

ORIGINAL ARTICLE

**ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และกลยุทธ์การรับมือของบุคลากรทางการแพทย์เขตสุขภาพที่ 10
ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019****Stress, Depression, and Coping Strategies among Medical Staff Working in
the 10th Public Health Region during the COVID-19 Pandemic**

**แพรววรินทร์ ว่องสุภักดิ์, พ.บ.¹, สิปปัญญ์ ศิลาเกษ, พ.บ.², พัชรี พรรณพานิช, พ.บ.¹, อธิภา ธาณี, ศษ.ม.²,
เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ปร.ค.³, ลติพร อุดมสุข, ปร.ค.¹**

Praewwarin Vongsuphakphan, M.D.¹, Sipanut Silaket, M.D.², Patcharee Phanpanich, M.D.¹,

Teerapa Thane, M.Ed.², Kedsaraporn Kenbubpha, Ph.D.³, Latiporn Udomsuk, Ph.D.¹

¹วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี,

²โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี,

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University,

²Prasrimahabhodi Hospital, Ubon Ratchathani Province,

³Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: ลติพร อุดมสุข (latiporn.u@ubu.ac.th)

Received: October 31, 2024 Revised: January 21, 2025 Accepted: January 28, 2025

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหนักขึ้นและเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อาจนำไปสู่ภาวะเครียดและซึมเศร้า การศึกษาจึงมุ่งสำรวจปัจจัยบรรเทาความเครียดและกลยุทธ์ในการรับมือเพื่อพัฒนามาตรการดูแลสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยบรรเทาความเครียดและกลยุทธ์รับมือของบุคลากรทางการแพทย์เขตสุขภาพที่ 10 ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในบุคลากรทางการแพทย์เขตสุขภาพที่ 10 ที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 434 คน เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามชนิดออนไลน์ระหว่างมกราคม ถึงมีนาคม พ.ศ. 2565 ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้า ปัจจัยบรรเทาความเครียดและกลยุทธ์การรับมือ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Chi-square, Fisher's exact test, t-test และ Spearman's correlation coefficient ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 88 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลร้อยละ 61.5 มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 73.0 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.4 วิชาชีพพยาบาลมีระดับความเครียดสูงมากที่สุดร้อยละ 12.4 พบว่า เพศและอายุในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$) ปัจจัยที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การได้รับทัศนคติเชิงบวกจากเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยที่ติดเชื้ออาการดีขึ้น ครอบครัวปลอดภัย มีอุปกรณ์และมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ การได้รับคำแนะนำการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง การทำงานเป็นทีม การมีความเชื่อมั่นในศักยภาพโรงพยาบาล และการมีวัคซีนที่เพียงพอ ส่วนกลยุทธ์ที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ระมัดระวังผู้ป่วยที่มีไข้แม่ผลตรวจเป็นลบ เรียนรู้เกี่ยวกับโรค เดินทางแบบส่วนตัว ทำกิจกรรมผ่อนคลาย พูดคุยกับครอบครัวและเพื่อน มองโลกในแง่บวก จำกัดการรับข่าวสารด้านลบ ระบายอารมณ์ที่เหมาะสม และออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา

สรุป: บุคลากรทางการแพทย์มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาด ปัจจัยบรรเทาความเครียดและกลยุทธ์รับมือที่เหมาะสมสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ จึงควรส่งเสริมการใช้ปัจจัยเหล่านี้และพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพจิตเพื่อป้องกันและดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรทั้งในช่วงการระบาดและวิกฤติในอนาคต

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ความเครียด, ซึมเศร้า, บุคลากรทางสาธารณสุข, โควิด-19

Thaicalclinicaltrials.org number, TCTR20250118004

ABSTRACT

BACKGROUND: The COVID-19 pandemic increased the workload and risk of infections for healthcare workers, potentially resulting in stress and depression. This study aims to identify the stress-relief factors and coping strategies used to guide mental health support.

OBJECTIVES: To examine stress, depression, stress-relief factors, and coping strategies among healthcare workers in Thailand's Health Region 10 during the COVID-19 pandemic.

METHODS: An analytic cross-sectional descriptive study was conducted among 434 healthcare workers responsible for COVID-19 patients between January and March 2022. Data were collected via online questionnaires covering personal information, stress and depression assessments, stress-relief factors and coping strategies. Statistical analysis included descriptive statistics, Chi-square, Fisher's exact test, t-test, and Spearman's correlation coefficient with a significance level of 0.05.

RESULTS: Among participants (88% female, 61.5% nurses), 73% reported moderate stress levels while 18.4% experienced depression. The nursing profession exhibited the highest level of stress (12.4%). It was found that gender and age were significantly different between the depressed group and the non-depressed group ($p=0.04$). Stress-relief factors significantly associated with reduced depression included coworker support, family safety, improvement in infected patients, effective protective equipment and measures, proper infection prevention guidelines, teamwork, confidence in the hospital's capabilities, and sufficient vaccine availability. Effective coping strategies involve adhering to preventive measures, being cautious with patients despite negative test results, acquiring knowledge about the disease, using private transportation, engaging in relaxing activities, communicating with family and friends, maintaining a positive mindset, limiting exposure to stress-inducing news, expressing emotions appropriately, and exercising or playing sports.

CONCLUSIONS: Medical staff experienced increased mental health issues during the pandemic. Appropriate stress-relief factors and coping strategies can effectively reduce depression. Therefore, promoting the use of these factors and developing a mental health care system is crucial to protecting and supporting the mental well-being of healthcare workers during pandemics and crises in the future.

KEYWORDS: mental health, stress, depression, healthcare workers, COVID-19

Thaicalclinicaltrials.org number, TCTR20250118004

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) พบครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อธันวาคม พ.ศ. 2562 และได้แพร่ระบาดไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยจนองค์การอนามัยโลกต้องประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ในช่วงมีนาคม พ.ศ. 2563¹ การระบาดที่ยาวนานส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานด้านหน้าต้องทำงานหนักภายใต้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สูง ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจและมีปัญหาสุขภาพจิตหลายชนิดตามมา²

ในต่างประเทศมีการศึกษาในประเทศจีน ณ ช่วงแรกของการระบาดพบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีปัญหาสุขภาพจิตหลายด้าน เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล มีปัญหาการนอนหลับและมีภาวะกดดันด้านจิตใจ^{2,3} โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาล ผู้สัมผัสผู้ติดเชื้อโดยตรง และผู้ปฏิบัติงานในเมืองอู่ฮั่น² นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มเผชิญปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย³ ขณะที่การศึกษาในอังกฤษและสหรัฐอเมริกาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าประชาชนทั่วไปถึง 3.4 เท่า⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ ตำแหน่ง ประเภทของสถานที่ทำงาน หน่วยงานย่อยที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งการสนับสนุนจากสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า⁵⁻⁶

ในประเทศไทยมีการศึกษาในหลายจังหวัดของไทยแสดงให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดและภาวะซึมเศร้าในระดับที่น่าเป็นห่วง⁷⁻⁸ โดยพบความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันและการแพร่เชื้อสู่ครอบครัว ปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงบวกกับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ เพศ รายได้ และการสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง⁹ นอกจากนี้พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีพฤติกรรมป้องกันที่ดีในการใส่หน้ากากและล้างมือ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย ระบบบริหารจัดการความเสี่ยง ความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกัน ความกลัวการติดเชื้อ และการไม่ให้ความร่วมมือของผู้รับบริการ⁹ ด้านปัจจัยบรรเทาความเครียดและกลยุทธการรับมือ พบว่ากลวิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

คุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์¹⁰ โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่ช่วยบรรเทาความเครียด ได้แก่ การควบคุมการติดเชื้อที่เข้มงวด การมีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ จำนวนรายงานผู้ป่วยติดเชื้อมีจำนวนลดลงและการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรและภาครัฐ¹¹ ส่วนกลยุทธการรับมือที่มีประสิทธิผล ได้แก่ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน การพักผ่อนที่เพียงพอ การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรค และการมีทัศนคติเชิงบวก¹²

แม้จะมีการศึกษาผลกระทบทางจิตใจในบุคลากรทางการแพทย์ไทยบ้างแล้ว แต่การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบรรเทาความเครียดและกลยุทธการรับมือยังมีจำกัด การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาประเด็นดังกล่าวโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยบรรเทาความเครียดและกลยุทธการรับมือของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 10 และเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยบรรเทาความเครียดและกลยุทธการรับมือต่อภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยมุ่งหวังให้ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายในการส่งเสริมดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อการรับมือกับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นในภายภาคหน้าต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ. UB2564-071 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 089/64C

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ที่เป็นตัวแทนโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 10 รวมทั้งหมด 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์ โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

โรงพยาบาลโสธร โรงพยาบาลมุกดาหาร และ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านหน้า ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์/เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้า โดยแทนค่าประชากร (N) เท่ากับ 6,555 คน ความน่าจะเป็นที่บุคลากรมีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป (p) เท่ากับ 41.97 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ 0.05 ค่าความเชื่อมั่นคำนวณที่ระดับร้อยละ 95 (z) ได้กลุ่มตัวอย่าง (n) จำนวน 355 คน เพิ่มขนาดร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 395 คน จากนั้นกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของกลุ่มวิชาชีพในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช สุ่มตัวอย่างจากแต่ละวิชาชีพและแต่ละหน่วยงาน ด้วยการสุ่มแบบบังเอิญ (accidental sampling)

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามชนิดออนไลน์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน แผนกที่ทำงาน รายได้ อายุงาน สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวทางกายและทางจิตเวช จำนวนชั่วโมงที่สัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และประวัติการติดเชื้อโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้สึกเครียดฉบับภาษาไทย (Thai version of the 10-item Perceived Stress Scale, T-PSS-10)¹³ ประกอบด้วย 10 คำถาม เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา แต่ละข้อมีการให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 0 เท่ากับ ไม่เลย, 1 เท่ากับ แทบจะไม่มี, 2 เท่ากับ มีบางครั้ง, 3 เท่ากับ มีค่อนข้างบ่อย และ 4 เท่ากับ มีบ่อยมาก แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-20 หมายถึง ความเครียดต่ำ 21-31 หมายถึง ความเครียดปานกลาง และ 32-40 หมายถึง ความเครียดสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)¹⁴ ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แต่ละข้อมี 4 ระดับคะแนน ดังนี้ 0 เท่ากับ ไม่มีเลย,

1 เท่ากับ มีบางวันไม่บ่อย, 2 เท่ากับ มีค่อนข้างบ่อย, และ 3 เท่ากับ มีเกือบทุกวัน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับคือ น้อยกว่า 8 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 9-14 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 15-19 คะแนนหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และตั้งแต่ 20 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 มีความไวเท่ากับ 0.84 และความจำเพาะเท่ากับ 0.77

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยบรรเทาความเครียด ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ใช้การประเมินตาม Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีผล, มีผลต่ำ, มีผลปานกลาง และมีผลสูง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากงานวิจัยในต่างประเทศ^{11,15} โดยตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา (CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจำนวน 3 ท่าน พบ CVI เท่ากับ 0.97 จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.754

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามกลยุทธ์การรับมือ ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อ ประเมินตาม Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่สำคัญ, สำคัญเล็กน้อย, สำคัญ และสำคัญมาก โดยประยุกต์จากงานวิจัยในต่างประเทศ¹⁶ ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจำนวน 3 ท่าน พบ CVI เท่ากับ 0.9 จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่มใช้ Chi-square หรือ Fisher's exact test และเปรียบเทียบข้อมูลแบบต่อเนื่องใช้ Student-t test การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบรรเทาความเครียด กลยุทธ์การรับมือกับความเครียด และภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้า ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้ร่วมการศึกษาทั้งหมด 439 ราย อยู่ในเกณฑ์คัด

ออก 5 ราย ได้ข้อมูลทั้งสิ้น 434 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88) มีอายุเฉลี่ย 36 ± 9.8 ปี มีสถานภาพโสดมากที่สุด (ร้อยละ 48.8) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 71.7) ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นพยาบาล (ร้อยละ 61.5) มีอายุงานเฉลี่ย 10 ± 10.4 ปี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแยกโรค (cohort ward) มากที่สุด (ร้อยละ 28.8) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 82.7) และทางจิตเวช (ร้อยละ 98.8) ทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เฉลี่ย 36.9 ± 42.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วน

ใหญ่ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 (ร้อยละ 97.5) และได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 แล้ว (ร้อยละ 99.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.0) โดยวิชาชีพที่มีระดับความเครียดสูง ได้แก่ พยาบาล (ร้อยละ 12.4) แพทย์ (ร้อยละ 9.8) และนักเทคนิคการแพทย์/เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (ร้อยละ 6.3) พบร้อยละ 18.4 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยพบภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยมากที่สุด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19

สาขาอาชีพ	ระดับความเครียด จำนวน (ร้อยละ)				ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	รุนแรง
แพทย์	8 (19.5)	29 (70.7)	4 (9.8)	35 (85.4)	4 (9.7)	2 (4.9)	0
เภสัชกร	4 (17.4)	18 (78.3)	1 (4.3)	17 (74.0)	5 (21.7)	0	1 (4.3)
พยาบาลวิชาชีพ	42 (15.7)	192 (71.9)	33 (12.4)	226 (84.7)	34 (12.7)	7 (2.6)	0
นักเทคนิคการแพทย์/จนท.ห้องปฏิบัติการ	4 (25.0)	11 (68.8)	1 (6.2)	11 (68.8)	5 (31.2)	0	0
ผู้ช่วยเหลือพยาบาล/ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย	18 (21.7)	63 (75.9)	2 (2.4)	62 (74.7)	18 (21.7)	2 (2.4)	1 (1.2)
รวม	76 (17.5)	317 (73.0)	41 (9.5)	354 (81.6)	67 (15.4)	11 (2.5)	2 (0.5)

ปัจจัยบรรเทาความเครียดท่ามกลางการระบาดของโควิด-19 พบว่า ปัจจัยที่มีผลสูง 3 อันดับแรก คือ ครอบครัวยุติการระบาดจากการติดเชื้อ (ร้อยละ 63.1) โรงพยาบาลให้คำแนะนำการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง (ร้อยละ 45.6) และเพื่อนร่วมงานยุติการระบาดจากการติดเชื้อ (ร้อยละ 44.9) ตามลำดับ ส่วนกลยุทธ์การรับมือเพื่อบรรเทาความเครียดที่สำคัญมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด (ร้อยละ 79.7) การเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันและกลไกการแพร่เชื้อ (ร้อยละ 71.4) และการเดินทางที่เป็นส่วนตัว (ร้อยละ 67.1)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว จำนวนชั่วโมงทำงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และประวัติการติดเชื้อโควิด-19 กับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า เพศและอายุเฉลี่ย มีความแตกต่างกันในกลุ่มที่เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$, 0.04 ตามลำดับ) โดยกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง 65 คน (ร้อยละ 81.3) ในขณะที่เพศชายมีภาวะซึมเศร้า 15 คน (ร้อยละ 18.7) และอายุเฉลี่ยในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า 34.5 ± 9.4 ปี กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 36.9 ± 9.9 ปี

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยบรรเทาความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ 1) การได้รับทัศนคติเชิงบวกจากเพื่อนร่วมงาน ($p<0.001$) 2) เพื่อนร่วมงานยุติการระบาดจากการติดเชื้อ ($p<0.001$) 3) ผู้ป่วยที่ดูแลมีอาการดีขึ้น ($p=0.007$) 4) โรงพยาบาลมีอุปกรณ์ป้องกันเชื้อที่มีประสิทธิภาพ ($p<0.001$) 5) โรงพยาบาลให้คำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง ($p<0.001$) 6) สมาชิกในครอบครัวยุติการระบาดจากการติดเชื้อ ($p<0.001$) 7) เพื่อนร่วมงานและหัวหน้าร่วมกันปฏิบัติงานเกี่ยวกับโควิด ($p<0.001$) 8) การมีความเชื่อมั่นในศักยภาพโรงพยาบาล ($p<0.001$) และ 9) มีวัคซีนที่เพียงพอและทันเวลา ($p=0.002$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่บรรเทาความเครียด และภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์

ปัจจัยที่บรรเทาความเครียด	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	Spearman's correlation coefficient	p-value
1. การได้รับทัศนคติเชิงบวกจากเพื่อนร่วมงาน			-0.18	<0.001
ไม่มีผล	9 (2.5)	2 (2.5)		
มีผลต่ำ	113 (31.9)	39 (48.7)		
มีผลปานกลาง	144 (40.7)	35 (43.8)		
มีผลสูง	88 (24.9)	4 (5.0)		
2. หลังมีมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพแล้ว เพื่อนร่วมงานปลอดภัยจากเชื้อโควิด-19			-0.16	<0.001
ไม่มีผล	7 (2.0)	1 (1.2)		
มีผลต่ำ	56 (15.8)	22 (27.5)		
มีผลปานกลาง	119 (33.6)	34 (42.5)		
มีผลสูง	172 (48.6)	23 (28.8)		
3. ผู้ป่วยที่ดูแลมีอาการดีขึ้น			-0.13	0.007
ไม่มีผล	8 (2.3)	1 (1.2)		
มีผลต่ำ	44 (12.4)	14 (17.5)		
มีผลปานกลาง	183 (51.7)	52 (65.0)		
มีผลสูง	119 (33.6)	13 (16.3)		
4. เพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อมีอาการดีขึ้น			-0.09	0.06
ไม่มีผล	112 (31.6)	25 (31.3)		
มีผลต่ำ	35 (9.9)	15 (18.7)		
มีผลปานกลาง	88 (24.9)	27 (33.7)		
มีผลสูง	119 (33.6)	13 (16.3)		
5. โรงพยาบาลมีอุปกรณ์ป้องกันเชื้อที่มีประสิทธิภาพ			-0.20	<0.001
ไม่มีผล	5 (1.4)	2 (2.5)		
มีผลต่ำ	49 (13.8)	26 (32.5)		
มีผลปานกลาง	148 (41.8)	33 (41.3)		
มีผลสูง	152 (43.0)	19 (23.7)		
6. โรงพยาบาลมีการให้คำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง			-0.21	<0.001
ไม่มีผล	2 (0.6)	1 (1.2)		
มีผลต่ำ	35 (9.9)	21 (26.3)		
มีผลปานกลาง	141 (39.8)	36 (45.0)		
มีผลสูง	176 (49.7)	22 (27.5)		
7. สมาชิกในครอบครัวปลอดภัยจากการติดเชื้อ			-0.19	<0.001
ไม่มีผล	15 (4.2)	2 (2.5)		
มีผลต่ำ	22 (6.2)	11 (13.8)		
มีผลปานกลาง	77 (21.8)	33 (41.2)		
มีผลสูง	240 (67.8)	34 (42.5)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่บรรเทาความเครียด และภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ (ต่อ)

ปัจจัยที่บรรเทาความเครียด	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	Spearman's correlation coefficient	p-value
8. เคสที่รายงานมีจำนวนลดลง			-0.09	0.05
ไม่มีผล	20 (5.6)	4 (5.0)		
มีผลต่ำ	99 (28.0)	29 (36.2)		
มีผลปานกลาง	122 (34.5)	32 (40.0)		
มีผลสูง	113 (31.9)	15 (18.8)		
9. ได้รับคำตอบแทนเพิ่มเติม เมื่อต้องปฏิบัติงานเกี่ยวกับโควิด			0.01	0.80
ไม่มีผล	48 (13.6)	13 (16.2)		
มีผลต่ำ	157 (44.3)	27 (33.7)		
มีผลปานกลาง	90 (25.4)	31 (38.8)		
มีผลสูง	59 (16.7)	9 (11.3)		
10. เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงานและ หัวหน้าทำงานร่วมกันในการ ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโควิด-19			-0.18	<0.001
ไม่มีผล	6 (1.7)	3 (3.7)		
มีผลต่ำ	58 (16.4)	22 (27.5)		
มีผลปานกลาง	136 (38.4)	37 (46.3)		
มีผลสูง	154 (43.5)	18 (22.5)		
11. หากติดเชื่อท่านเชื่อมั่นในการ ดูแลรักษาของโรงพยาบาล			-0.20	<0.001
ไม่มีผล	6 (1.7)	2 (2.5)		
มีผลต่ำ	44 (12.4)	23 (28.8)		
มีผลปานกลาง	139 (39.3)	35 (43.7)		
มีผลสูง	165 (46.6)	20 (25.0)		
12. มีสวัสดิการอาหารและเครื่องดื่ม ฟรี สำหรับบุคลากรด่านหน้า			-0.04	0.42
ไม่มีผล	42 (11.9)	7 (8.7)		
มีผลต่ำ	135 (38.1)	37 (46.3)		
มีผลปานกลาง	102 (28.8)	25 (31.2)		
มีผลสูง	75 (21.2)	11 (13.8)		
13. มีวัคซีนที่เพียงพอและทันเวลา			-0.15	0.002
ไม่มีผล	18 (5.1)	5 (6.3)		
มีผลต่ำ	99 (28.0)	34 (42.5)		
มีผลปานกลาง	140 (39.5)	31 (38.7)		
มีผลสูง	97 (27.4)	10 (12.5)		

กลยุทธ์การรับมือต่อความเครียดสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ให้ความสำคัญหรือปฏิบัติตามกลยุทธ์มากกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า โดยกลยุทธ์การรับมือที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) ปฏิบัติตามมาตรการ

ป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ($p<0.001$) 2) ระมัดระวังผู้ป่วยที่มีไข้ทุกรายแม้ผลตรวจโควิด-19 จะเป็นลบ ($p=0.007$) 3) เรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันและกลไกการแพร่เชื้อของโรค ($p<0.001$) 4) เลือกวิธีเดินทางที่เป็นส่วนตัว ($p<0.001$) 5) ทำกิจกรรมในยามว่าง ($p=0.02$) 6) พุด

คุยกับครอบครัวและเพื่อนเพื่อบรรเทาความเครียดและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ($p<0.001$) 7) พุดคุยและกระตุ้นตนเองเพื่อเผชิญหน้ากับวิกฤติด้วยมุมมองเชิงบวก

($p<0.001$) 8) หลีกเลี่ยงการรับข่าวสารด้านลบ ($p=0.05$) 9) ระบายอารมณ์ด้วยวิธีที่เหมาะสม ($p<0.001$) และ 10) ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ($p=0.03$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์การรับมือต่อความเครียด และภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์

กลยุทธ์การรับมือเพื่อบรรเทาความเครียด	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	Spearman's correlation coefficient	p-value
1. ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด เช่น ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย ชูดป้องกัน			-0.21	<0.001
ไม่สำคัญ	1 (0.3)	0		
สำคัญเล็กน้อย	2 (0.6)	3 (3.8)		
สำคัญ	55 (15.5)	27 (33.7)		
สำคัญมาก	296 (83.6)	50 (62.5)		
2. ระมัดระวังผู้ป่วยที่มีไข้ทุกรายแม้ผลตรวจโควิด-19 จะเป็นลบ			-0.13	0.007
ไม่สำคัญ	1 (0.3)	0		
สำคัญเล็กน้อย	9 (2.6)	5 (6.2)		
สำคัญ	100 (28.2)	32 (40.0)		
สำคัญมาก	244 (68.9)	43 (53.8)		
3. เรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันและกลไกการแพร่เชื้อของโควิด-19			-0.16	<0.001
ไม่สำคัญ	2 (0.6)	0		
สำคัญเล็กน้อย	3 (0.9)	4 (5.0)		
สำคัญ	84 (23.7)	31 (38.8)		
สำคัญมาก	265 (74.8)	45 (56.2)		
4. เลือกวิธีเดินทางที่เป็นส่วนตัว เพื่อหลีกเลี่ยงระบบขนส่งสาธารณะ เช่น รถยนต์ส่วนบุคคล			-0.21	<0.001
ไม่สำคัญ	1 (0.3)	1 (1.2)		
สำคัญเล็กน้อย	7 (2.0)	3 (3.8)		
สำคัญ	92 (26.0)	39 (48.8)		
สำคัญมาก	254 (71.7)	37 (46.2)		
5. ทำงานกิจกรรมในยามว่าง เช่น ดูหนัง อ่านหนังสือ			-0.12	0.02
ไม่สำคัญ	6 (1.7)	0		
สำคัญเล็กน้อย	28 (7.9)	8 (10.0)		
สำคัญ	140 (39.6)	45 (56.2)		
สำคัญมาก	180 (50.8)	27 (33.8)		
6. พุดคุยกับครอบครัวและเพื่อนฝูงเพื่อบรรเทาความเครียด และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน			-0.17	<0.001
ไม่สำคัญ	1 (0.3)	0		
สำคัญเล็กน้อย	13 (3.7)	7 (8.7)		
สำคัญ	135 (38.1)	44 (55.0)		
สำคัญมาก	205 (57.9)	29 (36.3)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์การรับมือต่อความเครียด และภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ (ต่อ)

กลยุทธ์การรับมือเพื่อบรรเทาความเครียด	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	Spearman's correlation coefficient	p-value
7. พุดคุยและกระตุ้นตนเองเพื่อเผชิญหน้ากับวิกฤติ โควิด-19 ด้วยมุมมองเชิงบวก			-0.20	<0.001
ไม่สำคัญ	1 (0.3)	0		
สำคัญเล็กน้อย	16 (4.5)	10 (12.5)		
สำคัญ	151 (42.7)	47 (58.7)		
สำคัญมาก	186 (52.5)	23 (28.8)		
8. ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต			-0.05	0.34
ไม่สำคัญ	83 (23.5)	11 (13.8)		
สำคัญเล็กน้อย	72 (20.3)	26 (32.5)		
สำคัญ	108 (30.5)	36 (45.0)		
สำคัญมาก	91 (25.7)	7 (8.7)		
9. หลีกเลี่ยงการทำงานล่วงเวลาเพื่อลดการสัมผัส กับผู้ป่วยโควิด-19			-0.003	0.94
ไม่สำคัญ	68 (19.2)	5 (6.2)		
สำคัญเล็กน้อย	77 (21.8)	23 (28.8)		
สำคัญ	115 (32.5)	43 (53.8)		
สำคัญมาก	94 (26.5)	9 (11.2)		
10. หลีกเลี่ยงการรับข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้อง			0.10	0.05
ไม่สำคัญ	100 (28.2)	9 (11.3)		
สำคัญเล็กน้อย	106 (30.0)	29 (36.2)		
สำคัญ	87 (24.6)	32 (40.0)		
สำคัญมาก	61 (17.2)	10 (12.5)		
11. ระบายอารมณ์ด้วยการร้องไห้ ตะโกนเสียงดัง เป็นต้น			0.22	<0.001
ไม่สำคัญ	200 (56.5)	22 (27.5)		
สำคัญเล็กน้อย	70 (19.8)	20 (25.0)		
สำคัญ	49 (13.8)	31 (38.8)		
สำคัญมาก	35 (9.9)	7 (8.7)		
12. ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา			-0.11	0.03
ไม่สำคัญ	22 (6.2)	5 (6.2)		
สำคัญเล็กน้อย	74 (20.9)	21 (26.2)		
สำคัญ	125 (35.3)	37 (46.3)		
สำคัญมาก	133 (37.6)	17 (21.3)		

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบบุคลากรทางการแพทย์ด้าน
หน้าส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 73)
โดยพยาบาลมีระดับความเครียดสูงมากที่สุด รองลงมา
คือ แพทย์และนักเทคนิคการแพทย์ อีกทั้งพบภาวะ
ซึมเศร้าน้อยลง 18.4 สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าซึ่ง

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์
ร้อยละ 22.8 และวิตกกังวลร้อยละ 23.2 โดยพยาบาลและ
แพทย์หญิงมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่น³ เช่นเดียวกับ
อีกการศึกษาที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าน้อยลง 12.2
และวิตกกังวลร้อยละ 13 ในกลุ่มบุคลากรที่สัมผัสผู้ติดเชื้อ
โดยตรง¹⁷ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาใน

ประเทศจีนในช่วงแรกของการระบาดที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 71.5 มีภาวะความกดดันด้านจิตใจและมีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะพยาบาลและผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดผู้ป่วยในเมืองอู่ฮั่นมีภาวะกดดันด้านจิตใจรุนแรงมากกว่าบุคลากรกลุ่มอื่น² ทั้งนี้ความรุนแรงของโรคและการแพร่กระจายที่ง่ายของไวรัสโควิด-19 อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์¹

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทย เช่น การศึกษาที่นครปฐมพบบุคลากรร้อยละ 38-47.1 มีความกังวลอย่างมากเกี่ยวกับโรค⁸ ส่วนการศึกษาที่สุรินทร์พบบุคลากร ร้อยละ 41.9 มีความเครียดระดับปานกลางถึงรุนแรงและร้อยละ 34.1 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาที่กรุงเทพฯ พบความเครียดระดับสูงและรุนแรงร้อยละ 19.1 และพบว่าร้อยละ 56.3 ของผู้ที่มีความเครียดมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย¹⁸

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยบรรเทาความเครียดและกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าเพศและอายุในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าในเขตสุขภาพที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในต่างประเทศที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า เพศชาย รายได้ไม่เพียงพอ และการทำงานใกล้ชิดผู้ป่วยโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัญหาสุขภาพจิต⁸

ปัจจัยบรรเทาความเครียดของบุคลากรด้านหน้าที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ 1) การได้รับทัศนคติเชิงบวกจากเพื่อนร่วมงาน 2) เพื่อนร่วมงานปลอดภัยหลังมีมาตรการป้องกัน 3) อาการของผู้ป่วยที่ดีขึ้น 4) โรงพยาบาลมีอุปกรณ์ป้องกันเชื้อที่มีประสิทธิภาพ 5) โรงพยาบาลมีคำแนะนำด้านการป้องกันเชื้ออย่างถูกต้อง 6) สมาชิกครอบครัวปลอดภัยจากการติดเชื้อ 7) ความร่วมมือของทีมงานในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโควิด 8) ความเชื่อมั่นในศักยภาพของโรงพยาบาลหากตนเองติดเชื้อ และ 9) มีวัคซีนที่เพียงพอและทันเวลา พบ

ความสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่าปัจจัยสำคัญในการบรรเทาความเครียด คือ การมีแนวทางควบคุมการติดเชื้ออย่างเข้มงวด การมีอุปกรณ์พิเศษเพียงพอ การที่โรงพยาบาลและรัฐบาลรับรู้ถึงความพยายามของบุคลากรทางการแพทย์และจำนวนรายงานผู้ป่วยติดเชื้อมีจำนวนลดลง¹¹ อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ในช่วงการระบาดที่ผ่านมา มีค่อนข้างน้อย ดังนั้นการมีแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เข้มงวด ปลอดภัย มีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ การให้ความรู้ที่เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ รวมทั้งโรงพยาบาลและรัฐบาลควรมีแนวทางดูแลจิตใจของบุคลากรที่เหมาะสม พบว่ากลยุทธ์การรับมือความเครียดสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลยุทธ์การรับมือที่พบในการศึกษานี้ ได้แก่ 1) ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด 2) ระมัดระวังผู้ป่วยที่มีไข้แม้ผลตรวจเป็นลบ 3) เรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันและกลไกการแพร่เชื้อของโรค 4) ใช้วิธีเดินทางส่วนตัว 5) ทำงานกิจกรรมในยามว่าง 6) พูดคุยกับครอบครัวและเพื่อนเพื่อให้กำลังใจ 7) กระตุ้นตนเองด้วยทัศนคติเชิงบวก 8) หลีกเลี่ยงการรับข่าวสารด้านลบ 9) ระบายอารมณ์อย่างเหมาะสม และ 10) ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่ากลยุทธ์การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมช่วยลดผลกระทบจากความเครียดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในบุคลากรทางการแพทย์¹⁰ และอีกการศึกษาที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มักปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัด ทำกิจกรรมพักผ่อน และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนร่วมงานด้วยทัศนคติเชิงบวก¹² ดังนั้นในระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ควรมีนโยบายในการดูแลและส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเข้มงวด มีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งฝึกทักษะการเผชิญสถานการณ์ด้วยทัศนคติเชิงบวก

สรุปบุคลากรทางการแพทย์มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ปัจจัยบรรเทาความเครียดและกลยุทธ์รับมือต่อความเครียดหลายวิธีสามารถลดภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิด

ในบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างช่วงวิกฤตโรคระบาดได้

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาแนวทางดูแลสุขภาพจิต บุคลากรทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นการดูแลกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมสุขภาพจิต เปิดโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเตรียมความพร้อมเชิงระบบสำหรับการระบาดใหญ่ในอนาคต เช่น การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันให้เพียงพอ อบรมทักษะการรับมือกับปัญหาสุขภาพจิตในสถานการณ์วิกฤต และสร้างระบบสนับสนุนทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความตื่นตระหนกในสังคม โดยงานวิจัยนี้มีจุดเด่นที่เก็บข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้าที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากสถานการณ์การระบาด ครอบคลุมพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทั้งในด้านอายุ เพศ และวิชาชีพ ทำให้ผลการศึกษารอบคลุมและสะท้อนปัญหาในมิติที่หลากหลาย ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาแนวทางดูแลสุขภาพจิตได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม การเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์อาจเกิดความเอนเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และข้อจำกัดจากลักษณะการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ชัดเจน

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 9]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open 2020 [cited 2024 Oct 1];3(3):e203976. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>
3. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun 2020;88:901-7.
4. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo CG, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. Lancet Public Health [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 1];5(9):e475-83. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7491202/pdf/main.pdf>
5. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: a rapid systematic review. Psychiatry Res [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 1];293:113441. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7462563/pdf/main.pdf>
6. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-a review. Asian J Psychiatr [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 1];51:102119. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7175897/pdf/main.pdf>
7. Sangsirilak A, Sangsirilak S. Stress and depressed mood in healthcare workers during COVID-19 outbreak. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;65:401-8.
8. Netirojanakul W. Prevalence and associated factors of mental health problems on healthcare workers at Nakhonpathom hospital in Corona virus disease 2019 (COVID-19) epidemic era. Region 4-5 Medical Journal 2020;39:616-27.
9. Komwong D, Prasanthanakul J, Phanasathit M, Wongwan T. Work-related factors and mental health outcomes among healthcare workers during COVID-19 pandemic. Journal of Health Systems Research 2022;16:54-68.
10. Sittironnarit G, Raksintham N, Wannasewok K, Phattayuttawat S. Job stress, coping strategies and quality of working life of personnel in a general hospital. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2018;35(2):163-76.
11. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, et al. psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. Med Sci Monit [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 1];26:e924171. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7177038/pdf/medscimonit-26-e924171.pdf>
12. Kriangburapa W, Yampratoom R, Pattrakornkul N. Psychological status, coping strategies and knowledge of medical personnel toward children with an acute

- respiratory tract infection during a COVID-19 outbreak. *Burapha Journal of Medicine* 2021;8(1):56-67.
13. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine* [Internet]. 2010 [cited 2024 Oct 1];4:6. Available from: <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1751-0759-4-6.pdf>
 14. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2008 [cited 2024 Oct 1];8:46. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2443128/pdf/1471-244X-8-46.pdf>
 15. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clin Med Res* 2016;14:7-14.
 16. Lee SH, Juang YY, Su YJ, Lee HL, Lin YH, Chao CC. Facing SARS: psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:352-8.
 17. da Silva Neto RM, Benjamim CJR, de Medeiros Carvalho PM, Neto MLR. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 1];104:110062. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7409979/pdf/main.pdf>
 18. Inpa C, Sriprasert P. Prevalence and factors related to stress and depression of healthcare workers at Somdejphrajaotaksinmaharaj hospital in COVID-19 pandemic. *Chiangrai Medical Journal* 2021;13(2):153-65.