

ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าช่วงหลังการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

Depression and Suicide Associated Depressive Symptoms during post-coronavirus 2019 Outbreak in Psychiatric Outpatient Clinic of King Narai Maharaj Hospital, Lopburi.

ชานนท์ ศิริกุล, พ.บ.

Chanon Sirikul, M.D.

Abstract

Objective: Depression and suicide-associated depressive symptoms during the post-coronavirus 2019 have remarkably increased in the psychiatric outpatient clinic of King Narai Maharaj Hospital, Lopburi.

Method: This was a cross-sectional descriptive study. Participants were interviewed using the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D-7) questionnaire from March to June 2023. All statistical analyses were conducted using descriptive statistics and logistic regression.

Results: One hundred forty-one eligible participants were recruited. 85.1% experienced depression, and most of them (82.3%) had mild-to-moderate depression. 84.4% were female. Participants aged between 25 and 60 years were 62.4%. Participants with an education level below high school were 42.4%. Nearly half of them (41.1%) were single. 55.3% had

an income lower than 15,000 baht per month. 51.2% had no underlying diseases. 59.6% had previous psychiatric treatment. 72.3% were quarantined while having covid infection. 48.3% experienced the adverse impact of the COVID-19 pandemic on employment. Applying logistic regression to depressive symptoms and suicide found that the feelings of guilt, the physical symptoms, the depressed mood, the psychological anxiety, the energy level, and the work and activities of daily living significantly increased suicidal risk.

Conclusions: After the emergence of COVID-19, mental health problems, including depression, stress, and anxiety, have surged and can lead to suicidal risk.

Keywords: Depression, Suicide, Coronavirus 2019 (COVID-19), Prevalence, Risk factor

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าช่วงหลังการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการจากการประเมินภาวะซึมเศร้าช่วงหลังการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กับปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบพรรณนาภาคตัดขวาง สัมภาษณ์และประเมินกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D-7) ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก

วันที่รับ (received) 2 พฤศจิกายน 2566

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ธันวาคม 2566

วันที่ตอบรับ (accepted) 20 ธันวาคม 2566

Published online ahead of print 18 เมษายน 2567

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
Psychiatric outpatients clinic King Narai Maharaj Hospital Lopburi

Corresponding Author: Chanon Sirikul

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
Email: chanonsirikul@gmail.com

doi:

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 141 คน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.1 ส่วนใหญ่เป็นระดับเล็กน้อย-ปานกลาง (ร้อยละ 82.3) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.4) อายุ 25-60 ปี (ร้อยละ 62.4) ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 42.4) สถานภาพโสด (ร้อยละ 41.1) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 55.3) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.2) เคยมีประวัติการรักษาทางจิตเวช (ร้อยละ 59.6) เคยกักตัวเนื่องจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 72.3) และได้รับผลกระทบจากการจ้างงานช่วงโรคระบาด (ร้อยละ 48.3) ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ด้านความรู้สึกลด อารมณ์ทางกาย อารมณ์ซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการหมดเรี่ยวแรงในการใช้ชีวิต อาการหมดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน

สรุป: ภาวะหลังโรคระบาดจะพบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวลได้เป็นจำนวนมาก และเป็นปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตายความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้

คำสำคัญ: ซึมเศร้า, ฆ่าตัวตาย, ไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19), ความชุก, ปัจจัยเสี่ยง

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากประมาณร้อยละ 3.8 ของประชากรโลก เป็นภาวะสุขภาพที่ร้ายแรงอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้สูงถึง 700,000 รายทุกปี จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยพบผู้ป่วยซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านราย และนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จปีละ 4,000 ราย และพยายามฆ่าตัวตายปีละ 53,000 ราย ทั้งนี้ มีเพียง 28 รายจากผู้ป่วย 100 รายเท่านั้นที่เข้าถึงการรักษา¹⁻² จากข้อมูลการรายงานของจังหวัดลพบุรีปี พ.ศ. 2565 พบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 14,853 ราย คิดเป็นความชุกประมาณร้อยละ 2.4 ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 (ไตรมาสที่ 1) เป็น 6.07 (45 ราย) และ 1.21 (9 ราย) ตามลำดับ³ ข้อมูลการรายงานของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 เป็นจำนวน 12,004 ราย, 13,564 ราย และ 14,497 ราย ตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 (ไตรมาสที่ 1) โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการวินิจฉัยและรักษาจำนวน 1,038 ราย มีการคัดกรอง โรคซึมเศร้าในคลินิกโรคเรื้อรังด้วยแบบประเมินซึมเศร้า/ฆ่า ตัวตาย 2Q, 9Q, 8Q เพิ่มขึ้นและมีการค้นหาคัดกรองจาก Mental health check in ของกรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินงานค้นหาโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บุคลากรทางการแพทย์ ประชาชน และติดตามการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากร

แสนคนในปี พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564, พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 (ไตรมาสที่ 1) เป็น 4.1 (10 ราย), 2.5 (6 ราย), 6.6 (16 ราย) และ 1.2 (3 ราย) ตามลำดับ จากข้อมูลปี พ.ศ. 2565 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่อำเภอเมืองลพบุรีเพิ่มมากขึ้นจากเดิม มีจำนวน 16 ราย คิดเป็นอัตรา 6.6 ต่อประชากรแสนคน พบอยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 62.5 มีปัจจัยเสี่ยงเป็นโรคเรื้อรังทางกาย (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) และโรคทางจิตเวช ส่วนปัจจัยกระตุ้นเป็นเรื่องปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาเศรษฐกิจและสังคม คิดเป็นร้อยละ 43.8

ในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อไปทั่วโลกทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจ วิกฤตการณ์ด้านอาหาร การท่องเที่ยว สภาพสังคม ปัญหาด้านสาธารณสุข นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วยทางสภาพร่างกายแล้ว ซึ่งพบปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น เกิดเป็นผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว ซึ่งความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกในช่วงการแพร่ระบาดสูงถึงร้อยละ 48.3 และเพิ่มขึ้นจากก่อนการแพร่ระบาดร้อยละ 28-45 พบอาการทางจิตประสาทที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบได้หลากหลายปัจจัยพยาธิสภาพ ซึ่งภายหลังการติดเชื้อจะพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลได้มากถึงร้อยละ 25 ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงที่มีการติดเชื้อและช่วงที่มีผลกระทบจากการติดเชื้อที่เรา นิยามว่าเป็น Long Covid หรือ Post Covid ทั้งนี้ความชุกมีการแปรผันขึ้นกับชนิดสายพันธุ์ของไวรัส ความรุนแรงของไวรัส (Viral variance) ปัจจัยความเครียด การรับรู้ต่อความเครียด เช่น อิทธิพลของสื่อ ปัจจัยทางเศรษฐกิจสถานะ เพศ อายุ ความรุนแรงขณะที่มีการติดเชื้อและปัจจัยอื่นๆ^{4,6-7} อาการที่จะมีตลอดการติดเชื้อที่พบมากจะเป็นอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยกลุ่มอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ความอ่อนล้า อาการทางระบบหายใจ ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาเฉพาะเจาะจง มีแต่การรักษาประคับประคองตั้งแต่ช่วงที่มีการติดเชื้อจะเป็นประโยชน์มาก และการให้ยาจะให้เมื่อจำเป็นในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง⁷⁻⁸

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศยกเลิกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรคติดต่ออันตราย แล้วกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา เนื่องจากสถานการณ์การระบาดทั่วโลกมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง การแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคในประเทศมีแนวโน้มลดลง แต่ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งโรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาว เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ดังนั้น การป้องกันความรุนแรงของโรคและยับยั้งการฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญ² การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ขั้นต้นเป็นหนึ่งในแนวทาง

การป้องกันความรุนแรงของโรคโดยใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้ Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D-7) เป็นหนึ่งในเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่นิยมใช้มากที่สุดในทางคลินิกเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและติดตามผลการรักษา เนื่องจากมีวิธีการตรวจมาตรฐานที่มีความน่าเชื่อถือสูงจากการทดสอบทางสถิติ มีความแม่นยำ มีความเชื่อมั่นได้ สามารถจำแนกระหว่างผู้ที่มีอาการและไม่มีอาการได้ดี มีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงอาการ รวมทั้งมีจำนวนข้อคำถามไม่มากและใช้เวลาในการประเมินไม่นาน⁹⁻¹⁰

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าช่วงหลังการระบาดการของไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการจากการประเมินภาวะซึมเศร้าช่วงหลังการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กับปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตายความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2566 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ KNH 06/2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยชาวไทยที่มาตรวจประเมินภาวะซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด ในจังหวัดลพบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยชาวไทยที่มาตรวจประเมินภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาตรวจประเมินภาวะซึมเศร้ามีอายุตั้งแต่ 15-70 ปี สามารถอ่านและสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือพหุปัญญาอันเป็นอุปสรรคต่อการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น ปัญหาทางประสาทการรับรู้ ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยทางอายุรกรรมที่ส่งผลต่ออาการทางจิตประสาท ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม Schizophrenia spectrum disorder, Obsessive compulsive disorder, Dissociative disorder, Psychosomatic disorder, Feeding and eating disorder, Substance use disorder และผู้ป่วยพหุปัญญาเสื่อมและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel¹¹ กำหนดความชุกที่สนใจเป็น 0.05 กำหนดสัดส่วนของความคลาดเคลื่อน

ที่ผู้วิจัยยอมให้เกิดขึ้นได้เป็น 0.05 และค่าระดับความมั่นใจที่ 95% เป็น 1.96 ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้ โดยในงานวิจัยนี้จะเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 141 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะพื้นฐานทางประชากร ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, รายได้, โรคประจำตัว, ปัจจัยความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัส, การกักตัวเนื่องจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การจ้างงาน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (HAM-D-7 ฉบับภาษาไทย) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood), ความรู้สึกผิด (Feelings of guilt), ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน (Work and activities of daily living), อาการวิตกกังวล (Psychological anxiety), อาการทางกาย (Physical symptoms), เรี่ยวแรงในการใช้ชีวิต (Energy level), การฆ่าตัวตาย (Suicide) เกณฑ์คะแนน 0-3 ระดับปกติ (Normal), คะแนน 4-11 ระดับเล็กน้อย (Mild depression), คะแนน 12-19 ระดับปานกลาง (Moderate depression), คะแนน >20 ระดับรุนแรง (Severe depression) ในหัวข้อการฆ่าตัวตาย (Suicide) เกณฑ์คะแนน 0 ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย, คะแนน 1-4 มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ทำโครงร่างวิจัยเพื่อนำเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล จากนั้นจิตแพทย์เป็นผู้สัมภาษณ์ (Structure interview) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมิน HAM-D-7 ฉบับภาษาไทย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 5-10 นาที ในห้องที่มิดชิดและเป็นส่วนตัว

วิเคราะห์ข้อมูลสถิติด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 26.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความถี่และร้อยละ สถิติ Logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยพยากรณ์ปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตายความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 141 คน มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 85.1 ส่วนใหญ่เป็นระดับเล็กน้อย-ปานกลาง (ร้อยละ 82.3) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.4) อายุระหว่าง 25-60 ปี (ร้อยละ 62.4) ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 42.4) สถานภาพโสด (ร้อยละ 41.1) รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 55.3) ไม่มี

โรคประจำตัว (ร้อยละ 51.2) เคยมีประวัติการรักษาทางจิตเวช (ร้อยละ 59.6) เคยกักตัวเนื่องจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 72.3) และได้รับผลกระทบจากการจ้างงานช่วงโรคระบาด

(ร้อยละ 48.3) มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 85.1 ส่วนใหญ่เป็นระดับเล็กน้อย-ปานกลาง (ร้อยละ 82.3) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย		ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า				รวม จำนวน (ร้อยละ)
		ปกติ	น้อยกว่า	ปานกลาง	รุนแรง	
เพศ	ชาย	3 (2.1)	13 (9.2)	6 (4.3)	0 (0.0)	22 (15.6)
	หญิง	18 (12.8)	45 (31.9)	52 (36.9)	4 (2.8)	119 (84.4)
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 25	0 (0.0)	8 (5.7)	15 (10.6)	1 (0.7)	24 (17.0)
	25 – 60 ปี	12 (8.5)	39 (27.8)	34 (24.0)	3 (2.1)	88 (62.4)
	มากกว่า 60	9 (6.4)	11 (7.8)	9 (6.4)	0 (0.0)	29 (20.6)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าม.6	6 (4.3)	25 (17.5)	28 (19.9)	1 (0.7)	60 (42.4)
	ม.6 - ป.ตรี	9 (6.4)	26 (18.4)	24 (17.0)	3 (2.1)	62 (43.9)
	สูงกว่าป.ตรี	6 (4.3)	7 (5.1)	6 (4.3)	0 (0.0)	19 (13.7)
สถานภาพ	โสด	6 (4.3)	24 (17.0)	27 (19.1)	1 (0.7)	58 (41.1)
	สมรส	5 (3.5)	19 (13.6)	17 (12.1)	3 (2.1)	44 (31.3)
	หม้าย/หย่าร้าง	10 (7.1)	15 (10.6)	14 (9.9)	0 (0.0)	39 (27.6)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	น้อยกว่า 15,000	7 (5.1)	35 (24.8)	34 (24.0)	2 (1.4)	78 (55.3)
	15,000 - 60,000	11 (7.9)	20 (14.2)	20 (14.2)	2 (1.4)	53 (37.7)
	มากกว่า 60,000	3 (2.1)	3 (2.1)	4 (2.8)	0 (0.0)	10 (7.0)
โรคประจำตัว	มี หรือกลุ่ม 608	14 (9.9)	26 (18.4)	26 (18.4)	3 (2.1)	69 (48.8)
	ไม่มี	7 (5.1)	32 (22.7)	32 (22.7)	1 (0.7)	72 (51.2)
ประวัติการรักษาทางจิตเวช	มี	15 (10.6)	35 (24.8)	31 (22.1)	3 (2.1)	84 (59.6)
	ไม่เคยมี	6 (4.3)	23 (16.3)	27 (19.1)	1 (0.7)	57 (40.4)
ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	เคยติดและมีอาการนานกว่า 2 สัปดาห์	9 (6.4)	13 (9.2)	10 (7.1)	0 (0.0)	32 (22.7)
	ไม่เคยติดหรืออาการเล็กน้อย	12 (8.5)	45 (31.9)	48 (34.1)	4 (2.8)	109 (77.3)
	การกักตัวเนื่องจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	เคยกักตัว	20 (14.2)	42 (29.8)	37 (26.2)	3 (2.1)
ผลกระทบการจ้างงานช่วงโรคระบาด	ไม่เคยกักตัว	1 (0.7)	16 (11.4)	21 (14.9)	1 (0.7)	39 (27.7)
	ได้รับผลกระทบ	6 (4.3)	29 (20.6)	32 (22.7)	1 (0.7)	68 (48.3)
	ไม่ได้รับผลกระทบ	15 (10.6)	29 (20.6)	26 (18.4)	3 (2.1)	73 (51.7)

หากวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยใช้ Logistic Regression เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ในแบบประเมิน HAM-D-7 กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย พบว่าปัจจัยด้านความรู้สึกผิด (Feelings of guilt) เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 4.64 เท่า (p -value<0.01) รองลงมาเป็นปัจจัยด้านอาการทางกาย (Physical symptoms) เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 3.17 เท่า (p -value<0.01) ปัจจัยด้านอารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood) เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้

2.89 เท่า (p -value<0.01) ปัจจัยด้านอาการวิตกกังวล (Psychological anxiety) เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 2.80 เท่า (p -value<0.01) ปัจจัยด้านอาการหมดเรี่ยวแรงในการใช้ชีวิต (Energy level) เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 2.48 เท่า (p -value<0.01) ปัจจัยด้านอาการหมดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน (Work and activities of daily living) เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 2.03 เท่า (p -value<0.01) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอาการแต่ละอาการจากการประเมิน HAM-D-7 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	OR	95%CI	p-value
อารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood)	2.89	1.87-4.48	<0.01
ความรู้สึกผิด (Feelings of guilt)	4.64	2.32-9.93	<0.01
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน (Work and activities of daily living)	2.03	1.42-2.90	<0.01
อาการวิตกกังวล (Psychological anxiety)	2.80	1.73-0.45	<0.01
อาการทางกาย (Physical symptoms)	3.17	1.99-5.05	<0.01
เรี่ยวแรงในการใช้ชีวิต (Energy level)	2.48	1.46-4.21	<0.01

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอาการร่วมกันในแบบประเมิน HAM-D-7 กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ ด้วยวิธี Backward Likelihood Ratio พบว่า ปัจจัยด้านอารมณ์ซึมเศร้าเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 2.36 เท่า

เมื่อเทียบกับไม่มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.01) ปัจจัยด้านความรู้สึกผิดเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 3.69 เท่าเมื่อเทียบกับไม่มีความรู้สึกผิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.01) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอาการร่วมกันจากการประเมิน HAM-D-7 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	OR	95%CI	p-value
อารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood)	2.36	1.44-3.89	<0.01
ความรู้สึกผิด (Feelings of guilt)	3.69	1.81-7.51	<0.01

วิจารณ์

ความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 48.3 โดยในอดีตพบว่าอัตราภาวะซึมเศร้าของประชากรระหว่างการระบาดของ Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) และ Ebola เป็นร้อยละ 3 และร้อยละ 73.112 จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มาตรวจประเมินภาวะซึมเศร้าหลังการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เป็นผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 85.1 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรุนแรงเล็กน้อย-ปานกลาง (ร้อยละ 82.3) ระดับรุนแรง (ร้อยละ 2.8) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาในปากีสถานที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 63.9¹⁵ ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพโสด รายได้น้อย มีประวัติการรักษาทงจิตเวช เคยกักตัวและได้รับผลกระทบจากการจ้างงานช่วงโรคระบาด สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การว่างงานและความสูญเสียรายได้มีส่วนทำให้เกิดอาการซึมเศร้าสูงขึ้น¹⁴⁻¹⁵ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาเป็นการเก็บข้อมูล

ที่คลินิกเฉพาะทางจิตเวช อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพโสด การศึกษาไม่สูง รายได้น้อย ซึ่งมีแนวโน้มทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นได้ในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 จะพบอาการทางจิตประสาทที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับการติดเชื้อ ซึ่งพบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลได้มากถึงร้อยละ 25 ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในช่วงที่มีการติดเชื้อและช่วงที่เป็น Long Covid หรือ Post Covid^{4,6-7} แต่ในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยติดเชื้อและมีอาการนานกว่า 2 สัปดาห์มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยติดเชื้อหรือเคยติดเชื้อแต่มีอาการเล็กน้อย อาจมีสาเหตุจากประชาชนมีการให้ความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ยอดการติดเชื้อลดลง ยอดเสียชีวิตลดลง สถานการณ์การแพร่ระบาดดีขึ้น จึงอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าลดลง หากวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยใช้ Logistic Regression จะพบว่าปัจจัยด้านความรู้สึกผิดเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 4.64 เท่า (p -value<0.01) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกผิดต่อการสูญเสีย พบว่าความรู้สึกผิดเป็นตัวแทนของโครงสร้างหลายมิติที่มีองค์ประกอบหลัก 2 ส่วน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจที่ก่อให้เกิดความรู้สึกผิดและแง่มุมทางอารมณ์ของ

ความรู้สึกลึกซึ้ง ซึ่งสามารถมองได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเสียใจ ซึมเศร้าและสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย¹⁶ รองลงมาเป็นปัจจัยด้านอาการทางกายเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 3.17 เท่า (p -value<0.01) เมื่ออาการทางร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพร่างกายที่เจ็บปวด มาพร้อมกับอาการทางจิตเวชและพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้าที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรม ระยะเวลาของการเจ็บป่วยอาจรุนแรงขึ้น บ่งชี้ถึงความเสี่ยงสูงของการกำเริบของโรคในระยะแรก ความเรื้อรังและการฆ่าตัวตาย¹⁷⁻¹⁸ ปัจจัยด้านอารมณ์ซึมเศร้าเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 2.89 เท่า (p -value<0.01) อีกทั้งพบว่าอารมณ์ซึมเศร้าและความรู้สึกลึกซึ้งจะเป็นปัจจัยร่วมกันที่ทำให้เกิดความเสียหายในการฆ่าตัวตายได้ 2.36-3.69 เท่าเมื่อเทียบกับไม่มีอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.01) ปัจจัยด้านอาการวิตกกังวล เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 2.80 เท่า (p -value<0.01) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้นำไปสู่ความรู้สึกลึกซึ้ง ความเหงา ความกลัว ความไม่แน่นอน ผลกระทบทางเศรษฐกิจ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงทางอารมณ์ ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัวความผิดปกติทางจิตที่มีอยู่ก่อนแล้วและการใช้สารเสพติด และความเปราะบางทางจิตสังคม ส่งผลเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย¹⁹ ปัจจัยด้านอาการหมดเรี่ยวแรงในการใช้ชีวิตเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 2.48 เท่า (p -value<0.01) เมื่ออาการทางร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพร่างกายที่เจ็บป่วยพร้อมกับอาการทางจิตเวชและพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้าที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรมผ่านกระบวนการอักเสบและผ่านกระบวนการอักเสบและความผันผวนของระบบภูมิคุ้มกัน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยอาจรุนแรงขึ้น บ่งชี้ถึงความเสี่ยงสูงของการกำเริบของโรคในระยะแรก เจ็บป่วยเรื้อรังและการฆ่าตัวตาย¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและอาการทางกายสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย²⁰ ส่วนปัจจัยด้านอาการหมดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงานอาจไม่ได้เป็นตัวทำนายการฆ่าตัวตายได้ดีเท่ากับความรู้สึกลึกซึ้ง การฆ่าตัวตายในทางจิตเวชครอบคลุมถึง การคิดอยากฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในการงานวิจัยนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายประกอบด้วย 1) ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม เช่น การเป็นโสดและการหย่าร้างเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงผู้ที่มีสถานะภาพสมรสหากมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือมีความผูกพันกับสังคมรอบตัวน้อยจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเช่นเดียวกัน 2) โรคทางจิตเวช โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ โรคซึมเศร้า หรือการใช้แอลกอฮอล์ โดยเฉพาะภาวะติดสุราหรือสารเสพติด 3) ลักษณะปัญหาทางจิตใจ พบว่าผู้ที่มีลักษณะ

ซึมเศร้า ท้อแท้มาก หดหวัง และมีอาการวิตกกังวลรุนแรง 4) การมีประวัติ การฆ่าตัวตายจะมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน 5) ความเจ็บป่วยทางกาย พบว่าผลกระทบจากการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้¹⁹

ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายมีหลายเหตุปัจจัยซับซ้อน ต้องมีการศึกษาวิจัยโดยเน้นถึงปัจจัยจิตสังคมและบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงหลังภาวะโรคระบาดเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต (Major life change) ของทุกคน เพราะมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหลายประการ ผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มเปราะบางอาจปรับตัวไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมในวงกว้างเพื่อหาปัจจัยกระตุ้นความเจ็บป่วยทางจิต แต่เดิมการแพทย์มองเรื่องโรคและการรักษาโรคเป็นสำคัญ งานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าอาจต้องขยายมุมมองกว้างกว่ามุมมองทางการแพทย์เท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

1. นำไปต่อยอดพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพและป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าช่วงหลังการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคระบาดอุบัติใหม่ในอนาคต โดยนำองค์ความรู้นี้ไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นแม่ข่ายในการพัฒนาระบบการดูแลรับผู้ป่วย Admit ในโรงพยาบาล นำระบบบริการการแพทย์ทางไกลมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ สถานสงเคราะห์ บ้านพักคนชรา พัฒนาระบบบริการติดตาม ผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องในชุมชน การเสริมสร้างความรู้ให้แก่ประชาชนเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการเฝ้าระวังจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย การสร้างความร่วมมือจากญาติและชุมชน โดยมีเครือข่ายภาคสังคมเข้ามีส่วนร่วม

2. บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ควรมีการคัดกรองประเมินภาวะซึมเศร้าในพื้นที่เป็นประจำ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตาย และควรมีนักจิตบำบัดเข้าไปให้ความช่วยเหลือร่วมด้วยโดยมุ่งเน้นในกลุ่มอารมณ์ซึมเศร้า มีความรู้สึกลึกซึ้ง หรือมีอาการทางกาย รวมทั้งอาจต้องคำนึงถึงผู้สูญเสียหน้าที่การงานโดยเฉพาะในกลุ่มเศรษฐฐานะปานกลาง-ต่ำ ด้วย ในกรณีการเลิกจ้างงาน ควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือหากมีความเสี่ยง

3. นอกจากปัจจัยด้านอาการของภาวะซึมเศร้าแล้ว ควรวางแผนเพื่อขยายการศึกษานี้ด้วยการหาความสัมพันธ์ของความเสียหายการฆ่าตัวตายนับปัจจัยด้านจิตสังคมอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง, ผู้ป่วย

จิตเวชจากสุราหรือสารเสพติด, ผู้ป่วยยาเสพติดระยะฟื้นฟู เป็นต้น เพื่อการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง ป้องกันและลดการกลับเป็นซ้ำ

4. การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการศึกษาในระยะยาวอาจช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตโรคระบาดต่อไปได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ เป็นงานวิจัยภาคตัดขวางจึงไม่สามารถระบุได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่พบเป็นผลจากการเผชิญสถานการณ์โรคระบาดจากไวรัสโคโรนา 2019 หรือเป็นภาวะที่มีอยู่ก่อนแล้ว การศึกษานี้จำกัดเฉพาะในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี จึงไม่สามารถ Generalize ผลการศึกษานี้ได้ อีกทั้งในการประเมิน HAM-D-7 จิตแพทย์ให้คะแนนแต่ละหัวข้อเป็นคะแนนภาพรวมไม่ได้แยกเป็นแต่ละข้อย่อย จึงไม่สามารถเห็นแนวโน้มในบางปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายมีหลายเหตุปัจจัยซับซ้อน ต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยเน้นถึงปัจจัยจิตสังคมและบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

สรุป

ในภาวะหลังโรคระบาดจะพบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวลได้เป็นจำนวนมาก และเป็นความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ภายใต้อาสาสมัครใจของบุคคลใกล้ชิดและระบบสาธารณสุขที่ดี การป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการตรวจหาความเสี่ยงล่วงหน้าจึงเป็นกลยุทธ์หลักที่ทุกภาคส่วนของสังคมต้องให้ความตระหนักและรับผิดชอบร่วมกันโดยไม่คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม อาชีพ หรือชนชั้น การป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อให้ครอบครัวและระบบการดูแลจำเป็นต้องเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นนั้นจะต้องอาศัยข้อมูลและการวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าช่วงหลังการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป โดยสามารถนำไปต่อยอดพัฒนาแนวทางในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพและป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าช่วงหลังการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคระบาดอุบัติใหม่หรือจัดทำเป็นนโยบายเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Jan 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. กรมสุขภาพจิต. เชื้อ 9 สัญญาณ “ซึมเศร้า” แค่ไหน ถึงเป็น “โรคซึมเศร้า” [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2566].

เข้าถึงได้จาก:<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31458>.

3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/>.
4. Bueno-Notivol J, Gracia-García P, Olaya B, Lasheras I, López-Antón R, Santabárbara J. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *Int J Clin Health Psychol* 2021;21(1):100196.
5. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2021;398(10312) :1700-12.
6. วรินทร์thy สว่างศรี, นันทยุท หะสิตะเวช, ชลธิชา แยมมา, ณัฐปน รัตนตรัย, ดุษฎี จึงศิริกุลวิทย์. ความชุกของการรับรู้ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขต กรุงเทพมหานคร [Prevalence of perceived stress and depression and their associated factors among COVID-19 patients in Bangkok]. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2564;29(2):114-24.
7. Premraj L, Kannapadi NV, Briggs J, Seal SM, Battaglini D, Fanning J, et al. Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: A meta-analysis. *J Neurol Sci* 2022;434:120162.
8. Perlis RH, Ognyanova K, Santillana M, Baum MA, Lazer D, Druckman J, et al. Association of Acute Symptoms of COVID-19 and Symptoms of Depression in Adults. *JAMA Netw Open* 2021;4(3):e213223.
9. อัจฉราพร สิริรัฐวงศ์, รณชัย คงสกนธ์. แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression: การวิเคราะห์การรวมกลุ่ม [Thai Version of Hamilton Rating Scale for Depression: Cluster Analysis]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2544;46(4):311-21.
10. McIntyre RS, Konarski JZ, Mancini DA, Fulton KA, Parikh SV, Grigoriadis S, et al. Measuring the severity of depression and remission in primary care: validation of the HAM-D-7 scale. *CMAJ* 2005;173(11):1327-34.

11. Daniel, WW. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. New York: John Wiley & Sons; 1999.
12. Chew QH, Wei KC, Vasoo S, Chua HC, Sim K. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Med J* 2020;61(7):350-6.
13. Ali M, Jatoi S, Maheshwari SD, Bawany MA, Bukhari D. Depression Among Survivors of Covid-19 Infection and Its Impact on the Quality of Life. *APMC* 2022;16(1):41-4.
14. González ÁAO, García JFC, Sandoval LCP, Cuevas JRT, Ibarra SAH, Sandoval DAC, et al. Depressive symptomatology in adults during the COVID-19 pandemic. *J Investig Med* 2022;70(2):436-45.
15. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(9):3165.
16. Wagner B, Hofmann L, Grafiadeli R. The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *J Clin Psychol* 2021;77(11): 2545-58.
17. Kapfhammer HP. Somatic symptoms in depression. *Dialogues Clin Neurosci* 2022;8(2):227-39.
18. Sher L. Post-COVID syndrome and suicide risk. *QJM* 2021;114(2):95-8.
19. อรพิน ยอดกลาง, มรุรส ทิพยมงคลกุล. โครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Suicide prevention and reduce self harm in Thailand). ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต; 2563.
20. Hong S, Ai M, Xu X, Wang W, Chen J, Zhang Q, et al. Immediate psychological impact on nurses working at 42 government-designated hospitals during COVID-19 outbreak in China: A cross-sectional study. *Nurs Outlook* 2021;69(1):6-12.