

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานกับภาวะสุขภาพจิต ของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการแพร่ระบาด ของไวรัสโคโรนา 2019

ดาวรุ่ง คำวงศ์*

จิระเกียรติ ประสานธนกุล*

บุกิตา พนาสภิตย†

ธนิยะ วงศ์วาร‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: ดาวรุ่ง คำวงศ์

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมป้องกันเพื่อลดโอกาสติดเชื้อ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานและภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในช่วงแรกที่มีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 417 คน จาก 12 เขตสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1-15 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ใช้แบบประเมิน Depress Anxiety Stress Scales (DASS-21) ฉบับภาษาไทยในการประเมินภาวะสุขภาพจิต ใช้สถิติโคสแควร์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและภาวะสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง เท่ากับ ร้อยละ 2.4 ร้อยละ 7.2 และร้อยละ 3.9 ตามลำดับ การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า (ร้อยละ 82.0) การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.0) เป็นพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติทุกครั้งสูงสุด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ (1) การปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (2) ความพร้อมในการบริหารจัดการเพื่อลดความเสี่ยง (3) ความเพียงพอของอุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง (4) ความกลัวการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน (5) ผู้ที่มารับบริการไม่ให้ความร่วมมือตามที่แนะนำ การศึกษาชี้ให้เห็นว่า การมีแนวทางการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผลเพื่อลดการติดเชื้อเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์และสามารถปรับเปลี่ยนได้ สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดโดยตรงกับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการระบาด “ระลอกใหม่” หรือ “การระบาดซ้ำ” ของไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ไวรัสโคโรนา 2019, การระบาด, บุคลากรทางการแพทย์, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการด้านระบาดวิทยาประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

‡ ศูนย์ตรวจสุขภาพและอาชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลพิษณุเวช พิษณุโลก

Received 4 June 2021; Revised 25 August 2021; Accepted 8 February 2022

Suggested citation: 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(1):54-68.

ดาวรุ่ง คำวงศ์, จิระเกียรติ ประสานธนกุล, บุกิตา พนาสภิต, ธนิยะ วงศ์วาร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานกับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2565;16(1):54-68.

Work-Related Factors and Mental Health Outcomes among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic

Daoroong Komwong*, Jirakeat Prasanthanakul*, Muthita Phanasathit†, Taniya Wongwan‡,

*Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Thailand

†Department of Psychiatry, Center of Excellence of Applied Epidemiology, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathumthani, Thailand

‡Health Check Up and Occupational Medicine Center, Pitsanuvej Hospital, Phitsanulok, Thailand

Corresponding author: Daoroong Komwong, daoroong.k@scphpl.ac.th

Abstract

This cross-sectional research focused on studying the prevalence of mental health outcomes and preventive behaviors, and to examine work-related factors associated with mental health outcomes during the COVID-19 pandemic amongst the healthcare workers employed by the Ministry of Public Health Thailand. The data were collected by the online questionnaire from 12 health regions, 417 healthcare workers administered during the first wave (May 1-15, 2020). The Depression Anxiety and Stress Scale - 21 Items (DASS-21) Thai version was used to assess mental health outcomes. The Chi-square test was used to examine association between depression, anxiety and stress-related factors. The results found that 2.4%, 7.2%, and 3.9% of all respondents demonstrated severe to extremely severe depression, anxiety, and stress; while practices of preventive behaviors were as high as 82.0% of wearing masks and 76% of practicing hand-hygiene. The associated factors of mental health outcomes were: (i) working with COVID-19 inpatients; (ii) organizational management to ensure low infection risk; (iii) inadequate of personal protective equipment (PPE); (iv) work with the fear of contracting infection; (v) the non-adherence behavior of patients towards safety protocols. The study recommends that effective management practices towards reducing infection was predominant associating and modifiable factor of mental health outcome. In particular, this should be applied to the healthcare workers coming in direct contact with patients in the “new-emerging phase” or a “repeated wave” of COVID-19 outbreaks.

Keywords: mental health, COVID-19, pandemics, health personnel, work-related factors

บทคัดย่อและเหตุผล

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่มีการรายงานผู้ติดเชื้อครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หลังจากนั้นมีการแพร่ระบาดภายในประเทศจีน และประเทศต่างๆ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยกระดับการระบาดของ COVID-19 เป็นการระบาดเป็นวงกว้างไปทั่วโลก (pandemic) ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563⁽¹⁾ การระบาดของ COVID-19 ทำให้เกิดวิกฤติในหลายๆ ด้านรวมทั้งระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นความท้าทายของแต่ละประเทศในการจัดการหรือควบคุม

การระบาดที่เกิดขึ้น การดำเนินงานภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดและความพร้อมของบุคลากรในการควบคุมการระบาดเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อและให้การรักษาผู้ป่วย ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง^(2,3) ระบบการให้บริการสุขภาพในแต่ละประเทศมีการปรับตัวและตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว เช่น การสงวนจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของการดูแลผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาล การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ การปรับเปลี่ยนหรือออกแบบของหน่วยบริการเพื่อให้มีความปลอดภัยจากการติดเชื้อทั้งในผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน การเลื่อนนัดหรือชะลอนัดของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19⁽³⁻⁶⁾

โดยในระหว่างที่มีการระบาดดังกล่าว ผู้ให้บริการหรือบุคลากรทางการแพทย์ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดโดยตรงกับผู้ป่วยหรือที่ทำงานในด่านหน้า (frontline work) ไม่ว่าจะเป็นเป็นในหน่วยคัดกรอง การดูแลผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (patient under investigation; PUI) และการดูแลผู้ติดเชื้อที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งในส่วนของ การวินิจฉัย การรักษา หรือการดูแลผู้ป่วย ย่อมมีความเสี่ยงที่จะเกิดความกดดันด้านจิตใจ มีความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก จากการศึกษาในช่วงแรกของการระบาดในประเทศไทยจนถึงภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อ COVID-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 50 มีอาการของภาวะซึมเศร้า (symptoms of depression) ร้อยละ 45 มีภาวะวิตกกังวล (anxiety) ร้อยละ 34 มีอาการนอนไม่หลับ (insomnia) และร้อยละ 71.5 มีภาวะความกดดันด้านจิตใจ (psychological distress) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่ากลุ่มวิชาชีพพยาบาล กลุ่มผู้ดูแลผู้ติดเชื้อโดยตรง และบุคลากรที่ทำงานในเมืองอู่ฮั่นซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาด มีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และมีภาวะกดดันด้านจิตใจรุนแรงมากกว่าบุคลากรในกลุ่มอื่น⁽⁷⁾ นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกาที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นประมาณ 3.4 เท่า เมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป⁽⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (systematic review and meta-analysis: SR & MA) พบความชุก (pool prevalence) ของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และนอนไม่หลับในบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 22.8 ร้อยละ 23.2 และ ร้อยละ 38.9 ตามลำดับ⁽⁹⁾ และในการศึกษา SR & MA ล่าสุดพบ pool prevalence ของภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 36 และ ร้อยละ 33 ตามลำดับ) และจากการศึกษาดังกล่าวข้างชี้ว่า

บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีระดับของความวิตกกังวลและซึมเศร้าสูงกว่าบุคลากรในงานอื่นๆ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ ตำแหน่ง ประเภทของสถานที่ทำงาน หน่วยงานย่อยที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งการสนับสนุนจากสังคม (social support) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า^(11,12)

สำหรับประเทศไทยในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญ อย่างไรก็ตามระดับของปัญหาภาวะสุขภาพจิต ปัจจัยเกี่ยวข้องกับงานกับภาวะสุขภาพจิต รวมทั้งพฤติกรรมป้องกันเพื่อลดโอกาสติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยยังมีค่อนข้างจำกัด ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด พฤติกรรมป้องกันเพื่อลดโอกาสติดเชื้อ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานกับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในภาพรวมระดับประเทศ ในช่วงระยะแรกที่มีการระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบออนไลน์ ในระหว่างวันที่ 1-15 พฤษภาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ ในเขตสุขภาพที่ 1-12 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร

การประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (finite population)^(13,14) โดยอ้างอิงจำนวนประชากรจากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข (จำนวน 394,814 คน)⁽¹⁵⁾ กำหนดสัดส่วนระดับความเครียดที่เกิดจากปัจจัยด้านการทำงานจากการศึกษาที่ผ่านมาเท่ากับ 51.9⁽¹⁶⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 384 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) โดยเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในภาคเอกชน เช่น โรงพยาบาล เอกชน ร้านขายยา คลินิกเอกชน และบุคลากรที่เป็นนักศึกษาฝึกงานในช่วงที่ทำแบบสอบถาม เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้เท่ากับ 417 คน

เครื่องมือที่ใช้และการวัดตัวแปร

แบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อความแบบเลือกตอบและเติมคำสั้นๆ ประกอบด้วย อายุ เพศ ตำแหน่ง ประเภทของหน่วยงาน จังหวัดที่ปฏิบัติงาน และลักษณะงานที่ปฏิบัติในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในช่วงที่มีการระบาด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบตัวเลือก โดยมีมาตรวัด 4 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติ ตั้งแต่ 0-3 คือ 0 หมายถึงไม่เคยปฏิบัติ 1 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 3 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ผลรวมของคะแนนในแต่ละข้อนำมาแบ่งเป็นระดับพฤติกรรม 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-10 คะแนน) ปานกลาง (11-20 คะแนน) สูง (21-30 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตในการศึกษานี้ใช้แบบประเมิน Depress Anxiety Stress Scales (DASS-21) ซึ่งเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล

ความเครียด มีจำนวน 21 ข้อ โดยแต่ละส่วนประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Sukanlaya Sawang และคณะ⁽¹⁷⁾ และผู้แปลได้อนุญาตให้ ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร และณภัทรวรรต บัวทอง ทำการดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยชุมชน คำตอบเป็นแบบตัวเลือก โดยมีมาตรวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คือ 0 หมายถึงไม่ตรงกับฉันเลย 1 หมายถึงตรงกับฉันบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง 2 หมายถึงตรงกับฉันหรือเกิดขึ้นบ่อย และ 3 หมายถึงตรงกับฉันมากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด จากผลรวมของคะแนนในแต่ละส่วนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับปกติ (ภาวะซึมเศร้า 0-4 คะแนน; วิตกกังวล 0-3 คะแนน; ความเครียด 0-7 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (ภาวะซึมเศร้า 5-6 คะแนน; วิตกกังวล 4-5 คะแนน; ความเครียด 8-9 คะแนน) ระดับปานกลาง (ภาวะซึมเศร้า 7-10 คะแนน; วิตกกังวล 6-7 คะแนน; ความเครียด 10-12 คะแนน) ระดับสูง (ภาวะซึมเศร้า 11-13 คะแนน วิตกกังวล; 8-9 คะแนน ความเครียด; 13-16 คะแนน) และระดับรุนแรง (ภาวะซึมเศร้า; 14 คะแนนขึ้นไป; วิตกกังวล 10 คะแนนขึ้นไป; ความเครียด 17 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานที่ทำให้ประสบปัญหาสุขภาพจิต เป็นข้อความแบบเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ โดยสอบถามถึงสาเหตุที่ผู้ตอบคิดว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและผู้ตอบแบบสอบถามส่วนนี้เป็นกรณีที่คิดว่าตนเองกำลังประสบปัญหาสุขภาพจิตจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19

สำหรับแบบสอบถามนั้น ได้มีการนำไปทดสอบคุณภาพทั้งความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ (content validity) และความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยความเที่ยงของแบบสอบถามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อมีค่าเท่ากับ 0.76 และค่าความเที่ยงของแบบประเมิน DASS-21 เท่ากับ 0.70, 0.88 และ 0.74 ในส่วนของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งสร้างจากโปรแกรม Google Forms เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลจะถูกจัดเก็บในรูปแบบของไฟล์ Microsoft Excel (spreadsheet) ใน Google Drive โดยอัตโนมัติ ซึ่งมีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะทีมวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น และแบบสอบถามที่ใช้นี้ถูกเชื่อมโยงกับระบบออนไลน์ (links) และรหัสคิวอาร์ (quick response code; QR code) เพื่อส่งให้กับกลุ่มประชากรเป้าหมายของการศึกษาซึ่งทำงานในหน่วยงานสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ทั้งระดับบุคคลและระดับหน่วยงาน ในแต่ละเขตสุขภาพของประเทศไทยโดยทีมวิจัยและเครือข่าย ทั้งนี้แบบสอบถามจะไม่กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุชื่อ เลขที่บัตรประชาชน ที่อยู่ของไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail address) ที่อยู่ ชื่อของสถานที่ทำงาน หรือข้อมูลอื่นที่สามารถระบุถึงผู้ให้ข้อมูลได้ โดยผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกคนจะต้องแสดงความสมัครใจในการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาหลังจากที่ได้อ่านข้อมูลสำคัญของโครงการวิจัยในหน้าแรกของแบบสอบถาม หากผู้ได้รับข้อมูลหรืออ่านในส่วนแรกตอบว่า “ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย” แสดงว่าได้แสดงความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา กรณีที่ตอบแบบสอบถามในส่วนแรกนี้ว่า “ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย” หมายถึงการสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามนี้โดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติการทำแบบสอบถามนี้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการหากรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะตอบคำถามใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อ ข้อมูลจากแบบวัดภาวะสุขภาพจิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน โดยแสดงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Chi-square ในการวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาด การมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต กับระดับของภาวะสุขภาพจิตในแต่ละด้าน (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความเครียด) ซึ่งระดับของภาวะสุขภาพจิตในแต่ละด้าน เป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ และระดับเล็กน้อย-รุนแรง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (เอกสารรับรองเลขที่ SCPHP 2/2563-1)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 417 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.7) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.8 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.0) โดยร้อยละ 40.5 เป็นวิชาชีพพยาบาล รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 20.9 ส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 35.7) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 28.5)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในช่วงที่มีการระบาด

สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในช่วงที่มีการระบาดพบว่า การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน (ร้อยละ 82.0) การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ เมื่อสัมผัสจุดที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ร้อยละ 76.0) เมื่อไอหรือจาม ปิดปากและจมูกทุกครั้ง หลังจากนั้นล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทันที (ร้อยละ 66.5) เป็นพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุดในสามอันดับแรก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 The preventive behaviors during the COVID-19 pandemic (n=417)

The COVID-19 preventive behaviors	Never	Sometimes	Often	Always
	n (%)			
Wearing mask regardless of the presence or absence of symptoms when going out	1 (0.2)	3 (0.7)	71 (17.1)	342 (82.0)
Washing hands with water and soap or using hand-sanitizing gel	1 (0.2)	7 (1.7)	92 (22.1)	317 (76.0)
Getting a takeaway or cooking meals at home, limiting eating outside the home	58 (13.9)	85 (20.4)	106 (25.4)	168 (40.3)
Covering mouth and nose when coughing or sneezing, then washing hands with water and soap or using hand-sanitizing gel	3 (0.7)	16 (3.8)	121 (29.0)	277 (66.5)
Staying at home, only participate in absolutely essential activities, and avoid gatherings such as social events, sporting events	4 (1.0)	24 (5.7)	133 (31.9)	256 (61.4)
Avoiding sharing of utensils (e.g., spoon, fork, chopsticks) during meals	5 (1.2)	32 (7.7)	128 (30.7)	252 (60.4)
Maintaining social distancing (keeping a distance of 1-2 meters) between yourself and anyone	1 (0.2)	31 (7.4)	181 (43.4)	204 (49.0)
Changing clothes, taking a shower immediately when return home	14 (3.3)	71 (17.1)	171 (41.0)	161 (38.6)
Avoiding touching eyes, nose and mouth	1 (0.2)	75 (18.0)	200 (48.0)	141 (33.8)
Using food delivery services	58 (13.9)	85 (20.4)	106 (25.4)	168 (40.3)

ความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานระหว่างที่มีการระบาดของ COVID-19 กับภาวะสุขภาพจิต

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด (ในระดับเล็กน้อย-รุนแรง) ณ จุดเวลาที่ศึกษา (point prevalence) เท่ากับร้อยละ 21.1, 22.5 และร้อยละ 15.3 ตามลำดับ โดยพบภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด ในระดับเล็กน้อย เท่ากับร้อยละ 8.9, 10.3, และร้อยละ 5.0 ตามลำดับ

ระดับปานกลางเท่ากับร้อยละ 9.8, 5.0, และร้อยละ 6.5 ตามลำดับ ระดับสูงเท่ากับร้อยละ 1.7, 3.1, และร้อยละ 2.9 ตามลำดับ และระดับรุนแรงเท่ากับร้อยละ 0.7, 4.1, และร้อยละ 1.0 ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ เพศ ตำแหน่ง วิชาชีพ ประเภทของหน่วยงาน ภูมิภาคตามเขตสุขภาพ ระดับของพฤติกรรมเพื่อลดการติดเชื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความเครียด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 Point prevalence and the associations between mental health outcomes and demographic characteristics, preventive behaviors (n=417)

Characteristics	Depression			Anxiety			Stress		
	Normal	Mild-extremely severe	p-value*	Normal	Mild-extremely severe	p-value*	Normal	Mild-extremely severe	p-value*
	n (%)			n (%)			n (%)		
Point prevalence	329 (78.9)	88 (21.1)		323 (77.5)	94 (22.5)		353 (84.7)	64 (15.3)	
Age (Year)									
≤ 30	59 (72.8)	22 (27.2)	0.163	59 (72.8)	22 (27.2)	0.105	63 (77.8)	18 (22.2)	0.110
31-40	74 (74.7)	25 (25.3)		71 (71.7)	28 (28.3)		81 (81.8)	18 (18.2)	
41-50	119 (83.8)	23 (16.2)		119 (83.8)	23 (16.2)		124 (87.3)	18 (12.7)	
51-60	77 (81.1)	18 (18.9)		74 (77.9)	21 (22.1)		85 (89.5)	10 (10.5)	
Gender									
Female	258 (79.6)	66 (20.4)	0.494	254 (78.4)	70 (21.6)	0.393	73 (78.5)	20 (21.5)	0.062
Male	71 (76.3)	22 (23.7)		69 (74.2)	24 (25.8)		280 (86.4)	44 (13.6)	
Profession/Occupational									
Nurses	140 (82.8)	29 (17.2)	0.507	133 (78.7)	36 (21.3)	0.850	145 (85.8)	24 (14.2)	0.383
Public health officers (4 years of training)	68 (78.2)	19 (21.8)		66 (75.9)	21 (24.1)		74 (85.1)	13 (14.9)	
Pharmacists	44 (74.6)	15 (25.4)		45 (76.3)	14 (23.7)		47 (79.7)	12 (20.3)	
Public health technical officers (2 years of training)	17 (73.9)	6 (26.1)		19 (82.6)	4 (17.4)		18 (78.3)	5 (21.7)	
Physicians/dentists	13 (86.7)	2 (13.3)		13 (86.7)	2 (13.3)		11 (73.3)	4 (26.7)	
Other health professionals [†]	47 (73.4)	17 (26.6)		47 (73.4)	17 (26.6)		58 (90.6)	6 (9.4)	

ตารางที่ 2 Point prevalence and the associations between mental health outcomes and demographic characteristics, preventive behaviors (n=417) (ต่อ)

Characteristics	Depression			Anxiety			Stress		
	Normal	Mild-extremely severe	p-value*	Normal	Mild-extremely severe	p-value*	Normal	Mild-extremely severe	p-value*
	n (%)			n (%)			n (%)		
Health care facilities									
Public health centers at the sub-district level (primary care setting)	96 (80.7)	23 (19.3)	0.265	95 (79.8)	24 (20.2)	0.649	100 (84.0)	19 (16.0)	0.182
District hospital (community hospital)	114 (76.5)	35 (23.5)		112 (75.2)	37 (24.8)		129 (86.6)	20 (13.4)	
General hospital (or provincial hospital)/ regional hospital	45 (83.3)	9 (16.7)		41 (75.9)	13 (24.1)		47 (87.0)	7 (13.0)	
Provincial or district public health office/ academic center	31 (88.6)	4 (11.4)		30 (85.7)	5 (14.3)		32 (91.4)	3 (8.6)	
Others‡	43 (71.7)	17 (28.3)		45 (75.0)	15 (25.0)		45 (75.0)	15 (25.0)	
Region									
North	114 (76.0)	36 (24.0)	0.291	108 (72.0)	42 (28.0)	0.060	131 (87.3)	19 (12.7)	0.194
Central	98 (76.6)	30 (23.4)		98 (76.6)	30 (23.4)		104 (81.3)	24 (18.8)	
Northeast	77 (84.6)	14 (15.4)		78 (85.7)	13 (14.3)		79 (86.8)	12 (13.2)	
South	25 (89.3)	3 (10.7)		25 (89.3)	3 (10.7)		25 (89.3)	3 (10.7)	
East	15 (75.0)	5 (25.0)		14 (70.0)	6 (30.0)		14 (70.0)	6 (30.0)	
Preventive behaviors level									
Low-medium, n (%)	62 (74.7)	21 (25.3)	0.295	63 (75.9)	20 (24.1)	0.705	67 (80.7)	16 (19.3)	0.267
High, n (%)	267 (79.9)	67 (20.1)		260 (77.8)	74 (22.2)		286 (85.6)	48 (14.4)	

* Chi-square test

† Medical technologists, physiotherapists, pharmacy technicians, dental assistants, technical nurses, nurse assistants, and others

‡ Nursing/public health colleges, health promotion centers, offices of disease prevention and control

ตารางที่ 3 Associations between work-related factors and mental health outcomes (n=417)

Work-related factor during COVID-19 pandemic	Depression			Anxiety			Stress		
	Normal	Mild-extremely severe	p-value*	Normal	Mild-extremely severe	p-value*	Normal	Mild-extremely severe	p-value*
	n (%)			n (%)			n (%)		
Workplace									
Frontline	272 (79.3)	71 (20.7)	0.664	266 (77.6)	77 (22.4)	0.922	291 (84.8)	52 (15.2)	0.819
Not frontline	57 (77.0)	17 (23.0)		57 (77.0)	17 (23.0)		62 (83.8)	12 (16.2)	
Jobs on the COVID-19 frontlines (multiple answers allowed)									
Work for diagnosis or treatment for confirmed/probable/suspected COVID-19 cases.									
yes	94 (77.0)	28 (23.0)	0.552	95 (77.9)	27 (22.1)	0.897	103 (84.4)	19 (15.6)	0.934
no	235 (79.7)	60 (20.3)		228 (77.3)	67 (22.7)		250 (84.7)	45 (15.3)	
Caring for inpatients with confirmed infection with COVID-19.									
yes	13 (65.0)	7 (35.0)	0.119	10 (50.0)	10 (50.0)	0.003	13 (65.0)	7 (35.0)	0.012
no	316 (79.6)	81 (20.4)		313 (78.8)	84 (21.2)		340 (85.6)	57 (14.4)	
Contact with patients under investigation (PU) for COVID-19.									
yes	61 (82.4)	13 (17.6)	0.411	56 (75.7)	18 (24.3)	0.686	63 (85.1)	11 (14.9)	0.899
no	268 (78.1)	75 (21.9)		267 (77.8)	76 (22.2)		290 (84.5)	53 (15.5)	
Work for COVID-19 workplace screening unit/checkpoint.									
yes	171 (79.9)	43 (20.1)	0.604	169 (79.0)	45 (21.0)	0.447	184 (86.0)	30 (14.0)	0.439
no	158 (77.8)	45 (22.2)		154 (75.9)	49 (24.1)		169 (83.3)	34 (16.7)	
Organizational and patient-related factor (multiple answers allowed)									
Lack of organizational management readiness to ensure low infection such as work-from-home policy, redesigning health service delivery, etc.									
yes	47 (63.5)	27 (36.5)	<0.001	45 (60.8)	29 (39.2)	<0.001	48 (64.9)	26 (35.1)	<0.001
no	282 (82.2)	61 (17.8)		278 (81.0)	65 (19.0)		305 (88.9)	38 (11.1)	

ตารางที่ 3 Associations between work-related factors and mental health outcomes (n=417) (ต่อ)

Work-related factor during COVID-19 pandemic	Depression			Anxiety			Stress		
	Normal	Mild-extremely severe	p-value*	Normal	Mild-extremely severe	p-value*	Normal	Mild-extremely severe	p-value*
	n (%)			n (%)			n (%)		
Inadequate personal protective equipment (PPE).									
yes	80 (68.4)	37 (31.6)	<0.001	76 (65.0)	41 (35.0)	<0.001	84 (71.8)	33 (28.2)	<0.001
no	249 (83.0)	51 (17.0)		247 (82.3)	53 (17.7)		269 (89.7)	31 (10.3)	
Inadequate vital equipment needed to treat COVID-19 patients, such as a ventilator.									
yes	26 (74.3)	9 (25.7)	0.485	25 (71.4)	10 (28.6)	0.372	28 (80.0)	7 (20.0)	0.425
no	303 (79.3)	79 (20.7)		298 (78.0)	84 (22.0)		325 (85.1)	57 (14.9)	
Fear of contracting infection and transmitting infection from work to home.									
yes	174 (74.4)	60 (25.6)	0.010	167 (71.4)	67 (28.6)	0.001	191 (81.6)	43 (18.4)	0.056
no	155 (84.7)	28 (15.3)		156 (85.2)	27 (14.8)		162 (88.5)	21 (11.5)	
The non-adherence behavior of patients towards organization's safety protocols.									
yes	75 (68.2)	35 (31.8)	0.001	77 (70.0)	33 (30.0)	0.029	80 (72.7)	30 (27.3)	<0.001
no	254 (82.7)	53 (17.3)		246 (80.1)	61 (19.9)		273 (88.9)	34 (11.1)	

* Chi-square test

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานในด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติระหว่างที่มีการระบาดของ COVID-19 พบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะวิตกกังวลและความเครียด ($p < 0.05$) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานในด้านองค์กรและผู้ป่วย พบว่า การที่หน่วยงานขาดความพร้อมในการจัดการความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสติดเชื้อของบุคลากร เช่น การใช้มาตรการทำงานจากที่บ้าน (work from home) การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ การขาดอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อขณะปฏิบัติงาน ผู้ที่มารับบริการไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อตามที่แนะนำ มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียด ($p < 0.05$) และการทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ณ จุดเวลาที่ศึกษา เท่ากับร้อยละ 21 ร้อยละ 23 และร้อยละ 15 ตามลำดับ โดยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ตำแหน่งงานตามวิชาชีพ ประเภทของหน่วยงาน ความแตกต่างของพื้นที่ระดับของพฤติกรรมเพื่อลดการติดเชื้อ กับการมีภาวะสุขภาพจิต แต่พบว่าการปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การที่หน่วยงานขาดความพร้อมในการจัดการความเสี่ยง การขาดอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และผู้ที่มารับบริการไม่ให้ความร่วมมือตามที่แนะนำ มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัญหาภาวะสุขภาพจิตที่พบในการศึกษานี้ทั้งในส่วนของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่า

ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 บุคลากรทางการแพทย์ประสบกับปัญหาภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และความเครียด⁽¹⁸⁾ และพบว่าการประสบกับภาวะสุขภาพจิตในสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนที่มีการระบาดของ COVID-19⁽¹¹⁾ ทั้งนี้ขนาดของปัญหาสุขภาพจิตที่พบในการศึกษานี้พบน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของ Lai และคณะ⁽⁷⁾ ซึ่งศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในประเทศจีน ในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2563 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวล ประมาณร้อยละ 45-70 ความแตกต่างของความชุกของภาวะสุขภาพจิตที่พบ อาจเป็นผลจากช่วงเวลาของการสำรวจหรือการประเมินภาวะสุขภาพจิตภายหลังจากการระบาดของ COVID-19 ซึ่งอาจมีผลต่อความชุกที่พบในแต่ละการศึกษา ทั้งนี้การศึกษาที่พบความชุกสูงทำการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2563 ซึ่งอยู่ในช่วงแรกของการระบาดและการติดเชื้อมีการขยายวงกว้าง ขณะที่การศึกษานี้ทำการสำรวจในช่วงวันที่ 1-15 พฤษภาคม 2563 ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าว ประเทศไทยมีแนวทางการปฏิบัติที่ค่อนข้างชัดเจนในการควบคุมป้องกันโรค และสามารถควบคุมการระบาดที่เพิ่มขึ้นได้รวมทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อเริ่มลดลง และพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่พบผู้ติดเชื้อแล้ว ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้พบความชุกของภาวะสุขภาพจิต ณ จุดเวลาที่ศึกษาน้อยกว่าการศึกษานี้

ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ เพศ ตำแหน่งงานตามวิชาชีพ ประเภทของหน่วยบริการ ภูมิภาคตามเขตสุขภาพ การปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในด้านหน้าในภาพรวม (frontline vs. non-frontline) กับปัญหาภาวะสุขภาพจิตทั้งในส่วนของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Lai และคณะ ที่พบว่าเพศหญิง วิชาชีพพยาบาล ผู้ที่ปฏิบัติงานในด้านหน้า (frontline healthcare workers) ของโรงพยาบาล และการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เป็นแหล่งระบาด มีความสัมพันธ์กับการ

ประสบปัญหาภาวะสุขภาพจิตทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾ อาจเป็นไปได้ว่าในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ที่ผ่านมาในประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการการป้องกัน และควบคุมโรค เพื่อลดผลกระทบและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น ในทุกพื้นที่ของ 12 เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และมีการบูรณาการร่วมกับกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และระดับหมู่บ้าน⁽¹⁹⁾ ซึ่งการดำเนินงานตามมาตรการดังกล่าวย่อมมีการปฏิบัติที่เคร่งครัดไม่แตกต่างกันในแต่ละระดับของหน่วยบริการของแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะหลังการประกาศข้อกำหนดแห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการ ในสถานการณ์ฉุกเฉิน (พรก. ฉุกเฉิน) ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 ซึ่งอาจทำให้ภาวะความกดดันในงานเพื่อตอบสนอง ต่อสถานการณ์การระบาดนั้นแตกต่างกันค่อนข้างน้อย ในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ในส่วนของตำแหน่งวิชาชีพที่ไม่พบ ความสัมพันธ์ อาจเป็นเพราะในช่วงการดำเนินมาตรการ ต่างๆ และการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค เช่น การปฏิบัติงานในหน่วยคัดกรอง ในหน่วยบริการหรือจุดคัดกรองนอกหน่วยงานร่วมกับ หน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ หรือการดูแลผู้ที่เข้าเกณฑ์ สอบสวนโรค แต่ละหน่วยบริการในทุกระดับได้มีการบริหารจัดการกำลังคนในหน่วยงานเพื่อรับมือกับส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับหรือเตรียมความพร้อมในการจัดการ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไม่เพียงเฉพาะวิชาชีพพยาบาลเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่ง ของงานกับการประสบปัญหาสุขภาพจิตในการศึกษานี้ ในขณะที่การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงาน ที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กับการประสบภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าบุคลากรที่ทำงาน ในด้านหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่มีความสัมพันธ์กับการประสบปัญหาภาวะสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าบุคลากรที่ทำงาน

ในด้านหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการผู้ป่วยเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่มีความสัมพันธ์กับการประสบปัญหาภาวะสุขภาพจิต^(7,20) และจากผลการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบพบว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง ประสบกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มบุคลากร อื่นที่เป็นกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนหรือสายบริหาร⁽¹⁰⁾ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อจากผู้ป่วยจึงส่งผลให้พบปัญหา สุขภาพจิตแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งจากการศึกษา ที่ผ่านมาสนับสนุนสมมติฐานนี้โดยพบว่าบุคลากรที่ สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อ COVID-19 มากกว่า ผู้ที่ไม่ได้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย⁽⁸⁾ และอาจเป็นเพราะ การปฏิบัติงานในลักษณะดังกล่าว ทำให้ตนเองกลัวว่า จะทำให้ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งผลการศึกษานี้ยืนยันความเป็นไปได้ดังกล่าวโดยพบว่า ความกลัวที่จะไปเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อไปยัง ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดสัมพันธ์กับการประสบปัญหา ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง และอาจอธิบายเพิ่มเติม ได้ว่ากลุ่มบุคลากรที่ทำให้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วย ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รับรู้ความเสี่ยงหรือ อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (hazard at work) ไม่ว่าจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของตนเองหรือ การเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อไปยังครอบครัวย่อมส่งผลต่อ ความเครียดจากงาน (work-related stress)^(21,22)

การศึกษานี้ยังพบว่าความไม่พร้อมของหน่วยงาน ในการจัดการเรื่องความเสี่ยง หรือความไม่เพียงพอของ อุปกรณ์ป้องกันตัวเอง (personal protective equipment; PPE) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานที่ พบความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และ ความเครียดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระหว่างการระบาดของ COVID-19 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของ Simms และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่ากรณีที่หน่วยงานมี PPE ที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงของ

การเกิดปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากร และจากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา⁽¹⁸⁾ ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 พบว่า การมีระบบการบริหารจัดการเพื่อ สนับสนุนการปฏิบัติงาน การมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รวมถึงการสื่อสารที่ชัดเจนกับแนวทางปฏิบัติที่มีการ เปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต โดยเฉพาะความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีความท้าทายนี้ ย่อม ต้องการระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพของหน่วย งาน ไม่ว่าจะเป็แนวทางปฏิบัติที่ลดความเสี่ยงต่อการ ติดเชื้ออย่างถูกต้อง หรือการมีแนวทางปฏิบัติที่มีความ ชัดเจน รวมทั้งมีความพร้อมของอุปกรณ์เพื่อป้องกัน ตนเองจากการติดเชื้ออย่างเพียงพอ ซึ่งเมื่อปฏิบัติงานใกล้ ชิดกับผู้ป่วยจะทำให้ตนเองเกิดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถ ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานได้ ซึ่งอาจ อธิบายถึงสาเหตุเพิ่มเติมได้ว่างานที่ต้องปฏิบัติตาม มาตรการในสถานการณ์ระบาดนั้น มีลักษณะงานที่มีการ เรียกร้องจากงาน (job demand) สูงและอำนาจในการ ควบคุมหรือการตัดสินใจในงาน (job control) ต่ำ โดยการ ที่บุคลากรที่มีข้อเรียกร้องจากงานสูง เช่น งานมีปริมาณ มาก มีความซับซ้อน หรือมีเวลาจำกัดในการทำงาน แต่ขณะเดียวกันเป็นงานที่มีอำนาจหรือการตัดสินใจใน งานต่ำ เช่น งานที่มีโอกาสและอิสระในการควบคุมการ ตัดสินใจด้วยตนเองต่ำ ไม่สามารถต่อรองได้ ซึ่งเมื่อเกิด ความไม่สมดุลของมิติทั้งสองด้านดังกล่าว อาจเป็น สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดในการทำงานและมีความ เสี่ยงในการเกิดอาการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ^(22,24) นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในช่วง ที่มีการระบาด มีความสัมพันธ์กับการประสพภาวะสุขภาพ จิตของบุคลากร ซึ่งอาจเป็นเพราะการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับ แนวทางปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงหรือการรับรู้โอกาสเสี่ยง หรือความรุนแรงของการไม่ปฏิบัติตามแนวทางระหว่างผู้ ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยไม่สอดคล้องหรือไม่เป็นไปในทิศทาง

เดียวกัน โดยผู้ป่วยอาจไม่คุ้นเคยกับแนวทางการจัด บริการที่ลดความเสี่ยงที่หน่วยบริการแต่ละแห่งได้ ปรับปรุงตามมาตรการ เช่น การให้สวมหน้ากากขณะ เข้ารับบริการ การจัดที่นั่งให้ห่างกัน 1-2 เมตร การลดปริมาณ ของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ซึ่งการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ แนะนำดังกล่าวของผู้ป่วยอาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งตระหนักถึงความเสี่ยงจากการติดเชื้อในระดับที่สูง เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลได้

จากการศึกษานี้พบว่าสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ในครั้งแรกที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อภาวะ สุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคลากรที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ ขององค์กร รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ กับการประสพปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากร ดังนั้น การเฝ้าระวังและการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สุขภาพจิตในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวจึงมีความสำคัญ รวมทั้งการบริหารจัดการในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ที่มีประสิทธิภาพขององค์กรเป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดปัญหา สุขภาพจิตของบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งจำเป็น อย่างยิ่งในการรับมือกับการระบาดระลอกใหม่หรือ การระบาดซ้ำของ COVID-19 ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบภาพ ตัดขวาง จึงอาจมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ เชิงเหตุผล (causal relationship) ของการทำงาน ในสถานการณ์การระบาดและภาวะสุขภาพจิตได้ รวมทั้ง รูปแบบการศึกษาลักษณะนี้ ไม่สามารถระบุได้ว่าบุคลากร ทางการแพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษามีปัญหาทางสุขภาพจิต มาก่อนในอดีตหรือเกิดภายใต้การทำงานในช่วงที่มี การระบาดของ COVID-19 นอกจากนี้ขนาดของกลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้แม้จะคำนวณให้เพียงพอสำหรับ การตอบคำถามการวิจัยหลักแล้วก็ตาม แต่จำนวนกลุ่ม

ตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร (จำนวน 394,814 คน ซึ่งใช้ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง) คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.11 เท่านั้น จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษาไปยังประชากรบุคลากรทางการแพทย์ในภาพรวมทั้งหมด อีกทั้งวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่อาศัยหลักความน่าจะเป็น และการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ โดยส่ง links และ QR code ส่งผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนบุคคลและระดับหน่วยงาน อาจทำให้การกระจายตัวของลักษณะบางประการของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นสัดส่วนของประชากรทั้งหมด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเพื่อสะท้อนให้เห็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในสถานการณการระบาดของ COVID-19 ในระลอกแรก การศึกษาต่อไปอาจทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับบุคลากรทางการแพทย์จากการระบาดซ้ำหรือการระบาดระลอกใหม่ และวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานอื่นๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น การมีปริมาณงานโรงพยาบาลสนามซึ่งเกิดจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อ ปริมาณงานที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค หรือปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น การกลายพันธุ์หรือการมีสายพันธุ์ใหม่ การมีแนวทางการรักษาและมาตรการการป้องกันโรคที่ชัดเจนขึ้น เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมพร้อมสำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์จากการระบาดระลอกใหม่หรือการระบาดซ้ำของ COVID-19 ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณศาสตราจารย์ ดร. สุกัลยา สว่าง International Centre for Transformational Entrepreneurship, Coventry University, Coventry, United

Kingdom ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพ. ภัทร พิทยรัตน์เสถียร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฌักวรรต บัวทอง ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพจิต DASS-21 และขอขอบคุณทีมผู้วิจัยและบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตซึ่งเป็นปัญหาที่ระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องตระหนักและให้ความสำคัญต่อไป

References

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 17]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>.
2. Blumenthal D, Fowler EJ, Abrams M, Collins SR. Covid-19 — implications for the health care system. *N Engl J Med*. 2020;383(15):1483–8.
3. Gai R, Tobe M. Managing healthcare delivery system to fight the COVID-19 epidemic: experience in Japan. *Glob Health Res Policy*. 2020;5(1):23.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare facilities: managing operations during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-hcf.html>.
5. Han E, Tan MMJ, Turk E, Sridhar D, Leung GM, Shibuya K, et al. Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. *Lancet*. 2020;396(10261):1525–34.
6. Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning primary care to address the covid-19 pandemic in the midst of the pandemic. *Ann Fam Med*. 2020;18(4):349–54.
7. 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;3(3):e203976.
8. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, 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*. 2020;5(9):e475-83.
9. 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.
 10. da Silva FCT, Neto MLR. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: a systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;104:110062.
 11. 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*. 2020;293:113441.
 12. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—a review. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102119.
 13. Wayne W. D. *Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences*. 6th ed. John Wiley&Sons; 1995.
 14. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Med J*. 2016;68(3):160-70.
 15. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Report health resource [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 1]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Report%20Health%20Resource%202018.pdf.
 16. Thongkaeo T, Suppavitiporn S. Stress in workplace and its related factors among registered nurse at outpatient department of a hospital in Bangkok. *Chula Med J*. 2018;62(2):197-209. (in Thai)
 17. Oei TPS, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol*. 2013;48(6):1018-29.
 18. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, et al. COVID-19-related mental health effects in the workplace: a narrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):7857.
 19. Tantrakarnapa K, Bhopdhornangkul B, Nakhaapakorn K. Influencing factors of COVID-19 spreading: a case study of Thailand. *Z Gesundh Wiss*. 2020;1-7.
 20. Evanoff BA, Strickland JR, Dale AM, Hayibor L, Page E, Duncan JG, et al. Work-related and personal factors associated with mental well-being during the covid-19 response: survey of health care and other workers. *J Med Internet Res*. 2020;22(8):e21366.
 21. Thitaree K, Chaiwong W. A study on prevalence of work-related stress and relating factors among staff in a private hospital. *TMJ*. 2019;19(1):115-32. (in Thai)
 22. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979;24(2):285-308.
 23. Simms A, Fear NT, Greenberg N. The impact of having inadequate safety equipment on mental health. *Occup Med*. 2020;70(4):278-81.
 24. Karasek R. Demand/Control model: a social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In: *Encyclopaedia of occupational health and safety*. Geneva: International Labour Organization; 1998. p. 34.6-34.14.