

การเปรียบเทียบความเครียด ความกังวล ความเศร้า ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่าง
ขณะป่วยและหลังป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา
Comparison of Stress, Anxiety, and Sadness among COVID-19 Patients during
Sickness and After Sickness, Wang Yai Subdistrict Health Promoting Hospital,
Na Thawi Distict, Songkhia Province

สุภาวดี เพชรเชนทร์^{1*}, กิตติพร เนาว์สุวรรณ²
Supawadee Petchan^{1*}, Kittiporn Nawsuwan²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่^{1*}
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²
Wangyai Health Promoting Hospital^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health²

(Received: November 22, 2022; Revised: October 25, 2022; Accepted: October 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ ตำบลนาหวี อำเภอนาหวี จำนวน 122 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความเครียด ความกังวล ความเศร้า (The Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items (DASS-21)) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเครียด ความกังวล ความเศร้า ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลาทั้งรายข้อและภาพรวม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้นเมื่อมีอาการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ควรแนะนำผู้ป่วยให้ มีกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียด และทีมบุคลากรสุขภาพควรติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ ในขณะที่หลังป่วยควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายและการส่งเสริมบริหารสุขภาพจิต

คำสำคัญ : ความเครียด, ความกังวล, ความเศร้า, ผู้ป่วยโควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ สุภาวดี เพชรเชนทร์ e-mail: mewsupawadee602@gmail.com

Abstract

The objective of this survey study was to compare the mental health levels among patients with COVID-19 between during sickness and after sickness in Wang Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Na Thawi District, Songkhia Province. Participants were 122 patients with COVID-19. Research instrument was the the Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items (DASS-21). The Coefficient alphas for the DASS-12 was 0.75. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that after sickness, the levels of stress, anxiety, and depression among patients with COVID-19 in each item and total score were significantly lower than during sickness. Therefore, when having symptoms of COVID-19, healthcare providers should be advised patients to have relaxing activities. Moreover, the health personnel team should continuously monitor the patient's symptoms and, while after sickness, should arrange exercise and mental health promotion activities.

Keywords: Stress, Anxiety, Sadness, COVID-19 Patients

บทนำ

สุขภาพจิต ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกหมายถึง สภาพสุขภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมของตนได้ ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยได้มีการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตภายใต้คำจำกัดความสุขภาพจิตดังกล่าว ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ สภาพจิตใจ (Mental State) สมรรถภาพจิตใจ (Mental Capacity) คุณภาพจิตใจ (Mental Quality) และปัจจัยสนับสนุน (Supporting Factors) ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้มีอายุ 15-60 ปี โดยเครื่องมือฉบับสมบูรณ์มี 66 ข้อ และมีการปรับเป็นฉบับสั้น 15 ข้อ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าในบริบทของสังคมไทยมองว่าสุขภาพจิตและความสุขเป็นเรื่องเดียวกัน จึงได้เปลี่ยนชื่อ “ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต” เป็น “ดัชนีชี้วัดความสุข” เพื่อให้เข้าใจง่ายและสะดวกในการเผยแพร่สู่ประชาชน (พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, และสุทธา สุปัญญา, 2561)

ปัจจุบันบุคคลต้องประสบกับปัญหาและความกดดันในด้านต่าง ๆ อย่างมาก อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี และโรคภัยสุขภาพที่ก่อเกิดขึ้นมาใหม่ ซึ่งส่งผลให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทั้งนี้หากจิตใจอ่อนแอลงร่างกายจะอ่อนแอตามลงไปด้วย ซึ่งอาการด้านลบจะส่งผลต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน ปัญหาที่สำคัญอาจทำให้เกิดความรุนแรงของสมองได้ หากเรามีสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ (ดาร์ตัน พิมพีตติ, ธรรมนูญ เบ้าเรือง, สุนละมัย ทาคาใจ, ประกายดาว โคมโสภา และพรดุสิต คำมีสินนท์, 2565; ปณิตา บุญพานิชย์, รัศมน กัลยาศิริ และณภัทรวรรต บัวทอง, 2559) จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต พบว่าระดับสุขภาพจิตของคนไทย ปี พ.ศ.2550 มีสุขภาพจิตระดับปกติร้อยละ 75.40 และมีสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าปกติร้อยละ 24.61 นอกจากนี้ พบว่าบุคคลภาวะสุขภาพจิต

เบี่ยงเบนมากขึ้นรวมทั้งมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น การก่ออาชญากรรม ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสังคมทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง และขยายตัวอย่างรวดเร็ว (สมมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ, 2554) ด้วยความสุข คือสุขภาพจิตที่เป็นปกติดี สุขเพราะจิตปกติ และเมื่อพิจารณาความสุขพิจารณาว่ามี 2 แบบ คือ เป็นความสุขจากตนเองและมีความสุขได้จากภายนอก ก็สอดคล้องกับองค์ประกอบของผู้มีสุขภาพจิตดี (อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เซษฐโชติศักดิ์, วรรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่ และสุจริต สุวรรณชีพ, 2544)

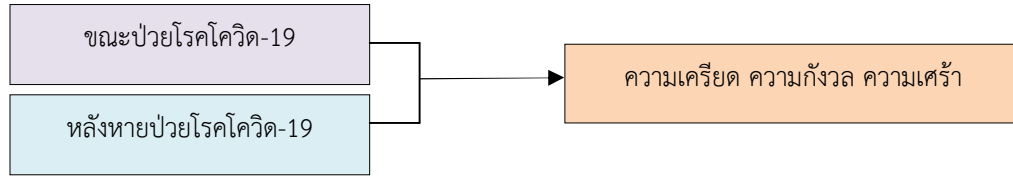
ประเทศไทยเกิดโรคอุบัติการณ์ใหม่ขึ้นมาชื่อว่า โควิด-19 โรคนี้เริ่มระบาดครั้งแรกในประเทศไทยเดือนธันวาคม ปี 2562 และระบาดหนักมาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ กรมควบคุมโรคจึงมีแนวทางและการป้องกันโรคเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด โดยการมีข้อบังคับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสุขภาพทางจิตสูงขึ้น เกิดความเครียด และความกังวลต่อการเป็นโรคเพราะเมื่อถือว่าเป็นผู้ป่วยโควิด-19 แล้ว การทำกิจวัตรประจำวันจะเริ่มมีการจำกัด เช่น กังวลถึงความร้ายแรงของโรค การแยกกักตัว และเมื่อพบกลุ่มที่หลังป่วยด้วยโรคโควิด-19 แล้วพบว่าภาวะสุขภาพทางจิตมีเกณฑ์สูงที่ต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (กรมสุขภาพจิต, 2565) การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ใช้ชีวิตได้เต็มตามศักยภาพและเป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความเครียด ความกังวล ความเศร้า ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของรอย (Roy & Andrews, 1999) กล่าวถึงระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิด มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา บุคคลประกอบด้วยกาย จิต และสังคม (Biopsychosocial Being) มีความเป็นองค์รวมไม่สามารถแยกจากกันได้เพื่อความปกติสุข หรือภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับระดับการปรับตัว (Adaptation Level) ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์หนึ่ง หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ จะส่งผลให้เกิดความเครียด ความกังวล และความเศร้าได้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา จำนวน 530 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา จำนวน 122 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test Family เลือก T-Test, Statistical Test เลือก Mean: Difference between Two Dependent Means (Match Paired) เลือก One-Tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.3 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 122 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา

2. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในกลุ่มสีเหลืองขึ้นไป

3. สามารถให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพตนเองตามแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวอยู่ที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบประเมินความเครียด ความกังวล ความเศร้า (DASS-21) (ฉัตรพิทยรัตน์เสถียร และณภัทรวรรต บัวทอง, 2559) ภาวะป่วยด้วยโรคโควิด-19 / หลังหายป่วยโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด ความกังวล ความเศร้า (DASS-21) ก่อนป่วยและหลังป่วยในผู้ป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น การตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับตามแบบ Likert Scale มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- | | | |
|---|---------|--|
| 0 | หมายถึง | ไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย |
| 1 | หมายถึง | ตรงกับข้าพเจ้าบ้าง หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง |
| 2 | หมายถึง | ตรงกับข้าพเจ้า หรือเกิดขึ้นบ่อย |
| 3 | หมายถึง | ตรงกับข้าพเจ้ามาก หรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด ตามลำดับ |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ความน่าเชื่อถือเนื่องจากการใช้กันแพร่หลาย ซึ่งจากการศึกษาของสมมติ อนันต์ปฏิเวธ และคณะ (2554) พบว่าแบบสอบถามได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอบบาคเท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงจริยธรรมการวิจัยแก่ผู้ตอบแบบสอบถามจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้พร้อมวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเองและให้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 30 – 45 นาที ก่อนเก็บคืน สำหรับผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่เข้าใจภาษาไทย ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้เลือกตอบตามความคิดเห็นและพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ จากนั้นนำมาแบบสอบถามตรวจสอบความสมบูรณ์พบว่า ได้รับแบบสอบถามคืนมา 122 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความเครียด ความกังวล ความเศร้า ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังใหญ่ อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent T-Test ทั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov-Smirnov, Sig=0.20)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.74 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.02 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.26 ระดับการศึกษาจะอยู่ในช่วงมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.38 และส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพรับจ้าง/เกษตรกร ร้อยละ 54.10 ดังแสดงในตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=122)

ข้อมูลทั่วไป	ขณะป่วยและหลังป่วยโรคโควิด-19	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ อายุเฉลี่ย 52.02 ปี (S.D.= 15.90)		
ชาย	54	44.26
หญิง	68	55.74
ศาสนา		
พุทธ	115	94.26
อิสลาม	7	5.74
อาชีพ		
รับจ้าง/เกษตรกร	66	54.10
ค้าขาย	12	9.84
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	7.38
อาชีพอิสระ	15	12.30
อื่น ๆ ระบุ	20	16.39
การศึกษา		
ประถมศึกษา	8	6.55
มัธยมศึกษา	70	57.38
ต่ำกว่าปริญญาตรี	25	20.49
ปริญญาตรี	19	15.57

2. เปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย

พบว่าหลังจากป่วยด้วยโรคโควิด-19 ผู้ป่วยมีความเครียด ความกังวล ความเศร้าทั้งรายข้อและภาพรวม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเครียด ความกังวล ความเศร้าของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระหว่างขณะป่วยและหลังป่วย (n=122)

ความเครียด ความกังวล ความเศร้า	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความยากที่จะผ่อนคลายอารมณ์	2.15	0.60	1.51	0.53	9.15	121	<0.001*
มีอาการปากแห้ง	1.99	0.35	1.03	0.36	20.35	121	<0.001*
รู้สึกไม่ดีขึ้นเลย	2.11	0.88	1.00	0.41	12.89	121	<0.001*
มีอาการหายใจลำบาก (เช่น มีอาการหายใจเร็วขึ้น ผิดปกติ มีอาการหายใจไม่ออก แม้ว่าจะไม่ได้ออกกำลังกาย)	2.15	0.44	1.25	0.65	11.62	121	<0.001*
ทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ค่อนข้างลำบาก	2.34	0.65	1.60	0.66	10.59	121	<0.001*
เริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป	1.69	0.64	0.86	0.47	11.43	121	<0.001*

ความเครียด ความกังวล ความเศร้า	ก่อน		หลัง		t	df	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
มีอาการสั่น (เช่น ที่มือทั้งสองข้าง)	1.98	0.36	0.36	0.50	27.87	121	<0.001*
มีวิตกกังวลมาก	1.79	0.68	0.57	0.56	19.65	121	<0.001*
รู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้รู้สึกตื่น กลัวและกระทำสิ่งใดโดยมิได้คิด	2.02	0.36	0.52	0.53	26.02	121	<0.001*
รู้สึกว่าตนเองไม่มีความหมาย	2.27	0.62	0.88	0.38	23.68	121	<0.001*
มีอาการความกระวนกระวายใจ	2.02	0.39	0.29	0.52	31.65	121	<0.001*
รู้สึกไม่ผ่อนคลาย	2.31	0.56	0.56	0.56	33.43	121	<0.001*
รู้สึกจิตใจหงายหงายและเศร้าซึม	1.92	0.57	0.58	0.54	19.80	121	<0.001*
ทนไม่ได้กับภาวะใดก็ตามที่ทำให้ไม่สามารถ ทำอะไรต่อจากที่กระทำอยู่	1.36	0.62	0.85	0.92	4.97	121	<0.001*
รู้สึกมีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก	2.07	0.40	0.89	0.45	22.66	121	<0.001*
ไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด	1.98	0.36	0.25	0.52	31.26	121	<0.001*
รู้สึกเป็นคนไม่มีค่า	2.03	0.89	0.67	0.61	20.33	121	<0.001*
รู้สึกว่าค่อนข้างมีอาการเหนื่อยง่าย	2.04	0.41	0.86	0.41	20.69	121	<0.001*
รับรู้ถึงการทำงานของหัวใจของในตอนที่ไม่ ออกแรง (เช่น รู้สึกถึงการเต้นของ หัวใจเพิ่มขึ้น การหยุดเต้นของหัวใจ)	1.99	0.42	0.85	0.48	25.87	121	<0.001*
รู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลใด ๆ	1.66	0.62	0.93	0.41	10.90	121	<0.001*
รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย	1.67	0.69	0.47	0.55	9.15	121	<0.001*
ภาพรวม	1.98	0.23	0.79	0.22	47.88	121	<0.001*

*p-value <0.05

อภิปรายผล

ผลวิจัยพบว่าหลังจากป่วยด้วยโรคโควิด-19 ผู้ป่วยมีความเครียด ความกังวล ความเศร้าทั้งรายข้อและภาพรวม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องจากผลการประเมินของผู้ป่วยโรคโควิด-19 เมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตขณะป่วยและหลังป่วย พบว่าหลังป่วยจากโรคโควิด-19 ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับภาวะสุขภาพจิตขณะป่วย อาจเป็นเพราะบริบทในการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น เนื่องจากในระหว่างขณะป่วย ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่มีค่าสูงเพราะมีการรักษาตัวแบบจำเพาะตามหลักเกณฑ์รักษาของโรค เช่น เรื่องของการทำงาน การงดออกไปพบปะผู้คน การต้องแยกห่างจากครอบครัว ทำให้เกิดความอดทนอดกลั้นทางอารมณ์ต่ำ แสดงอารมณ์ที่รุนแรงและไม่พึงประสงค์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และการที่ภาวะสุขภาพจิตหลังป่วยของผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดีนั้น ได้รับปัจจัยที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิตมาอย่างต่อเนื่องทั้งจากครอบครัว ชุมชนและสังคม รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งใหญ่มีการติดตามให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด สร้างความสบายใจให้แก่ผู้ป่วยในขณะที่ป่วยและหลังป่วยได้ดีมากขึ้น เมื่อนำแบบสอบถามรายข้อมาเปรียบเทียบ พบว่าข้าพเจ้ารู้สึกไม่ผ่อนคลาย (ข้อที่ 12) จากค่าเฉลี่ยรวมจากแบบสอบถามขณะป่วย เท่ากับ 2.31 กับค่าเฉลี่ยรวม

จากแบบสอบถามหลังป่วย เท่ากับ 0.56 เมื่อเปรียบเทียบกับมีค่าลดลง เท่ากับ 1.75 เห็นได้ว่าหลังป่วยผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นทำให้คุณภาพทางอารมณ์เป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น สามารถออกไปใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association, 2010) ได้ให้ข้อคิดว่าประสบการณ์ที่ได้รับในอดีตและแหล่งต่าง ๆ ที่ช่วยให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ที่จะมีความเข้มแข็งในตนเองจะเป็นสิ่งที่ช่วยสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีความสำคัญของคุณโดยบุคคลอาจมีการสำรวจคำตอบที่ได้จากการตั้งคำถามที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นการช่วยให้บุคคลมีจิตใจที่มุ่งเน้นไม่ทอดทิ้งเมื่อพบกับความยากลำบาก สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตผ่านกระบวนการจัดการอารมณ์ การคิดบวก การได้รับกำลังใจ สามารถช่วยเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตในทุกด้านได้ ดังนั้นการประเมินวัดสุขภาพจิตของผู้ป่วยถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจจะส่งผลต่อการรักษาโรคต่าง ๆ ให้ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีระดับภาวะสุขภาพจิตสูงเมื่อเทียบระหว่างขณะป่วย ควรจัดกิจกรรมที่ผ่อนคลายเพื่อคลายความเครียด ส่งเสริมให้ออกกำลังกาย การติดตามผู้ป่วยรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น
2. สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีภาวะสุขภาพจิตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรจัดกิจกรรมการออกกำลังกายและการส่งเสริมบริหารสุขภาพจิต เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพจิตที่สูง จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการฝึกฝนสมาธิ บริหารจิตใจให้สงบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมให้เข้ารับการรักษาดูแลภาวะสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง พัฒนากิจกรรมแนะนำแนวทางการป้องกันโรค

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). *สุขภาพจิตกับโควิด-19*. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2565 จาก <https://dmh.go.th/covid19>.
- ดาร์ตัน พิมพ์ดีด, ณีฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง, สุนละมัย ทาคาใจ, ประกายดาว โนมโสภา และพรดุสิต คำมีสินนท์. (2565). การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36, 22-48.
- ปณิดา บุญพาณิชย์, รัชมน กัลยาศิริ และณภัทรวรรต บัวทอง. (2559). ภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน ในประเทศไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 62(6), 1023-1035.
- พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, และสุทธา สุปัญญา. (2559). สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556: วิธีการและกระบวนการ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 1-14.

- สมดี อนันต์ปฏิเวธ และคณะ. (2554). การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 38-51.
- อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียต ปัญโญใหญ่, และสุจริต สุวรรณชีพ. (2554). ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46, 227-232.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Roy, C., Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model 2nd ed.* Stamford (CT): Appleton & ange; 1999.