ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

สุธาทิพย์ เย็นศิริ พย.ม.[1]
ยาใจ สิทธิมงคล Ph.D. (Nursing Science)[2]
นพพร ว่องสิริมาศ ปร.ด. (การพยาบาล)[3]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานด่านหน้าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและมีระยะเวลายืดเยื้อกว่า 3 ปี ทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมาก พยาบาลจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อโควิด 19 การทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดมีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง การทำงานที่ยาวนานและใกล้ชิดกับผู้ป่วยส่งผลให้พยาบาลมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต รวมถึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรงและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยลดลง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและแพร่เชื้อ กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของพยาบาล อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยยังขาดการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตในพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน

วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม

การออกแบบวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กรอบแนวคิดของการศึกษาประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมนที่อธิบายว่า ความเครียดเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และความเครียดจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้น เกิดจากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีผลต่อตนหรือไม่ โดยเริ่มจากการประเมินขั้นปฐมภูมิ เพื่อประเมินสถานการณ์ หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียด จึงใช้วิธีการประเมินขั้นทุติยภูมิ เพื่อหาแหล่งสนับสนุนใช้ในการปรับตัว แก้ไขปัญหาและสถานการณ์ บุคคลจะเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดที่เหมาะสม

วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 113 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เลือกแบบสะดวกตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานโดยมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 2) อายุระหว่าง 22–60 ปี และ

[1]*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
[2]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail; yajai.sit@mahidol.ac.th*
[3]*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

https://doi.org/10.60099/jtnmc.v40i01.270869

3) ไม่อยู่ระหว่างลาคลอด การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรม G*power กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 คำนวณขนาดอิทธิพลเท่ากับ .11 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผ่านการตอบแบบสอบถามออนไลน์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต 3) แบบสอบถามด้านความวิตกกังวลต่อโรคโควิด 19 4) แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย 5) แบบประเมินความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และ 6) แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ มีความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93, .90, .92, .81, .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35.37 ปี (SD=7.35) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.3) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.9) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 77.0) จำนวนชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์อยู่ในช่วง 41–60 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 91.2) อาศัยอยู่คนเดียว (ร้อยละ 70.8) ไม่ได้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยตรง (ร้อยละ 77.0) และเคยได้รับการอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 85.0) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.6 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 12.4 และความเครียดร้อยละ 9.7 กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดสามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด (β = .290, p<.05; β =.375, p<.05; β = .415, p<.05) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าและความเครียด (β = –.203, p<.05; β = –.214, p < .05) ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัวรวมถึงการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ (β = .211, p<.05; β = –.267, p<.05)

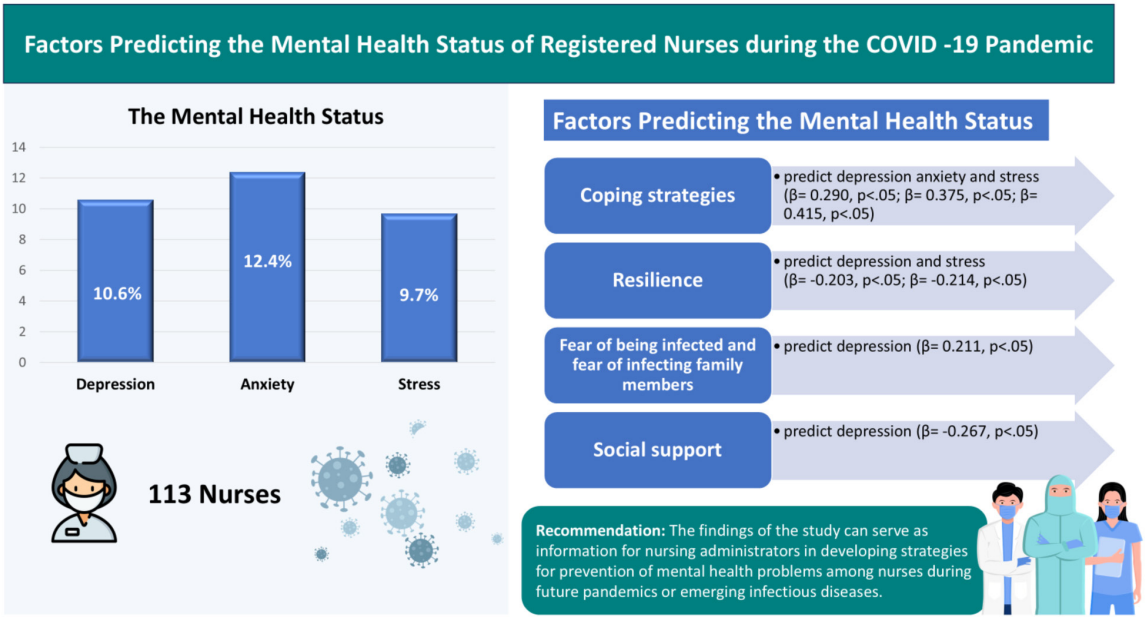
ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลในกรณีที่เกิดโรคระบาดหรือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในอนาคต

คำสำคัญ ภาวะสุขภาพจิต พยาบาลวิชาชีพ กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต การสนับสนุนทางสังคม

วันที่ได้รับ 30 ส.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 1 ธ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 24 ม.ค. 68

Factors Predicting the Mental Health Status of Registered Nurses during the COVID-19 Pandemic

Suthatip Yensiri M.N.S.[1]
Yajai Sitthimongkol Ph.D. (Nursing Science)[2]
Nopporn Vongsirimas Ph.D. (Nursing)[3]



Extended Abstract

Introduction Registered nurses are frontline healthcare workers in the Covid-19 pandemic, which spread rapidly and lasted over three years, resulting in a significant increase in the number of patients. As a result, nurses experience a high risk of Covid -19. A review of the literature reveals that nurses working during the pandemic have high rates of depression and anxiety. Long working hours and close contact with patients have led to depression, anxiety, and stress among nurses, which affects their quality of life and increases the risk of Post-Traumatic Stress Disorder. This also diminishes their ability to provide effective patient care. Previous studies have found that the fear of being infected and spreading within family, coping strategies, social support, and resilience are factors that affect nurses' mental health status. However, studies in Thailand are lacking in examining factors predicting mental health status among nurses working in a private hospital.

[1]*Student Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

[2]*Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand. E-mail: yajai.sit@mahidol.ac.th*

[3]*Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand.*

Objectives This study aimed to examine the predictive factors of mental health status among registered nurses during the Covid-19 pandemic, including the fear of being infected and spreading within family, coping strategies, resilience, and social support.

Design This study is a cross-sectional descriptive research. The conceptual framework of the study applies Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory, which explains that stress occurs when a person interacts with the environment. Whether stress arises or not depends on how the person appraises the situation and its potential impact on them. The process begins with primary appraisal. If the situation is appraised as perceived stress, secondary appraisal is then used to identify sources of social support for coping, problem-solving, and adaptation to the situation. The person will then choose an appropriate coping strategy.

Methodology The participants consisted of 113 registered nurses working at a private hospital in Bangkok, selected through a convenience sampling based on the following inclusion criteria: 1) holding a nursing and midwifery professional license, Class 1, 2) aged between 22 and 60 years, and 3) not on maternity leave. The sample size was determined using the power analysis principle with the G*Power program, setting a power of .80 and a significance level of .05, with an effect size of .11. Data were collected between December 2022 and February 2023 through an online platform. The research instruments included: 1) a personal information questionnaire, 2) the Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21), 3) the Anxiety Toward Covid-19 questionnaire, 4) the BRIEF COPE inventory, 5) the Connor-Davidson resilience scale, and 6) the Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS), with Cronbach's alpha coefficient of .93, .90, .92, .81, and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Multiple linear regression analysis.

Results The participants had a mean age of 35.37 years (SD = 7.35), with the majority of female (97.3%). Most participants had a bachelor's degree (97.9%), did not have any chronic diseases (90.3%), practiced Buddhism (94.7%), were single (77.0%), worked 41-60 hours per week (91.2%), lived alone (70.8%), did not provide direct care for patients with Covid-19 (77.0%), and had received infection control training (85.0%). The participants had depression at 10.6%, anxiety at 12.4%, and stress at 9.7%. Coping strategies were found to predict depression, anxiety, and stress (β = .290, $p < .05$; β = .375, $p < .05$; β = .415, $p < .05$). Resilience was found to predict depression and stress (β = -.203, $p < .05$; β = -.214, $p < .05$). Fear of being infected and spreading within family, and social support, were found to predict depression (β = .211, $p < .05$; β = -.267, $p < .05$).

Recommendation The findings of this study can be used as information for nursing administrators to develop strategies for prevention of mental health problems among nurses in the future pandemics or emerging infectious diseases.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 131-149

Keywords mental health status/ registered nurses/ coping strategies/ resilience/ social support

Received 30 August 2024, Revised 1 December 2024, Accepted 24 January 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รายงานการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562[1] พบว่ามีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลกเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563[2] โดยพบอัตราผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลกร้อยละ 9.0 และผู้เสียชีวิตร้อยละ 1.0 ข้อมูล ณ วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566[3] ในประเทศไทยพบว่ามีอัตราผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 7.1 และผู้เสียชีวิต ร้อยละ 0.1[4] การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่เกิดขึ้นในหลายระลอกและยืดเยื้อเป็นเวลานานเกินกว่า 3 ปี ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นด่านหน้าที่สำคัญในการคัดกรองและให้การดูแลรักษา พยาบาล มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีชั่วโมงการทำงานในช่วงเวลาที่ยาวนานในระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้พยาบาลมีความเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสเชื้อโควิด 19 จากผู้ป่วยผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่ง และมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอง จากข้อมูลสถิติการติดเชื้อในบุคลากรทางสุขภาพระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 พบจำนวนบุคลากรทางสุขภาพที่ติดเชื้อโควิด 19 สูงถึงจำนวน 4,270 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็น พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และผู้ช่วยพยาบาล[5] และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึงหนึ่งในห้า และพยาบาลหนึ่งในสามมีอาการวิตกกังวล[8] ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า พยาบาลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.2 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 21.3 และความเครียดร้อยละ 14.2[6] ขณะที่ในประเทศตุรกีพบว่าพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 84.3 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 78 และความเครียดร้อยละ 65.7[7] ผลการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินความเครียดทางจิตใจของบุคลากรทางสุขภาพในกลุ่มประเทศเอเชียเผยให้เห็นว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37.5 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 39.7 และความเครียดร้อยละ 36.4[8] ดังนั้นการแพร่ระบาดที่ยืดเยื้อของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบอย่างมากต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลทั่วโลกที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ดังกล่าว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด

การเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดเป็นเวลานาน สามารถส่งผลต่อปัญหาด้านการนอนหลับและมีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล คุณภาพชีวิตลดต่ำลง รวมถึงความเสี่ยงต่อการเกิด Posttraumatic stress disorder (PTSD)[9] ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันโรค การปฏิบัติงานของพยาบาลและลดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย[7]

มีงานวิจัยจำนวนมากได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปกป้องการเกิดภาวะซึมเศร้า[10] ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ประสบการณ์การทำงาน และอาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยหลังการระบาดโรคโควิด 19[11] การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อโควิด 19 เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวลและความเครียดในกลุ่มพยาบาล[12] ผลการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดทางจิตใจในบุคลากรทางสุขภาพในประเทศกลุ่มเอเชีย พบว่าเพศหญิงและวิชาชีพ

พยาบาลเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียด[8] กลยุทธ์การแก้ปัญหาโดยใช้อารมณ์ (Emotion-focused strategies) มีอิทธิพลทางลบต่อภาวะเครียด ในขณะที่กลยุทธ์การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Problem-focused strategies) มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะเครียด และกลยุทธ์การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล[13] ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเป็นปัจจัยปกป้องภาวะเครียด[13] การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตและภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด[13-14] นอกจากนี้ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อไปยังครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด[14] ขณะเดียวกันความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ[15] นอกจากนี้ยังพบว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 เมื่อมีการติดตามเป็นเวลาหนึ่งปี[28]

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดที่สมควรได้รับความสนใจจากผู้บริหารทางการพยาบาล มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษางานวิจัยในบริบทของต่างประเทศ สามารถสรุปได้ว่า เพศ สถานภาพสมรส ชั่วโมงการทำงาน ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อไปยังครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลยุทธ์การจัดการความเครียดโดยใช้เหตุผล กลยุทธ์การจัดการความเครียดโดยใช้อารมณ์สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียดได้

ในบริบทของประเทศไทย ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 แม้ว่าเรื่องของภาวะสุขภาพจิตในบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ได้รับการให้ความสำคัญจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสูงในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของพยาบาล และบุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐ แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานของสถานบริการ และไม่พบการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาคเอกชน ดังนั้นการศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาคเอกชนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 โดยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีการศึกษามาแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ในการพัฒนาแนวทางการบริหารการจัดระบบการเตรียมความพร้อมและการจัดการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลในกรณีที่เกิดโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด

19 ประกอบด้วย ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[31] มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยอธิบายว่าความเครียดเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และความเครียดจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้น เกิดจากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ โดยเริ่มจากการประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เพื่อประเมินสถานการณ์ หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียด (perceived stress) จึงใช้วิธีการประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เพื่อหาแหล่งสนับสนุนใช้ในการปรับตัว แก้ไขปัญหาและสถานการณ์ บุคคลจะเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดที่เหมาะสม (coping) โดยกลยุทธ์การจัดการความเครียดสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ซึ่งการจัดการความเครียดทั้ง 2 รูปแบบสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน (adaptation outcome) โดยประกอบไปด้วยผลลัพธ์ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) เป็นการปรับตัวของบุคคลในการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น การเปลี่ยนงานใหม่ การเปลี่ยนบทบาทเป็นสามีภรรยา หรือพ่อแม่ 2) ด้านจิตใจ (morale) เป็นการปรับตัวด้านจิตใจของบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองว่ามีความเครียดหรือมีความสุข มีความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต และ 3) ด้านสุขภาพกาย (somatic health) เป็นการปรับตัวด้านร่างกาย ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายได้สมบูรณ์แข็งแรงหรือทำให้ร่างกายทรุดโทรมหรือเจ็บป่วย เป็นต้น หากผลลัพธ์ไม่ได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวัง บุคคลนั้นสามารถประเมินซ้ำ (reappraisal) เพื่อเข้าสู่กระบวนการจัดการความเครียดได้ใหม่ ซึ่งสามารถมีกระบวนการจัดการความเครียดเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง[31]

ในการศึกษานี้อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ว่า เมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคระบาดใหม่และขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 การประเมินสถานการณ์ของพยาบาลจะแตกต่างออกไปตามสภาพการณ์ที่เผชิญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลมักจะเกิดความกลัวในการติดเชื้อและกลัวว่าจะนำเชื้อไปแพร่ในครอบครัว[7] พยาบาลจะเริ่มประเมินขั้นปฐมภูมิโดยพิจารณาว่าสถานการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของตนเองหรือไม่ และหากพบว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความเครียดและสร้างอันตรายในอนาคต พยาบาลจะทำการประเมินขั้นทุติยภูมิ เพื่อค้นหาแหล่งสนับสนุนและทรัพยากรที่มีอยู่ในการรับมือกับสถานการณ์ พยาบาลจะใช้คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกที่พยาบาลสามารถดึงมาใช้[13,15] เพื่อช่วยในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นพยาบาลจะทำการประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้งว่า

สถานการณ์นั้นยังคงส่งผลให้เกิดความเครียดหรือไม่ และจะเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดโดยแบ่งเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ทั้ง 2 รูปแบบอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน หากพยาบาลเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพ การจัดการความเครียดดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตและนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านจิตใจที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด โดยส่งผลให้สุขภาพจิตของพยาบาลย่ำแย่ลงได้[10-11]

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด19ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 2) อายุระหว่าง 22-60 ปี และ 3) ไม่อยู่ระหว่างลาคลอด

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*power สำหรับสถิติ Multiple regression analysis กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) เท่ากับ .05 คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตและภาวะวิตกกังวล ($f^2 = 0.11$) จากงานวิจัยของ Roberts และคณะ[25] การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทำนายทั้งหมด 4 ตัว เมื่อนำไปคำนวณขนาดตัวอย่างจึงได้จำนวน 113 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ศาสนา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการทำงาน รายได้ จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์ ที่พักอาศัย และลักษณะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยตรง และการอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scale; DASS-21) พัฒนาโดย Lovibond[16] ได้รับการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยสุกัลยา สว่าง[17] จำนวน 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือด้านความซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ ด้านความวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อและด้านความเครียดจำนวน 7 ข้อ การตอบเป็นมาตรประมาณค่าแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ตรงกับฉันมากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด (3 คะแนน) ตรงกับฉันหรือเกิดขึ้นบ่อย ๆ (2 คะแนน) ตรงกับฉันบ้าง หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่ตรงกับฉันเลย (0 คะแนน) การแปลผลระดับภาวะสุขภาพจิตคือ ภาวะซึมเศร้า ระดับปกติ (0-4 คะแนน) ระดับต่ำ (5-6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7-10 คะแนน) ระดับรุนแรง (11-13 คะแนน) ระดับรุนแรงที่สุด (14+ คะแนน) ภาวะวิตกกังวล ระดับปกติ (0-3 คะแนน) ระดับต่ำ (4-5 คะแนน) ระดับ

ปานกลาง (6-7 คะแนน) ระดับรุนแรง (8-9 คะแนน) ระดับรุนแรงที่สุด (10+ คะแนน) ความเครียด ระดับปกติ (0-7 คะแนน) ระดับต่ำ (8-9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-12 คะแนน) ระดับรุนแรง (13-16 คะแนน) ระดับรุนแรงที่สุด (17+ คะแนน) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 113 คน เท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านความวิตกกังวลต่อโรคโควิด 19 พัฒนาโดยวิศิษฎ์ เนติโรจนกุล[18] ดัดแปลงจากการศึกษาของ Dai และคณะ[19] จำนวน 6 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินตัวแปรความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว การตอบเป็นมาตรประมาณค่าแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ฉันกังวลอย่างมาก (4 คะแนน) ฉันกังวล (3 คะแนน) ฉันไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ฉันค่อนข้างไม่กังวล (1 คะแนน) ฉันไม่กังวลเลย (0 คะแนน) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 0-24 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง มีความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัวในระดับสูง เครื่องมือต้นฉบับมีค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 การทดสอบในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 113 คน เท่ากับ .88

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย (The Brief COPE Inventory) พัฒนาโดย Caver[20] ได้รับการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยธนานันต์ นุ่มแสงและธนิตา ตันตระรุ่งโรจน์[21] จำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 14 รูปแบบของกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด มาตรประมาณค่าแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ฉันได้ทำเช่นนี้อย่างมาก (4 คะแนน) ฉันได้ทำเช่นนี้ปานกลาง (3 คะแนน) ฉันได้ทำเช่นนี้เล็กน้อย (2 คะแนน) ฉันไม่ได้ทำเช่นนี้เลย (1 คะแนน) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 28-112 คะแนน คะแนนสูงบ่งบอกถึงการเลือกใช้กลยุทธ์ด้านนั้นในการรับมือกับความเครียดมากกว่าคะแนนน้อย ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 113 คน เท่ากับ .93

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Connor-Davison resilience scale) พัฒนาโดย Connor และ Davision[22] ได้รับการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยนพพร ว่องศิริมาศและคณะ[23] จำนวน 10 ข้อ การตอบเป็นมาตรประมาณค่าแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ จริงเกือบตลอดเวลา (4 คะแนน) จริงบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ไม่จริงบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่จริงอย่างมาก (1 คะแนน) ไม่จริงทั้งหมด (0 คะแนน) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 0-40 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูงหมายถึง มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับสูง ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 113 คน เท่ากับ .87

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) พัฒนาโดย Zimet และคณะ[24] ได้รับการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย พิทักษ์พล บุณยมาลิก[25] จำนวน 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

ด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว 4 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากเพื่อน 4 ข้อ และด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากบุคคลสำคัญในชีวิต 4 ข้อ การตอบเป็นมาตรประมาณค่าแบบ Likert scale 7 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยที่สุด (7 คะแนน) เห็นด้วยอย่างมาก (6 คะแนน) เห็นด้วยเล็กน้อย (5 คะแนน) มีความเห็นเป็นกลาง (4 คะแนน) ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยที่สุด (1 คะแนน) ค่าคะแนนรวมระหว่าง 12–84 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 113 คน เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2022/723.0310) วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 – วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการศึกษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และการดูแลช่วยเหลือกรณีที่กลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือพบปัญหา การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีการลงนามยินยอมตนจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการระบุข้อมูลใด ๆ ที่บ่งบอกถึงความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตรงกับช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การเก็บข้อมูลจึงถูกดำเนินการในรูปแบบออนไลน์ เริ่มต้นตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการทำวิจัยครั้งนี้และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์ ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโครงการในรูปแบบโปสเตอร์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในไลน์กลุ่มพยาบาลของโรงพยาบาล พยาบาลที่อยู่ในกลุ่มไลน์นี้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้สนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยสามารถลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันไลน์และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยรูปแบบออนไลน์ผ่าน Google form ได้โดยการสแกน QR code ที่ระบุในโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ เมื่อได้จำนวนตัวอย่างที่ลงนามในใบยินยอมและตอบแบบสอบถามครบ 113 คน ระบบจะปิดการตอบรับอัตโนมัติ และเมื่อตรวจสอบแบบสอบถามทั้งหมดแล้วพบว่าทุกคนตอบแบบสอบถามได้สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดดำเนินการโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะของตัวแปรวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีค่าในมาตรวัดช่วง (interval scale) ขึ้นไป 2) ข้อมูลของ

ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบปกติ 3) ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระแต่ละตัว 4) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยค่า Variance inflation factor (VIF) มีค่าระหว่าง 1.06-1.28 ซึ่งไม่เกิน 5 และ Tolerance > .2 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง 4) ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และ มีความแปรปรวนคงที่ (Homogeneity of variance)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 113 คน มีอายุอยู่ในช่วง 22-59 ปี อายุเฉลี่ย 35.37 ปี (SD=7.35) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.3) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.9) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.7) ประสบการณ์การทำงานมีค่าเฉลี่ย 9.36 ปี (SD=6.94) (Median=7.00) สถานภาพโสด (ร้อยละ 77.0) รายได้เฉลี่ย/เดือนอยู่ในช่วง 30,001-40,000 บาท (ร้อยละ 44.0) จำนวนชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์อยู่ในช่วง 41-60 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 91.2) อาศัยอยู่คนเดียว (ร้อยละ 70.8) ไม่ได้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยตรง (ร้อยละ 77.0) และเคยได้รับการอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 85.0)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ-ต่ำ (ร้อยละ 89.4) ระดับปานกลาง-รุนแรง (ร้อยละ 10.60) ภาวะวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลในระดับปกติ-ต่ำ (ร้อยละ 87.6) ระดับปานกลาง-รุนแรง (ร้อยละ 12.4) ความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปกติ-ต่ำ (ร้อยละ 90.3) ระดับปานกลาง-รุนแรง (ร้อยละ 9.7) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าคือ 2.83 คะแนน (SD= 2.80) (Median=2.00) ภาวะวิตกกังวลคะแนนเฉลี่ยคือ 2.36 คะแนน (SD= 2.37) (Median= 2.00) และความเครียดคะแนนเฉลี่ยคือ 4.60 คะแนน (SD= 3.41) (Median=5.00)

ผลการประเมินระดับความกลัวที่จะติดเชื้อและแพร่เชื้อในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 5.75 คะแนน (SD=5.24) (Median= 5.00) กลยุทธ์การจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 61.35 คะแนน (SD=15.28) เมื่อพิจารณากลยุทธ์ในการจัดการความเครียดรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดด้านการยอมรับโดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 6.00 (SD= 1.84) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.63 คะแนน (SD=5.64) และการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 64.58 คะแนน (SD=15.90) โดยการสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว (M=22.25, SD=6.40) การสนับสนุนจากเพื่อน (M=20.85, SD=5.74) และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ (M=21.49, SD=5.33) (Table 1)

Table 1 Description of study variables (n=113)

Variables	Possible score	Actual score	M	SD
Fear of being infected and spreading within family (Median = 5)	0 – 24	0 – 20	5.75	5.24
Coping strategies	28 – 112	28 – 102	61.35	15.28
- Active coping	2 – 8	2 – 8	5.30	1.66

Table 1 Description of study variables (n=113) (Cont,)

Variables	Possible score	Actual score	M	SD
- Planning	2 – 8	2 – 8	4.81	1.77
- Positive reframing	2 – 8	2 – 8	5.49	1.78
- Acceptance	2 – 8	2 – 8	6.00	1.84
- Humor	2 – 8	2 – 8	4.93	1.66
- Religion	2 – 8	2 – 8	4.24	1.93
- Using emotional support	2 – 8	2 – 8	4.42	1.42
- Using instrument support	2 – 8	2 – 8	4.94	1.64
- Self-distraction	2 – 8	2 – 8	5.37	1.74
Denial	2 – 8	2 – 8	2.81	1.13
- Venting	2 – 8	2 – 8	4.04	1.42
- Substance use	2 – 8	2 – 7	2.66	1.08
- Behavioral disengagement	2 – 8	2 – 7	2.77	1.06
- Self- blame	2 – 8	2 – 8	3.59	1.51
Resilience	0 – 40	11 – 40	27.63	5.64
Social support	12 – 84	13 – 84	64.58	15.90
- Family	4 – 28	4 – 28	22.25	6.40
- Friend	4 – 28	4 – 28	20.85	5.74
- Significant other	4 – 28	5 – 28	21.49	5.33

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (r = .247, p< .01) และความเครียด (r = .223, p< .01) กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (r = .186, p < .05) ภาวะวิตกกังวล (r = .275, p< .01) และความเครียด (r = .351, p< .01) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (r = -.231, p< .05) (Table 2)

Table 2 Correlation matrix of study variables (n = 113)

Variables	1	2	3	4	5	6	7
Fear of being infected and fear of infecting family members	1						
Coping strategies	.246**	1					
Resilience	.090	.330**	1				
Social support	.062	.331**	.358**	1			
Depression	.247**	.186*	-.184	-.231*	1		
Anxiety	.142	.275**	-.117	-.112	.586**	1	
Stress	.223**	.351**	-.096	-.020	.731**	.631**	1

*p < .05, **p < .01

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลจากตัวแปรที่ศึกษา ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 20.5 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยคะแนนมาตรฐาน (β =.211, p<.05; β =.290, p<.05; β =-.203, p<.05; β =-.267, p<.05) ตามลำดับ (Table 3) ด้านภาวะวิตกกังวล พบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะวิตกกังวลได้ร้อยละ 15.5 โดยพบว่า กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด เป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ (β = .375, p< .05) ในขณะที่ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ (Table 4) ด้านความเครียด พบว่าความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเครียดได้ร้อยละ 20.1 โดยกลยุทธ์ในการจัดการความเครียด (β = .415, p< .05) และความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (β = -.214, p< .05) สามารถทำนายความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 5)

Table 3 Factors predicting depression in the participants using Multiple regression analysis (n = 113)

Predictor variables	b	SE_{est}	β	t	p-value
Fear of being infected and fear of infecting family members	.113	.047	.211	2.381	.019
Coping strategies	.053	.018	.290	3.012	.003
Resilience	-.101	.047	-.203	-2.143	.034
Social support	-.047	.017	-.267	-2.823	.006

R = .453, R^2= .205, Adjusted R^2 = .176, S.= 2.542, F =6.965, p-value < .001

Table 4 Factors predicting anxiety in the participants using Multiple regression analysis (n= 113)

Predictor variables	B	SE_{est}	β	t	p-value
Fear of being infected and fear of infecting family members	.035	.041	.077	.845	.400
Coping strategies	.058	.015	.375	3.785	<.001
Resilience	-.078	.041	-.185	-1.901	.060
Social support	-.026	.015	-.174	-1.785	.077

R = .394, R^2= .155, Adjusted R^2= .124, S. = 2.227, F =4.969, p-value < .001

Table 5 Factors predicting stress in the participants using Multiple regression analysis (n = 113)

Predictor variables	B	SE_{est}	β	t	p-value
Fear of being infected and fear of infecting family members	.095	.058	.146	1.644	.103
Coping strategies	.093	.022	.415	4.305	<.001
Resilience	-.130	.058	-.214	-2.257	.026
Social support	-.019	.020	-.090	-.950	.344

R = .448, R^2= .201, Adjusted R^2= .171, S. = 3.113, F = 6.788, p-value < .001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 20.5 ทำนายภาวะวิตกกังวลได้ร้อยละ 15.5 และทำนายความเครียดได้ร้อยละ 20.1

ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[31] ได้ว่าความเครียดเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคระบาดใหม่และขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จึงส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียด[7] นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและการแพร่เชื้อโรคไปยังสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นเหตุให้เกิดความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว และหากไม่ได้รับการจัดการหรือมีกลยุทธ์การจัดการความเครียดที่เหมาะสม ก็ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[11,9] ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือ ความกลัวที่จะติดเชื้อและการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นในชีวิตซึ่งเปรียบเสมือนกับแหล่งประโยชน์ภายในของบุคคล ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดได้เหมาะสม และลดความรุนแรงของความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ไม่มีโรคประจำตัว และมีรายได้ในระดับดี ปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต การมีสถานะการศึกษาที่สูงและสุขภาพดี พร้อมกับรายได้ที่มั่นคงสามารถช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียด โดยการมีปัจจัยเหล่านี้อาจช่วยลดผลกระทบเชิงลบของความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[13,28] ที่พบว่า ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทำหน้าที่เป็น

แหล่งทรัพยากรจากภายนอกที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลสามารถหลุดพ้นจากสถานการณ์ความเครียดหรือปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเครียด กลุ่มตัวอย่างมักจะหันไปหาการสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลสำคัญ และเพื่อน เพื่อช่วยจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น การได้รับการสนับสนุนเช่นนี้สามารถช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเอง[26] ผลลัพธ์นี้ส่งผลให้ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[13] ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้า

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายภาวะวิตกกังวลได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[31] ที่ว่าบุคคลจะทำการประเมินขั้นทุติยภูมิ เพื่อระบุแหล่งสนับสนุนและทรัพยากรที่มีอยู่ในการแก้ไขปัญหา และจะเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดที่เหมาะสม นำไปสู่ผลลัพธ์ของการปรับตัวในด้านภาวะวิตกกังวลได้ และแตกต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมา[9,11,27] ที่พบว่าความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะวิตกกังวลได้ ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้ว่าในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางประชากรที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดการแปรปรวนของข้อมูลน้อย ส่งผลให้ไม่สามารถตรวจจับความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างตัวแปรได้ นอกจากนี้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก อาจทำให้เกิดอคติ (bias) ในผลการศึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการทำนายภาวะวิตกกังวลได้

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเปรียบเสมือนคุณลักษณะที่บ่งบอกถึงการมีความเข้มแข็ง อดทน มีศักยภาพในการข้ามผ่านสถานการณ์หรืออุปสรรค ช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับสถานการณ์ความเครียดได้ดีขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ไม่มีโรคประจำตัว และมีรายได้ในระดับดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และทำให้บุคคลมีความสามารถในการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตโดยรวมดีขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[29] ที่พบว่า ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายความเครียดได้

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความเครียดได้ ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา[14,30] ที่พบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและแพร่เชื้อในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเครียดได้ ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้ว่า อาจเกิดจาก ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดการแปรปรวนของข้อมูลน้อย และขนาดกลุ่มตัวอย่างที่อาจเล็กเกินไป สำหรับการศึกษาปัจจัยทำนาย อาจทำให้เกิดอคติ (bias) ในผลการศึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการทำนายความเครียดได้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดสามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด อธิบายได้ว่าการใช้กลยุทธ์ในการจัดการ

ความเครียดมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด ผลการศึกษาครั้งนี้ดูเสมือนว่าไม่สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[31] ที่ว่า เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ และเกิดความเครียด บุคคลจะเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดเพื่อแก้ไขปัญหาให้มีความเครียดลดลง[31] อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมีหลายวิธี บางวิธีเหมาะสม แต่บางวิธีอาจทำให้ความเครียดลดลงเพียงชั่วครู่ แต่ส่งผลเสียในระยะยาว และแม้การเลือกใช้กลยุทธ์หลายวิธี แต่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดโทษ และจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินความถี่ในการใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียด พบว่ากลยุทธ์การเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้มากที่สุด คือ การยอมรับ สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มประเทศในเอเชีย อาทิ อินเดีย เวียดนาม จีน ที่พบว่าพยาบาลใช้กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดด้านการยอมรับสูงสุด[32-33] วิธีการเผชิญความเครียดเหล่านี้ อาจเป็นกลยุทธ์ที่ลดความเครียดเพียงชั่วครู่ แต่อาจส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพจิตในระยะยาวได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ผลการวิจัยนี้เป็นการประเมินความถี่ในการใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดเท่านั้น ดังนั้นจึงสมควรศึกษาวิจัยต่อไปเพื่อศึกษาการใช้กลยุทธ์อะไรบ้างในการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่สามารถลดความเครียดและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งเดียวในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพและศักยภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลเดียวเท่านั้น ผลการศึกษานี้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนได้เนื่องจากบริบทของแต่ละสถานพยาบาลและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและสุขภาพจิตอาจแตกต่างกันไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลร้อยละ 10.6 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.4 มีภาวะวิตกกังวล, และร้อยละ 9.7 มีความเครียด ซึ่งหากพยาบาลไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีความเครียดสะสม อาจส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัยของผู้รับบริการได้ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการบริหาร จากผลการวิจัยที่พบว่ากลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาลควรพิจารณานำข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรเหล่านี้ไปใช้ในการจัดระบบการเตรียมความพร้อมและการจัดการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลในกรณีที่เกิดโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

ด้านการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogeneous group) เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส และประสบการณ์การทำงาน รวมถึงมีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง การศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่น เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผลการวิจัยเป็นตัวแทนของประชากรพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนได้ดียิ่งขึ้น

References

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020; 395 (10223):497-506. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5 PMID: 31986264

2. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. Geneva: WHO; 11 Mar 2020. Available from: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
3. Institute for Urban Disease Control and Prevention, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation reports of coronavirus disease 2019: (May 15, 2023). Available from: https://covid19.anamai.moph.go.th/en/ (in Thai)
4. Department of Health. Situation reports of coronavirus disease 2019. [Internet]. May 15, 2023. [Cite 2023 Dec 30]. Available from: https://covid19.anamai.moph.go.th/en/
5. Center for COVID-19 Situation Administration. The cumulative number of medical staff infected with COVID-19: (February 2021 - February 2022). Available from: https://workpointtoday.com/covid19-202/ (in Thai)
6. Komwong D, Prasanthanakul J, Phanasathit M, Wongwan T. Work-related factors and mental health outcomes among healthcare workers during COVID-19 pandemic. J Health Syst Res. 2022;16(1):54-68.
7. Işık O, Tengilimoğlu D, Tosun N, Zekioğlu A, Tengilimoğlu O. Evaluating the factors (stress, anxiety and depression) affecting the mental health condition of nurses during the COVID-19 pandemic. Eval Health Prof. 2022 Mar;45(1):86-96. https://doi.org/10.1177/01632787211062660 PMID: 34968162
8. Ching SM, Ng KY, Lee KW, Yee A, Lim PY, Ranita H, Devaraj NK, Ooi PB, Cheong AT. Psychological distress among healthcare providers during COVID-19 in Asia: systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021 Oct 14;16(10). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257983 PMID: 34648526
9. Qi G, Yuan P, Qi M, Hu X, Shi S, Shi X. Influencing factors of high PTSD among medical staff during COVID-19: evidences from both meta-analysis and subgroup analysis. Saf Health Work. 2022 Sep;13(3):269-78. https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.06.003 PMID: 35784492
10. Mao X, Dong W, Zhang J, Zhang F, Deng W, Li Z, Hou T. Mental health status and its associated factors among female nurses in the normalization of COVID-19 epidemic prevention and control in China. Front Public Health. 2023 Jan 6;10:1088246. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1088246 PMID: 36684890
11. Zhang MR, Huang HG, Chen HX, Deng YF. Factors associated with poor mental health outcomes in nurses in COVID-19-designated hospitals in the postepidemic period in Guangdong Province: a cross-sectional study. BMJ Open. 2022 Jul 18;12(7). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061116 PMID: 35851024
12. Alhawatmeh H, Alsholol R, Dalky H, Al-Ai N, Albataineh R. Mediating role of resilience on the relationship between stress and quality of life among Jordanian registered nurses during COVID-19 pandemic. Heliyon. 2021;7(11). https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08378 PMID: 34805571
13. Xu Y, Zheng QX, Jiang XM, Guo SB, Kang YL, Lin YP, Liu GH. Effects of coping on nurses' mental health during the COVID-19 pandemic: mediating role of social support and psychological resilience. Nurs Open. 2023 Jul;10(7):4619-29. https://doi.org/10.1002/nop2.1709 PMID: 36947673
14. Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Nurses' mental health during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. J Occup Environ Med. 2020;62(10):783-7. https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110620 PMID: 33316228

15. Labrague LJ, De los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: predictive role of organizational support, personal resilience and social support. J Nurs Manag. 2020;28(7):1653-61. https://doi.org/10.1111/jonm.13121 PMID: 32770780
16. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther. 1995;33(3):335-43.
17. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. Int J Psychol. 2013;48(5):1018-29.
18. Netirojjanakul W. Prevalence and associated factors of mental health problems among healthcare workers at Nakhonpathom Hospital during the COVID-19 epidemic. Region 4-5 Med J. 2020;39(4):616-27. (in Thai)
19. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. medRxiv. 2020:2020.03.03.20030874. https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874
20. Caver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. Int J Behav Med. 1997;4(1):92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6 PMID: 16250744
21. Numsang T, Tantrarungroj T. Validity and reliability of the Brief COPD Inventory: Thai version. J Psychiatr Assoc Thailand. 2018;63(2):189-98. (in Thai)
22. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113 PMID: 12964174
23. Vongsirimas N, Thanoi W, Klainin-Yobas P. Evaluating psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CDRISC) among university students in Thailand. J Nurs Sci. 2017;35(3):25-35. (in Thai)
24. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess. 1988;52(1):30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2 PMID: 1757578
25. Roberts N, McAloney-Kocaman K, Lippiett K, Ray E, Welch L, Kelly C. Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. Respir Med. 2021;176:106219. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106219 PMID: 33248362
26. Kılınç T, Sis Çelik A. Relationship between the social support and psychological resilience levels perceived by nurses during the COVID-19 pandemic: a study from Turkey. Perspect Psychiatr Care. 2021;57(3):1000-8. https://doi.org/10.1111/ppc.12648 PMID: 33073874
27. Kim SC, Quiban C, Sloan C, Montejano A. Predictors of poor mental health among nurses during the COVID-19 pandemic. Nurs Open. 2021;8(2):900-7. https://doi.org/10.1002/nop2.697 PMID: 33570266
28. Zhang R, Lai J, Wang Y, Huang J, Hu S, Wang H. Mental health outcomes and resilience among aiding Wuhan nurses: one year after the COVID-19 outbreak in China. J Affect Disord. 2022 Jan 15;297:348-52. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.050 PMID: 34710499
29. Chrysoula D, Despoina P, Ioannis K, Polyxeni M, Eftychia F, Nikoletta M. Stress, anxiety and depression in nurses during COVID-19 pandemic: evaluation of coping strategies. Int J Nurs. 2021;8(1):10-15. https://doi.org/10.15640/ijn.v8n1a1

30. Mekonen E, Shetie B, Muluneh N. The psychological impact of COVID-19 outbreak on nurses working in the Northwest of Amhara Regional State Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. Psychol Res Behav Manag. 2021;14:1353-64. https://doi.org/10.2147/ PRBM.S291446 PMID: 33447101

31. Lazarus R, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984. 456p.

32. Singh J, Sood M, Chadda RK, Singh V, Kattula D. Mental health issues and coping among health care workers during COVID-19 pandemic: Indian perspective. Asian J Psychiatry. 2021; 61:102685. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102685 PMID: 34030026

33. Thai TT, Le PTV, Huynh QHN, Pham PTT, Bui HTH. Perceived stress and coping strategies during the COVID-19 pandemic among public health and preventive medicine students in Vietnam. Psychol Res Behav Manag. 2021;14:795-804. https://doi.org/10.2147/ PRBM.S317059 PMID: 34177277