

FACTORS ASSOCIATED WITH ANXIETY AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN A PROVINCE IN THE NORTHEASTERN REGION OF THAILAND DURING THE THIRD YEAR OF COVID-19 PANDEMIC*

Kitsada Khakuen, B.N.S. **, Patcharin Nintachan, Ph.D. ***, Sopin Sangon, Ph.D. ****

Abstract

Objective: To investigate the relationships of self-rated health, working hours for COVID-19, exposure to COVID-19, and resilience with anxiety among village health volunteers during the third year of the COVID-19 pandemic.

Methods: This study was a descriptive correlational research design. The participants were 421 village health volunteers working during the COVID-19 pandemic in a province in the northeastern region of Thailand. They were selected by multi-stage random sampling. The instruments for data collection included a demographic questionnaire, DASS - Anxiety, Exposure to COVID-19 questionnaire, and the Resilience Inventory. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: The results showed that the mean anxiety score was 7.51 (SD = 5.36). Self-rated health and resilience were negatively and significantly associated with anxiety ($r = -.106$, $p = .030$; $r = -.121$, $p = .013$ respectively). Working hours for COVID-19 and being exposed to COVID-19 were positively and significantly associated with anxiety ($r = .099$, $p = .043$; $r = .176$, $p = .000$, respectively).

Conclusion: The results of this study can be used to develop a plan for protecting anxiety among village health volunteers.

Keywords: village health volunteers, anxiety, self-rated health, resilience, the third year of covid-19 pandemic

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Corresponding author: Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received: 8 January 2024, Revised: 27 August 2024, Accepted: 4 September 2024

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19*

กฤษฎา คำขึ้น, พย.บ. **, พชรินทร์ นินทจันทร์, Ph.D. ***, โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด-19 และความแข็งแรงในชีวิต กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด - 19

วิธีการศึกษา : การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 421 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต แบบสอบถามการสัมผัสโรคโควิด - 19 และแบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 7.51 (SD = 5.36) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความแข็งแรงในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.106, p = .030$; $r = -.121, p = .013$ ตามลำดับ) จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 และการสัมผัสโรคโควิด - 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .099, p = .043$; $r = .176, p = .000$ ตามลำดับ)

สรุป : ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาแนวทางเพื่อช่วยป้องกันความวิตกกังวล ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความวิตกกังวล, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, ความแข็งแรงในชีวิต, ช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์โรคโควิด-19

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: patcharin.nin@mahidol.edu

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ: 8 มกราคม 2567, วันที่แก้ไข: 27 สิงหาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 4 กันยายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่กระจายและระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วโดยพบการระบาดอย่างเป็นทางการเมื่อช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ส่วนใหญ่เมื่อได้รับเชื้อจะเกิดภาวะปอดอักเสบจึงมีรายงานการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (Liu et al., 2020; World health organization, 2020) องค์การอนามัยโลกได้ออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ถือเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 (Huang & Zhao, 2020; World Health Organization, 2020) และได้บัญญัติศัพท์สำหรับโรคนี้ขึ้นมาว่า COVID-19 (โรคโควิด-19) ซึ่งย่อมาจาก Coronavirus Disease of 2019 (World health organization, 2020) จากสถิติการระบาดทั่วโลกจนถึง 29 มีนาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกรวม 483,742,242 คน เสียชีวิตสะสม 6,151,914 คน คิดเป็นร้อยละ 1.27 (กรมประชาสัมพันธ์ ศูนย์ข้อมูลโควิด, 2565) ประเทศไทยสถิติตั้งแต่เริ่มการระบาดจนถึง 29 มีนาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมรวม 3,575,398 คน เสียชีวิตสะสม 24,958 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70 (กรมควบคุมโรค, 2565) สถานการณ์โรคโควิด-19 ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึง ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมรวม 59,290 คน เสียชีวิต 73 คน คิดเป็นร้อยละ 0.12 และติดเชื้อเพิ่ม 1,964 คน (จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์โควิด 19 โคราช, 2565)

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้หลาย ๆ จังหวัดถูกประกาศเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดทางจังหวัดจึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อภายในจังหวัดที่มีการระบาด แต่พบว่าการติดเชื้อภายในประเทศยังพบเป็นลักษณะกลุ่มก้อน (cluster) และประชากรมีการเดินทางอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการกระจายของผู้สัมผัสเชื้อไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ จึงทำให้ยอดผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มขึ้น (WHO Thailand, 2020) จากวิกฤตที่เกิดขึ้นระบบสาธารณสุขของไทยได้รับผลกระทบโดยตรง บุคลากรต้องรับภาระที่หนักหน่วง ขาดแคลนเครื่องมืออุปกรณ์และทรัพยากรทางการแพทย์ยอดผู้ติดเชื้อใน สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก การติดเชื้อของบุคลากรทำให้ต้องหยุดงานเพื่อกักตัวตามมาตรการ อย่างไรก็ดีในการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพในชุมชนของประเทศไทยนั้น มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีนักวิชาการสาธารณสุข 1 - 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 - 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการช่วยต่อสู้กับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (วิทย์ชินบุตร และนภัทร ภักดีศรีวิทย์, 2564; WHO Thailand, 2020) ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อสม. จึงเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเคียงข้างกับบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่การระบาดระลอกแรกจนถึงช่วงปีที่ 3 ของการระบาดเนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดโดยมีการกิจหลัก ได้แก่ การเคาะประตูบ้านเพื่อรณรงค์ให้

ความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 รวมถึงการสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) การรณรงค์ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา การล้างมือด้วยสบู่เหลวหรือแอลกอฮอล์ การแยกกลุ่มเสี่ยงและกักตัว เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2564)

จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่ประกอบด้วย 32 อำเภอ มี อสม. อำเภอละ 514 - 6,746 คน รวมทั้งสิ้น 52,864 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโควิด -19 เป็นจำนวนมากและมีการกระจายของเชื้อโรคโควิด - 19 ลงสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง (จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์โควิด 19 โคราช, 2565) อสม. จึงเปรียบเสมือนเกราะคุ้มกันชุมชนคอยดูแลตามภารกิจที่ได้รับ เช่น การคัดกรอง ติดตามกำกับดูแลงานกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค ตามคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดอย่างเคร่งครัด เป็นต้น การปฏิบัติหน้าที่ต่อสู้กับโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่และมีข้อจำกัดในการรักษา รวมถึงปริมาณกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับ อสม. มีภาระงานหลายด้าน จึงน่าจะทำให้ อสม. มีความวิตกกังวลจากการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทใหม่ที่เพิ่มเข้ามาในสถานการณ์โรคโควิด-19 โดยความวิตกกังวล เป็นภาวะที่รู้สึกหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจจะระบุได้อย่างชัดเจนของสิ่งที่มาคุกคามต่อการดำรงชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น เมื่อเผชิญสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดอารมณ์กลัว วิตกกังวล

ความมั่นคงปลอดภัยถูกคุกคาม โดยไม่ทราบว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นบ้างในอนาคต เช่น วิตกกังวลว่าจะติดเชื้อโรคโควิด-19 วิตกกังวลถึงความรุนแรงของเชื้อจะทำให้สูญเสียชีวิตหรือบุคคลอันเป็นที่รัก และวิตกกังวลจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เป็นต้น (Lai et al., 2020; Wang et al., 2020;)

จากการศึกษาความวิตกกังวลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์อยู่ระหว่าง ร้อยละ 8.5 - 60.2 (Alfaihi et al., 2022; Li et al., 2021; Ponce-Blandon et al., 2021; Zhang et al., 2020) นอกจากนี้พบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 29 - 47.1 (วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล, 2563; เสริมสันต์ แสงบุญ และอนันต์ ไชยกุลวัฒนา, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีหลากหลายปัจจัย โดยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ทางลบ มีความสัมพันธ์ไม่แน่นอน และไม่มีความสัมพันธ์ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ การมีโรคร่วมในผู้ที่เป็โรคเบาหวาน (Sisman et al., 2021) การสัมผัสโรคโควิด-19 (กชพร อินทวงศ์, 2565; ธนากร สารคำ, 2564; Evanoff et al., 2020; Liu et al., 2020) ชั่วโมงที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (Kapetanios et al., 2021; Sahin & Kulakac, 2022) ความใกล้ชิดทางสังคม (Liu et al., 2020) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ภาวะสุขภาพจิต (วิตกกังวล ซึมเศร้า และเครียด) (Kaya et al., 2021)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ ระดับการศึกษา (Li et al., 2021; Riaz et al., 2021) ลักษณะที่พักอาศัย (Li et al., 2021) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (Petzold et al., 2020) การควบคุมอาการโรคหอบหืด (Eroglu, & Yildiz, 2022) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Petzold et al., 2020) ความแข็งแรงในชีวิต (Kim et al., 2021; Ran et al., 2020; Setiawati et al., 2021; Yang et al., 2020) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Li et al., 2021) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นอน ได้แก่ อายุ โดยที่การศึกษาของ Petzold et al. (2020) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ส่วนการศึกษาของ Ran et al., (2020) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยเบาหวาน (Sisman et al., 2021) การมีบุตรจำนวนผู้อาศัยในครอบครัว การมีประสบการณ์การติดโรคโควิด - 19 (Petzold et al., 2020)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของบุคคลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีหลากหลาย อย่างไรก็ตามก็ตีจากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ และทำการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ หรือประชาชนทั่วไป การศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอย่างจำกัด ซึ่ง อสม. เป็นกลุ่มบุคคลที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปีที่ 3 ของการระบาดของ

โรคโควิด-19 ซึ่ง อสม. ได้ปฏิบัติหน้าที่ของตนเองและเผชิญสถานการณ์อันเลวร้ายต่าง ๆ ตลอดเวลาที่ผ่านมา การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด-19 และความแข็งแรงในชีวิตกับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปีที่ 3 ของการระบาดของโรคโควิด-19 มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและลดปัญหาความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด-19 ความแข็งแรงในชีวิต และความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด-19 และความแข็งแรงในชีวิต กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจาก

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Village Health Volunteers) อาสาสมัคร (Volunteers/ non-health care worker) ประชาชนทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์ที่รู้สึกหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้อย่างชัดเจนของสิ่งที่มาคุกคามแสดงออกโดยมีความรู้สึกกังวลใจ หวาดกลัว ตื่นตระหนกง่าย มีปัญหาการควบคุมอารมณ์ หรืออาจมีอาการทางกาย เช่น เหงื่อออกมาก ปากแห้ง หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว สั่น มีอาการคล้ายจะเป็นลม เป็นต้น (Lovibond & Lovibond, 1995) อสม. เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์สำคัญในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 จากการปฏิบัติหน้าที่ต้องพบปะบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสโรคโควิด - 19 และบุคคลที่ติดเชื้อโควิด - 19 จึงน่าจะมี ความวิตกกังวลได้ (กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ , 2563; จิตรา มุลทิ, 2564; ธนากร สารคำ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลมีหลากหลาย ปัจจัยคัดสรรในการศึกษานี้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแรงในชีวิต รายละเอียดดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Self - rated health) เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความตระหนักและ

ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคล รวมถึงการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล (Brook et al., 1979) อสม. ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ค่อยดี หรือมีโรคประจำตัว และมีการรับรู้ข่าวสารการระบาดของโรคโควิด-19 ของความรุนแรงของโรคมากจนเกินไป จึงน่าจะทำให้ อสม. มีความวิตกกังวลมากขึ้น (Kaya et al., 2021) จากการศึกษาในประเทศจีน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการเกิด ความวิตกกังวล (Li et al., 2021) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า การมีโรคร่วมในผู้ที่เป็โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (Sisman et al., 2021)

จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (Working hours) หมายถึง ระยะเวลาจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งในสถานการณ์นี้ อสม. เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการรับมือในพื้นที่ที่ต้องรับผิดชอบอยู่ตลอดเวลา จากภาระงานและสถานการณ์การระบาดที่ไม่แน่นอน การปฏิบัติงานหลายชั่วโมงของ อสม. น่าจะก่อให้เกิดอาการอ่อนเพลียจากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการทำงานหลายชั่วโมงก็เพิ่มโอกาสการได้รับเชื้อโรคโควิด-19 (วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล, 2563) อาจกล่าวได้ว่า อสม. ที่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 หลายชั่วโมงต่อสัปดาห์น่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูง จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศตุรกี

พบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (Sahin & Kulakac, 2022)

การสัมผัสโรคโควิด-19 (Exposure to COVID-19) เป็นการมีกิจกรรมในช่วงที่ผ่านมา ที่ใกล้ชิดกับผู้ที่ได้รับการยืนยันว่าติดโรคโควิด-19 หรือการเดินทางไปในสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่น/สถานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือการมิได้สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน/พูดคุยกับผู้อื่น หรือมิได้ล้างมือหลังการสัมผัสสิ่งของในที่สาธารณะ จากบทบาทการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ถือว่าเป็นด่านหน้าในการลงพื้นที่ควบคุมโรคโควิด-19 เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชน เช่น การที่ อสม. ต้องไปเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้/แจ้งข่าวสารและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ติดตามสังเกตอาการกลุ่มผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นต้น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) จากภาระงานดังกล่าว น่าจะทำให้ อสม. รู้สึกไม่มั่นใจและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น หรือเป็นผู้นำเชื้อไปสู่ครอบครัว (ธนาคารสารคำ, 2564; Liu et al., 2020) จากการศึกษาประสบการณ์ของ อสม. ในการติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชนในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า อสม. มีความวิตกกังวลที่ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท เช่น กังวลว่าหากติดเชื้อโควิด-19 ไม่รู้จะอย่างไร กังวลกับภาระงานที่ต้องทำให้ลุล่วง เป็นต้น (ธนาคาร สารคำ, 2564) และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์และอาชีพอื่น ๆ พบว่า การปฏิบัติงานที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง

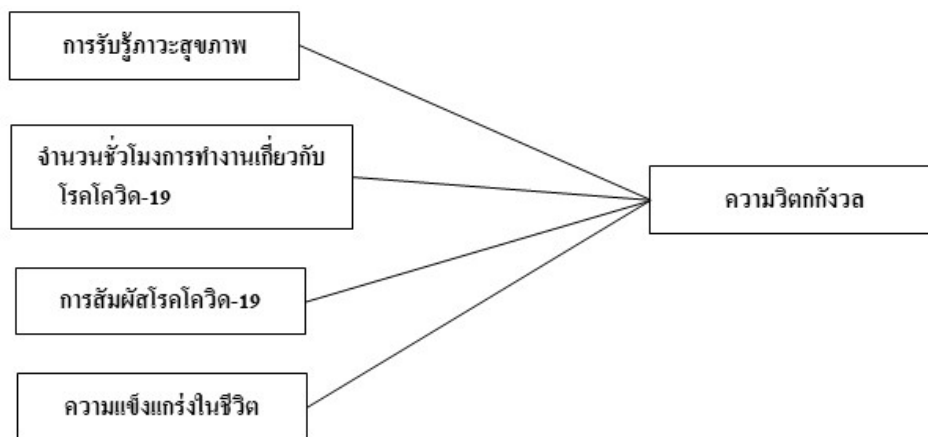
ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (Evanoff et al., 2020) การศึกษาในประชาชนประเทศจีนในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ความใกล้ชิดทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (Liu et al., 2020) นั่นคือ การสัมผัสโรคโควิด-19 มากมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูง

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการก้าวผ่านอุปสรรคอย่างมีประสิทธิภาพท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้ายในชีวิต (adversity in life) พร้อมทั้งสามารถที่จะฟื้นตัวและนำพาชีวิตให้ผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากสถานการณ์นั้นได้ในเวลาอันรวดเร็ว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (พัชรินทร์ นันทจันทร์, 2558; Grotberg, 1998) จากการศึกษาของกร็อทเบิร์ก ความแข็งแกร่งในชีวิตมี 3 องค์ประกอบคือ 1) I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นันทจันทร์, 2558; Grotberg, 1998) ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลก้าวข้ามผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามา ดังนั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อสม. ที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลต่ำ และมีการศึกษาที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล (Kim et al., 2021; Lonescu et al., 2021; Ran et al.,

2020; Setiawati et al., 2021; Yang et al., 2020)

อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ
จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19

การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแกร่งใน
ชีวิต น่าจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ดัง
แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง
บรรยายความสัมพันธ์ (descriptive correlational
research design) กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียน และ
ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค
โควิด-19 ในพื้นที่ 2 อำเภอของจังหวัดหนึ่งในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่มี
คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงาน
ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 2) มีอายุ 18 ปี
ขึ้นไป 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทย
ได้ และ 4) ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-
stage random sampling) และเกณฑ์การคัดออก คือ
ผู้เข้าร่วมวิจัยขอยุติการตอบแบบสอบถาม หรือ
ถอนตัวออกจากการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้
การวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ของ
โคเฮน (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G*Power
(Faul et al., 2007) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก (small effect size) จากการทบทวนวรรณกรรม
ที่ผ่านมา (Liu et al., 2020; Lonescu et al., 2021;
Petzold et al., 2020; Sisman et al., 2021; Yang et
al., 2020) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of
the test) เท่ากับ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติ (α)

เท่ากับ .05 ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) แบบสองทาง (2 - tailed) ได้ขนาดตัวอย่าง 398 ราย เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เป็นจำนวน 40 ราย รวมทั้งสิ้น 438 ราย การวิจัยครั้งนี้มีผู้สมัครใจเข้าร่วมการศึกษารวมทั้งสิ้น 423 ราย และพบว่ามียกเลิกตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ มีบางหน้าเว้นว่างไว้ไม่สมบูรณ์จำนวน 2 ราย ดังนั้นข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้เท่ากับ 421 ราย ซึ่งเพียงพอตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่พักอาศัย อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การตรวจหาเชื้อโรคโควิด-19 วิธีการรักษาโรคโควิด-19 การมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโรคโควิด-19 การมีสมาชิกหรือญาติเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ลักษณะการรับประทานอาหารในครอบครัว การได้รับการฉีดวัคซีน และการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นคำถามให้เลือกตอบและเขียนตอบในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scales [DASS]) ด้าน

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาโดย Lovibond & Lovibond (1995) และแปลเป็นภาษาไทยโดย Webster (2008) ใช้ประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง 3 ด้าน คือ ความซึมเศร้า (DASS-D) 14 ข้อคำถาม ความวิตกกังวล (DASS-A) 14 ข้อคำถาม และความเครียด (DASS-S) 14 ข้อคำถาม รวมทั้งสิ้น 42 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้เฉพาะด้านการประเมินความวิตกกังวลจำนวน 14 ข้อ (DASS-Anxiety Scale) โดยถามเกี่ยวกับความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบแต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่เคยเกิดขึ้นเลย ถึง 3 หมายถึง เกิดขึ้นบ่อยมากหรือเกือบตลอดเวลา คะแนนรวมเท่ากับ 0 - 42 โดยที่คะแนนรวมสูงหมายถึง มีปัญหาความวิตกกังวลสูง เครื่องมือนี้เคยมีการนำไปใช้ศึกษาในประชาชนวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจากการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินพบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 (Shayan et al., 2021) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 และจากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสัมผัสโรคโควิด-19 (exposure to COVID - 19) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2566) ใช้ประเมินพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่

อาจนำมาซึ่งการสัมผัสเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 8 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ การคิดคะแนนโดยตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 0 - 10 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีแนวโน้มสัมผัสโรคโควิด-19 สูง จากการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน พบว่าได้ค่า Guttman Split-Half Coefficient เท่ากับ .72 และจากงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่าได้ค่า Guttman Split-Half Coefficient เท่ากับ .70

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (The Resilience Inventory) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ (2566) ดัดแปลงจากแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2555) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Grotberg (1995) มี 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) “I have” (เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต) 2) “I am” (เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล) และ 3) “I can” (เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวม

มีค่าตั้งแต่ 28 – 140 คะแนน โดยที่คะแนนรวมสูงแสดงว่า มีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และจากงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ MU RA2022/656) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ‘อิทธิพลส่งผ่านของความแข็งแกร่งในชีวิตในความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทย ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19’ (เลขที่ COA. MURA2022/422) และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดำเนินการวิจัย การเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอทั้ง 2 แห่ง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่งแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเตรียมผู้เฝ้าระวังในการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนโดยอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดภายใต้มาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง และฉีดพ่นสเปรย์แอลกอฮอล์ เป็นต้น

3. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบล เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงทำความเข้าใจรายละเอียดในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า

4. ผู้วิจัยเข้าพบและดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือบริเวณศาลากลางบ้าน หรือศาลา วัด ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาพร้อมกันแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นไปด้วย

ความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับโดยไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยมิต้องมีการระบุชื่อ ใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ลงรหัส และวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด-19 ความแข็งแรงในชีวิต และความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแรงในชีวิต กับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank - order correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 385 คน (ร้อยละ 91.45) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.41 ปี ($SD = 7.02$) ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 12.78 ปี ($SD = 7.95$) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 244 คน (ร้อยละ 57.95) มีสถานภาพสมรสแบบแต่งงานจำนวน 335 คน (ร้อยละ 79.57) มีโรคประจำตัวจำนวน 190 คน (ร้อยละ 45.13) โดยที่โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 89 คน (ร้อยละ 46.84) รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 57 คน (ร้อยละ 30.00) นอกจากทำหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 339 คน (ร้อยละ 80.52) การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 216 คน (ร้อยละ 51.30) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 เท่ากับ 9,107 บาท/เดือน ($SD = 8336.51$) รายได้เฉลี่ยปัจจุบันเท่ากับ 6,583 บาท/เดือน ($SD = 5925.87$) รายได้ของครอบครัว ไม่เพียงพอ 350 คน (ร้อยละ 83.14) เพียงพอ 71 คน (ร้อยละ 16.86) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 - 7 คนจำนวน 223 คน (ร้อยละ 52.96) และสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 3 คน จำนวน 190 คน (ร้อยละ 45.14) ลักษณะที่พักอาศัยแบบมีหลายห้องแยกกันอยู่คนละห้องจำนวน 259 คน (ร้อยละ 61.52) มีห้องเดียวอยู่รวมกัน 3 คนขึ้นไป จำนวน 76 คน (ร้อยละ 18.06) และมีห้องเดียวอยู่รวมกัน 2 คน (ร้อยละ 16.62) ลักษณะการรับประทานอาหารนั่งรับประทานอาหารร่วมกันทุก

มือ จำนวน 272 คน (ร้อยละ 64.60) เคยตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยวิธี ATK จำนวน 372 คน (ร้อยละ 88.36) โดยพบเชื้อจำนวน 120 คน (32.25) และมีการตรวจด้วย RT-PCR จำนวน 56 คน พบว่าติดเชื้อ 29 คน (ร้อยละ 51.79) ผู้ที่ติดเชื้อได้รับการรักษาโดยให้กักตัวที่บ้าน (home isolation) จำนวน 78 คน (ร้อยละ 60.00) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 35 คน (ร้อยละ 26.92) วิธีการรักษาส่วนใหญ่รักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ ยาแก้ไอ ยาลดน้ำมูก เป็นต้น จำนวน 109 คน (ร้อยละ 25.89) ได้รับยาด้านเชื้อโคโรนา 2019 จำนวน 24 คน (ร้อยละ 5.70) มีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติสนิทเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 11 คน (ร้อยละ 2.62) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนต้านไวรัสโคโรนา 2019 กระตุ้น เข็มที่ 3 จำนวน 272 คน (ร้อยละ 64.60)

2. ความวิตกกังวล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 7.51 ($SD = 5.36$) ความวิตกกังวลต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จำนวน 229 คน (ร้อยละ 54.40) และมีความวิตกกังวลสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย จำนวน 192 คน (ร้อยละ 45.60) ดังตารางที่ 1

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ และจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 6.45 ($SD = 1.73$) โดยที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าคุณภาพระดับปานกลางจำนวน 217 คน (ร้อยละ 51.54) สำหรับจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.37 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ($SD =$

16.62) โดยที่อยู่ในช่วง 20 - 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มากที่สุด จำนวน 183 คน (ร้อยละ 43.46) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนความวิตกกังวล (n = 421)

ความวิตกกังวล	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	229	54.40
สูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย	192	45.60
mean = 7.51, SD = 5.36, Max = 27, Min = 0		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 (n = 421)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี (6.68 - 10.00)	194	46.09
การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง (3.34 - 6.67)	217	51.54
การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี (1.00 - 3.33)	10	2.37
Mean = 6.45, SD = 1.73, Max = 10, Min = 2		
จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19		
น้อยกว่า 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	169	40.16
20 - 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	183	43.46
41 - 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	59	14.01
61 - 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	2	0.47
มากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	8	1.90
Mean = 28.37, SD = 16.62, Max = 100, Min = 1		

4. การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความ แข็งแกร่งในชีวิต

ผลวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การสัมผัสโรค
โควิด-19 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 คะแนน (SD =

1.43; ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 10) และความ
แข็งแกร่งในชีวิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 113.58 คะแนน
(SD = 10.43) ดังตารางที่ 3

5. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแกร่งในชีวิต กับความวิตกกังวล

จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 การสัมผัสโรคโควิด - 19 ความแข็งแกร่งในชีวิตและความวิตกกังวล พบว่าไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 การสัมผัส

โรคโควิด - 19 และความแข็งแกร่งในชีวิต กับความวิตกกังวล ดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.106, p = .030$; $r = -.121, p = .013$ ตามลำดับ) โดยมีความสัมพันธ์กันทางลบ และพบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 และการสัมผัสโรคโควิด - 19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .099, p = .043$; $r = .176, p = .000$ ตามลำดับ) โดยมีความสัมพันธ์กันทางบวก

ตารางที่ 3 ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแกร่งในชีวิต ($n = 421$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสูงสุด-ต่ำสุด		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
การสัมผัสโรคโควิด-19	0 - 10	0 - 10	2.97	1.43
ความแข็งแกร่งในชีวิต	28 - 140	73 - 140	113.58	10.43

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r) ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 การสัมผัสโรคโควิด - 19 และความแข็งแกร่งในชีวิต กับความวิตกกังวล ($n = 421$)

ตัวแปร	r	p -value
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.106	.030
จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19	.099	.043
การสัมผัสโรคโควิด - 19	.176	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.121	.013

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 6.54 (S.D. = 1.73) มีคะแนนการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีภาวะสุขภาพปานกลาง - ดี (ร้อยละ 97.63) อาจอธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.87) ประกอบกับการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านวิชาการในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ (นครินทร์ อธิพงษ์ และพรวิภา เต็มจันทิก, 2566; มานพ ชะภักดี, 2565) และแม้ว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปีที่ 3 ยังเกิดผลกระทบในวงกว้าง แต่เนื่องจากในช่วงนี้มีระบบการจัดการเตรียมพร้อม การเข้าถึงชุมชน และให้การสนับสนุนทั้งข่าวสารความรู้ที่เหมาะสม มีวัสดุป้องกันจำเป็นต่าง ๆ ในการเผชิญต่อสถานการณ์ต่าง ๆ น่าจะมีผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงดี

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองไม่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความ

วิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2021) ที่ทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่อาสาสมัครในชุมชนประเทศจีน พบว่า บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีมีความเสี่ยงต่อการมีความวิตกกังวลสูง การศึกษาของ Sisman et al., (2021) ซึ่งศึกษาในบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า การมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล การที่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองไม่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูง นั้นอาจอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ที่รู้สึกหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้อย่างชัดเจนของสิ่งที่มาคุกคามต่อการดำรงชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Lovibond & Lovibond, 1995) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และอาจมีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคโควิด-19 มากจนเกินไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มนี้น่าจะรู้สึกหวาดหวั่นมีความวิตกกังวลสูง เกี่ยวกับการที่ตนเองอาจมีอาการรุนแรงได้ถ้ามีการติดเชื้อโรคโควิด-19 (สุกัญญา เอกปัญญาสกุล, 2563; Kaya et al., 2021)

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 กับความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 28.37 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (SD = 16.62) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 - 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 183 คน (ร้อยละ 43.46) และทำงานมากกว่า 41 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 69 คน (ร้อยละ 16.38) ซึ่งจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่

ต่อเนื่องยาวนาน อสม. เป็นบุคลากรสำคัญที่มีส่วนช่วยในการปฏิบัติหน้าที่ ติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชน และต้องอยู่เวรในพื้นที่ตลอดเวลาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับเวรละ 24 ชั่วโมง ต้องทำงานทั้งวันทั้งคืน (ธนากร สารคำ, 2564) จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงน่าจะมีผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องปฏิบัติตามภาระกิจตามบทบาทที่ได้รับ อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายชั่วโมงต่อสัปดาห์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .099, p = .043$) อาจกล่าวได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 มากมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนความวิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kapetanos et al. (2021) ที่ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไชปรัส พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล การศึกษาของ Sahin and Kulakac (2022) ที่ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศตุรกี พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด - 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล และในประเทศไทยพบการศึกษาของ ธนากร สารคำ (2564) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ในช่วงแรกของการระบาดของโรคโควิด - 19 อสม. ต้อง

อยู่เวรในพื้นที่เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับเวรละ 24 ชั่วโมง และรับผิดชอบดูแลอย่างน้อย 100ครัวเรือนต่อ อสม. 3 ราย ต้องทำงานทั้งวันทั้งคืนรู้สึกทั้งกลัว ทั้งวิตกกังวล กังวลว่าจะเอาเชื้อโรคโควิด-19 มาแพร่ให้คนในครอบครัว ซึ่งจากผลการศึกษาที่พบว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลนี้ อาจอธิบายได้ว่า ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปีที่ 3 นั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังคงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการรับมือในพื้นที่ที่รับผิดชอบ การที่สถานการณ์การระบาดที่ไม่แน่นอน อสม. ต้องเฝ้าระวังการระบาดที่ต่อเนื่องยาวนาน ประกอบกับ การที่ต้องใช้เวลาในการทำงานเพิ่มมากกว่าปกติ ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกอ่อนล้า ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างจึงน่าจะมีความวิตกกังวลสูง (วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล, 2563; Alfaihi et al., 2022; Kapetanos et al., 2021; Rose, 2020)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสโรคโควิด-19 กับความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการสัมผัสโรคโควิด-19 เท่ากับ 2.97 (SD = 1.43; ค่าต่ำสุด = 0, ค่าสูงสุด = 10) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยการสัมผัสโรคโควิด-19 ค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการอบรม ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กรมสนับสนุน

บริการสุขภาพ, 2563) และเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปีที่ 3 ซึ่ง อสม. ได้ดำเนินงานด้านการป้องกันโรคโควิด-19 มาระยะหนึ่งแล้ว จึงน่าจะมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ประกอบกับช่วงนี้มีวัสดุป้องกันอย่างเพียงพอ อสม. จึงสามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสโรคโควิด-19 ได้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การสัมผัสโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการสัมผัสโรคโควิด-19 สูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2020) ที่ทำการศึกษาในประชาชนชาวจีน พบว่า ความใกล้ชิดทางสังคมในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล การศึกษาของ Evanoff et al. (2020) ที่ทำการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าการสัมผัสกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และ จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ ธนากร สารคำ (2564) ที่ศึกษาประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชนระหว่างช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเองนั้นมีความกังวลหลาย ๆ ด้าน ทั้งที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การจัดการตัวเองติดเชื้อ รวมถึงกังวลกับภาระงานที่ต้องทำให้ลุล่วง เป็นต้น

จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีการสัมผัสโรคโควิด-19 สูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูงนี้อาจอธิบายได้ว่า การสัมผัสโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ที่เพิ่มเติมเข้ามาในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องมีการติดตามกลุ่มเสี่ยง หรือบุคคลที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตที่ตนเองรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง มีการใกล้ชิดกับผู้ที่มิใช่ ไอ มีเสมหะ หรือมีประวัติการเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนแออัดจำนวนมาก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) แม้ว่าจะเป็นการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปีที่ 3 แต่ก็ยังมีการติดเชื้อเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติงานในสภาวะการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 นี้ อาจส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ที่รู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ มีความวิตกกังวลได้ (Huang & Zhao, 2020)

ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความวิตกกังวล

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในช่วงคะแนน 73 - 140 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 113.58 (SD = 10.43) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตสูงกว่าค่าเฉลี่ยจำนวน 201 คน (ร้อยละ 47.75) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า อสม. ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ (ร้อยละ 52.96 มีจำนวนสมาชิก 4 - 7 คน) จึงน่าจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนจาก

หน่วยงานในชุมชน (I have) อันจะช่วยให้ อสม. มีความมั่นใจ (I am) และสามารถสามารถเผชิญความยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ (I can) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) อสม. เกือบครึ่งจึงมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ย ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลต่ำ ซึ่งปัจจัยด้านความแข็งแกร่งในชีวิตนี้ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในไทย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เซเทียวาทิ และคณะ (Setiawati et al., 2021) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศอินโดนีเซีย พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล การศึกษาของ Kim et al., (2021) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนพยาบาลในประเทศเกาหลี พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล การศึกษาของ Lonescu et al. (2021) และ Ran et al. (2020) ที่ศึกษาในประชาชนทั่วไปไปในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล และการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแรงงานในประเทศจีน พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล (Ran et al., 2020; Yang et al., 2020)

ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพสำคัญ

ที่ช่วยให้บุคคลก้าวข้ามผ่านปัญหาอุปสรรคและปรับตัวได้ดีต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถฟื้นตัวได้ในเวลารวดเร็ว (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1998) ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของ Grotberg (1995) มี 3 องค์ประกอบ คือ I have (ฉันมี...), I am (ฉันเป็น...) และ I can (ฉันสามารถ...) (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1998) โดยที่ 'I have' (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต (external supports) ซึ่งในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะรับรู้ว่าคุณเองมีแหล่งสนับสนุนภายนอกมีแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพ มีสวัสดิการการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ (เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น) มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การป้องกันและวิธีการดูแลตนเองจากโรคโควิด-19 เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดทักษะและความมั่นใจในขณะออกปฏิบัติหน้าที่ มีระบบการควบคุมโรค การกักกันแยกโรคโควิด-19 ของชุมชนอย่างเป็นระบบ มีการส่งต่อข้อมูลข่าวสารของโรคโควิด-19 จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และมีระบบรองรับผู้ป่วยและส่งต่อที่ดีจากชุมชนสู่โรงพยาบาลตลอดระยะการระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับ 'I am' (ฉันเป็นคน...) ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะเชื่อมั่นว่าแนวโน้มของการระบาดของโรคจะเปลี่ยนไปในทางที่ดี ปฏิบัติ

หน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับ ด้วยความเห็นอกเห็นใจและใส่ใจผู้อื่น มีความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นที่รักของคนในครอบครัวและชุมชน เชื่อว่าชีวิตยังมีความหวังที่จะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์โรคโควิด-19 ไปได้ ส่วน 'I can' (ฉันสามารถที่จะ.....) นั้นเป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal and problem-solving skills)

การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในชุมชนที่เหมาะสม ได้รับความเอาใจใส่และเป็นห่วงจากคนในครอบครัว ก็น่าจะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจัดการกับปัญหาระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น สิ่งเหล่านี้น่าจะเอื้ออำนวยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงอาจจะกล่าวได้ว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถเผชิญสถานการณ์อันยากลำบากในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปีที่ 3 ได้อย่างเหมาะสมและฟื้นฟูสภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มี I have, I am และ I can สูงจึงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลต่ำ หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลต่ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณบุคลากรทุกระดับในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความแข็งแกร่งในชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการสัมผัสโรคโควิด-19 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ การดูแลสุขภาพตัวเอง การเฝ้าระวังดูแลตัวเองกรณีการเกิดโรคอุบัติใหม่ และจัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายหรือความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

กษพร อินทวงศ์. (2565). การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 18(1), 92-106.

กรมควบคุมโรค. (10 มิถุนายน 2564). *รวมแนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*.

<https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8671>

กรมควบคุมโรค. (29 มีนาคม 2565). *ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์และการวิจัยและพัฒนา ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.)*. <https://shorturl.asia/e51PF>

กรมประชาสัมพันธ์ ศูนย์ข้อมูลโควิด. (29 มีนาคม 2565). *สถานการณ์ COVID-19*. https://www.facebook.com/informationcovid19?locale=th_TH

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (25 พฤศจิกายน 2563). *ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับเจ้าหน้าที่และอสม.* [http://www.hss05.com/คู่มือ อสม. COVID_19.pdf](http://www.hss05.com/คู่มือ%20อสม.%20COVID_19.pdf) (hss05.com)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (12 มีนาคม 2565). *ฐานข้อมูล อสม. จังหวัดนครราชสีมา*. <https://www.thaiphc.net/>

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, และนภาพร คำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92 - 103.

จิตรรา มูลทิ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการ สคร*, 27(2), 5 - 14.

จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์โควิด 19 โคราช. (30 มีนาคม 2565). *สถานการณ์โควิด 19 จังหวัดนครราชสีมาวันที่ 29 มีนาคม 2565*. <https://covid-19Nakhonratchasima.go.th/news/detail/485/data.html>

ธนากร สารคำ. (2564). ประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชนระหว่างช่วงการระบาดทั่วของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(2), 70-79.

นรินทร์ อธิพงษ์, และพรวิภา เติบจันทร์. (2566). การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(02), 49-57.

พัชรินทร์ นันทจันทร์. (2558). *ความแข็งแกร่งในชีวิต แนวคิดการประเมินและการประยุกต์ใช้ (Resilience: Concept, Assessment, and Application)*. จุฬทอง.

พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทัศนาว ทวีคุณ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาล*, 61(2), 18-26.

พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, บัณฑิต ลำแดงฤทธิ์, ชูหงส์ ดีเสมอ, วรทัญญู ฤทธิโรจน์โสภณ, นพมาศ บุญช่วย, นันทิยา เอกอัครมกิจ, มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, อริศรา แสนทวีสุข, ฤทัย คำชื่น, ยุพรัตน์ รัชดาชน, วันวิสา มาฟู, และสมหมาย กุ่มพันธ์. (2566). *อิทธิพลส่งผ่านของความแข็งแกร่งในชีวิตในความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทย ในช่วงปีที่ 3 ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19*. รายงานการวิจัย, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มานพ ะภักดี. (2565). ผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อสม. อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 6(11), 85-94.

วิทยา ชินบุตร, และนภัทร ภักดีศรีวิชัย. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(2), 304-318.

วิศิษฐ์ เนติโรจน์กุล. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19. *วารสารแพทย์เขต 4*, 39(4), 616-627.

- สุกัญญา เอกปัญญาสกุล. (2563). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความวิตกกังวลจากการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ COVID-19 ในประชากรเขตกรุงเทพมหานคร*. คณะบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยรามคำแหง. <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin-8/6114154005.pdf>
- เสริมสันต์ แสงบุญ, และอนันต์ ไชยกุลวัฒนา. (2566). ความทุกข์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลในเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) พื้นที่ระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(2), 465 - 478.
- Alfaifi, A., Darraj, A., & El-Setouhy, M. (2022). The psychological impact of quarantine during the COVID-19 pandemic on quarantined non-healthcare workers, quarantined healthcare workers, and medical staff at the quarantine facility in Saudi Arabia. *Psychology Research and Behavior Management*, 22(15), 1259 - 1270.
- Brook, R. H., Ware Jr, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., Williams, K. N., & Johnston, S. A. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7). <https://www.jstor.org/stable/3764335>
- Cohen, S. (1988). Psychosocial model of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 284 - 286.
- Eroglu, S. A., & Yildiz, T. (2022). Evaluation of anxiety and depression in asthma patients during the COVID-19 pandemic. *Experimental Biomedical Research*, 5(4), 392 - 400.
- Evanoff, B. A., Strickland, J. R., Dale, A. M., Hayibor, L., Page, E., Duncan, J. G., Kannampallil, T., & Gray, D. L. (2020). Work-related and personal factors associated with mental well-being during the COVID-19 response: survey of health care and other workers. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e21366.
- 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(3), 175-191.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Bernard van Leer Foundation.
- Grotberg, E. H. (1998). I am, I have, I can: What family worldwide taught us about resilience. *Reaching Today's Youth*, 2(3), 36 - 39.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 20(288).
- Kapetanios, K., Mazeri, S., Constantinou, D., Vavlitou, A., Karaiskakis, M., Kourouzidou, D., Nikolaidis, C., Savvidou, N., Katsouris, S., & Koliou, M. (2021). Exploring the factors associated with the mental health of frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Cyprus. *PloS one*, 16(10), e0258475.
- Kaya, H., Ayık, B., Tasdelen, R., Ercis, M., & Ertekin, E. (2021). Social support promotes mental health during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study from Turkey. *Psychiatria Danubina*, 33(2), 217 - 224.
- Kim, A. J., Moon, J. H., & Seo, Y. H. (2021). A study on the relationships among resilience, social support, community resilience, and anxiety of nursing students experienced COVID-19 situation. *Journal of the Korean Applied Science and Technology*, 38(1), 37-47.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976.
- Li, X., Yu, H., Yang, W., Mo, Q., Yang, Z., Wen, S., Zhao, F., Zhao, W., Tang, Y., Ma, L., Zeng, R., Zou, X., & Lin, H. (2021). Depression and anxiety among quarantined people, community workers, medical staff, and general population in the early stage of COVID-19 epidemic. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 38985.

- Liu, M., Zhang, H., & Huang, H. (2020). Media exposure to COVID-19 information, risk perception, social and geographical proximity, and self-rated anxiety in China. *BMC Public Health*, 20(1), 1-8.
- Liu, Y. C., Kuo, R. L., & Shih, S. R. (2020). COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomedical Journal*, 43(4), 328 - 333.
- Lonescu, T. C., Fetecau, B. I., Boscaiu, V., & Tudose, C. (2021). Anxiety, perceived stress, and resilience during the COVID-19 pandemic: Population estimates of persons presenting to a general practitioner in Romania. *Brain Sciences*, 11(11).
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335 - 343.
- Petzold, M. B., Bendau, A., Plag, J., Pyrkosch, L., Mascarell Maricic, L., Betzler, F., Rogoll, J., Große, J., & Ströhle, A. (2020). Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain and behavior*, 10(9), e01745.
- Ponce-Blandon, J. A., Jimenez-Garcia, V. M., Romero-Castillo, R. R., Pabon-Carrasco, M., Jimenez-Picon, N., & Calabuig-Hernandez, R. (2021). Anxiety and perceived risk in red cross volunteer personnel facing the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 1 - 10.
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262, 1-6.
- Riaz, M., Abid, M., & Bano, Z. (2021). Psychological problems in general population during covid-19 pandemic in Pakistan: Role of cognitive emotion regulation. *Annals of Medicine*, 53(1), 189-196.
- Rose C. (2020). Am I part of the cure or am I part of the disease? Keeping coronavirus out when a doctor comes home. *The New England journal of medicine*, 382(18), 1684–1685.
- Sahin, C. U., & Kulakac, N. (2022). Exploring anxiety levels in healthcare workers during COVID-19 pandemic: Turkey sample. *Current Psychology*, 41(2), 1057 - 1064.
- Setiawati, Y., Wahyuhadi, J., Joestandari, F., Maramis, M. M., & Atika, A. (2021). Anxiety and resilience of healthcare workers during COVID-19 pandemic in Indonesia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 21(14), 1 - 8.
- Shayan, N., Niazi, A. U. R., Waseq, A., & Özcebe, H. (2021). Depression, anxiety, and stress scales 42 (DASS-42) in Dari-language: validity and reliability study in adults, Herat, Afghanistan. *Bezmialem Science*, 9(3), 356 - 362.
- Sisman, P., Polat, I., Aydemir, E., Karsi, R., Gul, O. O., Cander, S., & Erturk, E. (2021). How the COVID -19 outbreak affected patients with diabetes mellitus? *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 42(1), 53 - 61.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1- 25.
- Webster, S. (2008, November 11). *Thai version of the depression anxiety stress scales (DASS)*. <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Thai/DASS%20Thai%20webster.pdf>
- WHO Thailand. (2020, March 25). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report – 18 March 2020*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/who-thailand-situation-report---30.pdf?sfvrsn=6d9f54f4_0
- World Health Organization. (2020, April 4). *Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/whochina-joint-mission-on-covid-19-finalreport.pdf>.

Yang, X., You, L., Jin, D., Zou, X., Yang, H., & Liu, T. (2020).
A community-based cross-sectional study of sleep quality
among internal migrant workers in the service industry.
Comprehensive Psychiatry, 97, 152154.

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng,
M., Min, B. Q., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J. L., Chang, H.,
Yang, Y., Li, W., Shangguan, F. F., Yan, T. Y., Dong, H.
Q., Han, Y., Wang, Y. P., Cosci, F., & Wang, H. X. (2020).
Mental health and psychosocial problems of medical health
workers during the COVID-19 epidemic in China.
Psychotherapy and Psychosomatic, 89(4), 242 - 250.