



ผลของการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาหาย โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

สุดฤทัย รัตน์โอภาส, เพ็ญพิศ จีระภา
โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

Effect of Mental Health Care for Post-Discharge COVID-19 Patients, Paknam Chumphon Hospital

Soodruetai Ratanaopas, Penpit Jeerapa
Paknam Chumphon Hospital

Received: 24 August 2022 / Revised: 26 September 2022 / Accepted: 6 October 2022

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: อาการที่ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) มักพบภายหลังจากรักษาหายแล้ว ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งต้องมีความทุกข์ทรมานจากโรคในระยะเวลายาวนานจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 ราย ที่มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 ไม่น้อยกว่า 3 เดือน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2565 แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยนำเข้า (situation-input) (2) กระบวนการพัฒนา (development process) โครงการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาหาย และ (3) การประเมินผล (evaluation) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินภาวะหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 มีภาวะหายใจลำบากมากที่สุดคือ เมื่อเดินอย่างเร่งรีบ ร้อยละ 50.0 ขณะออกกำลังกายหนัก ร้อยละ 32.0 และเดินช้ากว่าคนอื่น ร้อยละ 13.6 ตามลำดับ ภาวะอ่อนล้าโดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm SD$) (3.32 ± 1.61) มากที่สุดคืออ่อนล้าบ่อย (3.90 ± 1.84) อาการอ่อนล้ารบกวนการทำงาน (3.51 ± 1.88) และการออกกำลังกายทำให้รู้สึกอ่อนล้า (3.44 ± 1.76) ตามลำดับ โดยรวมมีความเครียดเล็กน้อย (1.32 ± 0.88) มากที่สุดมีความเครียดระดับต่ำร้อยละ 44.4 เครียดปานกลางร้อยละ 40.8 และเครียดมาก ร้อยละ 13.2 ตามลำดับ โดยรวมมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (1.82 ± 1.45) มากที่สุดคือเบื่ออาหาร (1.24 ± 0.93) เหนื่อยง่าย (1.19 ± 0.88) และการนอนหลับยาก (1.08 ± 0.98) ตามลำดับ คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (3.35 ± 0.64) มากที่สุดในด้านสังคม (social) (3.67 ± 0.85) สิ่งแวดล้อม (environment) (3.49 ± 0.77) และจิตใจ (mental) (3.32 ± 0.69) ตามลำดับ

สรุป: ผลของการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาหาย โรงพยาบาลปากน้ำชุมพรครั้งนี้พบว่าโดยรวมมีความเครียดเล็กน้อย ภาวะหายใจลำบากและภาวะอ่อนล้าระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

คำสำคัญ: การดูแลจิตใจ, ผู้ป่วยโรคโควิด-19

Abstract

Background and Objective: Symptoms of COVID-19 patients often found after treatment, the occurrence of symptoms was diverse and may vary from person to person, who had to suffer from the disease during the illness, thus affecting the quality of life continuously for a long time. This study aimed to study the effect of mental health care for post-discharge COVID-19 patients, Paknam Chumphon Hospital.

Methods: This research and development. The studied subjects consisted of 250 people with a history of infection with coronavirus 2019 (Covid-19) more than 3 months, using a stratified sampling. Data were collected during June-August 2022, divided into 3 phases: (1) situation analysis and input, (2) the development process, a mental care project for post-discharge COVID-19 patients and (3) the evaluation of the questionnaire including the dyspnea, fatigue, stress, depression and quality of life. Data were analyzed with descriptive statistics.

Results: post-discharge COVID-19 patients with the most symptoms were dyspnea when walking quickly, 50.0%, strenuous exercise 32.0% and walking slower than others 13.6% respectively. Overall fatigue had a moderate level ($\bar{X} \pm SD$) (3.32±1.61). The most was fatigued. (3.90± 1.84), fatigue interferes with work (3.51±1.88) and exercise causes fatigue (3.44±1.76) respectively. Overall of stress had a low level (1.32±0.88) the most stress 44.4%, moderate stress 40.8% and high stress 13.2%, respectively. Overall of depression had a moderate level (1.82±1.45). The most was anorexia (1.24±0.93), tiredness (1.19±0.88) and insomnia (1.08±0.98) respectively. Overall quality of life had a good level (3.35±0.64). The most was social (3.67±0.85), environment (3.49±0.77), mental (3.32±0.69) respectively.

Conclusion: Effect of mental health care for post-discharge COVID-19 patients after caring at Paknam Chumphon Hospital was found that overall of dyspnea and fatigue had a moderate level and quality of life had a good level.

Keywords: Mental Health Care, COVID-19 Patient

บทนำ

เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบัน พบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโรคโควิด-19 (post COVID syndrome) หรือ ภาวะ long COVID เป็นอาการที่ผู้ป่วยโรคโควิด-19 มักพบภายหลังจากรักษาหายแล้ว ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย ซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน ตลอดจนสุขภาพจิต โดยมักพบมีอาการภายหลังได้รับเชื้อ 4 ถึง 12 สัปดาห์ โดยอาการที่พบสามารถดีขึ้นหรือแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปได้ หรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้ อาการที่พบบ่อย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง พบได้หลายอาการ องค์การอนามัยโลก ระบุว่า เป็นอาการผิดปกติ ที่เกิดขึ้นใหม่หรือต่อเนื่องภายหลังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ส่วนมากตั้งแต่ 3 เดือน นับจากวันตรวจพบเชื้อ และมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน โดยอาการดังกล่าวเกิดขึ้นได้หลายระบบ และอาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยภาวะอื่น ๆ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปของผู้ที่เคยป่วยโควิด-19 ลดลงจากก่อนป่วย โดยอาการที่พบบ่อย 10 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ไอ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ วิดกกังวล เครียด ความจำสั้น เจ็บหน้าอก เป็นต้น ส่วนประวัติอาการที่สงสัยภาวะ long COVID เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ปวดเมื่อย ใจสั่นและหลงลืม เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นอาการที่ยังคงอยู่ หรืออาการที่เกิดขึ้นใหม่ ภายหลังติดเชื้อระยะเวลาตั้งแต่ เริ่มมีอาการจนถึงปัจจุบัน และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน¹

จากการศึกษาพบว่าความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของประชาชนเท่ากับร้อยละ 0.9 และ 1.5 ตามลำดับ และปัจจัยด้านอายุ เพศ อาชีพ โรคประจำตัว และลักษณะการทำงานที่เสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ในขณะที่มีประวัติไปในพื้นที่เสี่ยง การเป็นผู้แยกสังเกตอาการ/ผู้กักกันตัว การเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และการมีญาติเข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค/ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²

ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระยะฟื้นฟู ภาวะอ่อนล้า (fatigue) และอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ขึ้นอยู่กับบุคคล เนื่องจากมีความซับซ้อนหลายมิติ เกี่ยวข้องกับสภาวะการทำงานของร่างกายที่ลดลงและอยู่ในขั้นรุนแรง มีความสัมพันธ์กับพลังงานที่ลดลงทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นบุคคลที่ประสบกับสภาวะนี้จะบอกว่าตนเองมีความรู้สึก อ่อนล้า อ่อนแรง หดแรงแง และขาดชีวิตชีวา รู้สึกเหมือนร่างกายค่อยๆ หดแรงแง ไร้อารมณ์ กระตุ้นและตอบสนองต่อความรู้สึกปวดง่าย ขาดสมาธิและสูญเสียการควบคุม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระยะฟื้นฟู จากการศึกษาที่ผ่านมา

ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่ามีกลไกการเกิดอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระยะฟื้นฟูได้อย่างไร มีเพียงการตั้งสมมติฐานว่าน่าจะเป็นผลมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยเชื่อว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ต่อไปนี้ คือ อ่อนเพลียเรื้อรัง เหนื่อยง่าย ภาวะอ่อนล้า อ่อนแรง^{3,4} หายใจลำบาก หายใจติดขัด หายใจไม่อิ่ม⁵ ปวดศีรษะ สมาธิลดลง ความจำบกพร่อง ไอ เจ็บแน่นหน้าอก ปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ อูจจาระร่วง จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส มีภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด และภาวะวิตกกังวล⁶ ซึ่งอาจจะแสดงอาการให้เห็นหลากหลายด้วยกัน เช่น การหมดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ การขาดพลังกำลัง การเฉื่อยเมย ความเชื่องช้า อาการนอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร ขาดสมาธิ เป็นต้น⁷ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านอาการอ่อนล้าที่คนทั่วไปมองเป็นเรื่องปกติ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถูกปล่อยปละละเลยจนอาการรุนแรงเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า หรือผลกระทบที่รุนแรงอื่นๆ ตามมา

การใช้คุณภาพชีวิตเป็นตัวประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่นิยมประเมินในทางการแพทย์คือ คุณภาพชีวิตเกี่ยวเนื่องมาจากโรคและการรักษา โดยองค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) จะสะท้อนถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษาต่อภาวะสุขภาพและความสุข⁸ จากผลการศึกษา เช่น คุณภาพชีวิตด้านอาการปวดแผลและอาการคันแผลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะนอนไม่หลับ⁹ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกมิติ¹⁰ และระยะ 6 เดือนแรกหลังทำการผ่าตัดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต¹¹ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังโควิด-19 จะไม่กลับมาเป็นปกติระยะ 3 เดือนและอาจได้รับผลกระทบที่ขึ้นอยู่กับอายุ และเพศ¹² และปัญหาการนอนหลังป่วยโควิด-19 มักพบช่วงพักฟื้น และจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต^{12,13}

โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร พบผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงปีงบประมาณ 2562- 2565 จำนวน 76,521, 78,222, 79,881 และ 26,994 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ช่วงปีงบประมาณ 2563 – 2564 จำนวน 7 ราย และ 1,844 ราย ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 7,873 ราย (สะสมถึงวันที่ 30 เมษายน 2565)¹⁴ แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อเนื่องเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ภาวะอ่อนล้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระยะฟื้นฟูหลังรักษาหาย วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการจัดการกับอาการอ่อนล้า รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ่อนล้ากับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลยังมีการศึกษาน้อยมาก และไม่พบว่ามีรายงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ดังนั้น การศึกษาถึงผลของการดูแลสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาหาย โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ความชุกของภาวะหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า ความเครียด ภาวะซึมเศร้า

และคุณภาพชีวิต ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ผลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการจัดบริการผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา สถานที่ทำการวิจัยคือ โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2565 ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคโควิด-19 ขึ้นทะเบียนรับบริการ โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2564-30 เมษายน 2565 และรักษาหายแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 เดือน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย¹⁶ จำนวน 250 ราย สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ยืนยันผลด้วย PCR อ้างอิงจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ที่ไม่อยู่ในช่วงตั้งครุภคณณะติดเชื้อหรือภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา โดยขับเคลื่อนกลไกการจัดการกับปัญหาทางจิตใจในชุมชนในผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาหาย ประยุกต์ใช้เกณฑ์เป้าหมายของกระบวนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยนำเข้า (situation-input) ประกอบด้วย การสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ (systematic review) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence supported phase) ในเดือนมิถุนายน 2565 เพื่อเตรียมการจัดทำโครงการวิจัย ประกอบด้วย ด้านสถานการณ์ สภาพปัญหาด้านการให้บริการ การทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนา (development process) เป็นดำเนินงานตามโครงการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย กระบวนการดำเนินการประยุกต์ใช้อองค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย” ของกรมสุขภาพจิต¹⁷ ปีงบประมาณ 2563-2564 โดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ร่วมกับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดประชุมแบบออนไลน์ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตั้งกลุ่มไลน์ “ชาวปากน้ำช่วยโควิด” เชิญผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (อปภ.) หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบการรับส่งผู้ป่วยโรคโควิด-19 เนื้อหาความรู้ในการแนะนำผู้ป่วยของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เน้นการแก้ปัญหา ระยะสั้นเร่งด่วนก่อนเมื่อผ่านขั้นแรกนี้ไปจะสร้างให้เกิดความเชื่อมั่น เข้าใจปัญหาและผลกระทบจากการป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้ดีขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผล (evaluation) ในการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาหาย โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ครั้งนี้ ที่ได้ดำเนินการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหายมาเป็นระยะเวลา 2 ปี 6 เดือน โดยการศึกษาตัวแปร ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การประเมินภาวะหายใจลำบาก (mMRC dyspnea score) การประเมินอาการอ่อนล้า (fatigue severity score: FFS) การประเมินความเครียด (ST-5) การประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และการประเมินคุณภาพชีวิต 26 ข้อ (QOL: quality of life indicator)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามปรับใช้แบบประเมินที่ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบความเชื่อมั่นจากการศึกษาของนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน จำนวน 60 ข้อ ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไปและภาวะหายใจลำบาก จำนวน 11 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ วันที่รักษาหาย การกลับไปรักษาซ้ำ สุขภาพปัจจุบัน โรคร่วม
- 2) แบบประเมินภาวะหายใจลำบาก ประยุกต์ใช้แบบประเมินภาวะหายใจลำบากขั้นความรุนแรงของอาการเหนื่อยตามเกณฑ์ของ modified medical research council (mMRC dyspnea score)¹⁸ (alpha =0.85) คะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1.0-2.33=ระดับต่ำ, 2.34-4.67=ระดับปานกลาง, 4.68-7=ระดับสูง
- 3) แบบประเมินอาการอ่อนล้า จำนวน 9 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการอ่อนล้า fatigue severity score (FFS)¹⁹ (alpha=0.88 การตอบคะแนน 1 น้อยที่สุด จนถึง คะแนน 7 มีอาการมากที่สุด
- 4) แบบประเมินความเครียด (ST-5) จำนวน 5 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) ที่ทดสอบความสอดคล้องกับผลการประเมินของแบบประเมิน Thai-HADS²⁰ (alpha = 0.89) การตอบแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1 = ระดับอาการเป็นบางครั้ง ถึง 3 = อาการเป็นประจำ การแปลผลค่าคะแนน ดังนี้ 0-4 = ความเครียดน้อย, 5-7 = ความเครียดปานกลาง, 8-9 = ความเครียดมาก, 10-15 = ความเครียดมากที่สุด
- 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) จำนวน 9 ข้อ ประยุกต์จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q)²⁰ (alpha = 0.75) คะแนนการตอบ คือไม่มี (0) ถึงมากกว่า 7 วัน เป็นทุกวัน การแปลผลคะแนนภาวะซึมเศร้าคือ ไม่มี (0-6), ต่ำ (7-12), ปานกลาง (13-18), รุนแรง (≥19 คะแนน)
- 6) แบบประเมินคุณภาพชีวิต 26 ข้อ ประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI)²¹ (alpha 0.84) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้านจำแนก ดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (physical)	7 -16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (mental)	6 -14	15-22	23-30
ด้านสังคม (social)	3 - 7	8 -11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)	8 -18	19-29	30-40
Total	26 -60	61-95	96-130

ทั้งนี้แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผลวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ยคะแนน = 0.90 และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ปรากฏดังนี้ ภาวะหายใจลำบาก (alpha = 0.85), อาการอ่อนล้า (alpha = 0.88), ความเครียด (alpha = 0.89), ภาวะซึมเศร้า (alpha = 0.75) และคุณภาพชีวิต (alpha = 0.84)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ข้อมูลต่อเนื่อง แจกแจงแบบปกติ (normal distribution) โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) วิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) Cronbach's alpha ใช้เกณฑ์ 0.3-0.49 (ความสอดคล้องภายในต่ำ) 0.5-0.69 (ความสอดคล้องภายในปานกลาง) >0.7 (ความสอดคล้องภายในสูง) ในการศึกษาครั้งนี้ความสอดคล้องภายในโดยรวมมีค่า alpha เท่ากับ 0.7 อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จึงนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง แจกจ่ายละเอียดของโครงการและการเก็บข้อมูลเป็นความลับตามหลักจริยธรรมของการทำวิจัยในมนุษย์ โดยขอให้แจ้งยืนยันความยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับนามาบันทึกรูปแบบ excel ผ่านทาง google form ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้นำมาลงรหัสควบคุมคุณภาพของข้อมูล โดยทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เลขที่รับรอง 026/2565 ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยนำเข้า (situation-input)

การสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ (systematic review) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence supported phase) ศึกษาข้อมูลสถานการณ์ เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเดือนมิถุนายน 2565 เพื่อเตรียมการจัดทำโครงร่างการวิจัย ประกอบด้วย ด้านสถานการณ์ สภาพปัญหา

ด้านการให้บริการ การทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้สืบค้นใน web Google ได้ทั้งหมดจำนวน 58 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยภาษาไทย จำนวน 21 เรื่อง งานวิจัยภาษาอังกฤษ จำนวน 20 เรื่อง และตำรา-เอกสารอ้างอิง จำนวน 17 เรื่อง เพื่อนำไปจัดทำกรอบแนวคิดของการวิจัย การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ยืนยันผลด้วย PCR อ้างอิงจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2564 – 30 เมษายน 2565 มาศึกษาจำนวน 30 คน ในเดือนสัปดาห์แรกของเดือนกรกฎาคม 2565 เพื่อสำรวจปัญหาและผลกระทบจากการป่วยโรคโควิด-19 พบว่า ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการอะไรที่อาจส่งผลกระทบต่อเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต เช่น ภาวะเครียด วิตกกังวลและนอนไม่หลับ และภาวะอ่อนล้า เป็นต้น โดยพิจารณาทางเลือกและผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก กำหนดวัตถุประสงค์การแก้ปัญหาสุขภาพจิตตามลำดับความสำคัญ เป็นการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องระยะนี้มีความสำคัญเนื่องจากอาจจะเป็นทางออกที่เหมาะสมหรือเป็นทางเลือกปัจจุบันที่อาจทำให้เกิดปัญหาอื่นตามมาในที่สุด นำไปสู่การประเมินผล

กระบวนการพัฒนา (development process)

เป็นดำเนินงานขับเคลื่อนตามโครงการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาหาย กระบวนการดำเนินการประยุกต์ใช้องค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย” ของกรมสุขภาพจิต¹⁷ โดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ร่วมกับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดประชุมแบบออนไลน์ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ปีงบประมาณ 2563-2564 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตั้งกลุ่มไลน์ “ชาวปากน้ำช่วยโควิด” เชิญผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (อปภ.) หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับระบบการรับส่งผู้ป่วยโรคโควิด-19 เนื้อหาความรู้ในการแนะนำผู้ป่วยโรคโควิด-19 เน้นการแก้ปัญหาระยะสั้นเร่งด่วนก่อนเมื่อผ่านขั้นแรกนี้ไปจะสร้างให้เกิดความเชื่อมั่น เข้าไปปัญหาและผลกระทบจากการป่วยโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น โดยใช้วิธีการง่าย ๆ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การติดตามให้คำแนะนำความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย” การปฏิบัติตนเองช่วยส่งเสริมให้เกิดความหวังและกำลังใจ
2. ทีมให้การช่วยเหลือมีหน้าที่ช่วยให้ผู้ที่มีปัญหา हालมีอยู่ทำได้ตามแนวทางการแนะนำหากยังไม่มั่นใจขาดข้อมูลหรือทักษะที่เกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและอาสาสมัครในพื้นที่ชุมชน ให้ข้อมูลแนะนำแหล่งที่จะหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ฝึกทักษะกำลังใจ
3. ช่วยฝึกซ้อมจนเกิดความพร้อม “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย” ในการปฏิบัติเพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจมากขึ้น

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังโรคโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.0 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 36.0 ($\bar{X} \pm SD$) (46.60 \pm 12.32, ต่ำสุด 18, สูงสุด 82 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.8 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.0 รายได้เฉลี่ย 5,000-9,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.4 (15,167.12 \pm 16,425.83; ต่ำสุด 600, สูงสุด 70,000 บาท) ระยะเวลาหลังป่วย 3 เดือน ร้อยละ 52.9 (5.06 \pm 2.79) การกลับไปรักษาหลังป่วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 16.0 ภาวะสุขภาพปัจจุบันแข็งแรงดี ร้อยละ 77.2 มีโรคร่วมคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองตีบ หัวใจ ร้อยละ 7.3 ยาที่รับประทาน คือ ยาเบาหวาน ยาความดันโลหิตสูง ยาโรคเก๊า ยาลดไขมัน ร้อยละ 7.7

ตารางที่ 1 ผลการประเมินภาวะหายใจลำบากของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=250)

ภาวะหายใจลำบากตามเกณฑ์ mMRC	จำนวน (ร้อยละ)
Grade 0 หายใจหอบขณะออกกำลังกายหนัก	80 (32.0)
Grade 1 หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบ	125 (50.0)
Grade 2 เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่น	34 (13.6)
Grade 3 ต้องหยุดเพื่อหายใจหลังเดิน 100 เมตร	11 (4.4)
Grade 4 หายใจหอบมาก	0 (0.0)
เฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	0.90 \pm 0.79

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการประเมินภาวะหายใจลำบากตามเกณฑ์ประเมิน mMRC (modified British Medical Research Council) มีภาวะหายใจลำบากมากที่สุดคือ mMRC Grade 1 หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบ ร้อยละ 50.0 mMRC Grade 0 หายใจหอบขณะออกกำลังกายอย่างหนัก ร้อยละ 32.0 และ mMRC Grade 2 เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่น ร้อยละ 13.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย Cronbach's Alpha ของแบบประเมิน 4 ด้าน (n=250)

การประเมิน	จำนวนข้อ	$\bar{X} \pm SD$	Cronbach's Alpha
การประเมินภาวะอ่อนล้า (FSS)	9	3.32 \pm 1.61	0.957
การประเมินความเครียด (ST-5)	5	1.06 \pm 0.71	0.845
การประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)	9	0.81 \pm 0.64	0.909
การประเมินคุณภาพชีวิต	26	3.35 \pm 0.64	0.943
รวมทุกด้าน	49	-	0.917

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย Cronbach's Alpha ของแบบประเมิน พบว่าค่าเฉลี่ย Cronbach's alpha ของแบบประเมินอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยแบบประเมินทั้ง 4 ด้าน alpha = 0.91 มากที่สุดคือ ด้านการประเมินภาวะอ่อนล้า (FSS) alpha= 0.95 การประเมินคุณภาพชีวิต alpha = 0.94 และการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) alpha= 0.90 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ผลการประเมินภาวะอ่อนล้าของผู้ป่วยหลังโรคโควิด-19 (n=250)

รายการภาวะอ่อนล้า	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
1. แรงจูงใจลดน้อยลงเวลาเมื่อการอ่อนล้า	3.38 \pm 1.92	ปานกลาง
2. การออกกำลังกายทำให้รู้สึกอ่อนล้า	3.44 \pm 1.76	ปานกลาง
3. รู้สึกอ่อนล้าง่าย	3.90 \pm 1.84	ปานกลาง
4. อาการอ่อนล้ารบกวนการทำงานของร่างกาย	3.51 \pm 1.88	ปานกลาง
5. บ่อยครั้งที่อาการอ่อนล้าเป็นสาเหตุของปัญหาต่างๆ	3.37 \pm 1.90	ปานกลาง
6. อาการอ่อนล้าทำให้ไม่สามารถทำงานได้ทนนาน	3.37 \pm 1.86	ปานกลาง
7. อาการอ่อนล้ารบกวนการทำงานตามหน้าที่	2.96 \pm 1.85	ปานกลาง
8. อาการอ่อนล้าทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้	3.42 \pm 1.96	ปานกลาง
9. อาการอ่อนล้ารบกวนการทำงาน ครอบครัว หรือ การเข้าสังคม	3.31 \pm 1.93	ปานกลาง
รวมทุกข้อ	3.32\pm1.61	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะอ่อนล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm SD$) (3.32 ± 1.61) มากที่สุดคือ รู้สึกอ่อนล้าง่าย (3.90 ± 1.84) อาการอ่อนล้ารบกวนการทำงาน ของร่างกาย (3.51 ± 1.88) และการออกกำลังกายทำให้รู้สึกอ่อนล้า (3.44 ± 1.76) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยหลังโควิด-19 (n=250)

ระดับความเครียด(คะแนน)	จำนวน (ร้อยละ)
มีความเครียดน้อย (0-4)	111 (44.4)
มีความเครียดปานกลาง (5-7)	102 (40.8)
มีความเครียดมาก (8-9)	33 (13.2)
มีความเครียดมากที่สุด (10-15)	4 (1.6)
$\bar{X} \pm SD$	1.32±0.88

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยหลังโควิด-19 โดยรวมมีความเครียดน้อย ($\bar{X} \pm SD$) (1.32 ± 0.88) มากที่สุดมีความเครียดน้อย ร้อยละ 44.4 รองลงมา มีความเครียดปานกลาง ร้อยละ 40.8 และมีความเครียดมาก ร้อยละ 13.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังโควิด-19 จำแนกรายด้าน (n=250)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิตจำนวน(ร้อยละ)			$\bar{X} \pm SD$
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
ด้านสุขภาพกาย (physical)	6 (2.4)	45 (18.0)	190 (79.6)	3.12±0.59
ด้านจิตใจ (mental)	2 (0.8)	184 (73.6)	64 (25.6)	3.32±0.69
ด้านสังคม (social)	2 (0.8)	18 (7.2)	230 (92.0)	3.67±0.85
ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)	42 (16.8)	159 (63.6)	49 (19.6)	3.49±0.77
รวม	22 (8.8)	165 (66.0)	63 (25.2)	3.35±0.64

จากตารางที่ 6 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 จำแนกรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} \pm SD$) (3.35 ± 0.64) มากที่สุดในด้านสังคม (Social) (3.67 ± 0.85) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) (3.49 ± 0.77) และด้านจิตใจ (Mental) (3.32 ± 0.69) ตามลำดับ

วิจารณ์

ผลของการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังโควิด-19 มีภาวะหายใจลำบากมากที่สุดคือ เมื่อเดินอย่างเร่งรีบ ขณะออกกำลังกายอย่างหนัก และเดินช้ากว่าคนอื่น อธิบายได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหายก็อาจเป็นไปได้ สามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hall และคณะ⁵ ที่ศึกษาพบว่า

ตารางที่ 5 ภาวะซึมเศร้าโดยรวมของผู้ป่วยหลังโควิด-19 (n=250)

ระดับภาวะซึมเศร้า (คะแนน)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6)	145 (58.0)
ระดับเล็กน้อย (7-12)	104 (41.6)
ระดับปานกลาง (13-18)	1 (0.4)
ระดับรุนแรง (19 คะแนนขึ้นไป)	0 (0.0)
$\bar{X} \pm SD$	1.82±1.45

จากตารางที่ 5 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) พบว่า ผู้ป่วยหลังโควิด-19 โดยรวมไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} \pm SD$) (1.82 ± 1.45) โดยพบที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 58.0 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 41.6 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

สาเหตุของการเกิดภาวะหายใจลำบาก จากการติดตามผลของโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมถึงความผิดปกติของเนื้อเยื่อถาวร มีเส้นเลือดอุดตันที่ปอด และมีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ ผลการศึกษาภาวะอ่อนล้า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคืออ่อนล้าง่าย รบกวนการทำงาน และอ่อนล้าเมื่อออกกำลังกาย มีความเครียดมากที่สุดด้านปัญหาการนอน หงุดหงิด และรู้สึกเบื่อ มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดในด้านหลับยาก เบื่ออาหารหรือรับประทานมาก และเหนื่อยง่าย ทั้งนี้ อาจอธิบายโดยรวมได้ว่า เป็นอาการของความเหนื่อยล้าที่ไม่ดีขึ้น แม้ว่าจะได้รับการพักผ่อนนอนหลับแล้วก็ตาม อาจจะส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต²² ในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 เป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่ามีภาวะเครียดสูง และเสี่ยงซึมเศร้า โดยเริ่มมีสถานการณ์ที่ตึงมากขึ้นในเดือนกันยายน 2564 แต่ยังไม่ถือว่าลดลงจนถึงระดับปกติ และการศึกษาประสบการณ์อาการนอนไม่หลับ ที่พบกลุ่มตัวอย่างทุกคน

มีประสบการณ์อาการนอนไม่หลับอย่างน้อย 1 อาการ โดยพบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต²³ นอกจากนี้การศึกษาของ May และคณะ⁴ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะอ่อนล้าสูงมีค่าความถี่ของความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของอาการอื่นได้มากกว่ากลุ่มที่มีภาวะอ่อนล้าต่ำ

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับดี มากที่สุดในเรื่องชีวิตมีความหมาย สามารถเดินทางด้วยตนเองและพอใจกับสภาพบ้านเรือนการที่มีบ้านเรือนที่อยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมและมีสังคมที่ดีอาจทำให้จิตใจดีขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Qu และคณะ¹² ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังติดเชื้อโรคโควิด-19 หลังป่วยไม่พบว่าคุณภาพชีวิตจะกลับมาเป็นปกติในระยะ 3 เดือนและอาจได้รับผลกระทบที่แตกต่างกันขึ้นซึ่งอยู่กับ อายุ เพศ ผลลัพธ์ทางคลินิกและอาการหลังจำหน่ายโดยภาวะสุขภาพต่อเนื่อง 6 เดือน พบอาการมากที่สุดคือภาวะอ่อนล้าหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหาการนอนหลับและมีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ²⁴

สรุป

ผลของการดูแลจิตใจในผู้ป่วยโรคโควิด-19 หลังรักษาหายโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรครั้งนี้พบว่าโดยรวมมีความเครียดเล็กน้อย ภาวะหายใจลำบากและภาวะอ่อนล้าระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Medical Services. Caring for COVID-19 patients after treatment, (Post COVID syndrome) or Long COVID for doctors and health workers. Ministry of Public Health; 2021. [Cited May 30, 2022]. Available from: <https://covid19.dms.go.th>
2. Wijitraphan T. Prevalence and factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among residents of Tung Seaw primary care clinic, Sanpathong District, Chiang Mai Province. *JMHThail* 2021;29(1):12-21.
3. Holtzman CS, Bhatia S, Cotler J, Jason LA. Assessment of post-exertional Malaise (PEM) in patients with Myalgic Encephalomyelitis (ME) and Chronic Fatigue Syndrome (CFS): A Patient-Driven Survey. *Diagnostics MDPI* 2019;9(26):1-13.
4. May M, Milrad SF, Perdomo DM, Czaja SJ, Fletcher MA, Jutagir DR, et al. Post-Exertional Malaise is Associated with Greater Symptom Burden and Psychological Distress in Patients Diagnosed with Chronic Fatigue Syndrome. *J Psychosom Res* 2020;129:109893-113.

5. Hall J, Myall K, Lam JL, Mason T, Mukherjee B, West A. Identifying patients at risk of post-discharge complications related to COVID-19 infection. *BMJ* 2021;76:408-11.
6. Boondiskulchok S, Weerametchai S, Leesri T. Prevalence and associated factors of Stress and Depression among SARS-Cov-2 patient in field hospital, Saraburi hospital. *Regional Health Promotion Center* 9 J 2022;16(2):367-79.
7. Department of Mental Health. Guidebook of Depressive Disorders Surveillance and Care: Provincial Level. Ministry of Public Health; 2014: 7-8. [Cited May 30, 2022]. Available from: <https://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>
8. Pratheepawanit Johns N. Quality of life in health: assessment and application. 1st printing Khon Kaen: Khon Kaen University Printing House; 2009.
9. Pancumyard S, Danaidutsadeekul S, Thosingha O, Muangman P, Tanvatanagul A. Factors Related to Burn Patients' Post-Discharge Quality of Life. *NCJ* 2020;35(2):99-115.
10. Yasud P, Kittipanya-ngam P. Quality of Life and Utility in Cardiac Surgical Patients at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. *Srinagarind Med J* 2021;36(3):253-9.
11. Namyotha L, anaidutsadeekul S, Wongkongka K, Wongwanit C. Factors Related to Quality of Life among Patients after Revascularization of Peripheral Artery Disease within 6 Months. Increase peripheral arterial blood flow. *Nurs Sci J Thai* 2021;39(2):64-76.
12. Qu G, Zhen Q, Wang W, Fan S, Wu Q, Zhang C, et al. Health-related quality of life of COVID-19 patients after discharge: A multicenter follow-up study. *J Clin Nurs* 2021;30:1742-50.
13. Zozani MA, Hashemi F, Safari H, Yousefi M, Ameri H. Health-Related Quality of Life and its Associated Factors in COVID-19 Patients. *Osong Public Health Res Perspect* 2020;11(5):296-302.
14. Sayed SE, Gomaa S, Shokry D, Kabil A, Eissa A. Sleep in post-COVID-19 recovery period and its impact on different domains of quality of life. *Egypt J Neurol Psychiatry Neurosurg* 2021;57:172-7.

15. Chumphon Provincial Public Health Office. Meeting to monitor the operation of surveillance, prevention and control of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in Pak Nam Chumphon sub-district; 2021. [Cited May 30, 2022]. Available from: <http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo/index.php/2021>
16. Jirawatkul A. Statistics in research. Choose how to use it appropriately. Bangkok: Wittayapat; 2014.
17. Wongsawat S, Editor. Knowledge of mental health care in the situation of the Covid-19 epidemic. "Mind is ready, never get sick". Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2020.
18. Rochanavipart C. Outcomes of Management Program in Complex COPD Patients in Tha Wang Pha Hospital, Nan Province. *Lampang Med J* 2016;37(2):33-45.
19. Wangchalabovorn M, Weerametchai S, Leesri T. Prevalence of Post COVID-19 Conditions in SARS-CoV-2 Infected Patients at 3-month telephone follow-up. *Regional Health Promotion Center 9 J* 2022;16(1):265-84.
20. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for using mental health tools for public health personnel in community hospitals (chronic disease clinic). Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, Ltd. (ACFT) 2015. [Cited May 30, 2022]. Available from: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/ประชุม/20-21_11_61/C_1.pdf
21. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. WHO Quality of Life Measuring Instruments, abbreviated set, Thai version (whoqol-bref-thai); 2015. [Cited May 30, 2022]. Available from: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>
22. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Psychotic and Mental Health Problem Screening Assessment Guide. Nursing mission group, Suansaranrom Hospital; 2564. [Cited May 30, 2022]. Available from: <http://1.179.139.229/upload/2021-02-17-1010.pdf>
23. Sukhonthachit P, Wattanakitkileart D, Pongthavornkamol K, Chuchottaworn C. Insomnia Experience, Insomnia Management Strategies and Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Nurs Sci* 2017;35(2):100-11.
24. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, Kang L, et al. 6-Month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* 2021;397:220–32.

