.28	13.76	0.69-273.20	0.085
41-50 ปี (68= 22.67%)	1.04	0.61	0.48-7.71	0.705	1.89	2.93	0.21- 41.16	0.424	5.55	11.13	0.56-221.53	0.114

ปัจจัย	ระดับความเครียด				ระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า				ระดับอาการโรคซึมเศร้า			
	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value	Cr. OR	Adj. OR	95%CI	P-value
51-60 ปี (91 = 30.33%)	1.77	0.93	0.73-11.77	0.950	2.55	3.00	0.21-41.45	0.411	7.57	12.16	0.62-238.49	0.100
>60 ปี (61 = 20.33%)	1.29	0.67	0.53-8.70	0.765	3.08	4.01	0.28-56.71	0.301	15.42	27.29	1.30-572.28	0.033*
ระดับความเครียด								0.003**				0.013*
เครียดน้อย					1	1			1	1		
เครียดปานกลาง					6.62	7.71	2.62-20.93	0.000**	10.86	17.25	1.78-175.64	0.014*
เครียดมาก					1				1	1		
เครียดมากที่สุด					1				1	1		

Cr.OR=Crude OR; Adj.OR=Adjusted OR; *p< .05; **p< .01

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โดยควบคุมผลกระทบจากช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค เพศ ประเภทกลุ่มตัวอย่าง อายุ และระดับความเครียด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค ประเภทกลุ่มตัวอย่าง และระดับความเครียด กล่าวคือเมื่อใช้กลุ่มตัวอย่างในการระบาดระลอกที่ 2 เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างในระลอกที่ 1 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ในระดับที่มากขึ้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 2.64 เท่า (95% CI 1.43-4.85, p-value = 0.002) และในระลอกที่ 3 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 1.98 เท่า (95% CI 1.08-3.63, p-value=0.027) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นญาติ หรือผู้ดูแล เท่ากับ 1.68 เท่า (95% CI 1.01-2.78, p-value=0.042) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดน้อยเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดปานกลาง มีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดน้อย เท่ากับ 7.71 เท่า (95% CI 2.62-20.93, p-value=0.000) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการโรคซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โดยควบคุมผลกระทบจากช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค เพศ ประเภทกลุ่มตัวอย่าง อายุ และระดับความเครียด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค อายุ และระดับความเครียด กล่าวคือเมื่อใช้กลุ่มตัวอย่าง ในการระบาดระลอกที่ 2 เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 3 มีโอกาสเกิดอาการโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 3.69 เท่า (95% CI 1.73-7.88, p-value=0.001) รองลงมาคือระลอกที่ 1 มีโอกาสเกิดอาการโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 2.63 เท่า (95% CI 1.30-5.31, p-value=0.007) สำหรับอายุของกลุ่มตัวอย่างเมื่อใช้ช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปีเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดอาการโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแล เท่ากับ 27.29 เท่า (95% CI 1.30-572.28, p-value=0.033) นอกจากนี้เมื่อใช้ตัวอย่างที่มีระดับความเครียดน้อยเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดปานกลาง มีโอกาสเกิดอาการโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับความเครียดน้อย เท่ากับ 17.25 เท่า (95% CI 1.78-175.64, p-value=0.014) (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้รับบริการในโรงพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนร้อยละ 12 มีความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป และมีความเสี่ยงโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 54 สำหรับผู้รับบริการที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ในระดับน้อยขึ้นไปถึงระดับรุนแรงพบได้ร้อยละ 19 โดยเมื่อพิจารณาผู้รับบริการที่มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไปพบได้ร้อยละ 1.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษา ซึ่งเมื่อเทียบกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในช่วงการระบาดโควิด-19 ที่เผยแพร่ในเดือนกรกฎาคม 2563 พบว่าความชุกของความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในทวีปเอเชียเท่ากับร้อยละ 27.9 ร้อยละ 32.9 และร้อยละ 35.3 ตามลำดับ ส่วนความชุกของความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของประชาชนในทวีปยุโรปเท่ากับร้อยละ 31.9 ร้อยละ 23.8 และร้อยละ 32.4 ตามลำดับ¹⁷ และการศึกษาในประชาชนจีนที่พบความชุกของความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงเท่ากับร้อยละ 8.1 และความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงเท่ากับร้อยละ 16.5 ตามลำดับ¹⁸ ซึ่งจะเห็นว่าความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีต่ำกว่าเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรุนแรงของการระบาดที่แตกต่างกันส่งผลกระทบด้านจิตใจที่แตกต่างกันได้ เพราะในประเทศไทยในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ถือว่ามีอัตราการติดเชื้อที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการติดเชื้อในหลายประเทศทั่วโลก นอกจากนั้นระยะเวลาในการเก็บข้อมูลของแต่ละการศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น หลังการระบาดแล้ว ประชาชนอาจมีการปรับตัวทางด้านจิตใจได้ดีขึ้น ทำให้ความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการเก็บข้อมูลช่วงระยะแรกของการระบาด เช่นเดียวกับผลการสำรวจความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนไทย ที่พบว่าประชาชนที่มีความกังวลสูงลดลงเมื่อไม่มีการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเทศ เปรียบเทียบกับช่วงก่อนหน้านี้ที่มีการระบาดสูง¹⁹

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแบ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต คือ 1) ด้านความเครียด 2) ด้านภาวะซึมเศร้า และ 3) ด้านระดับอาการโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค และประเภทกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่าผู้รับบริการฯ ในระลอกที่ 3 มีโอกาสเกิดความเครียดในระดับที่มากขึ้น มากกว่าผู้รับบริการฯ ในระลอกที่ 2 เท่ากับ 3.89 เท่า (95% CI 1.91-7.93, p-value = 0.000) และสำหรับประเภทกลุ่มตัวอย่างเมื่อใช้ตัวอย่างที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเครียดในระดับที่มากขึ้นมากกว่าผู้รับบริการฯ ที่เป็นญาติหรือผู้ดูแล เท่ากับ 2.44 เท่า (95% CI 1.38-4.30, p-value=0.002) ซึ่งสอดคล้องบางประเด็นในการศึกษาของ Wang¹⁸ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการตอบสนองทางด้านจิตใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในช่วงระยะแรกของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อปี พ.ศ.2562 ในกลุ่มประชากรทั่วไปของประเทศจีน ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีความกังวลเป็นห่วงคนในครอบครัวกลัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพบว่าสถานะสุขภาพที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลกระทบทางจิตวิทยาที่มากขึ้นของระดับความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ($p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การรักษา สถานการณ์การระบาดในพื้นที่ และข้อควรระวังโดยเฉพาะมาตรการต่างๆ เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย มีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางจิตใจที่ลดลงของระดับความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า และระดับอาการโรคซึมเศร้าพบว่า เพศ และ อายุของผู้มารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับทั้งความเครียดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์¹² ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นที่พบว่าเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ช่วงระยะเวลาการระบาดของโรค ประเภทกลุ่มตัวอย่าง และระดับความเครียด กล่าวคือ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกที่ 1 และ ในระลอกที่ 3 ผู้รับบริการมีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้น มากกว่าผู้รับบริการ ในระลอกที่ 2 โดยจากการสอบถามเป็นไปได้ว่าในการระบาดระลอกที่ 1 ความกลัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็นอันตรายถึงชีวิต รวมถึงและมาตรการและแนวทางการปฏิบัติตัวในการเฝ้าระวังและป้องกันการระบาดต่างๆ ของทั้งผู้รับบริการเอง และผู้ให้บริการยังไม่ชัดเจน ประกอบกับยังไม่มีวัคซีนที่สามารถป้องกันการระบาดหรือลดความรุนแรงของโรคได้ รวมถึงการรายงานสถานการณ์ของกรมควบคุมโรคในระลอกที่ 1 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 1.41 ระลอกที่ 2 ร้อยละ 0.33 ระลอกที่ 3 ร้อยละ 0.84 ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2564) ถึงแม้ว่าในการระบาดระลอกที่ 2 สถานการณ์โรคระบาดคลี่คลายลง ตัวเลขของการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ลดลงด้วย แต่การระบาดในระลอกที่ 3 มีตัวเลขของการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 19 เพิ่มสูงขึ้น มีการกระจายแบบก้าวกระโดด และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อสูงขึ้น เป็นเหตุให้ผู้รับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมาได้

สำหรับประเภทกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้า ในระดับที่มากขึ้นมากกว่าผู้รับบริการฯ ที่เป็นญาติหรือผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่ง

เป็นผู้ป่วยถือเป็นกลุ่มเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Wang¹⁸ ที่พบว่าสถานะสุขภาพที่ไม่ดีซึ่งมีความอ่อนแอทางด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ผลกระทบทางจิตวิทยาที่มากขึ้นของระดับความเครียดภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีที่มีระดับความเครียดปานกลางขึ้นไป มีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคซึมเศร้าและระดับอาการโรคซึมเศร้าในระดับที่มากขึ้นมากกว่าผู้รับบริการฯ ที่มีระดับความเครียดน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล¹⁴ ซึ่งพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวทางจิตมีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีปัญหาประจำตัวทางจิต

ส่วนข้อมูลพื้นฐานด้าน อายุ เพศ อาชีพ โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของประชาชนในการศึกษานี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์¹¹ แต่ต่างจากการศึกษา Abir T¹⁵ ที่พบว่าเพศหญิงจะมีโอกาสเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

แม้ว่างานวิจัยครั้งนี้จะมีข้อจำกัดในเรื่อง ศึกษาวิจัยภาคตัดขวาง ศึกษาเฉพาะผู้รับบริการหน่วยบริการเดียว และตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ได้ชัดเจน แต่ก็ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นให้ทราบว่าช่วงระยะเวลาการระบาด และข้อมูลส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเป็นประโยชน์เฉพาะหน่วยงาน ในการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งวิถีใหม่ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ครอบคลุมทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เพื่อการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้รับบริการและบุคลากรปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ขอขอบคุณ นายแพทย์พงศธร ศุภอรธกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี รวมถึงหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ตลอดจนอาสาสมัครที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. 2019 [cited 2020 May 26]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
2. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no13-160163.pdf>

3. สุชาดา สิทธิจงสภาพร, เศรษฐกาล โปร่งนุช. การศึกษาการประมาณค่าเบื้องต้นตัวเลขการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสในระยะเริ่มต้นการระบาด. Engineering Transactions 2563;23:126-34.
4. ศูนย์ข้อมูลกลาง COVID-19 จังหวัดอุบลราชธานี. สถานการณ์ COVID-19 จังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://datastudio.google.com/reporting/1VnmBQ3HBzxemefm5LW5FRXgVesRgtSLV/page/MtMJB>
5. พนม เกตุมาน, วินัดดา ปิยะศิลป์. Stress Management in Covid-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipediatrics.org/Media/media-20200512093441.pdf>
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. แผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 Plan : C4). นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิง; 2563.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ: ผู้ประสบภาวะวิกฤติในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
8. ภูษนิศา ชัยวิรัตน์กุล, พชรินทร์ ศิริวิสุทธิรัตน์, ศุภรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลจิตใจสำหรับโรงพยาบาลสนาม ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
9. ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. ความเครียดและวิธีการแก้ความเครียด. กรุงเทพฯ: งานวิเทศสัมพันธ์และประชาสัมพันธ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
10. กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/ebook/result2.asp?id=345>
11. จรยพร ศรีศลักษณ์. กลุ่มเปราะบาง (Vulnerable Groups) คือใคร มีข้อพิจารณาด้านจริยธรรมอย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/3717/jaruayporn.pdf?sequence=2>
12. ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของประชาชนบ้านทุ่งเสียว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564;29:12-21.
13. กนกวรรณ พวงประยงค์. สถานการณ์ผลกระทบ ความต้องการการช่วยเหลือ และการปรับตัวของคนวัยทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19: การศึกษาเชิงประจักษ์ในกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิต 2564;35:266-86.
14. วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด -19). วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39:101-12.

15. Abir T, Kalimullah NA, Osuagwu UL, Nur-A Yazdani DM, HusainT, Goson PC, et al. Prevalence and Factors Associated with Mental Health Impact of COVID-19 Pandemic in Bangladesh: A Survey-Based Cross-Sectional Study. *Annals of Global Health* 2021; 87:1–23. doi: <https://doi.org/10.5334/aogh.3269>
16. ALNAP Overseas Development Institute. Sampling methods and sample size calculation for the SMART methodology [Internet]. 2012 [cited 2020 June 25]. Available from: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Sampling_Paper_June_2012.pdf
17. 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;16:1-11. doi:10.1186/s12992-020-00589-w.
18. 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; 17:1729. doi:10.3390/ijerph17051729
19. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 26 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no544-300664.pdf>