

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี

รับบุญ คำไกร¹, นรากร สารีเหล็ก²

Received: 19 July 2022

Revised: 30 August 2022

Accepted: 31 August 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความเครียด (ST5) แบบประเมินการเผชิญปัญหา มีความเชื่อมั่น 0.81 2) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบด้วยวิธี Paired-sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 มีคะแนนความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ก่อนร่วม $\bar{X}=9.53$, S.D.=2.55; หลัง $\bar{X}=1.33$, S.D.=1.25) และมีคะแนนการเผชิญปัญหา เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ก่อน $\bar{X}=40.40$, S.D.=4.94; หลัง $\bar{X}=57.80$, S.D.=6.15) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความเครียด โควิด-19

The effect of health promotion on individualized stress management through internet individual for COVID-19 patients in Community hospital Udonthani Province

Rubboon Karglai, Narakorn¹ Sareelae²

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate effects of an online health-promotion program for stress management individually amongst people with COVID-19 in Community Hospitals, Udon Thani Province. Forty COVID-19 patients were asked to participate in the a one-group pre-posttest design. The research instruments used to collect data consisted of 1) demographic data, 2) stress test questionnaires (ST-5), and 3) coping assessment questionnaires. These instruments were met their internal reliability by computed Cronbach's alpha coefficient at 0.81. Then planning and an online health-promotion program considerations were approached individually for stress management. The statistics used to analyze the data were percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results revealed that after attending the program, the stress of participants was appeared to decrease significantly compared to before participation with the statistical significance of 0.05 (before participation $\bar{X}=9.53$, S.D.=2.55, after participation $\bar{X}=1.33$, S.D.=1.25). While coping scores were reported to increase significantly compared to before participation with the statistical significance of 0.05 (before participation $\bar{X}=40.40$, S.D.=4.94, after participation $\bar{X}=57.80$, S.D.=6.15). It can be concluded that this online health promotion program for stress management individually is effective.

Keywords: Stress, COVID-19

¹ Corresponding: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ¹โรงพยาบาลสร้างคอม

*Corresponding author, E-mail: Rubboon1234@hotmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการศึกษาสายพันธุ์กรรมของไวรัสที่พบว่าคล้ายคลึงกับไวรัสซาร์สถึง ร้อยละ 70 รูปร่างกลมหรือมีหลายแบบมีเปลือกหุ้ม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 80 -120 นาโนเมตร (Cheng ZJ & Shan J, 2019)¹ สายพันธุ์ที่แพร่ระบาดในประเทศไทยรอบแรกเป็นเชื้อโรคโควิด-19 สายพันธุ์อู่ฮั่น การระบาดระลอก 2 เป็นสายพันธุ์จีเอช (GH) และการระบาดระลอก 3 เป็นสายพันธุ์อัลฟาและมีโอกาสแพร่กระจายได้มากขึ้นจนแทนที่สายพันธุ์อัลฟาในอนาคต เพราะการติดต่อของสายพันธุ์เดลตานั้นง่ายและรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มที่เป็นคลัสเตอร์ ซึ่งพร้อมที่จะกระจายเชื้อได้ตลอดเวลา (ยง ภูววรรณ, 2564)² สามารถติดเชื้อสู่คนได้โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ก่อให้เกิดอาการป่วย เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ ผ่านการจาม ไอ มีละอองฝอยของน้ำมูกหรือเสมหะที่มีไวรัสอยู่ รวมถึงการที่ไวรัสปนเปื้อนกับมือและสิ่งต่าง ๆ ที่ใช้ชีวิตประจำวัน จากการค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกในชุมชน 4,750 ราย จากเรือนจำ/ที่ต้องขัง 810 ราย ผู้ติดเชื้อจากสถานที่ที่กักกันที่รัฐจัดให้ 10 ราย มีผู้เสียชีวิต 178 คน เพิ่มขึ้น 4,857 ราย โดยประเทศไทยอยู่อันดับที่ 43 จากที่มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิดทั่วโลก ซึ่งยอดผู้ป่วยติดเชื้อโควิด จำนวน 198,010,967 ราย อาการรุนแรง 87,595 ราย และเสียชีวิต 4,224,124 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564)³

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมหลายๆ ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านการศึกษา (ยง ภูววรรณ, 2564)² กระทั่งด้านการมีมุมมองต่อโลกที่ส่งผลต่อสถานะในจิตใจ เป็นความเปลี่ยนแปลงครั้งใหม่และครั้งที่ใหญ่ที่ต้องอาศัยทักษะในการปรับตัวต่อการดำรงชีวิตค่อนข้างมาก ผู้ติดเชื้อนอกจากได้รับผลกระทบจากโรคทางกายทั้งอาการไข้ เหนื่อยง่าย หลายคนมีอาการเข้าขั้นวิกฤต เชื้อไวรัสทำลายระบบการหายใจ ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่ปลอดภัย หรือแม้แต่ผู้ติดเชื้อที่มีอาการไม่มากอาจมีความรู้สึกผิดต่อตนเอง และมีความวิตกกังวลว่าตนมีส่วนร่วมทำให้เกิดการระบาดไปสู่ผู้อื่น (นรพันธ์ ทองเชื่อม, 2564)⁴ ผลทางด้านสังคมในลักษณะนี้ เรียกว่า การตีตราทางสังคม (Social stigma) ซึ่งหมายถึงการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลกับลักษณะบางอย่างที่มีร่วมกันหรือเป็นโรคบางชนิดที่เป็นเหมือนกัน ทำให้เกิดการตีตรา การเลือกปฏิบัติมีผลต่อทุกคนที่สังคมเข้าใจว่าสัมผัสกับเชื้อไวรัส ซึ่งมีจะกระทบต่อจิตใจมากอีกด้านหนึ่ง คือเมื่อหายป่วยแล้ว ยังมีผู้คนหวาดกลัวว่าจะนำเชื้อโรคมานำอีก ที่เห็นได้จากสื่อสังคมยังมีความรุนแรง จึงสรุปได้ว่าโรคโควิด 19 ก่อให้เกิดการตีตราทางสังคมมากมายเป็นที่เข้าใจได้ว่า มีความสับสน วิตกกังวล ทำให้ตัวผู้ป่วยเกิดความเครียด (ยง ภูววรรณ, 2564)²

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโควิด 19 พบว่าการศึกษาของ Atefeh z. et al., (2021)⁵ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียดและการรับรู้ความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 97.2 ของผู้ป่วยโควิด-19 มีภาวะซึมเศร้าในระดับหนึ่ง ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือร้อยละ 85.8 ผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) มีความวิตกกังวลรุนแรง (ร้อยละ 0.9) และรุนแรงมาก (ร้อยละ 99.1) สำหรับระดับความเครียดร้อยละ 97.1 ของผู้ป่วยมีระดับความเครียดในระดับหนึ่ง ระดับความรุนแรงของความเครียด ร้อยละ 84.9 มีความเครียดรุนแรงและรุนแรงมาก ด้านการรับรู้ความเครียด ร้อยละ 73.6 ของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และ ร้อยละ 22.6 มีระดับปานกลาง พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการรับรู้ภาวะซึมเศร้าและความเครียด (ค่าสัมประสิทธิ์ 0.33, P = 0.04) และการศึกษาของ Malihe S.M. et al.,(2021) ⁶ ศึกษาอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยโควิด - 19 พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ที่ระดับรุนแรงมาก ในขณะที่ระดับความเครียดรุนแรง ความสุขของอาการรุนแรงมากของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล คือร้อยละ 54.29 และร้อยละ 97.29 ตามลำดับ ความสุขของความเครียดรุนแรง คือ ร้อยละ 46.61 และการศึกษาของ Amany E.M. & Amira M.Y. (2021)⁷ ศึกษาภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์ ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและแยกรักษาที่บ้าน มีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่แยกรักษาที่บ้าน ร้อยละ 37.2 นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่การศึกษาต่ำ ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช โดยร้อยละ 10 -35 ของผู้ที่รักษาและได้กลับบ้านจะมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลในช่วงแรกของการฟื้นตัวของโรค ⁸

จังหวัดอุดรธานี มีการตรวจพบผู้ป่วยโควิด 19 รายแรกเมื่อวันที่ 13 เมษายน 2564 หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยโควิด 19 เพิ่มขึ้นตามลำดับจนถึงช่วง 31 กรกฎาคม 2564 จากสถิติโรงพยาบาลสร้างคอมพบผู้ป่วยทั้งหมด 767 ราย เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการและติดตามผลกระทบด้านสุขภาพจิต ซึ่งพบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีภาวะเครียด ร้อยละ 83.62 จากการสอบถามผู้ป่วยโควิด 19 เครียดจากสาเหตุ ดังนี้ กังวลว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ไม่มีงานทำ ขาดรายได้ กลัวกลับไปบ้านแล้วไปแพร่เชื้อให้คนในครอบครัว รวมถึงสูญเสียบุคคลในครอบครัวจากการติดเชื้อโควิด19 ซึ่งภาวะเครียด เป็นภาวะสุขภาพที่เกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับ

สิ่งแวดล้อม สถานการณ์ บุคคลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์จะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการประเมินปัญหาของบุคคล หรือสิ่งต่างๆ ที่มากระทบ หากบุคคลประเมินสิ่งต่างๆ เหล่านั้นว่าคุกคามเกิน ที่จะจัดการได้อาจส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการปรับตัว และหากไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆต่อไป⁹⁻¹⁰

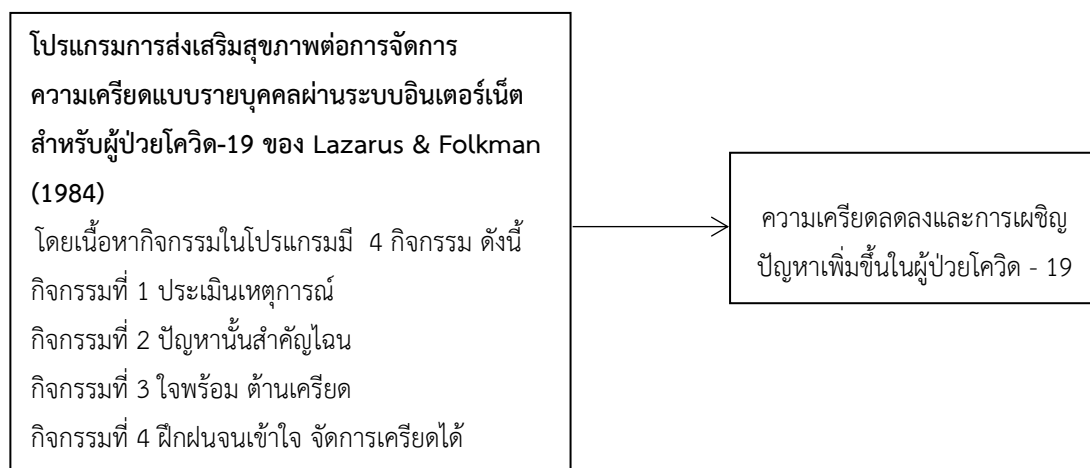
ผู้วิจัยจึงมองเห็นถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต จึงได้ออกแบบการสร้างโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบตามแนวคิด Lazarus & Folkman¹¹ เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด ให้สามารถมีวิธีการหรือการเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม แต่เนื่องจากการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโควิด-19 ไม่สามารถที่จะเข้าไปพบกันแบบต่อหน้า เนื่องด้วยการจำกัดด้านตัวโรคที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจาย อัตรากำลังในการดูแล วันนอนโรงพยาบาล จึงได้มีการปรับโปรแกรมให้แบบรายบุคคล ระยะสั้น ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ทั้งนี้ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้น จะก่อให้เกิดประโยชน์หลายด้านทั้งต่อผู้เป็นโควิด-19 เช่น การหาวิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง ลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และสามารถดูแลผู้ป่วยแบบแยกรักษาตัวที่บ้านได้ (Home Isolation) อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมบทบาทของทีมนักวิชาการทางสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ป่วยโควิด-19

กรอบแนวคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งกล่าวถึง ความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เป็นภาวะของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากการกระบวนกรรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งคุกคาม โดยการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดและมีผลต่อความสมดุลในชีวิต ซึ่งสามารถประเมินได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) สูญเสีย/อันตราย 2) คุกคาม 3) ทำลายและวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการเผชิญความเครียดโดยมุ่งเน้นอารมณ์ (emotion-focused coping) เพื่อให้สามารถปรับตัวเกิดความสมดุลในชีวิต ดังภาพที่ 1



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest-Posttest design) การออกแบบการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธี RT - PCR เป็นบวก มีภาวะเครียดจากการประเมินด้วย ST5 ก่อนเข้ากลุ่มต้องมีคะแนน ≤ 5 คะแนน (ระดับปานกลางถึงสูง) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสร้างคอมและโรงพยาบาลเพ็ญ ในช่วงที่ทำการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564 จำนวน 40 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพล 0.70 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 (วีรศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา, 2563)¹² ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.2 โดยใช้สถิติ t-test Difference from constant (one sample case) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 15 จึงได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 6 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

แต่เนื่องจากสถานการณ์ในช่วงนี้ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีจำนวนลดลงจึงอาจส่งผลให้การเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างอาจไม่พอตามการคำนวณขนาดตัวอย่าง จึงมีความจำเป็นในการเก็บตัวอย่างเพิ่มโดยเลือกโรงพยาบาลที่มีพื้นที่ติดกับโรงพยาบาลสร้างคอม ซึ่งมี 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเพ็ญและโรงพยาบาลบ้านดุง นอกจากนี้พื้นที่โรงพยาบาลติดกันแล้วกลุ่มประชากรที่จะศึกษา มีวิถีชีวิตและการดำเนินชีวิต มีความคล้ายคลึงและใกล้เคียงกัน จึงทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากโรงพยาบาลที่จะทำการเก็บกลุ่มตัวอย่าง จึงได้โรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในการศึกษานี้คือ โรงพยาบาลเพ็ญ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธี RT - PCR เป็นบวก 2) มีภาวะเครียดจากการประเมินด้วย ST5 ก่อนเข้ากลุ่มต้องมีคะแนน ≤ 5 คะแนน (ระดับปานกลางถึงสูง) 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ 4) สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และ 5) ให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) ผู้ที่มีภาวะปัญญาอ่อนโรคสมองพิการ โรคหลอดเลือดสมอง เนื้องอก โรคติดเชื้อของระบบประสาท โรคพาร์กินสัน 2) ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากภาวะแทรกซ้อนทางกายจำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาเฉพาะ 3) ผู้ป่วยหรือญาติขอออกจากการทดลองในระหว่างการบำบัด และ 4) ผู้ที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชอื่น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ออกแบบสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Lazarus & Folkman¹¹ โดยฝึกให้ผู้ป่วยโควิด-19 มีทักษะในการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดที่ส่งผลต่อความสมดุลในชีวิต และทักษะการเผชิญปัญหา โดยเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมมี 4 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 ประเมินเหตุการณ์ กิจกรรมที่ 2 ปัญหานั้นสำคัญไฉน กิจกรรมที่ 3 ใจพร้อม ด้านเครียด กิจกรรมที่ 4 ฝึกฝนจนเข้าใจ จัดการเครียดได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัย มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 ประเมินเครื่องมือ 2) แบบประเมินความเครียด (ST5) (กรมสุขภาพจิต)¹³ มีจำนวน 5 ข้อ และ 3) แบบประเมินการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman¹¹ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกิจกรรม จำนวน 4 กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ประเมินเหตุการณ์กิจกรรมที่ 2 ปัญหานั้นสำคัญไฉน กิจกรรมที่ 3 ใจพร้อม ด้านเครียด และกิจกรรมที่ 4 ฝึกฝนจนเข้าใจ จัดการเครียดได้ ดำเนินการโดยผู้วิจัยเองได้ ใช้เวลาในการทำแต่ละขั้นตอนประมาณ 10-15 นาที

การสร้างเครื่องมือและพัฒนาเครื่องมือ

1. ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยศึกษาหาความรู้ในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโควิด-19 การจัดการความเครียด โดยละเอียดจากหนังสือ เอกสาร บทความวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการสร้างแบบสอบถามเพื่อได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ

2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาแบบสอบถาม โดยยึดเนื้อหาที่ถูกต้องตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman ของประชากรในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. สร้างข้อคำถามของแบบสอบถามและกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนสำหรับคำตอบในแต่ละข้อ

4. นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 และใช้เกณฑ์ความคิดเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. ทดสอบเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา โดยทำการทดสอบเครื่องมือกับผู้ป่วยโควิด-19 ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสร้างคอมและโรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

2. วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.81

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาและวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 3264 ลงวันที่ 14 กันยายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหา ก่อน-หลังการทดลองผล โดยใช้สถิติ Paired-sample t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 40 คน มีลักษณะทางประชากร ดังนี้กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 19 - 28 ปี และ 29 -38 ปี ร้อยละ 32.50 และ ร้อยละ 32.50 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย เท่ากับ 35.65 ปี อายุสูงสุด 83 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี ระดับการศึกษา พบว่ามีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 32.50 รองลงมา คือ อนุปริญญา ร้อยละ 25 สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55 รองลงมา คือ สถานภาพโสด ร้อยละ 8.5

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (n=40)

	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	p-value
ก่อนการทดลอง	9.53	2.55	17.98	<0.0001
หลังการทดลอง	1.33	1.2531		

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ระยะก่อนทดลอง เท่ากับ 9.53 คะแนน (SD = 2.55) ระยะหลังทดลองทันที เท่ากับ 1.33 คะแนน (SD = 1.25) และจากการทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที่ใช้ในการทดสอบกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (n=40)

	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	p-value
ก่อนการทดลอง	40.40	4.94	-16.56	<0.0001
หลังการทดลอง	37.80	6.15		

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหา ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหา ระยะก่อนทดลอง เท่ากับ 40.40 คะแนน (SD = 4.94) ระยะหลังทดลองทันที เท่ากับ 57.80 คะแนน (SD = 6.15) และจากการทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที่ใช้ในการทดสอบกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ก่อนและหลังทดลองทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ภายหลังการทดลอง พบว่า มีภาวะเครียดลดลงหลังการทดลอง อธิบายได้ว่าการออกแบบตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984)¹¹ เพื่อเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดที่ครอบคลุมการจัดการความเครียด โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิดจากประสบการณ์เดิมมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ที่ผ่านมาและทบทวนปัญหา ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตน พร้อมทั้งให้มีการสะท้อนคิดความรู้สึก เพื่อตรวจสอบความรู้สึกกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่โดยให้แยกแยะว่าสิ่งใดที่เป็นอุปสรรค และยอมรับกับประสบการณ์ด้านลบ พร้อมทั้งริเริ่มการเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่ความคิดด้านบวก ซึ่งจากการสะท้อนคิดหลายมุมมองที่แตกต่างกันทำให้ความรู้และทัศนคติใหม่ในการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหา ทั้งนี้โปรแกรมที่ออกแบบสามารถเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหา ได้ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 “ประเมินเหตุการณ์” กิจกรรมนี้ดำเนินการเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรับทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียด และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด รวมทั้งวิเคราะห์การจัดการปัญหาที่ประสบความสำเร็จในอดีต รวมถึงการจัดการกับปัญหาที่ผ่านมา (ณัฐธัญญา ประสิทธิศาสตร์, 2562)¹⁴ ซึ่งอาจจะใช้วิธีการมุ่งแก้ปัญหาหรือใช้อารมณ์จัดการกับปัญหาแล้วแต่สถานการณ์และการตัดสินใจ และการเจ็บป่วยด้วยโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคระบาดใหม่ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่เคยประสบมาก่อน ทำให้เกิดความกังวลใจกับความไม่แน่นอนของการรักษา ที่ไม่อาจคาดเดาได้ล่วงหน้า และแหล่งประโยชน์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี นาคสุขุมและคณะ (2560)¹⁵ จากการศึกษาจะพบว่าอายุต่างกัน วิธีการรักษาแตกต่างกัน ย่อมมีการประเมินสถานการณ์ความเครียดในระดับต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดได้สูง ถ้าผู้ป่วยเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้เกิดความเครียดได้

กิจกรรมครั้งที่ 2 “ปัญหานั้นสำคัญไฉน ” เพื่อให้เข้าใจสามารถตั้งเป้าหมาย ในการแก้ปัญหาได้ถูกต้อง และให้ความสนใจในการแก้ปัญหา ซึ่งการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่มีการตัดสินใจก่อนว่าวิธีจัดการปัญหาวิธีใดที่จะมีประสิทธิภาพ โดยผ่านกระบวนการสะท้อนคิดให้ตรวจสอบการแก้ไขปัญหามาที่ผ่านมา ก่อให้เกิดความรู้และทัศนคติใหม่ในการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างไปจากเดิม และพบว่าผู้ป่วยโควิด-19 จัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา วิธีนี้เป็นารรับรู้ปัญหาโดยไม่ได้แก้ไขที่ตัวปัญหาโดยตรง เพื่อให้มีเวลาเตรียมตัว เนื่องจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ จึงเปลี่ยนแปลงการรับรู้ที่ตนเองแทนโดยการใช่วิธีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน¹¹

กิจกรรมที่ 3 “ใจพร้อม....ต้านเครียด” เพื่อให้ทราบเทคนิคผ่อนคลายตนเอง และให้สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับปัญหา คือ การเดินหนี การพูดคุยกับผู้อื่น โดยการเผชิญปัญหาไม่ได้แตกต่างไปจากเดิม ทำให้มีความตระหนักรู้มากขึ้น ทำให้ผู้ฝึกสามารถที่จะบังคับกล้ามเนื้อให้อยู่ในจิตใจได้นานตามความต้องการเป็นการกระทำที่ง่ายที่สุด (เสาวภาคย์ ทัดสิงห์, 2560)¹⁶ ดังนั้นเมื่อเกิด

ความตึงเครียดก็จะสามารถนำไปผ่อนคลายได้ด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้ และทำให้ระดับความเครียดลดลงได้ จึงได้มอบหมายการบ้านเป็นสถานการณ์ และให้คิดในเชิงบวกพร้อมทั้งวิธีแก้ไข ตามการศึกษารายงานของ Soklaridis et al.(2020)¹⁷ พบว่ากิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโควิด-19

กิจกรรมที่ 4 “ทบทวนจนเข้าใจ จัดการเครียดได้” เพื่อจะนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันด้วยการสะท้อนคิดจากหลากหลายมุมมองที่แตกต่าง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความรู้และทัศนคติใหม่ในการจัดการความเครียดกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ก่อนและหลังทดลองทันที มีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยการเผชิญปัญหา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะโปรแกรมการ

ส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ได้ออกแบบให้ไม่มีทักษะการเผชิญปัญหาได้หลากหลายวิธีมากขึ้น โดยผ่านการเรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิดจากประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา และมีการทบทวนปัญหากิจกรรมต่างๆ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกตนเอง เพื่อให้แยกแยะสิ่งที่เป็นอุปสรรคและยอมรับกับประสบการณ์ด้านลบทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดใหม่ เกิดการเปลี่ยนแปลงในการหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น รวมถึงการให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเกิดการสะท้อนคิด ความรู้สึกและมีการปรับปรุงวิธีการจัดการกับความเครียดและการเผชิญปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984)¹¹ จากผลการศึกษาจะพบว่าคะแนนการเผชิญของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น จึงเป็นที่สังเกตได้ว่าเมื่อได้เข้าโปรแกรมฯแล้ว ผู้ป่วยสามารถมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จากกิจกรรมที่ได้เกิดจากสะท้อนคิดความรู้สึก และการปรับปรุงวิธีการเผชิญปัญหา เกิดความเข้มแข็งทางใจ และเลือกสรรการจัดการตามสถานการณ์ของปัญหาอย่างเหมาะสม จึงทำให้การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดแบบรายบุคคลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ส่งผลให้การเผชิญปัญหาได้เพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสร้างคอม โรงพยาบาลเพ็ญ และโรงพยาบาลบ้านดุง ที่ให้ข้อเสนอแนะ และคำปรึกษาในงานวิจัย ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ตรวจสอบเครื่องมือ และขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.Cheng S.K. Wong C.W. Tsang J, Wong K.C. Psychological distress and negative appraisals in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). Psychol Med. 34(7) : 1187 -95.
2. ยง ภู่วรรณ. ผลกระทบจากโควิด-19 ในประเทศไทย.[อินเทอร์เน็ต].2564. [สืบค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2565] สืบค้นได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/256968>
- 3.Department of Disease Control. Criteria for consideration according to the severity of the coronavirus outbreak 2019. [สืบค้นวันที่ 21 กรกฎาคม 2565]. สืบค้นจาก:https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/im_commands.php
4. นรพันธ์ ทองเชื่อม.โควิด-19: เมื่อโรคระบาดทางกายส่งผลกระทบทางจิตใจ.[อินเทอร์เน็ต].2564. [สืบค้นวันที่ 21 กรกฎาคม 2565]. สืบค้นจาก:<https://thestandard.co/author/norapan-t/>
5. Atefeh z., Rahim B., Shahrooz Y., Seyed MA., Fatemeh R., Somayed G., Somayeh K., Nami M.K and Mostafa Q. (2020). Prevalence and severity of depression, anxiety, stress and perceived stress in hospitalized patients with COVID-19.J Diabetes Metab Diord. 19(2) : 1 – 8.
6. Malihe S.M.,Amir V.A.,Golshan M.,Farshid R.B., Keivan G., Mohamad A.P., Mohsen A.F., Mostafa H., Thozhukat S., Paul C.G.,Amirhossein S.(2021).Depression, Anxiety, and Among Patients with COVID-19 : A Cross-Sectional Study.Advance in Experimental Medicine and Biology. 1321 : 229-236.
7. Amany E.M. & Amira M.Y. (2021). Depressive, anxiety, and post-traumatic stress symptoms affecting hospitalized and home-isolated COVID-19 patients : a comparative cross-sectional study.Middle East Current Psychiatry.
8. Dai, X.-j., Shao, Y., Ren, L., Tao, W., & Wang, Y. (2022). Risk factors of COVID-19 in subjects with and without mental disorders. Journal of Affective Disorders, 297, 102-111. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.024>
- 9.Lazarus, R. S., (1966). Psychological stress and the coping process. New York:McGraw-Hill.
- 10.Linden, W., (2005). Stress management:from basic to practice. 1 st ed. London: SAGE Publication.
- 11.Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing
12. วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา. การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*powerสำหรับงานวิจัยที่มีการใช้สัตว์. [สืบค้นวันที่ 21 กรกฎาคม 2565]. สืบค้นจาก:<https://rdo.psu.ac.th/ResearchStandards/animal/assets/document/Gpower3-veerasakbook.pdf>

13. กรมสุขภาพจิต.แบบประเมินความเครียด (ST5). [สืบค้นวันที่ 25 กรกฎาคม2565];18(suppl.2):284-91. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18>
- 14.ณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์ ,ชมชื่น สมประเสริฐ และ อังคณา จิโรจน์.ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อทักษะการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล.วารสารพยาบาลทหารบก;20(2):205-214
15. สุภาวดีนาศชุม,ปิยาพร ไป๋งาม,มนรดา แข็งแรง,วิลาสินี มุ่งสิน,อุบลวรรณ อุณหสุวรรณ และรพีพรรณ ลาภา .ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และความหวังของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2“การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” [สืบค้นวันที่ 21 กรกฎาคม2565]. สืบค้นจาก: https://mis.ratchathani.ac.th/file_re/mKnWpoWed105232.pdf
16. เสาวภาคย์ ทัดสิงห์,ชมชื่น สมประเสริฐ และพนิดา ศิริอำพันกุล.ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก สเปกตรัม. J Royal Thai Army Nurses [Internet]. 2017 Oct. 19 [สืบค้นวันที่ 21 กรกฎาคม 2565];18(suppl.2):284-91. สืบค้นจาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/101701>
17. Soklaridis, S., Lin, E., Lalani, Y., Rodak, T., & Sockalingam, S. (2020). Mental health interventions and supports during COVID- 19 and other medical pandemics: A rapid systematic review of the evidence. *General hospital psychiatry*, 66, 133–146. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.08.007>