

การรับรู้ความเครียด กลยุทธ์การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟของบุคลากรทาง
การแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร
ระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19

Perceived Stress, Coping Stress Strategies, and Burnout among Healthcare Workers
of The Hospital under The Jurisdiction of Bangkok during COVID-19 Outbreak

ภัทรพร ยุบลพันธ์
เจษฎา คุณโน

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีการศึกษา 2563

ชื่อเรื่อง	การรับรู้ความเครียด กลยุทธ์การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19
ผู้วิจัย	ภัทรพร ยุบลพันธ์ และ เจษฎา คุณโน
สถาบัน	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีที่พิมพ์	2565
สถานที่พิมพ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
แหล่งที่เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวนหน้างานวิจัย	95 หน้า
คำสำคัญ	การรับรู้ความเครียด กลยุทธ์การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟ บุคลากรทางการแพทย์
ลิขสิทธิ์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคโควิด-19 สามารถส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความเครียด และต้องมีวิธีการจัดการที่เหมาะสม รวมถึงเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ความเครียด การใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด ภาวะหมดไฟในงาน รวมถึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือน มิถุนายน- กรกฎาคม พ.ศ.2564 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 517 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถาม โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อระบุปัจจัยทำนายการรับรู้ความเครียด การใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงาน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 1.96, S.D.= 0.48) มีคะแนนการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดในภาพรวมในระดับปานกลาง (Mean= 2.53, S.D.= 0.35) ในรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหามากที่สุด (Mean= 3.25, S.D.= 0.60) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในงานภาพรวมอยู่ในระดับน้อย โดยมีภาวะหมดไฟด้านความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการ/สถานการณ์การระบาดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean= 1.61, S.D.= 0.71) ปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความเครียด ได้แก่ จำนวนเพื่อนร่วมงาน (p-value < 0.001) ระดับการศึกษา (p-value < 0.001) และการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว (p-value = 0.005) ส่วนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดพบว่ามีเพียงปัจจัยการมีบุตร (p-value < 0.001) สามารถทำนายได้ และปัจจัยที่ทำนายภาวะหมดไฟในงาน

ได้แก่ ชั่วโมงการนอนหลับ (p-value < 0.008) เพศหญิง (p-value < 0.036) และจำนวนชั่วโมงการทำงาน (p-value < 0.036)

การศึกษานี้เสนอแนะว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากสถานที่ปฏิบัติงานในการปฏิบัติงานช่วงการระบาดเป็นสิ่งจำเป็น โรงพยาบาลควรจัดกิจกรรมส่งต่อความห่วงใย ผ่านการจัดเวทีให้บุคลากรใช้ในพื้นที่ส่งต่อกำลังใจ แลกเปลี่ยนวิธีการเผชิญความเครียดซึ่งกันและกัน การสร้างบอร์ด stress-free หรือกิจกรรม Buddy-Budder เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายจากสถานการณ์

Research Title	Perceived Stress, Coping Stress Strategies, and Burnout among Healthcare Workers of The Hospital under The Jurisdiction of Bangkok during COVID-19 Outbreak
Researcher(s)	Pataraporn Yubonpunt, Ph.D. and Jadsada Kunno, Ph.D.
Institution	Huachiew Chalermprakiet University
Year of Publication	2022
Publisher	Huachiew Chalermprakiet University
Sources	Huachiew Chalermprakiet University
No. of Pages	96
Keywords	Perceived Stress, Coping Stress Strategies, Burnout, Healthcare worker
Copyright	Huachiew Chalermprakiet University

ABSTRACT

COVID-19 outbreak affects to healthcare workers (HCWs) in terms of stress which needed strategies to deal with and burnout. This study aimed to explore perceived stress, coping strategies, and burnout in HCWs and examined factors associated with these issues. A quantitative cross-sectional study was conducted in June-July 2022. The participants were gained by cluster sampling. They were healthcare workers at a hospital under the jurisdiction of Bangkok. 517 HCWs self-reported for the online survey. Statistical analysis including descriptive statistics and a multiple linear regression - stepwise method was used to determine predictive factors for perceived stress, coping strategies, and burnout. The statistical significance was defined at p-value < .05.

The result showed that overall, participants perceived stress at a moderate level (Mean= 1.96, S.D.= 0.48). They used coping strategies at a moderate level (Mean= 2.53, S.D.= 0.35). Most strategies used in problem-solving strategy (Mean= 3.25, S.D.= 0.60). Burnout level was determined at a low level. There was a highest burnout score in dimension of patient/situation (Mean= 1.61, S.D.= 0.71). The factors that can predict perceived stress were a number of coworker (p-value < 0.001), education level (p-value < 0.001), and family illness (p-value = 0.005). Having a child was the only factor associated with using coping strategies (p-value < 0.001). Burnout predictive factors were

sleeping hours (p-value < 0.008), female (p-value < 0.036), and work hours (p-value < 0.036).

This study suggested that support from the workplace is needed during an outbreak situation. There are some activities that hospitals can make the area or stage for giving caring, empowering, and sharing with each other. Creating stress-free boards or the Buddy-Budder program which can help healthcare workers get to relax.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการวิจัย คณะ
สาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม ในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย
คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณสำนักพัฒนาวิชาการ ที่อำนวยความสะดวก ให้การแนะนำและช่วยเหลือในการ
ดำเนินการในขั้นตอนต่าง ๆ จนวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติเป็นอย่างสูง สำหรับการพิจารณาทุน
สนับสนุนการวิจัย จนวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ร่วมตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมการ
วิจัย และเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	
สารบัญ	
สารบัญตาราง	
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามตัวแปร	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
กรอบแนวคิดการวิจัย	29
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
การวิเคราะห์ข้อมูล	34
บทที่ 4 ผลการวิจัย	36
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	61
อภิปรายผล	63
ข้อเสนอแนะ	70
บรรณานุกรม	72
ภาคผนวก	
ก แบบสอบถาม	80
ข ประวัติย่อผู้วิจัย	87

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของบุคลากรทางการแพทย์	37
2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์	40
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์	42
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนภาวะหมดไฟ ของบุคลากรทางการแพทย์	46
5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามปัจจัยต่าง ๆ	49
6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์	52
7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดตามตัวแปรสถานภาพสมรสของบุคลากรทางการแพทย์	54
8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์	55
9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์การรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์	58
10 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์การใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด	59
11 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์ภาวะการหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์	60

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การอุบัติขึ้นของเชื้อโคโรนาไวรัสเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และเริ่มเกิดการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในวงกว้างในทั้งภายในและภายนอกประเทศจีน สถานการณ์การแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องได้กลายเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นการระบาดระดับโลก (Pandemic) (World Health Organization, 2020) โรคอุบัติใหม่ที่ชื่อว่าโควิด-19 (COVID-19) ส่งผลเสียหายรุนแรงโดยตรงต่อสุขภาพ องค์การอนามัยโลกรายงานสถิติการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ 159,613,193 ราย และก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก 3,317,912 ราย (Worldometer, 2021) นอกจากนี้ สภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม ต่างชะลอตัวและหยุดชะงัก ส่งผลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในทุกกระดับ (World Health Organization, 2020) การเผชิญกับความท้าทายภายใต้สถานการณ์การระบาดยังคงมีมาอย่างต่อเนื่อง มาตรการด้านสาธารณสุขเพื่อควบคุม ป้องกันการได้รับเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ อาทิ การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ ถือว่าเป็นมาตรการสำคัญและจำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อควบคุมและลดการแพร่ระบาด รูปแบบการใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ (New Normal) ประชาชนทุกอาชีพต่างต้องปรับตัวเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตปกติและไม่เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งรูปแบบการปรับตัวเพื่อรับมือการระบาดนี้กลับสามารถทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ (Center for Disease Control and Prevention, 2021)

ระบบสุขภาพซึ่งเป็นที่พึ่งพาหลักและเป็นกองกำลังสำคัญในการรับมือกับสถานการณ์การระบาด การจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเพื่อรองรับการเจ็บป่วยต้องปรับรูปแบบให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ที่ยังคาดการณ์ได้ไม่มากนัก ทำให้อุปสงค์สำหรับการวางแผนการให้บริการรักษาพยาบาล อาทิ อัตรากำลัง ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ปกติอย่างมาก การปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องปรับตัวต่อวิธีการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น และไม่เสียชีวิตโดยเหตุอันไม่สมควร ภายใต้สถานการณ์การระบาดและท้าทายเช่นนี้ ย่อมสามารถก่อให้เกิดความกดดันในระหว่างการปฏิบัติงานได้ การปฏิบัติหน้าที่ด้านหน้าและเป็นเสาหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างปฏิเสธไม่ได้ บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในขั้นตอนต่าง ๆ ทั้ง การตรวจคัดกรอง การประเมินอาการ การดูแลรักษา ล้วนอยู่ภายใต้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Koh,

2020; Lin et al., 2020) ซึ่งนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพการเจ็บป่วยของบุคลากรทางการแพทย์แล้ว การมีภาระงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้น ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันและอัตรากำลัง การแบกรับความเจ็บป่วยของผู้อื่น และความไม่แน่นอน ความกลัวที่ตนเองจะได้รับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ประเด็นเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตใจ อาทิ ความเครียด ความกังวล และความเหนื่อยล้า ภาวะหมดไฟได้เช่นกัน (Cai et al., 2020; Lee, Kang, Cho, Kim, & Park, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านบุคคล อาทิ เพศ อายุ รายได้ การมีบุตร (Babore et al., 2020; Flesia et al., 2020; Matsuo et al., 2020) และบทบาทหน้าที่ ประสบการณ์ทำงาน การทำงานกับผู้ป่วยโควิด19 โดยตรง การมีเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น (R. W. Khasne, B. S. Dhakulkar, H. C. Mahajan, & A. P. Kulkarni, 2020; Matsuo et al., 2020) ปัจจัยเหล่านี้ต่างมีผลต่อการเกิดความตึงเครียดและภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ในระหว่างการระบาดได้

การเกิดความเครียดสะสมจากการทำงานเป็นเวลายาวนาน ส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและการจัดการปัญหาต่างๆ และนำไปสู่การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (Cheaplamp. & Dangdomyouth., 2019) ซึ่งภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย เพราะไม่เพียงจะส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต การขาดแรงจูงใจ การขาดงาน และความรับผิดชอบที่ลดลงในบุคลากรทางการแพทย์ แต่ยังสามารถส่งผลเสียต่อคุณภาพบริการและการรักษาด้วย (Jalili, Niroomand, Hadavand, Zeinali, & Fotouhi, 2021) ในหลายการศึกษาพบว่าภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และก่อให้เกิดต้นทุนทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นด้วย (Dewa, Loong, Bonato, Trojanowski, & Rea, 2017; Shanafelt, Dyrbye, West, & Sinsky, 2016)

จากการศึกษาที่ผ่านมา อาทิในประเทศจีนซึ่งเป็นประเทศที่พบการติดเชื้อมากที่สุดในระยะแรกของการระบาดของโคโรนาไวรัส พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 59 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางจนถึงมาก ความหวาดกลัวที่จะติดเชื้อด้วยตนเองและจากทีมผู้ปฏิบัติงานด้วยกันเป็นสาเหตุหลักที่มาของความเครียด (Du et al., 2020) และการศึกษาของ Cui และคณะพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียด 25 คะแนนขึ้นไป คิดเป็น 32.23 โดยที่ ชั่วโมงการทำงาน ปัจจัยด้านครอบครัว มีผลต่อระดับความเครียด (Cui et al., 2021) การศึกษาของประเทศไทยในช่วงเวลาการระบาดระยะแรกในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 41.9 โดยที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง และที่ปฏิบัติงานด้านการควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่น (Sangsirilak & Sangsirilak, 2020) ทั้งนี้ยังไม่พบ

การศึกษาความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์จากการปฏิบัติงานในช่วงเวลาการระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย

การศึกษาในต่างประเทศในประเด็นภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการระบาด กลุ่มตัวอย่างรายงานความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในภาพรวมเกิดขึ้นร้อยละ 31.4 โดยกลุ่มพยาบาลพบอัตราความชุกร้อยละ 46.8 ในกลุ่มนักรังสี และเทคนิคการแพทย์ ร้อยละ 36.4 และในกลุ่มเภสัชกรพบร้อยละ 36.8 (Matsuo et al., 2020) การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยตรง และปฏิบัติงานในแผนกที่มีความเสี่ยงสูง เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดภาวะหมดไฟ (Jalili et al., 2021; Ruchira W. Khasne, Bhagyashree S. Dhakulkar, Hitendra C. Mahajan, & Atul P. Kulkarni, 2020) ซึ่งยังไม่พบการศึกษาภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดในประเทศไทย

จากสถานการณ์ในประเทศไทย การระบาดระยะแรกจนถึงปัจจุบันนับเป็นระยะที่สาม ซึ่งเกิดการระบาดจากสายพันธุ์ดั้งเดิมและสายพันธุ์ใหม่ที่กลายพันธุ์ ความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อของไวรัส อาการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากกว่าในระยะแรก ขณะที่ศักยภาพของทรัพยากรด้านสุขภาพ และการได้รับวัคซีนทั้งในบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ รายงานการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่สะสม 85,005 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิต 421 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2564 กรมควบคุมโรค, 2564) บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะในพื้นที่เมืองอย่างเช่นกรุงเทพมหานครทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน ต่างปฏิบัติหน้าที่รองรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโควิด-19 ในปริมาณงานที่มากกว่าในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลแห่งหนึ่งสังกัดกรุงเทพมหานคร ขนาด 800 เตียง ซึ่งเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการรักษาพยาบาลในพื้นที่เขตเมือง และรองรับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เกิดการระบาด จากการศึกษาท่ามกลางการระบาดที่ผ่านมาพบว่ามีบุคลากรของโรงพยาบาลติดเชื้อและบางส่วนต้องกักตัว เนื่องจากมีความเสี่ยงติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของบุคลากรทางการแพทย์ต้องใช้พลังงานและพลังใจที่เข้มแข็ง การดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพราะนอกจากจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเชิงกายภาพแล้ว ยังสามารถเกิดการป่วยทางสภาพจิตใจ ซึ่งจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทางการแพทย์ต่างมีความเสี่ยงสูงที่จะมีความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อเชิงจิตวิทยาในระยะยาว และส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน และการให้บริการต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น ตลอดจนกระทบต่อวิถีชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกัน การศึกษาครั้งนี้ มุ่งหวังให้ทราบถึงข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สะท้อนผลกระทบของการปฏิบัติงานท่ามกลางการ

ระบาดของโควิด19 ในมิติด้านสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ ให้เป็นกรณีศึกษาหนึ่งที่จะเป็นประโยชน์ในวางรูปแบบการสร้างเสริมขวัญกำลังใจ และสุขภาพจิตของบุคลากรที่เหมาะสมที่สุดในสถานการณ์การระบาด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด ภาวะหมดไฟบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งสังกัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ.2564

นิยามตัวแปร

1.บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง บุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในสังกัดกรุงเทพมหานครที่ปฏิบัติงานในระหว่างสถานการณ์การระบาดของ โรคโควิด 19 โดยแบ่งเป็นบุคลากรส่วนการรักษาพยาบาล และส่วนสนับสนุน

2. การรับรู้ความเครียด หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้นกดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกขใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ ในการปฏิบัติงานในช่วงเวลาการระบาดของโรคโควิด-19 โดยประเมินตามแบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS-10)

3. การเผชิญความเครียด หมายถึง การตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์ความเครียดจากการระบาดของโรคโควิด -19 ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยครอบคลุมด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านการ

แก้ปัญหา ด้านการหลีกเลี่ยง และด้านการคิดเชิงบวก โดยใช้แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย (Brief-COPE)

4. ภาวะหมดไฟในงาน หมายถึง ความเหนื่อยล้าของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วยด้านความเหนื่อยหน่ายส่วนตัว ความเหนื่อยหน่ายจากงาน ความเหนื่อยหน่ายจากผู้รับบริการหรือสถานการณ์การระบาด โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของโคเปนเฮเกนสำหรับคนไทย (Thai Version of Copenhagen Burnout Inventory: T-CBI)

5. ประสบการณ์การกักตัว หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์เคยกักตัว เนื่องจากสงสัยว่ามีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโคโรนาไวรัสจากการปฏิบัติงานและการใช้ชีวิตท่ามกลางสถานการณ์การระบาด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเด็นความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

2. เป็นกรณีศึกษาของการเผชิญความเครียด เพื่อสะท้อนมิติต่างๆ ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับตัวต่อการทำงานในสถานการณ์การระบาดในอนาคต รวมถึงเหตุการณ์ร้ายแรงที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญในอนาคต

3. ข้อมูลการศึกษานำไปสู่การวางรูปแบบการจัดบริการ การวางแผนอัตรากำลัง และการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรทางการแพทย์

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการทบทวนเนื้อหาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความเครียด กลยุทธ์ การเผชิญความเครียด การเกิดภาวะหมดไฟ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาตามลำดับดังนี้

ความเครียด (Stress)

Selye (1976) ระบุว่าความเครียด เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคามบุคคลโดยสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์และมีต้นเหตุมาจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งร่างกายและจิตใจ สิ่งแวดล้อม และสังคมที่บุคคลประเมินแล้วว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง

Lazarus (อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541: 12) ได้อธิบายไว้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้าไปประสบการณ์ว่า สิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคามโดยเป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตกับปัจจัยภายในของบุคคล เช่น ทักษะคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

กรมสุขภาพจิต (2541) ให้ความหมายของความเครียด คือ ภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับแค้นใจ หรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2545: 253) กล่าวว่า ความเครียดคือสภาวะกดดันในบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดมาคุกคาม ก่อให้เกิดความไม่สมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล รวมถึงพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจของบุคคลด้วย หรืออาจกล่าวได้ว่าสภาวะเครียดเป็นกลไกการป้องกันตัวที่เกิดขึ้นเมื่อมีภัยอันตรายจากภายนอกมารบกวน

กิติพร โคตรตะ (2557 : 15) อ้างถึงใน นาทยา สุวรรณจันทร์ (2560) ได้สรุปเกี่ยวกับความเครียดไว้ว่า หมายถึง ภาวะของร่างกายและจิตใจที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากการต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความลำบากใจในการตัดสินใจ มีความวิตกกังวลในความไม่แน่นอนของสถานการณ์หรือเกิดความรู้สึกกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเราคิดว่าเกิดกำลังความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ทำให้รู้สึกหนักใจ เป็นทุกข์ เกิดความไม่สบายใจ จึงก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย

ความเครียดหมายถึง ปฏิกริยาทางจิต – ทางร่างกายที่ปรับตัวต่อสิ่งเร้าทางร่างกาย สังคม หรือจิตใจที่เรียกว่าตัวสร้างความเครียด (Stressor) (McEwen, 2017)

คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล (2562) ความเครียด หมายถึง สภาวะของร่างกายและจิตใจที่ตอบสนองต่อการเผชิญภาวะการณ์ที่บีบคั้น กดดัน หรือวิตกกังวลทั้งจากปัจจัยภายในของบุคคลนั้นๆ หรือสภาพแวดล้อมภายนอก เช่นจากการทำงาน เป็นต้น

การรับรู้ความเครียด (Perceived Stress) (Phillips, 2013) หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดที่แต่ละคนมีเกี่ยวกับความเครียดที่ตนกำลังเป็นอยู่ภายใต้สถานการณ์ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง การรับรู้ความเครียดจะสะท้อนปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ที่แต่ละบุคคลประเมินว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นคุกคามหรือกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตน

สาเหตุที่สำคัญของความเครียด

ความเครียดเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ (สำนักสุขภาพจิตสังคม, 2555) ได้แก่

1. สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ปัญหาที่เกิดขึ้นรอบตัวของแต่ละบุคคล ปัญหาต่างๆ เช่นด้านการเงิน ด้านการงาน ด้านครอบครัว ด้านการเรียน ปัญหาสุขภาพ ปัญหามลพิษ ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล รวมถึงปัญหาการเกิดโรคระบาดรุนแรงต่าง ปัญหาเหล่านี้สามารถเป็นตัวกระตุ้นให้คนเกิดความเครียดได้

2. การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ลักษณะส่วนบุคคลด้านความคิดต่างๆ สามารถส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดที่แตกต่างกับบุคคลอื่นได้ การเป็นคนที่มีมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ใจเย็น มักจะมีความเครียดน้อยกว่าคนกลุ่มที่มีมองโลกแง่ร้าย เอาจริงเอาจังกับชีวิตมากเกินไป และมักใจร้อน นอกจากนี้การรู้สึกว่าตนเองมีคนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท ที่ไว้วางใจกันได้ มักจะมีความเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่ลำพัง

คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล (2562) ระบุว่าสาเหตุของความเครียดอาจแบ่งได้หลายวิธี ในที่นี้แบ่งโดยใช้แบบจำลอง Biopsychosocial model ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ ความเครียดอาจได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าในกลุ่มของปัจจัยด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย ความพิการทางรูปร่าง เป็นต้น

2. ปัจจัยด้านจิตใจความไวต่อความเครียด เช่น บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล นอกจากนั้นการคิดเรื่องเดิมซ้ำๆ ความวิตกกังวล เป็นต้น ล้วนก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้

3. ปัจจัยด้านสังคม เช่น ปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาจากเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างาน ซึ่งจัดเป็นปัจจัยก่อความเครียดที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน

ลักษณะของความเครียด

ตามนิยามของสมาคมจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychologist Association: APA) อาจแบ่งความเครียดออกเป็น 2 กลุ่มตามเวลาการก่อความเครียดดังนี้ (อ้างถึงใน คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล (2562))

1. ความเครียดเฉียบพลัน (acute stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นโดยทันที และส่งผลให้ต้องมีการรับมือกับความเครียดโดยฉับพลัน มีการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และอะดรีนาลีน (Adrenaline) รวมถึงกระตุ้นให้ร่างกายเกิดภาวะเปลี่ยนแปลง เช่น ม่านตาขยาย หัวใจเต้นแรงขึ้น เกิดภาวะสู้หรือหนี (fight or flight) เช่น การตอบสนองเมื่อเกิดภาวะภัยพิบัติเฉียบพลัน การเผชิญอุบัติเหตุ เป็นต้น

2. ความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นสะสม และร่างกายไม่สามารถรับมือกับภาวะการณ์เหล่านั้นได้ เช่น ความเครียดที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน เป็นต้น

ผลกระทบของความเครียด

ความเครียดสามารถส่งผลกระทบต่อหลากหลายทั้งต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนพฤติกรรมของบุคคล ดังนี้ (วรลักษณ์ ผ่องสุขสวัสดิ์, 2565)

1.ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ

เมื่อเกิดความเครียด บุคคลจะมีอารมณ์แปรปรวน โกรธ หงุดหงิด คิดลบ สับสน ทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ พอโกรธมากๆ ระบบประสาทอัตโนมัติก็รวน ควบคุมไม่ได้ สมาธิเสีย ความจำไม่ดี ทำผิดพลาด และเมื่อเกิดการสะสมของความเครียด ก็จะกลายเป็นโรควิตกกังวล และเมื่อเกิดความกังวลบ่อยๆ ก็เกิดเป็นโรคจิต สับสน ย้ำคิดย้ำทำ สุดท้ายหากไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องก็จะเก็บสะสมเข้าสู่จิตระบบลึกกลายเป็นโรคซึมเศร้า

2.ผลกระทบต่อร่างกาย

-ผมหงอก ผมร่วง เวลาเครียด การนำส่งออกซิเจนไปสู่เซลล์จะทำได้ไม่ดี เมื่อเซลล์รากผมรับออกซิเจนได้ไม่เต็มที่ก็ทำให้เส้นผมเข้าสู่วงจรของระยะหลุดร่วงเร็วขึ้น ผมจึงร่วงมากขึ้น ไม่เพียงเท่านั้น กลไกความเครียดที่เกิดขึ้นยังทำลายเซลล์ต้นกำเนิดซึ่งทำหน้าที่สร้างเม็ดสีหรือเมลานินในปุ่มรากผม ทำให้ผมที่ขึ้นใหม่เป็นสีขาวหรือผมหงอก ส่วนผมที่มีอยู่แล้วก็กลายเป็นผมหงอก

-หัวใจเต้นผิดจังหวะ เต้นเร็วกว่าปกติ กลไกความเครียดทำให้หัวใจเกิดความผิดปกติ คือ เต้นเร็วขึ้น เต้นผิดจังหวะ ส่งผลให้เกิดอาการหน้ามืด วิงเวียน ใจสั่น เหนื่อยง่าย อีกทั้งยังส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นตามมา

-การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้รวมน บางรายน้ำย่อยหลังมากกว่าปกติ ทำให้โรคกระเพาะกำเริบ บางราย น้ำย่อยหลังน้อยลงหรือไม่หลังเลย ส่วนแบคทีเรียชนิดไม่ดีในระบบทางเดินอาหารก็เพิ่มจำนวนขึ้น ลำไส้และกระเพาะอาหารเคลื่อนตัวน้อยลง ทำให้อาหารไม่ย่อย เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ และมีแก๊สในท้องมาก

-ตับอ่อนทำงานบกพร่อง ส่งผลให้ผลิตฮอร์โมนอินซูลินน้อยลง เมื่ออินซูลินที่ทำหน้าที่ขนส่งน้ำตาลในกระแสเลือดไปยังเซลล์ต่างๆ ในร่างกายมีปริมาณน้อยลงหรือทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพมากพอ ก็ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงและอาจเกิดภาวะดื้ออินซูลินตามมาได้ หากเกิดติดต่อกันเป็นระยะเวลานานๆ จะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานประเภทที่ 2 ได้

-การทำงานของระบบขับถ่ายรวมน ผลจากการที่ลำไส้บีบตัวน้อยหรือเคลื่อนตัวน้อย ทำให้ท้องผูกตามมา ในขณะที่บางคนความเครียดทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป ลำไส้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าไวมาก และเกิดการบีบตัวมากหรือเคลื่อนตัวมากจนมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย

-การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันรวมน ความเครียดจะทำให้เม็ดเลือดขาว “ตาบอด” ซึ่งหมายถึงเม็ดเลือดขาว สูญเสียประสิทธิภาพในการตรวจสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกายและการแยกเชื้อโรคออกจากเซลล์ดีเพื่อทำลาย ร่างกายจึงมีโอกาสติดเชื้อและป่วยง่ายขึ้น ไม่ว่าจะไข้หวัด โควิด หรือแม้แต่โรคร้ายอย่างมะเร็งก็ตาม

-ระบบประสาทอัตโนมัติรวมน เช่น ต่อมเหงื่อและประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมต่อมเหงื่อทำงานผิดปกติ ทำให้เหงื่อออกไม่เป็นเวลา เหงื่อออกเฉพาะจุดได้มากขึ้น เช่น ฝ่ามือ ฝ่าเท้า รักแร้ ทำให้มือเท้าเปียกแฉะตลอดเวลาแม้จะอยู่ในห้องปรับอากาศหรือไม่ได้ออกกำลังกายก็ตาม หากมีอาการมาก บางคนอาจเป็นโรคมือเปียก โรคเท้าเปียก เท้าจะมีกลิ่นเหม็น ไม่กล้าจับสิ่งของเพราะเหงื่อออกที่มือตลอดเวลา ทำให้ขาดความมั่นใจ

-ฮอร์โมนและสารสื่อประสาทต่างๆทำงานผิดปกติ เช่น ต่อมหมวกไตหลังฮอร์โมนคอร์ติซอลออกมามากเกินไปแทนที่จะช่วยให้ร่างกายตื่นตัวพร้อมสำหรับทุกสถานการณ์ของแต่ละวันอย่างที่เคยเป็นตามปกติ ฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มีปริมาณมากเกินไปจะสลายกลูโคส กรดไขมัน และโปรตีน (Catabolic Hormone) จึงทำให้ร่างกายเสื่อมเร็ว คนที่เครียดมากๆจึงดูแก่กว่าวัย

-มีอาการต่อมหมวกไตล้า (Adrenal Fatigue) ได้ สืบเนื่องจากเมื่อร่างกายหลังฮอร์โมนคอร์ติซอลออกมาเยอะ ร่างกายก็จะหลั่งฮอร์โมนดีเอชอีเอ (Dehydroepiandrosterone) ออกมาช่วยรับมือกับความเครียด ช่วยควบคุมสมดุลอารมณ์ แต่หากนอนไม่พอร่างกายจะหลั่งดีเอชอีเอออกมาได้น้อย ทำให้เกิด “ภาวะเสพติดความเครียด” (Adrenal Addict) ตามมาได้

-ฮอร์โมนเพศบกพร่อง โดยเฉพาะฮอร์โมน FSH และ LH ที่ทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการตกไข่ก็จะไม่หลัง ทำให้ไข่ไม่ตก ผู้หญิงจึงมีลูกยาก นอกจากนี้บางรายยังอาจมีความต้องการทางเพศ

3. ผลกระทบต่อพฤติกรรม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ความเครียดนำมาสู่ความผิดปกติทางพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรามากขึ้น ใช้สารเสพติด ใช้นานอนหลับ จู้จี้ขี้น ขวนทะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยๆ ดึงผม กัดเล็บ กัดฟัน ผุดลุกผุดนั่ง เจ็บขริม เก็บตัว เป็นต้น

4. ผลกระทบต่อครอบครัว (วนรัตน์ สิงใส (2555) บุคคลเครียดจากสภาพการณ์นอกบ้าน แล้วมาระบายความรู้สึก หรือพฤติกรรมทางลบกับคนใกล้ชิดในครอบครัวก่อให้เกิดผลเสียตามมา ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี เช่น เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง โต้เถียงกันในเรื่องไม่เป็นเรื่อง ไม่มีความเข้าใจกันไม่ใช้เหตุผลในการพูดคุย

5. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (วนรัตน์ สิงใส (2555) ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการขาดงาน ผลของการทำงานลดลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและเมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ย่อมต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

การประเมินความเครียด

1. แบบประเมิน ST-5 เป็นแบบประเมินที่ประชาชนทั่วไป สามารถใช้ประเมินระดับความเครียดของตนเองได้ โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 5 ข้อ และประเมินประสบการณ์ เหตุการณ์ ในช่วง ระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ว่ามีอาการหรือความคิดเห็นและความรู้สึกอยู่ในระดับใด ลักษณะคำตอบคือ แทบไม่มี เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ การแปลผลระดับความเครียดดังนี้ คะแนน 0 – 4 เครียดน้อย คะแนน 5 – 7 เครียดปานกลาง คะแนน 8 – 9 เครียดมาก คะแนน 10 – 15 เครียดมากที่สุด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565)
2. แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale-10) เป็นข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบคือ ไม่เลย แทบจะไม่มี มีบางครั้ง ค่อนข้างบ่อย และบ่อยมาก แบบสอบถามดังกล่าวได้ถูกนำไปใช้ในการวิจัยสำรวจความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในระหว่างการเกิดโรคระบาดอย่างกว้างขวาง (Babore et al., 2020; Canestrari et al., 2021; Chua et al., 2004; Du et al., 2020)

ในการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมายความเครียดหมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้นกดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ ในการปฏิบัติงานในช่วงเวลาการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งสาเหตุของความเครียดอาจเกิดจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล และจากแบบจำลอง Biopsychosocial model ซึ่งให้เห็นว่าสาเหตุของการเกิด

ความรู้สึกเครียด สามารถเกิดจากปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจความไวต่อความเครียด ปัจจัยด้านสังคม และการเกิดความเครียดส่งผลเสียต่อ ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ผลกระทบต่อร่างกาย ผลกระทบต่อพฤติกรรม ผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และในการศึกษาคั้งนี้คณะผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale-10) ซึ่งถูกนำไปใช้ในการวิจัยสำรวจความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในระหว่างการเกิดโรคระบาดอย่างกว้างขวาง

การเผชิญกับความเครียด (Coping Stress)

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาและเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ เมื่อเกิดความเครียด ผู้คนจะแสวงหาเป้าหมายหรือหลีกเลี่ยงภัยคุกคามต่อความเครียด การตอบสนองต่อภัยคุกคามและความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญของการปรับตัวทางจิตวิทยาและความสุข (Carver & Connor-Smith, 2010)

การเผชิญปัญหาหมายถึง กระบวนการดำเนินการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งความเครียดถูกมองว่าเป็นประสบการณ์ในการประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องในความพยายามที่เกี่ยวข้องกับการบรรลุเป้าหมาย ((Lazarus,1996 อ้างถึงใน (Monzani et al., 2015))

การแสดงออกทางพฤติกรรมและความคิด เป็นกระบวนการพัฒนาเพื่อจัดการกับความเครียด ซึ่งเรียกว่า การเผชิญกับความเครียด เป็นการใช้ทักษะทางปัญญาและการแสดงออกเพื่อแก้ไขปัญหานำไปสู่การลดลงของความเครียดที่เกิดจากปัญหาเหล่านั้นได้ (Baumstarck et al., 2017)

กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด (coping strategies)

กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด (coping strategies) หมายถึง ความพยายามที่เฉพาะเจาะจง ทั้งทางพฤติกรรมและจิตใจที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งใช้เพื่อ รับมือ อดทน หรือลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ หรือภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นในชีวิต (Numsang & Tantrarungroj, 2018) กลยุทธ์การรับมือหลายอย่างสามารถใช้ได้ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดและกลยุทธ์ที่นำมาใช้นั้นขึ้นอยู่กับประเมินความรู้ความเข้าใจของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์ และสภาวะทางอารมณ์ร่วมด้วย (Baumstarck et al., 2017)

กลยุทธ์การรับมือกับความเครียด ปัญหา สถานการณ์ มีพื้นฐานมาจากแบบจำลองทางทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับเช่นแบบจำลองการจัดการความเครียดของลาซารัส (Lazarus, 1984) และรูปแบบการควบคุมตนเองตามพฤติกรรมของ Carver and Scheier (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) จาก

การศึกษาการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด กล่าวว่าการรับมือ การเผชิญกับความเครียดมีหลากหลายมิติ ซึ่งกำหนดผ่านแนวคิดของนักวิชาการข้างต้น แบ่งเป็น 14 มิติ ได้แก่ 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ (self-distraction) 2) การรับมือความเครียดเชิงรุก (Active coping) 3) การปฏิเสธปัญหา (Denial) 4) การใช้สารเสพติด (Substance use) 5) การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) 6) การแสวงหาความช่วยเหลือ (use of emotional support) 7) การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา (Behavioral disengagement) 8) การระบายความรู้สึก (venting) 9) การปรับมุมมองเชิงบวก (positive reframing) 10) การวางแผน (planning) 11) การยอมรับ (acceptance) 12) การใช้อารมณ์ขัน (humor) 13) การใช้หลักศาสนา (religion) และ 14) การตำหนิตนเอง (self-blame) ทั้งนี้ซึ่งยังสามารถจัดกลุ่มตามการสนับสนุนทางสังคม (Social support) การแก้ปัญหา (Problem Solving) กลยุทธ์การหลีกเลี่ยง (Avoidance Strategies) และการใช้ทัศนคติเชิงบวก (Positive attitude) (Baumstarck et al., 2017)

คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีธัญกุล (2562) สรุปกลวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดจากแนวคิดของของ Lazarus และ Folkman โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มด้วยกัน ได้แก่

1. กลุ่มที่มุ่งเน้นการเผชิญปัญหาโดยการแก้ปัญหา (Problem-focused coping) มีหลักในการทำ ความเข้าใจคือ รับทราบถึงธรรมชาติของปัญหาและมุ่งจัดการที่ตัวปัญหา ข้อดีและข้อเสียโดยเปลี่ยนแปลงที่ตนเองหรือผู้อื่น เช่น การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

2. กลุ่มที่มุ่งเน้นการใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา (Emotional-focused coping) ได้แก่ กลุ่มที่มุ่งเน้นในการใช้อารมณ์แก้ปัญหา เช่น การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การใช้ศาสนา รวมถึงกลวิธีในการหลีกเลี่ยงปัญหา เช่น การถอยห่างออกมาจากสถานการณ์ การทำงานอดิเรกต่างๆ เป็นต้น

การแบ่งกลวิธีในการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดแบบอื่น เช่น การแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดแบบ Active coping เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นในการจัดการแก้ปัญหา เช่น การวางแผน เป็นต้น และ Passive coping เป็นการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดโดยจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เช่น การถอยห่างจากสถานการณ์ และการแยกตัว เป็นต้น

แนวทางการเผชิญความเครียดในระหว่างการเกิดโรคระบาดโควิด 19 (World Health Organization, 2019)

1. ติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่ไว้วางใจได้ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน หรือบุคคลในครอบครัว
2. กรณีที่ต้องอยู่ที่บ้านตลอด ควรดำเนินชีวิตบนพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ด้วยการทานอาหารที่มีประโยชน์ การนอนหลับพักผ่อน และติดต่อสื่อสารกับเพื่อน คนรอบตัวอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อกันผ่านช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ
3. ไม่ควรจัดการอารมณ์ความรู้สึกเครียดด้วยการใช้ยา แอลกอฮอล์ หรือการสูบบุหรี่ และควรมองหาที่ปรึกษา ซึ่งสามารถให้คำชี้แนะ การช่วยเหลือในการวางแผนสิ่งที่ควรทำทั้งทางกายภาพและจิตใจ
4. เลือกรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริง รวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่จะช่วยให้สามารถระบุความเสี่ยงได้อย่างแม่นยำ เพื่อให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่เหมาะสม แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก หรือหน่วยงานด้านสาธารณสุขในท้องถิ่นหรือของรัฐ
5. ลดความกังวล ความไม่สบายใจ โดยลดเวลาที่ใช้ในการดูหรือฟังการรายงานข่าวจากสื่อที่น่าเชื่อถือ หรือนำเสนอข้อมูลที่ไม่เสริมสร้างกำลังใจ
6. นำทักษะต่าง ๆ ที่เคยใช้ในอดีตที่ได้ผล ที่ทำให้สามารถผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้ มาใช้ในการจัดการความเครียด อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การระบาดที่กำลังดำเนินอยู่

แบบประเมินเมื่อเผชิญกับความเครียด

รูปแบบการเผชิญกับปัญหา สถานการณ์ที่ยากลำบากที่ก่อให้เกิดความเครียด มีหลายรูปแบบ และมีนักวิชาการพัฒนาแบบประเมินเพื่อใช้ประโยชน์ในการประเมินศักยภาพของบุคคลในการเผชิญปัญหา ซึ่งคณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล (2562) ได้สรุปแบบประเมินการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับความเครียด อาทิ The COPE inventory แบบประเมินการเผชิญความเครียดเชิงรุก (Proactive Coping Inventory) และ Brief COPE inventory โดยลักษณะแบบประเมินมีรายละเอียดดังนี้

1. The COPE inventory พัฒนาโดย Carver, Scheier และ Weintraub มีพื้นฐานในการพัฒนาแบบประเมินจากแนวคิดของ Lazarus และรูปแบบการควบคุมตนเอง (Self-recognition) โดยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 มิติ มีการวัดเป็น Likert scale มีวัตถุประสงค์เพื่อหากกลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในมิติต่างๆ เช่น การลงมือแก้ไขปัญหา การวางแผน

การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาทางอารมณ์ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อหาเหตุผลทางกายภาพ เป็นต้น

2.แบบประเมินการเผชิญความเครียดเชิงรุก (Proactive Coping Inventory)29 มีลักษณะเป็นแบบวัดการเผชิญความเครียดเชิงรุกจำนวน 7 มิติ ประกอบด้วยคำถาม 55 ข้อ มีการวัดเป็น Likert scale โดยมีการประเมินในแง่มุมการตั้งเป้าหมาย และจัดการเชิงรุก การสะท้อนปัญหา การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ การเตรียมการป้องกัน การแสวงหาความช่วยเหลือ การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ และการหลีกเลี่ยงปัญหา โดยในประเทศไทยมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเชื่อมั่นพบว่ามีความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha อยู่ระหว่าง 0.70-0.813

3.Brief COPE inventory ได้รับการพัฒนาโดย Carver ประกอบด้วยข้อคำถามใน 14 มิติ 28 ข้อ โดยมีการพัฒนาจาก The cope inventory มีข้อคำถามมากถึง 60 ข้อซึ่งใช้เวลาค่อนข้างนาน มีการประเมินเป็น Likert scale จำนวน 4 ลำดับ โดยคะแนนรวมในแต่ละรูปแบบที่ยังมีคะแนนมาก ยิ่งหมายถึงสามารถรับมือกับปัญหาได้ดีขึ้น โดย 14 มิติที่ทดสอบ แบ่งเป็นการปรับตัวแบบ adaptive 8 มิติ เช่น การรับมือกับความเครียดเชิงรุก การวางแผน เป็นต้น และแบบ maladaptive 6 มิติ เช่นการเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สารเสพติด เป็นต้นแบบประเมินนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย เรียกว่าแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย โดยพบว่ามีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha อยู่ที่ 0.7

สำหรับการศึกษานี้ให้ความหมายของ การเผชิญความเครียด หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์เลือกใช้กลยุทธ์เพื่อตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์ความเครียดจากการระบาดของโรคโควิด -19 ของบุคลากรทางการแพทย์ โดยครอบคลุมด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านการแก้ปัญหา ด้านการหลีกเลี่ยง และด้านการคิดเชิงบวก และเลือกใช้แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย (Brief-COPE) ซึ่งเนื้อหาสอดคล้องกับแนวทางการเผชิญความเครียดในระหว่างการเกิดโรคระบาดโควิด 19 ขององค์การอนามัยโลก

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout)

Maslach (1996) ความเหนื่อยหน่ายเป็นสภาวะของความเครียดทางจิตใจอารมณ์และร่างกาย เพื่อตอบสนองต่อความเครียดจากการทำงานเป็นเวลานาน ประกอบด้วย ความรู้สึกอ่อนเพลียทางอารมณ์ (การหมดพลังที่จะแสดงออกทางอารมณ์) การลดความเป็นตัวของตัวเอง และความสำเร็จในวิชาชีพที่ลดลง (ความรู้สึกของการประเมินตนเองในแง่ลบ) กลุ่มอาการเหนื่อยหน่ายเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่ง นำไปสู่สถานะของการที่ไม่สามารถทำงานที่เคยทำเป็นประจำต่อไปได้ อาการนี้มักจะเกิดใน

คนที่มีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับ การอุทิศตน เสี่ยงต่อบุคคลอื่นหรือส่วนรวม เช่น อาชีพด้านการสอนครู อาจารย์ กลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ (Maslach & Leiter, 2016)

กมลพร วรรณฤทธิ์ (2563) ภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ ภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน โดยมีอาการหลัก 3 อาการ ได้แก่ 1) มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกสูญเสียพลังงานทางจิตใจ 2) มองความสามารถในการทำงานของตนเองในเชิงลบ 3) ขาดความรู้สึกประสบความสำเร็จ

ศรีสกุล ฉียบแหลม และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2562) ภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นภาวะที่บุคคลมี

ความรู้สึหดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย มองโลกในแง่ลบ รู้สึกว่าตนไร้ความสามารถ เริ่มมาทำงานสายบ่อยขึ้น ไม่มีความสุขในการทำงาน การบริหารจัดการเวลาแย่ลง ซึ่งจะมีพฤติกรรมและการแสดงออกที่ผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

องค์การอนามัยโลก (2562) ให้ความหมายของภาวะเมื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) ว่าเกิดขึ้นจากการทำงาน ซึ่งอาจจะเป็นผลที่เกิดจากความเครียดในการทำงานหรือการทำงานไม่ประสบผลสำเร็จ ตามที่คาดการณ์ไว้ ซึ่งอาจจะทำให้มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าสูงขึ้น โดยลักษณะอาการที่เข้าข่ายมี ภาวะ Burnout นี้คือ รู้สึกหมดไฟ เหนื่อยล้า พลังชีวิตหดหาย มีความรู้สึกไม่อยากทำงาน ต้องการมีระยะห่างจากงานหรือมีทัศนคติเชิงลบต่องานที่เกี่ยวข้อง และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

มนัสพงษ์ มาลา (2563) สรุปว่า ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟ เป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกถึงความอ่อนล้าทางดานร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ทำให้บุคคลสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ในการทำงาน ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้โดยเป็นผลมาจากการเผชิญกับความเครียดที่เรื้อรังจากการทำงาน ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป้นบุคคล และความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ

ภาวะหมดไฟจากการทำงาน "occupational phenomenon" เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง ที่องค์การอนามัยโลก ได้จัดอยู่ในกลุ่ม International Classification of Diseases (ICD) ภาวะหมดไฟจากการทำงาน ตามแนวทางวินิจฉัยโรค ICD-11 ขององค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานว่า คือภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน โดยมีอาการหลัก 3 อาการประกอบด้วย 1) รู้สึกสูญเสียพลังงาน หรือมีภาวะอ่อนเพลีย 2) มีความรู้สึกต่อต้านและมองงานของตนเองในทางลบ ขาดความรู้สึกในความตั้งใจที่จะประสบความสำเร็จ (นั่นหมายถึงไม่มีแรงจูงใจที่จะประสบความสำเร็จในงาน) และ 3) รู้สึกเหินห่างจากคนอื่นไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมงาน หรือลูกค้า รวมถึงขาดความผูกพันกับสถานที่ทำงาน (กรมสุขภาพจิต, 2562)

ลักษณะงานของคนวัยทำงานที่อาจเป็นที่มาของภาวะหมดไฟในการทำงาน

1. ภาระงานหนัก และปริมาณงานมาก รวมถึงงานมีความซับซ้อน ต้องทำในเวลาเร่งรีบ
2. ขาดอำนาจในการตัดสินใจ และมีปัญหาการเรียงลำดับความสำคัญของงาน
3. ไม่ได้รับการตอบแทน หรือรางวัลที่เพียงพอต่อสิ่งที่ทุ่มเทไป
4. รู้สึกไร้ตัวตนในที่ทำงาน หรือไม่เป็นส่วนหนึ่งของทีม
5. ไม่ได้ได้รับความยุติธรรม ขาดความเชื่อใจ และการเปิดใจยอมรับกัน
6. ระบบบริหารในที่ทำงานที่ขัดต่อคุณค่า และจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนเอง

ระยะต่าง ๆ ในการทำงานซึ่งนำมาสู่ภาวะหมดไฟ แบ่งได้ดังนี้

1. ระยะเวลาฮันนีมูน (the honeymoon) เป็นช่วงเริ่มงาน คนทำงานมีความตั้งใจ เสียสละเพื่องานเต็มที่ พยายามปรับตัวกับเพื่อนร่วมงาน และองค์กร

2. ระยะเวลาตื่นตัว (the awakening) เมื่อเวลาผ่านไป คนทำงานเริ่มรู้สึกว่าความคาดหวังของตนอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เริ่มรู้สึกว่างานไม่ตอบสนองกับความต้องการของตนทั้งในแง่การตอบแทน และการเป็นที่ยอมรับ คนทำงานอาจรู้สึกว่าชีวิตดำเนินอย่างผิดพลาด และไม่สามารถจัดการได้ ทำให้เกิดความขัดข้องใจ และเหนื่อยล้า

3. ระยะเวลาไฟตก (brownout) คนทำงานรู้สึกเหนื่อยล้าเรื้อรัง และหงุดหงิดง่ายขึ้นอย่างชัดเจน อาจมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อหนีความขัดข้องใจ เช่น ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ดื่มสุรา ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานเริ่มลดลง อาจเริ่มมีการแยกตัวจากเพื่อนร่วมงาน มีการวิพากษ์วิจารณ์องค์กรของตนเอง

4. ระยะเวลาหมดไฟเต็มที่ (full scale of burnout) หากช่วงไฟตกไม่ได้รับการแก้ไข คนทำงานจะเริ่มรู้สึกสิ้นหวัง มีความรู้สึกที่ตนเองล้มเหลว สูญเสียความมั่นใจในตนเองไป มีอาการของภาวะหมดไฟเต็มที่

5. ระยะเวลาฟื้นตัว (the phoenix phenomenon) หากคนทำงานได้มีโอกาสผ่อนคลาย และพักผ่อนอย่างเต็มที่ จะสามารถกลับมาปรับตนเองและความคาดหวังต่องานให้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงสามารถปรับแรงบันดาลใจ และเป้าหมายในการทำงานด้วย

ผลกระทบจากภาวะหมดไฟทำงาน

- ผลด้านร่างกาย : อาจพบอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง ปวดเมื่อย ปวดศีรษะ
- ผลด้านจิตใจ : บางรายอาจสูญเสียแรงจูงใจ หหมดหวัง รู้สึกหมดหนทางที่จะช่วยให้ดีขึ้น ส่งผลให้มีอาการของภาวะซึมเศร้า และอาการนอนไม่หลับได้ อาจพบมีการใช้สารเสพติดเพื่อจัดการกับอารมณ์
- ผลต่อการทำงาน : อาจขาดงานบ่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง อาจคิดเรื่องลาออกในที่สุด สัญญาณเตือนว่าเริ่มเกิดภาวะหมดไฟ
- อาการทางอารมณ์ : หดหู่ เศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ไม่พอใจในงานที่ทำ

- อาการทางความคิด : เริ่มมองงานหรือคนอื่นในแง่ร้าย ระวังง่ายขึ้น โทษคนอื่น สงสัยความสามารถของตนเอง และอยากเลี่ยงปัญหา
- อาการทางพฤติกรรม : หุนหันพลันแล่น ผัดวันประกันพรุ่ง ทำกิจกรรมสร้างความสุขลดลง เริ่มมาทำงานสายบ่อยขึ้น บริหารจัดการเวลาแย่ลง

แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน

สำหรับการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน มีนักวิชาการได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมมีแบบประเมินที่ยกมา ดังนี้

1.แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของ Maslach Burnout Inventory- General Survey (MBI-GS) สร้างโดย Maslach et al. (1981) สำหรับฉบับภาษาไทยปรับปรุงโดย วัลลภ วิชาญ เจริญสุข และสุนทร ศุภพงษ์ (2558) แบบประเมินแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ประเมินด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ด้านการเมินเฉยต่องาน (cynicism) และ ด้านความสามารถในการทำงาน (professional efficacy) โดยแบบประเมินแต่ละด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.832, 0.901, 0.839 ตามลำดับ คำตอบเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ คือ เริ่มตั้งแต่ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย (ให้ 0 คะแนน) จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (ให้ 6 คะแนน) เพื่อประเมินความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการเมินเฉยต่องาน สำหรับคะแนนด้านความสามารถในการทำงานจะให้คะแนนตรงข้ามกัน คือไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย (ให้ 6 คะแนน) จนถึงรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน (ให้ 0 คะแนน) หากผลการประเมินพบว่ามีความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการเมินเฉยต่องานในระดับสูง และคะแนนความสามารถในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่ากำลังอยู่ในระยะหมดไฟอย่างเต็มที่ (ศรีสกุล เฉียบแหลม และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2562)

2. แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน Copenhagen Burnout Inventory-CBI โดยแบบประเมินให้ความสนใจในความเหนื่อยล้า ใน 3 ประเด็นที่เฉพาะเจาะจงในชีวิตของประชาชน เช่นความเหนื่อยล้าทั่วไป (general exhaustion) ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากงานทั่วไป (exhaustion attributed to work in general) และความเหนื่อยล้าที่เกิดจากผู้เกี่ยวข้อง อาทิ ผู้รับบริการ ผู้ป่วย (exhaustion attributed to work with clients) แบบประเมิน CBI มี สามองค์ประกอบที่ใช้ประเมินแตกต่างกันตามประเด็น คือองค์ประกอบของความเหนื่อยหน่ายส่วนบุคคล มี 6 รายการ ความเหนื่อยหน่ายในงาน 7 รายการ และความเหนื่อยหน่ายจากจากผู้รับบริการหรือสถานการณ์ 6 รายการ นี่เป็นชนิดของการใช้ทั่วไปที่สอดคล้องกับแนวคิดของการใช้แรงงานทั้งภายในและภายนอก โดยระดับการให้คะแนน 5 ระดับ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ได้แก่ 0- ไม่เคย/แทบไม่เคย 1- รู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง 2-รู้สึกเช่นนั้น 1-2

ครั้งต่อสัปดาห์ 3- รู้สึกเช่นนั้น 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 4- รู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน สำหรับฉบับที่ใช้ประเมินสำหรับคนไทย (Thai version of Copenhagen Burnout Inventory: T-CBI) มีค่าความเชื่อมั่นของชุดคำถาม 0.96 (Phuekphan, Aunguroch, Yunibhand, & Chan, 2016)

สำหรับการศึกษานี้ ภาวะหมดไฟในการทำงาน หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์ความเหนื่อยล้าของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วยด้านความเหนื่อยหน่ายส่วนตัว ความเหนื่อยหน่ายจากงาน ความเหนื่อยหน่ายจากผู้รับบริการหรือสถานการณ์การระบาด ซึ่งหากบุคคลเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ทำให้ได้รับผลกระทบในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ผลด้านร่างกาย ผลด้านจิตใจ ผลต่อการทำงาน อาการทางอารมณ์ อาการทางความคิด อาการทางพฤติกรรม และในการศึกษานี้คณะผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของโคเปนเฮเกนสำหรับคนไทย (Thai Version of Copenhagen Burnout Inventory: T-CBI)

แนวทางการป้องกันภาวะเหนื่อยล้าจากงานในช่วงวิกฤติโรคโควิด-19 ระบาด

การป้องกันภาวะเหนื่อยล้าจากงานแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารองค์กรสุขภาพ ดังนี้ (Gabriel and Aguinis, 2021; อ้างถึงใน นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2564)

1. การจัดกิจกรรมการจัดการความเครียด ผู้บริหารองค์กรสุขภาพควรจัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดให้กับบุคลากร ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่วิธีการจัดการที่ต้นเหตุของภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ที่มักเกิดจากภาระงานที่มีมากและมีทรัพยากรในการทำงานที่จำกัด ในช่วงที่โรคโควิด-19 ระบาด ซึ่งบุคลากรไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงออกจากสภาพการทำงานที่ไม่ดี เพราะทำให้เสี่ยงต่อการตงงานในช่วงที่มีการระบาดของโรคได้ ซึ่งการส่งเสริมให้บุคลากรสามารถจัดการความเครียดตนเองได้จะช่วยให้สามารถปรับตัวกับสภาพการทำงานที่เต็มไปด้วยความเครียดลดอาการอ่อนล้าทางทางอารมณ์ และเพิ่มทักษะให้สามารถเผชิญกับความกดดันในชีวิตการทำงานและความกดดันในได้มากขึ้น เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การคลายเครียด ฝึกสมาธิ การปรับวิธีคิดเชิงบวก เป็นต้น

2. การพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะในการทำงาน เพื่อให้บุคลากรสามารถจัดการการบริการสุขภาพของตนได้ดีขึ้น มีทักษะในการแก้ปัญหาเมื่อพบกับพฤติกรรมของผู้รับบริการที่ไม่เหมาะสม มีทักษะและสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการทำงานได้อย่างปลอดภัยไม่ติดเชื้อโรค

3. การให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในงานมากขึ้น คือการให้บุคลากรเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร นโยบายต่างๆ เข้าถึงทรัพยากรในการทำงาน ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบงานของตนเอง ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ความต้องการและความสามารถของตน รวมทั้งให้มีส่วนร่วมในการปรับวิธีทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในภาวะวิกฤติฯ ผู้บริหารควรสนับสนุนให้บุคลากรได้มีอิสระในการกำหนดงานของ

ตนเอง โดยให้มีการตั้งเป้าหมายงาน ต่อรองปริมาณงานและตัวเนื้องานที่เหมาะสมกับความสามารถของตน ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความเชื่อมั่นในองค์กร ความเชื่อในความสามารถในการทำงานของตนให้ประสบความสำเร็จ ความสามารถในการกำหนดและควบคุมงานที่ตนทำ ลดความรู้สึกการด้อยคุณค่า ส่งผลให้ลดภาวะความเหนื่อยล้าในงานได้ หากมีความขัดแย้งเมื่อคนทำงานมีความเห็นไม่ตรงกัน จำเป็นต้องจัดการความขัดแย้งด้วยการหาทางออกที่ดี จะทำให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในงานมากขึ้นและเกิดสัมพันธภาพที่ดี ในขณะที่เดียวกันผู้บริหารควรพัฒนาบุคคลให้มีทักษะในการทำงานเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากเดิม เพิ่มโอกาสให้บุคคลสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในงานที่หลากหลายมากขึ้น ลดความจำเจในงานแบบเดิมๆ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีความสามารถและมีแรงจูงใจที่จะทำงาน ช่วยลดภาวะความเหนื่อยล้าในงานได้

4. การสร้างและส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยเหลือให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดจากการทำงานที่เกิดขึ้นทั้งทางกาย จิต และสังคม ทั้งนี้การเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำได้จากหลายแหล่ง เช่น จากครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน และผู้บริหาร และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น การให้คำแนะนำ การรับฟัง การสนับสนุนสิ่งของที่จำเป็น หรือการทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและมีคนเข้าใจ ทั้งนี้ช่วงวิกฤตโควิด-19 ระบาด การที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคมทำให้บุคคลไม่สามารถใช้เวลาอยู่กับคนที่ตนรักเหมือนในช่วงเวลาปกติ ในขณะที่บุคคลเผชิญกับอารมณ์และความรู้สึกกลัว เศร้า โศก การต้องแยกห่างจากผู้คนและความไม่แน่นอนของสถานการณ์ ยิ่งทำให้จำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้บริหาร

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเครียด การใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงาน

เพศ ตัวแปรเพศ เป็นตัวแปรที่ใช้ในทุกการศึกษา ซึ่งในการศึกษาการรับรู้ความเครียด จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเพศหญิงมีระดับความเครียดมากกว่าเพศชาย (Babore et al., 2020) แม้แต่ในการศึกษาความเครียดในกลุ่มประชาชนทั่วไป ก็ยังพบว่าเพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชายเช่นกัน (Flesia et al., 2020) จากการศึกษาของ Sharma และคณะ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งเพศหญิงเพศชาย รับมือกับสถานการณ์การระบาดแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tahara และคณะ (2020) ที่พบว่าตัวแปรเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้รูปแบบการเผชิญความเครียด สำหรับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานพบว่าตัวแปรเพศมีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยที่เพศหญิงมีแนวโน้มต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าเพศชาย (Matsuo et al., 2020; Ruchira W. Khasne et al., 2020; Jallili et al., 2021)

อายุ ตัวแปรอายุสะท้อนช่วงวัยของบุคคล ตลอดจนประสบการณ์ในเรื่องต่างๆ ที่สะสมมาตลอดช่วงอายุ การรับรู้ความเครียด และการเลือกใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดในสถานการณ์การระบาดย่อมเกี่ยวข้องกับอายุของบุคลากรทางการแพทย์เช่นกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคลากรที่มีอายุแตกต่าง

กัน มีการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการเลือกใช้กลยุทธ์ด้านการหลีกเลี่ยง การใช้การสนับสนุนทางอารมณ์ (Dolic, Anticevic, Dolic, & Pogorelic, 2022) สำหรับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุน้อย มีแนวโน้มต่อการเกิดภาวะหมดไฟมากกว่ากลุ่มอายุที่มากกว่า (Matsuo et al.,2020; Ruchira W, Khasne et al.,2020; Jalili et al.,2021)

ระดับการศึกษา โดยทั่วไประดับการศึกษา สามารถสะท้อนวิถีคิดและการเผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่แตกต่างกันออกไป การศึกษาที่ผ่านมามีเฉพาะกลุ่มพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤติ พบว่า ตัวแปรระดับการศึกษา ไม่สามารถทำนายการเกิดความเครียดได้ (Almegewly et al, 2022) สำหรับการศึกษากลยุทธ์การรับมือของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดโรคโควิด-19 ทั้งในภาครัฐและเอกชน พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีได้รับผลกระทบต่ออารมณ์มากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีการเลือกใช้กลยุทธ์เพื่อเผชิญสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Sharma K & S,2020) นอกจากนี้ระดับการศึกษาอาจส่งผลในแง่การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน เนื่องจากการเชื่อมโยงต่อระดับการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ด้วย ซึ่งโดยปกติบุคลากรระดับปฏิบัติการ มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับปริญญาตรี และเป็นผู้ได้รับการมอบหมายงานในสถานการณ์ระบาด ซึ่งอาจส่งผลต่อการแบกรับภาระงานที่เป็นไปตามสถานการณ์ด้วย อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงกว่ามีระดับภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการทำงานที่สูงกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับต่ำ เนื่องจากระดับการศึกษานั้นมักมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ เช่น อาชีพ และสถานะ ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงกว่ามักจะทำงานที่มีความรับผิดชอบสูงและมีความเครียดสูงกว่าหรืออาจเป็นเพราะผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงมีความคาดหวังต่อตนเองสูง (มนัสพงษ์ มาลา, 2563) ด้วยเหตุนี้จึงสนใจที่จะใช้ตัวแปรนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคั้งนี้

คำตอบแทน สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและการใช้ชีวิต จากการศึกษาของ Flesia และคณะ (2020) พบว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย มีความเครียดในระดับมาก และใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดเชิงบวก เช่นการมีทัศนคติเชิงบวกภายใต้สถานการณ์การระบาด การปฏิบัติงานที่มีข้อปฏิบัติเพิ่มขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ขณะที่คำตอบแทนยังคงเป็นอัตราการจ้างคงที่ แม้ว่าจะมีค่าความเสี่ยงตอบแทนเป็นไปตามสถานการณ์ก็ตาม เนื่องจากรายได้คำตอบแทนเสมือนแรงจูงใจทางบวกต่อการปฏิบัติงาน จึงเป็นที่น่าสนใจว่าคำตอบแทนที่ได้รับของบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อการรับรู้ความเครียด การเลือกใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด รวมถึงภาวะหมดไฟในการทำงานหรือไม่ จึงนำมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้

สถานภาพสมรส เนื่องจากการมีสถานภาพของบุคลากรทางการแพทย์ สะท้อนถึงการใช้ชีวิตที่ไม่ใช่เพียงแค่นั้นเองลำพัง กรณีที่บุคลากรมีสถานภาพสมรส เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ย่อมมีผลต่อคู่คนรักของตนเอง ซึ่งสามารถนำไปสู่การเกิดความกังวลและความเครียดได้ อันเนื่องมาจากความห่วงใยต่ออีกบุคคล

หนึ่ง และสำหรับการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด การมีคู่ การมีสถานภาพสมรส เสมือนมีแรงสนับสนุนทางสังคม และเป็นพื้นที่สำหรับผ่อนคลายความเครียดได้ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรพยาบาลที่ไม่มีสถานภาพสมรส มีคะแนนความเครียดมากกว่า ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่การใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดที่แตกต่างกันด้วย (Killgore, Taylor, Cloonan, & Dailey, 2020) นอกจากนี้ตัวแปรสถานภาพสมรส อาจมีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟของบุคลากรได้ เนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสแล้ว ย่อมมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อกันและครอบครัว ที่แตกต่างจากคนที่มีสถานภาพโสด อย่างไรก็ตาม มนัสพงษ์ มาลา (2563) ระบุว่า มีทั้งที่พบว่าความสัมพันธ์กับภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการทำงาน และไม่สัมพันธ์กับภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการทำงาน โดยในงานวิจัยบางเรื่องพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่แต่งงานแล้วมีระดับคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลต่ำกว่ากลุ่มที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยเหตุผลนี้ จึงสนใจที่จะนำตัวแปรดังกล่าวมาเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคั้งนี้

การมีบุตร เนื่องจากเด็กคือกลุ่มเปราะบางต่อการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการติดเชื้อจากโรคระบาดจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีบุตรของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานในช่วงการระบาด (Babore et al., 2020) ตัวแปรการมีบุตรสามารถเป็นได้ทั้งแหล่งของความเครียด และส่วนสนับสนุนทางสังคมแก่บุคลากรทางการแพทย์ ที่สะท้อนการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบุตร และไม่มีบุตร มีการเลือกใช้กลยุทธ์ที่ต่างกัน (Kar et al., 2021; Killgore et al., 2020) จากข้อค้นพบที่ผ่านมาในกลุ่มที่ไม่มีบุตรเลือกใช้กลยุทธ์การหลีกเลี่ยงมากกว่ากลุ่มที่มีบุตร (Dolic et al., 2022) สำหรับภาวะหมดไฟ Jalili และคณะ (2021) พบว่ากลุ่มบุคลากรที่ไม่มีบุตร มีภาวะหมดไฟด้านความเหนื่อยล้าทางอารมณ์มากกว่ากลุ่มอื่น

การมีโรคประจำตัว และการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ปัจจัยดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคลากรทางการแพทย์ได้ ไม่ว่าจะเป็นการที่เผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวของตนเอง หรือของบุคคลในครอบครัว ซึ่งในสถานการณ์ระบาดที่มีความไม่แน่นอน แต่บุคลากรทางการแพทย์ยังต้องปฏิบัติงาน ย่อมนำมาสู่ความกังวลต่อสุขภาพ และอาจเกิดความเครียดได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หากภายในครอบครัวของบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีการเจ็บป่วย จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้สามารถลดการเกิดความเครียดได้ (Franco & Levi, 2020) นอกจากนี้ พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วย ย่อมมีผลต่อสภาพจิตใจ และนำไปสู่การเกิดภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟในงาน โดยมนัสพงษ์ มาลา (2563) ระบุว่า บุคคลที่มีการเจ็บป่วยขึ้นขณะปฏิบัติงาน หรือมีโรคประจำตัวนั้น มีความสัมพันธ์กับภาวะเมื่อยล้าหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องมักพบภาวะเมื่อยล้าหมดไฟที่มากกว่ากลุ่มที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรง โดยจะมีความสัมพันธ์มากที่สุดกับภาวะเมื่อยล้าหมดไฟด้านการลดความเป็นบุคคล

ลักษณะที่พักอาศัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในช่วงระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่เขตเมือง ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการระบาดของประเทศ ตัวแปรลักษณะที่อยู่อาศัย แบ่งเป็นบ้าน คอนโด และที่พักของโรงพยาบาล โดยที่การพักอาศัยในลักษณะพื้นที่ที่แตกต่างกันในช่วงการระบาด อาจมีผลต่อการรับรู้ความเครียด หรือการเลือกใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด ซึ่งกรณีของผู้ที่อยู่บ้าน อาจมีสมาชิกในครอบครัวร่วมอยู่ด้วย หรือกรณีที่พักของโรงพยาบาล ที่พักอาศัยร่วมกันกับเพื่อนร่วมงาน และนอกจากนี้ ลักษณะที่พักอาศัยอาจมีผลต่อการเดินทางมาปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน เพราะอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปนเปื้อน นำมาสู่ความกังวลและเครียดว่าตัวเองจะติดเชื้อ และในสถานการณ์การระบาดนี้ ภาระงานรวมถึงรูปแบบการใช้ชีวิตแตกต่างจากปกติ อาจนำไปสู่ภาวะการหมดไฟในการทำงานได้เช่นกัน จึงเป็นเหตุผลที่สนใจศึกษาตัวแปรดังกล่าว

กลุ่มงาน

การศึกษาความเครียดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการรักษาพยาบาล และกลุ่มงานสนับสนุน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีคะแนนการรับรู้ความเครียดสูงกว่าค่ามาตรฐาน และไม่แตกต่างจากกลุ่มคนทั่วไป (Chua et al.,2004) และการศึกษาของ Du และคณะ พบว่าบุคลากรด่านหน้ามีคะแนนการรับรู้ความเครียดในระดับปานกลางจนถึงมาก จากการศึกษาในประเทศไทย โดยเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ (2563) พบว่าเกือบร้อยละ 50 บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดระดับปานกลาง ในส่วนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด พบว่าการทำงานในกลุ่มรักษาพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียดที่มากกว่ากลุ่มอื่น และใช้กลยุทธ์การหลีกเลี่ยงการรับรู้ต่อสถานการณ์การระบาด ในขณะที่กลุ่มที่เลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา มีคะแนนการรับรู้ความเครียดน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า การมีทัศนคติทางลบ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งไม่ใช่รูปแบบการเผชิญความเครียดที่ดี มีผลต่อการรับรู้ความเครียดเช่นกัน Babore et al.,2020) การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มที่ให้การรักษา อาทิ แพทย์ พยาบาล มีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับปานกลางถึงรุนแรง และยิ่งพบว่าครึ่งหนึ่งเกิดภาวะหมดไฟระดับรุนแรง (Cortina-Rodriguez & Afanador, 2020; Jallili et al.,2021) และการศึกษาภาวะหมดไฟในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด่านหน้า พบว่า กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วย มีภาวะหมดไฟสูง (Matsuo et al., 2020) จากการศึกษาของ Khasne และคณะ (2020) พบว่ากลุ่มบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และกลุ่มสนับสนุนมีภาวะหมดไฟไม่แตกต่างกัน การดำรงชีวิตของบุคลากรกลุ่มการรักษาพยาบาลและส่วนสนับสนุน ล้วนอยู่ภายใต้สถานการณ์การระบาดเช่นเดียวกัน แต่ลักษณะงานที่แตกต่างกัน สามารถส่งผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟที่แตกต่างกันได้ จึงสนใจศึกษาตัวแปรดังกล่าว

ประสบการณ์การทำงาน ตัวแปรนี้ สะท้อนถึงศักยภาพในการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ ของบุคคล การมีประสบการณ์ในงานที่แตกต่างย่อมเชื่อมโยงไปสู่ความมั่นใจในการทำงาน หากเกิดความกดดันหรือกังวลต่อความสามารถของตนเองในการทำหน้าที่ ย่อมทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิด

ความเครียด โดยเฉพาะการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคอุบัติใหม่อย่างเช่นโรคโควิด-19 ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการขาดประสบการณ์และการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโควิดโดยตรง ส่งผลต่อความเครียดอย่างมาก (Ali et al., 2020; Lee et al., 2022) เมื่อก้าวถึงความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด ย่อมแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่ผ่านมาเช่นกัน (Dolic et al., 2022) นอกจากนี้ข้อค้นพบจากการศึกษาที่ผ่านมา (Matsuo et al., 2020) พบว่าประสบการณ์การทำงาน เป็นตัวแปรที่มีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในงานด้วย จึงมีความน่าสนใจที่จะนำตัวแปรดังกล่าวนี้มาศึกษา

จำนวนชั่วโมงการทำงาน จากการศึกษาของเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ (2563) พบว่า ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 บุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานเฉลี่ย 20 ชั่วโมง ซึ่งมีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปเกือบร้อยละ 50 ทั้งนี้เป็นการศึกษาในบุคลากรที่ปฏิบัติงานสังกัดโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ซึ่งการใช้ชีวิตอยู่กับการปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่ ย่อมทำให้เกิดความเครียด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าชั่วโมงการปฏิบัติงาน ชั่วโมงการพัก มีผลต่อระดับความเครียดเช่นกัน (Cui et al., 2021) และจำเป็นต้องหากกลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และบุคลากรที่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานที่มาก ย่อมสามารถเกิดภาวะการหมดไฟในงานได้ เนื่องด้วยต้องอยู่ในช่วงเวลาของการปฏิบัติหน้าที่ และต้องให้ความสำคัญต่อชีวิตและภาวะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ด้วยเหตุนี้ จึงสนใจที่จะนำตัวแปรดังกล่าวมาศึกษา

จำนวนวันหยุด จำนวนวันปฏิบัติงานที่เหมาะสม ย่อมส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 การบริหารจัดการอัตรากำลังให้เพียงพอเหมาะสมต่อภาระงาน ผู้รับบริการ เป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถส่งผลต่อการเกิดความเครียดของบุคลากรได้ และการเลือกใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด กิจกรรมที่สามารถทำได้ อาทิ การใช้เวลากับครอบครัว มีกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งการที่มีจำนวนวันหยุดที่เพียงพอ ทำให้บุคคลสามารถผ่อนคลายความเครียดหรือผ่านปัญหาที่พบเจอไปได้ ในด้านการเกิดภาวะการหมดไฟ พบว่ากลุ่มบุคลากรที่มีจำนวนวันหยุดต่อเดือนน้อยกว่าเกิดภาวะหมดไฟมากกว่า ซึ่งสะท้อนถึงความไม่สมดุลของงาน และชี้ให้เห็นถึงภาระงานในสถานการณ์การระบาดเช่นกัน (Matsuo et al., 2020)

จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับมีความเชื่อมโยงต่อการทำงานของระบบอารมณ์ การคิดและการตัดสินใจ ซึ่งในสถานการณ์ที่ไม่เป็นปกติในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ย่อมเกิดความวิตกกังวล และความเครียด หากมีจำนวนชั่วโมงการทำงานไม่เหมาะสมเพียงพอก็นำมาสู่สภาวะการทำงานด้านความคิดและจิตใจ และการนอนหลับนั้น อาจมองว่าเป็นการผ่อนคลายจากปัญหาต่างๆ เป็นกิจกรรมหนึ่งในกลยุทธ์การหลีกเลี่ยงปัญหา และยังมีความเชื่อมโยงต่อการเกิดภาวะการหมดไฟในงาน โดยเฉพาะด้านความเหนื่อยล้าต่อสถานการณ์ (Matsuo et al., 2020)

จำนวนเพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์มีการปฏิบัติงานในรูปแบบทีม และจำนวนสมาชิกในแต่ละหน่วยงานแตกต่างกันไปตามสภาพงาน การปฏิบัติงานอยู่ภายใต้บริบทเดียวกัน เพื่อนร่วมงานจึงเป็นผู้ใกล้ชิดและมองเห็นหรือพบเจอสถานการณ์ที่นำไปสู่ความกังวล ความเครียดในงานได้

โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 อย่างไรก็ตาม จำนวนเพื่อนร่วมงานที่สามารถพูดคุยปรึกษากันได้ อาจไม่ใช่บุคลากรทุกคนในหน่วยงาน ซึ่งการมีเพื่อนร่วมงานมีความเชื่อมโยงไปสู่การเลือกใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด ดังเช่นผลการศึกษาของ Tahara, Mashizume, & Takahashi, 2020 พบว่าเพื่อนร่วมงานเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมแก่บุคลากรทางการแพทย์และเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์เผชิญปัญหาเช่นกัน และการมีเพื่อนร่วมงานและสามารถทำงานเป็นทีมได้ จะเป็นตัวแปรที่ช่วยลดความตึงเครียดได้เช่นกัน (Franco & Levi, 2020) นอกจากนี้การมีเพื่อนร่วมงานที่สามารถเข้าใจกัน ร่วมเผชิญสถานการณ์ต่างๆไปด้วยกัน ย่อมส่งผลต่อกำลังใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจลดหรือป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานได้ จึงเป็นเหตุผลที่นำตัวแปรดังกล่าวมาศึกษา

ประสบการณ์การกักตัว แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และมีความรู้ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยมากกว่าประชาชนทั่วไป แต่จากสถานการณ์การระบาดที่ยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ รวมถึงความกังวลต่อการติดเชื้อ รูปแบบการกักตัวที่ต้องแยกห่างจากสังคม ล้วนนำมาสู่การเกิดความเครียดได้ และการกักตัวลำพัง จำเป็นต้องมีการเลือกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2564) นอกจากนี้ภายใต้ความเครียด ความกังวลต่อการติดเชื้อ หรือกรณีที่กักตัวแยกตัวเนื่องจากการเจ็บป่วยแล้วนั้น อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะหมดกำลังใจ หมดไฟในการปฏิบัติงานที่ยังต้องแบกรับภาระการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ และด้วยเหตุที่ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยที่ใช้ตัวแปรดังกล่าวในการศึกษามากนัก จึงสนใจนำมาเป็นอีกหนึ่งตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Chua และคณะ (Chua et al., 2004) ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงสูง กับกลุ่มคนทั่วไปที่มีสุขภาพดี ในช่วงการระบาดของโรคซาร์ส ที่ฮ่องกง เมื่อปี 2004 โดยกลุ่มที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 271 คน และกลุ่มคนทั่วไป 342 คน วัดระดับความเครียดโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ผลการศึกษาพบว่าระดับความเครียดของทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้น โดยคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 18 กลุ่ม ต่างจากค่ามาตรฐาน (13 คะแนน) กลุ่มบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงมีคะแนนความเครียด 18.6 (SD.=4.9) ส่วนกลุ่มคนทั่วไป มีคะแนนความเครียด 18.3 (SD.=5.6) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในแง่มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีระดับความเครียดไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป เนื่องจากการตระหนักในสุขอนามัย การมองถึงสถานการณ์ปัจจุบัน ความสามัคคีกัน และการรับรู้ถึงอันตราย รวมถึงความเชื่อมั่นในการควบคุมป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล

Du และคณะ (Du et al., 2020) ศึกษาอาการทางสุขภาพจิตของผู้ให้บริการด้านหน้าในระหว่างการระบาดของโควิด 19 ที่เมืองหวู่ฮั่นและที่ปฏิบัติการณ์นอกเขตหวู่ฮั่น โดยทำการศึกษาความเครียดด้วย

แบบวัดความเครียด PSS ใช้การตอบแบบสำรวจแบบออนไลน์ ได้จำนวนการตอบแบบสอบถามของบุคลากรด่านหน้าที่เมืองหวู่ฮั่น 60 คน และนอกพื้นที่ 74 คน ผลการรายงานความเครียด พบว่าโดยภาพรวม 59% มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางจนถึงมาก (คะแนน PSS 14 คะแนนขึ้นไป) ความหวาดกลัวที่จะติดเชื้อมีด้วยตนเองและจากทีมผู้ปฏิบัติงานด้วยกันเป็นสาเหตุหลักที่มาของความเครียด การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรทางการแพทย์และสำหรับการใช้ชีวิตประจำวันเป็นความต้องการอันดับแรกในระหว่างการปฏิบัติงาน

Babore และคณะ (Babore et al., 2020) ศึกษาผลการระบาดของโควิด 19 ต่อสุขภาพทางจิต โดยทำการศึกษาแบบภาคตัดขวางในบุคลากรทางการแพทย์ 595 คน ที่ปฏิบัติงานระหว่างการระบาดในพื้นที่ทั่วภูมิภาคของอิตาลี เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของบุคลากร การเก็บข้อมูลดำเนินการผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ วัดระดับความเครียดด้วยแบบประเมิน PSS ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.884 ผลการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเครียดได้แก่เพศ โดยเพศหญิงมีความเครียดแตกต่างจากเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ และการมีบุตรก็มีผลต่อความเครียดเช่นกัน การมีทัศนคติทางลบ การขาดสนับสนุนทางสังคม การทำงานร่วมกับผู้ป่วย และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เป็นตัวทำนายการเกิดความเครียด

เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และ สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์ (2563) ทำการศึกษาเชิงพรรณนา แบบวัดผลไปข้างหน้าโดยใช้แบบสอบถามเพื่อแบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เก็บข้อมูลในช่วง 12 มีนาคม 2563 ถึง 23 เมษายน 2563 เกณฑ์คัดผู้เข้าร่วมวิจัย คือ บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 179 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ มีระยะเวลาขึ้นเวรเฉลี่ย 20.08 ± 20.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 41.9 เมื่อติดตามวัดผลซ้ำทุกสองสัปดาห์เหลือร้อยละ 36.46 และ ร้อยละ 25.93 ในการวัดผลครั้งที่สองและสามตามลำดับ ระดับความซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 34.08, 5.21 และ 1.23 ในการวัดผลครั้งที่หนึ่ง สองและสามตามลำดับ (Sangsirilak & Sangsirilak, 2020)

สิมาพร พรหมสาร ปิยะณัฐ พรหมสาร และ กนกวรรณ รัตนแสงเลิศ (2564) ศึกษาความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศิริราชระหว่างการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ตอบแบบสอบถามโดยส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปานกลาง (ร้อยละ 45.1) และไม่มีความเสี่ยงด้านภาวะหมดไฟในการทำงาน (ร้อยละ 96.1) ความเสี่ยงในการปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความเสี่ยงด้านภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout)

Canestrari และคณะ (Canestrari et al., 2021) สำนวจความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 625 คน ในระหว่างการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส ประเทศอิตาลี ใช้แบบวัดความเครียด PSS และแบบประเมินกลยุทธ์การรับมือความเครียด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มบุคลากรที่ใกล้ชิดในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย มีความเครียดในระดับมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้สัมผัส ซึ่งกลุ่มที่มีความเครียดสูงใช้กลยุทธ์การรับมือด้วยการหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ต่อสถานการณ์ของการระบาด ที่ทำให้เกิดความเครียด ในขณะที่ผู้ที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหา มีการรับรู้ความเครียดจากสถานการณ์ระบาดในระดับที่น้อยกว่า

Flesia และคณะ (Flesia et al., 2020) ศึกษาสถานการณ์การระบาดต่อความเครียดในกลุ่มประชาชนทั่วไปของประเทศอิตาลี จำนวน 2053 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง เพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย กลุ่มที่มีรายได้น้อย และพักอาศัยร่วมกับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ครอบครัว มีความเครียดในระดับสูง การใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดเชิงบวกเป็นปัจจัยเชิงป้องกันต่อการเกิดความเครียด

Sharma และคณะ (Sharma K & S, 2020) ศึกษากลยุทธ์การรับมือของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 482 คน พบว่า กลุ่มพยาบาล ได้รับผลกระทบต่ออารมณ์มากกว่ากลุ่มแพทย์ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า เพศแตกต่างกันมีผลต่อการรับมือกับสถานการณ์ กลุ่มพยาบาลที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดใช้กลยุทธ์การเผชิญกับปัญหามากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากกังวลในการปฏิบัติหน้าที่ กังวลต่อการติดเชื้อในครอบครัว

Tahara และคณะ (Tahara, Mashizume, & Takahashi, 2020) ศึกษาสุขภาพทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์ และกลยุทธ์ในการรับมือและลดความเครียดในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ในจำนวน 440 คน พบว่า 66% มีสุขภาพทางจิตในระดับต่ำ เพศหญิง การสื่อสารกับเพื่อน และความวิตกกังวลมีผลต่อสุขภาพทางจิต รูปแบบการลดความเครียด พบว่าส่วนใหญ่เลือกกลยุทธ์การหลีกเลี่ยงการหลบหนีต่อปัญหาหรือสถานการณ์ และผู้ที่มีสุขภาพจิตแย่ลง มีแนวโน้มที่จะใช้การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมเป็นกลยุทธ์การเผชิญปัญหา

Matsuo และคณะ (Matsuo et al., 2020) ศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟในผู้ให้บริการด้านหน้าในช่วงการระบาดของโควิด 19 โดยศึกษาในกลุ่มแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค และเภสัชกร ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ เพศ อายุ ประเภทงาน ประสบการณ์การทำงาน จำนวนวันที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการนอนหลับ ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในภาพรวมร้อยละ 31.4 ในกลุ่มพยาบาลที่กำลังตกอยู่ในภาวะหมดไฟร้อยละ 46.8 ในกลุ่มนักรังสีเทคนิคร้อยละ 36.4 และ ร้อยละ 36.8 ในกลุ่มเภสัชกร เมื่อให้กลุ่มแพทย์เป็นกลุ่มเปรียบเทียบกับ

พบว่าความชุกในกลุ่มพยาบาลสูงกว่าทุกกลุ่ม (OR,4.9: 95%CI 2.2-11.2, p-value <0.001) เมื่อพิจารณาตามตัวแปร พบว่า เพศหญิง และการมีวันหยุดต่อเดือนน้อยกว่า กลุ่มอายุที่น้อยกว่า (25-31 ปี) และประสบการณ์ทำงานมีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟ

Khasne และคณะ (Ruchira W. Khasne et al., 2020) ศึกษาภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ประเทศอินเดีย ใช้แบบสอบถามวัดภาวะหมดไฟของโคเปนเฮเกน ผลการศึกษาพบว่าความชุกด้านความเหนื่อยล้าส่วนบุคคล ร้อยละ 44.6 ด้านความเหนื่อยล้าจากงาน ร้อยละ 26.9 และพบมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเกิดความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการและสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ความชุกของภาวะหมดไฟทั้งด้านความเหนื่อยล้าส่วนบุคคลและความเหนื่อยล้าจากงานพบมากในเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มแพทย์มีความเหนื่อยล้า 1.64 เท่า และกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนมีแนวโน้มที่จะประสบกับความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการและสถานการณ์การระบาดมากกว่า 5 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง (Administrative staff) การปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มความเหนื่อยล้าต่องานและความเหนื่อยล้าต่อสถานการณ์ ตัวแปรสำคัญที่ใช้ในการศึกษาคือ อายุ ประเภทงาน ความเสี่ยงของงานโดยกำหนดกลุ่มความเสี่ยงสูง (แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยวิกฤติ และแผนกห้องผ่าตัด) ส่วนผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น จัดเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มต่อการเกิดภาวะหมดไฟ เพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟมากกว่าเพศชาย กลุ่มแพทย์ พยาบาล และแผนกสนับสนุนมีภาวะหมดไฟไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มพนักงานหอผู้ป่วยพบว่าภาวะหมดไฟต่ำ การทำงานในแผนกที่มีความเสี่ยงมีผลต่อการติดเชื้อเกิดภาวะหมดไฟ

Jalili และคณะ (Jalili et al., 2021) ศึกษาภาวะหมดไฟในกลุ่มแพทย์ นักเรียนแพทย์ และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในช่วงระยะเวลาสองเดือนของการระบาด จำนวน 615 คน ดำเนินการศึกษาด้วยการใช้แบบสอบถามสำรวจผ่านช่องทางออนไลน์ โดยใช้แบบวัดภาวะหมดไฟของมาสลาซ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53 มีภาวะหมดไฟในระดับรุนแรง เพศหญิง และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุตร มีคะแนนด้านความเหนื่อยล้าทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มอื่น ด้านความเมินเฉยต่องานพบว่าคะแนนสูงในกลุ่มเพศชายและกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อย (น้อยกว่า 36 ปี) เห็นได้ว่าอายุ เพศ ประเภทงาน การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโควิดโดยตรง เป็นปัจจัยกำหนดการเกิดภาวะหมดไฟ

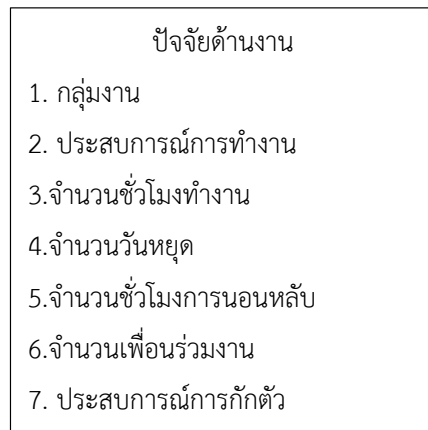
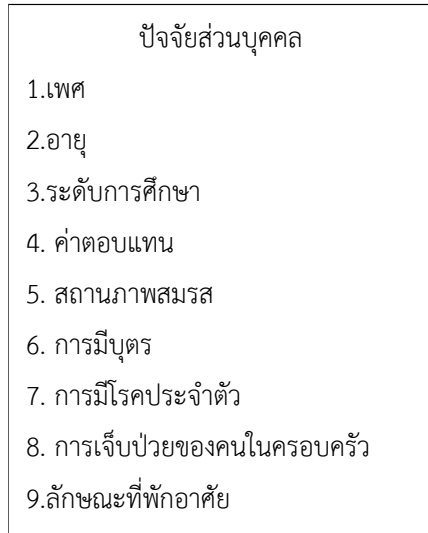
Cortina และ Afanador (Cortina-Rodríguez & Afanador, 2020) ศึกษาภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ในเปโตรโกรีระหว่างระบาดของโควิด ดำเนินการศึกษาเชิงพรรณนาโดยใช้ Maslach Burnout Inventory ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบบอกต่อ (snowball sampling) ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มแพทย์รุนแรงร้อยละ 12.0 และร้อยละ 13.1 ในกลุ่มพยาบาล ภาวะหมดไฟระดับ

ปานกลางถึงรุนแรง ในแพทย์และพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 92.4 และ ร้อยละ 100 ตามลำดับ ซึ่งพยาบาลมีภาวะหมดไฟสูงทั้ง 3 ด้าน ส่วนแพทย์มีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงและปานกลาง ด้านความเมินเฉยพบสัดส่วนครึ่งต่อครึ่งเทียบคะแนนในระดับต่ำกับระดับกลางไปสูง และพยาบาลมีคะแนนด้านเมินเฉยต่องานจากระดับปานกลางจนถึงระดับสูง

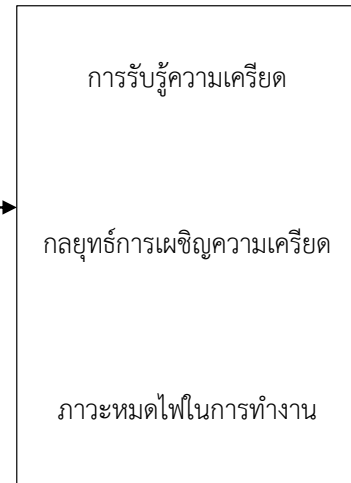
จากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่ผ่านมา คณะผู้วิจัยได้ทบทวนรูปแบบการศึกษา ตัวแปรสำหรับการศึกษา ซึ่งเห็นว่าในแต่ละการศึกษาพบตัวแปรที่มีผลต่อผลลัพธ์การศึกษาที่สนใจ ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งสนใจทั้งปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยที่เกี่ยวกับงาน เพื่อให้ทราบถึงความเกี่ยวข้องต่อความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานในช่วงเวลาของการศึกษาที่เผชิญกับสถานการณ์ของโรคโควิด 19 สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้พิจารณาถึงจำนวนข้อคำถามและการใช้ในการศึกษาที่ผ่านมา จึงเลือกใช้เครื่องมือวัดความเครียด (Perceived Stress Scale:PSS) และแบบประเมินกลยุทธ์การรับมือกับความเครียดที่สะท้อนมิติที่ครอบคลุมในเชิงพฤติกรรมและวิถีคิด สำหรับแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ใช้แบบประเมินของโคเปนเฮเกน (Copenhagen Burnout Inventory:CBI) ซึ่งจำนวนข้อที่เหมาะสมต่อวิธีการศึกษาตลอดมีการใช้เก็บข้อมูลในหลายการศึกษา การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งหวังที่จะทราบข้อมูลเชิงประจักษ์สะท้อนมิติสุขภาวะทางจิตของบุคลากรทางการแพทย์ พื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานในระหว่างสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัส

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Quantitative cross-sectional study) โดยระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง เดือน กรกฎาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สังกัด กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัด กรุงเทพมหานคร ที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling)

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยอ้างอิงจากข้อมูลจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2563 จำนวนประมาณ 3,400 คน และคำนวณโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (ประสพชัย พสุนนท์ 2557) แสดงสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{[e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)]} = \frac{(1.96)^2 \times 3,400 \times 0.5 \times 0.5}{[(0.05)^2 (3,399) + [(1.96)^2 \times 0.5 \times (0.5)]]} = 345$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง N = จำนวนประชากร

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ $df = 1$ และระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ $1.96^2 = 3.841$

e = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กำหนดไว้ที่ 0.05

p = สัดส่วนที่สนใจในประชากรที่สนใจ กำหนดที่ 0.5

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 345 คน และเนื่องจากเป็นการศึกษาในระหว่างเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 จึงใช้วิธีเก็บข้อมูลผ่านรูปแบบออนไลน์ กำหนดการตอบแบบสอบถามในช่วงระยะเวลา 2 เดือน คือระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2564 และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามให้มากที่สุดตามระยะเวลารวบรวมข้อมูล จึงกำหนดจำนวนขนาดตัวอย่างเพิ่มเติมอีก 50% รวมถึงเผื่อกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามจนครบทุกข้อ ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 517 คน และใช้วิธีการสุ่มตามสะดวก (Convenience Sampling)

กำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. บุคลากรทางการแพทย์ เพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร
2. มีอุปกรณ์โทรศัพท์มือถือ ที่สะดวกต่อการเข้าถึงการตอบแบบสอบถาม
3. สมัครใจร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้มีปัญหาการใช้ภาษาไทย
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพทางจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามประกอบด้วยชุดข้อความ 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คำถามปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 คำถามปัจจัยด้านงาน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดความเครียด ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด และ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ค่าตอบแทน สถานภาพสมรส การมีบุตร การมีโรคประจำตัว การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว และลักษณะที่พักอาศัย

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามปัจจัยด้านงาน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ กลุ่มงาน ประสบการณ์การทำงาน จำนวนชั่วโมงทำงาน จำนวนวันหยุด จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ จำนวนเพื่อนร่วมงาน และประสบการณ์การกักตัว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษานี้ใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS-10) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดยโคเฮนและคณะ (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) และนำมาปรับปรุงเป็นภาษาไทยและมีการทดสอบความเชื่อมั่น มีค่า 0.84 (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีระดับการวัด 5 ระดับ ได้แก่ 0-ไม่เลย 1-แทบจะไม่มี 2-มีบางครั้ง 3-มีบ่อย 4-มีบ่อยมาก คะแนนรวม 0-40 การแปลค่าคะแนนความเครียดโดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย และแบ่งตามค่าพิสัยตามระดับความเครียดที่ต้องการแบ่ง 3 ระดับดังนี้

คะแนนรวม 0.00 -1.33 ความเครียดอยู่ในระดับ ต่ำ

คะแนนรวม 1.34 – 2.67 ความเครียดอยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนรวม 2.68 – 4.00 ความเครียดอยู่ในระดับ มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้แบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง Brief-COPE โดยแบบประเมินนี้ถูกนำมาใช้ในวงการสุขภาพเพื่อวัดรูปแบบการเผชิญความเครียดทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มแพทย์ พยาบาล (Canestrari et al., 2021) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาได้นำมาวัดการเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในระหว่างการเกิดโรคระบาดโควิด 19 ซึ่งพบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น 0.81-0.85 (Canestrari et al., 2021; Sharma K & S, 2020) และค่าการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฉบับภาษาไทย ที่แปลจากฉบับภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อว่า แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น 0.70 (Numsang & Tantrarungroj, 2018) ข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย 4 มิติของกลยุทธ์ที่ใช้เผชิญความเครียด ได้แก่การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จำนวน 8 ข้อ การแก้ปัญหา (Problem Solving) จำนวน 4 ข้อ กลยุทธ์การหลีกเลี่ยง (Avoidance Strategies) จำนวน 10 ข้อ และการใช้ทัศนคติเชิงบวก (Positive attitude) จำนวน 6 ข้อ กำหนดระดับการให้คะแนน 4 ระดับ (1= ไม่ได้ทำเช่นนี้เลย, 2= ได้ทำเช่นนี้เล็กน้อย, 3=ได้ทำเช่นนี้ปานกลาง, 4=ได้ทำเช่นนี้อย่างมาก) การคิดค่าเฉลี่ยคะแนนจากกลยุทธ์ทั้งแบบการเผชิญและการหลีกเลี่ยงจากทั้ง 4 มิติ โดยคะแนนที่สูงขึ้นแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีขึ้นในการนำพฤติกรรมการเผชิญปัญหามาใช้ (Baumstarck et al., 2017; Eisenberg, Shen, Schwarz, & Mallon, 2012) ดังนั้นการแปลค่าคะแนนการเผชิญความเครียดโดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต แบ่งตามค่าพิสัยตามระดับที่ต้องการแบ่ง 3 ระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 -2.00 หมายถึง มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01 -3.00 หมายถึง มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 -4.00 หมายถึง มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานที่พัฒนาจากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของโคเปนเฮเกน (Copenhagen Burnout Inventory) สำหรับใช้สำหรับคนไทย (Thai version of Copenhagen Burnout Inventory: T-CBI) มีค่าความเชื่อมั่นของชุดคำถาม 0.96 (Phuekphan, Aungsuruch, Yunibhand, & Chan, 2016) และข้อคำถามวัดภาวะหมดไฟที่ใช้สำรวจในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (Ruchira W. Khasne et al., 2020) ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำมาเพิ่มเติมปรับคำให้สอดคล้องตามสถานการณ์ข้อคำถามมีจำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านความเหนื่อยหน่ายส่วนตัว (Personal Burnout) จำนวน 5 ข้อ ด้านความเหนื่อยหน่ายจากงาน (Work-related burnout) จำนวน 6 ข้อ และความเหนื่อยหน่ายจากผู้รับบริการ

หรือสถานการณ์ (Client-related burnout) จำนวน 8 ข้อ โดยระดับการให้คะแนน 5 ระดับตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ได้แก่ 0- ไม่เคย/แทบไม่เคย 1- รู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง 2- รู้สึกเช่นนั้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3- รู้สึกเช่นนั้น 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และ 4- รู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน การแปลค่าคะแนนภาวะหมดไฟ โดยใช้ค่าเฉลี่ยเลขคณิต แบ่งตามค่าพิสัยตามระดับที่ต้องการแบ่ง 3 ระดับดังนี้

คะแนนรวม 0.00 – 1.33 หมายถึง ภาวะหมดไฟอยู่ในระดับ ต่ำ

คะแนนรวม 1.34 – 2.66 หมายถึง ภาวะหมดไฟอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวม 2.67 – 4.00 หมายถึง ภาวะหมดไฟอยู่ในระดับ มาก

คุณภาพของเครื่องมือ

1. ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิธิ ภูขาว ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร.มนทกานต์ เชื่อมชิต วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์ ดร.พัชรี เนียมศรี คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คำนวณหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยหาดัชนีของความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC) โดยค่าดัชนีของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.67 -1.00

2. ทั้งนี้ แบบสอบถาม “วัดความเครียด” มีผลการทดสอบความเชื่อมั่น มีค่า 0.84 (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010). แบบสอบถามเกี่ยวกับ “การเผชิญความเครียด” มีค่าความเชื่อมั่น 0.81-0.85 (Canestrari et al., 2021; Sharma K & S, 2020). และค่าการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามฉบับภาษาไทย ที่แปลจากฉบับภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อว่า แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น 0.70 (Numsang & Tantrarungroj, 2018). สำหรับแบบสอบถามเกี่ยวกับ “วัดภาวะหมดไฟ” มีค่าความเชื่อมั่นของชุดคำถาม 0.96 (Phuekphan, Aunguroch, Yunibhand, & Chan, 2016). ในการศึกษาครั้งนี้จึงอ้างอิงและขอใช้แบบสอบถามทั้งหมดดังกล่าว และสำหรับผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามจากผลการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามวัดการรับรู้ความเครียด มีค่าความเชื่อมั่น 0.751 แบบสอบถามวัดการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมีค่าความเชื่อมั่น 0.835 และแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานมีค่าความเชื่อมั่น 0.918

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตการดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. สร้างแบบสอบถามโดย Google survey tool (Google Forms)
3. ลิงค์ที่สร้างจาก Google Forms จะถูกแชร์ถึงบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเป็นการเชิญชวนให้มีส่วนร่วม ผ่านกลุ่มโซเชียลมีเดีย (เช่น Facebook, line และสื่อต่างๆ) และแชร์เป็นการส่วนตัวกับรายชื่อผู้ติดต่อของคณะผู้วิจัย
4. หน้าแรกของแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลเบื้องต้นสั้น ๆ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เกณฑ์คุณสมบัติ การประกาศความลับและการไม่เปิดเผยตัวตน และการขอความยินยอม ที่มีข้อมูลของผู้เข้าร่วมแต่ละคนที่เกี่ยวข้องว่าต้องการเข้าร่วมในการศึกษานี้หรือไม่
5. ผู้เข้าร่วมการศึกษามีอิสระในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและเป็นส่วนตัว โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผ่านโทรศัพท์มือถือของผู้ตอบแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เพื่อขอรับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัย โดยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว เลขที่รับรอง อ.1102/2564 ลว. 21 กรกฎาคม 2564 พร้อมกันนี้ได้เสนอขอพิจารณาและรับรองจริยธรรมจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่การศึกษา โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เลขที่รับรอง COA116/2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ประเภทของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาดังนี้

1. จำนวน ร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยดำเนินงานของบุคลากรทางการแพทย์
2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับคะแนน ความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์
3. การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที (Independent sample t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance: ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเครียด การใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ตามปัจจัยต่าง ๆ

4. การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุแบบขั้นตอน (Multiple linear regression-Stepwise method) เพื่อทำนายปัจจัยที่มีทำนายการรับรู้ความเครียด การใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

รายงานผลการศึกษา แสดงผลตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 คะแนนระดับการรับรู้ความเครียด โดยแบบสอบถาม Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) ของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

ส่วนที่ 3 คะแนนกลยุทธ์การเผชิญความเครียด โดยแบบสอบถาม Brief-COPE Score ของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

ส่วนที่ 4 คะแนนระดับภาวะหมดไฟ (Burnout) โดยแบบสอบถาม Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามปัจจัยต่าง ๆ

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามปัจจัยต่าง ๆ

ส่วนที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามปัจจัยต่าง ๆ

ส่วนที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของบุคลากรทางการแพทย์จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะประชากร (n= 517)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	86	16.63
หญิง	431	83.37
อายุ (ปี)		
<=35 ปี	210	40.62
>35 ปี	307	59.38
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	123.00	23.79
ปริญญาตรี	315.00	60.93
สูงกว่าปริญญาตรี	79.00	15.28
ค่าตอบแทนต่อเดือน (บาท)		
≤15,000	51.00	9.86
15,001-20,000	107.00	20.70
20,001-25,000	96.00	18.57
25,001-30,000	61.00	11.80
30,001 ขึ้นไป	202.00	39.07
สถานภาพสมรส		
โสด	273	52.80
แต่งงาน	208	40.23
หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่	36	6.96
การมีบุตร		
ไม่มี	302	58.41
มี	215	41.59
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	339	65.57
มี	178	34.43

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว		
ไม่มี	188	36.36
มี	329	63.64
ลักษณะที่พักอาศัย		
บ้าน	272	52.61
คอนโด/ห้องเช่า	180	34.82
ที่พักของโรงพยาบาล	65	12.57
กลุ่มงาน		
สายการรักษาพยาบาล	286	55.32
สายสนับสนุน	231	44.68
ประสบการณ์การทำงาน		
< 1 ปี	47	9.09
1-5 ปี	119	23.02
6-10 ปี	55	10.64
> 10 ปี	296	57.25
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน		
≤ 8 ชั่วโมง	340	65.76
> 8 ชั่วโมง	177	34.24
จำนวนวันหยุดต่อเดือน		
< 8 วัน	200	38.68
≥ 8 วัน	317	61.32
จำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน		
≤ 6 ชั่วโมง	318	61.51
> 6 ชั่วโมง	199	38.49
จำนวนเพื่อนร่วมงานในแผนก		
≤ 3 คน	430	83.17
> 3 คน	87	16.83
ประสบการณ์กักตัว		
ไม่เคย	322	62.3
เคย	195	37.7

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.37 ช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.38 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60.93 ค่าตอบแทนต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 39.07 มากกว่าร้อยละ 50 มีสถานภาพโสด ส่วนผู้ที่แต่งงานแล้ว พบว่ามีบุตรแล้ว ร้อยละ 41.59 ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 65.57 และรายงานว่าคนในครอบครัวมีโรคประจำตัว โรคเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 63.64 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.61 มีที่พักอาศัยคือบ้าน ร้อยละ 55.32 ทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.25 โดยระบุว่ามีการทำงานต่อวันเฉลี่ยไม่เกิน 8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 65.76 ส่วนจำนวนวันหยุดต่อเดือนเฉลี่ยมากกว่า 8 วัน คิดเป็นร้อยละ 61.32 ในขณะที่จำนวนการนอนหลับต่อวันน้อยกว่า 6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 61.51 ส่วนใหญ่ระบุว่าเพื่อนร่วมงานที่สามารถพูดคุยได้ไม่เกิน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 83.17 และร้อยละ 62.3 เคยมีประสบการณ์กักตัว

ส่วนที่ 2 คะแนนระดับการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานใน
สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยแบบสอบถาม Perceived Stress Scale-10 (PSS-10)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์
(n= 517)

คำถาม	ไม่ เลย (0)	แทบจะ ไม่มี (1)	มี บางครั้ง (2)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	บ่อย มาก (4)	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
1. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกไม่ สบายใจเพราะมีสิ่งที่เกิดขึ้น อย่างไม่คาดคิด	9 (1.70)	28 (5.40)	233 (45.10)	180 (34.80)	67 (13.00)	2.52	0.85
2. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่สามารถควบคุมเรื่อง สำคัญ ๆ ในชีวิตของท่านได้	29 (5.60)	85 (16.40)	259 (50.10)	107 (20.70)	37 (7.20)	2.07	0.94
3. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึก กระสับกระส่าย และตึง เครียด	19 (3.70)	63 (12.20)	279 (54.0)	120 (23.20)	36 (7.0)	2.18	0.87
4. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึก มั่นใจในความสามารถของ ตนเองที่จะรับมือกับปัญหา ส่วนตัวทั้งหลายได้	42 (8.10)	178 (34.40)	239 (46.20)	50 (9.70)	8 (1.50)	1.62	0.83
5. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่า สิ่งทั้งหลายเป็นไปได้ในทิศทางที่ ท่านต้องการ	19 (3.70)	104 (20.10)	274 (53.0)	97 (18.80)	23 (4.40)	2.00	0.85
6. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่า ไม่สามารถจัดการแก้ไขกับสิ่ง ต่าง ๆ ที่ท่านเคยมี ประสบการณ์ทำได้	29 (5.60)	113 (21.90)	270 (52.20)	91 (17.60)	14 (2.70)	1.90	0.85
7. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่า สามารถควบคุมสิ่งทั้งหลาย ที่มาทวนใจได้	26 (5.0)	165 (31.90)	250 (48.40)	66 (12.80)	10 (1.90)	1.75	0.81

คำถาม	ไม่ เลย (0)	แทบจะ ไม่มี (1)	มี บางครั้ง (2)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	บ่อย มาก (4)	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
8. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ ท่านควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้	29 (5.60)	170 (32.90)	236 (45.60)	65 (12.60)	17 (3.30)	1.75	0.87
9. บ่อยแค่ไหนที่ท่านโกรธ อันเนื่องมาจากสิ่งทีนอกเหนือ การควบคุมของท่าน	25 (4.80)	109 (21.10)	262 (50.70)	90 (17.40)	31 (6.0)	1.99	0.91
10. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ ปัญหาต่าง ๆ ทั้ขมมากขึ้น จนท่านไม่สามารถแก้ไขได้ หมด	45 (8.70)	114 (22.10)	263 (50.90)	76 (14.70)	19 (3.70)	1.83	0.91
รวม						1.96	0.48

จากตารางที่ 2 คะแนนการรับรู้ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 1.96, S.D.= 0.48) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ประเด็นที่เกิดการรับรู้ความเครียดมากที่สุดคือ การรู้สึกไม่สบายใจเพราะสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด (Mean= 2.52, S.D.= 0.85) รองลงมาคือ การรู้สึกกระสับกระส่าย และตึงเครียด (Mean= 2.18, S.D.= 0.87) รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมเรื่องสำคัญ ๆ ในชีวิตได้ (Mean= 2.07, S.D.= 0.94) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ การรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะรับมือกับปัญหาส่วนตัวทั้งหลายได้ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 (Mean= 1.62, S.D.= 0.83)

ส่วนที่ 3 คะแนนกลยุทธ์การเผชิญความเครียด ของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานใน
สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยแบบสอบถาม Brief-COPE Score

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดของบุคลากรทาง
การแพทย์ (n= 517)

คำถาม	ไม่ได้ทำ เช่นนี้ เลย (1)	ได้ทำ เช่นนี้ เล็กน้อย (2)	ได้ทำ เช่นนี้ ปาน กลาง (3)	ได้ทำ เช่นนี้ อย่าง มาก (4)	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
กลยุทธ์การสนับสนุนทางสังคม					2.67	0.54
1.คุณจะมีมองหาคนรอบข้างคอย ปลอบโยนและเข้าใจในสิ่งที่กำลัง เผชิญอยู่	33 (6.38)	116 (22.44)	254 (49.13)	114 (22.05)	2.87	0.83
2.เมื่อเกิดความเครียดคุณจะขอรับ การช่วยเหลือและคำแนะนำจากคน รอบข้าง	25 (4.84)	128 (24.76)	238 (46.03)	126 (24.37)	2.90	0.82
3. เมื่อมีความเครียด คุณใช้วิธี ระบายออกไป เพื่อให้ความรู้สึกไม่ตี หายไป	28 (5.42)	134 (25.92)	242 (46.81)	113 (21.86)	2.85	0.82
4.เมื่อมี ปัญหา คุณ ได้ รับ การ สนับสนุนทางอารมณ์ความรู้สึกจาก คนรอบข้าง	34 (6.58)	113 (21.86)	258 (49.90)	112 (21.66)	2.87	0.83
5. คุณพยายามขอคำแนะนำ การ ช่วยเหลือจากคนรอบข้างในสิ่งที่ ต้องทำ	43 (8.32)	150 (29.01)	232 (44.87)	92 (17.79)	2.72	0.85
6. เวลาที่มีความเครียด คุณแสดง ความรู้สึกที่ไม่ดีออกมาได้	87 (16.83)	237 (45.84)	158 (30.56)	35 (6.77)	2.27	0.82
7. คุณสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ เมื่อ เจอกับปัญหา	155 (29.98)	139 (26.89)	147 (28.43)	76 (14.70)	2.28	1.05

คำถาม	ไม่ได้ทำ เช่นนี้ เลย (1)	ได้ทำ เช่นนี้ เล็กน้อย (2)	ได้ทำ เช่นนี้ ปาน กลาง (3)	ได้ทำ เช่นนี้ อย่าง มาก (4)	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
8. คุณมองหาความสงบ ความสบายใจโดยอาศัยความเชื่อความศรัทธาในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ	86 (16.63)	139 (26.89)	183 (35.40)	109 (21.08)	2.61	1.00
กลยุทธ์การแก้ปัญหา					3.25	0.60
9. คุณลงมือทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ผ่านพ้นสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ไปได้	9 (1.74)	58 (11.22)	249 (48.16)	201 (38.88)	3.24	0.72
10. คุณพยายามเอาใจใส่กับการทำเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับสถานการณ์ที่เป็นอยู่	8 (1.55)	51 (9.86)	273 (52.80)	185 (35.78)	3.23	0.68
11. คุณพยายามคิดหาวิธีการที่ดี เพื่อให้เผชิญกับปัญหา สถานการณ์ต่างๆ ได้	7 (1.35)	49 (9.48)	241 (46.62)	220 (42.55)	3.30	0.70
12. คุณคิดคำนึงอย่างมากในสิ่งที่ต้องทำที่จะเกิดขึ้น	8 (1.55)	59 (11.41)	256 (49.52)	194 (37.52)	3.23	0.71
กลยุทธ์การหลีกเลี่ยง					1.94	0.52
13. เมื่อมีปัญหา เครียด คุณใช้เหล้า เบียร์ หรือกินยานอนหลับ ยาลดความเครียด เพื่อช่วยให้ผ่านพ้นปัญหาไปได้	333 (64.41)	76 (14.70)	71 (13.73)	37 (7.16)	1.64	0.97
14. เมื่อมีปัญหา เครียด คุณใช้เหล้า เบียร์ หรือกินยานอนหลับ ยาลดความเครียด เพื่อช่วยให้รู้สึกดีขึ้น	331 (64.02)	79 (15.28)	71 (13.73)	36 (6.96)	1.64	0.96
15. เมื่อมีปัญหา เครียดคุณวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง	209 (40.43)	185 (35.78)	107 (20.70)	16 (3.09)	1.86	0.85
16. คุณรู้สึกว่าเป็นความผิดของตนเองขณะนี้	262 (50.68)	164 (31.72)	82 (15.86)	9 (1.74)	1.69	0.80

คำถาม	ไม่ได้ทำ เช่นนี้ เลย (1)	ได้ทำ เช่นนี้ เล็กน้อย (2)	ได้ทำ เช่นนี้ ปาน กลาง (3)	ได้ทำ เช่นนี้ อย่าง มาก (4)	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
17. คุณไม่ยอมรับมือกับเหตุการณ์หรือ ปัญหาต่างๆที่ประสบพบเจอใน ขณะนี้	264 (51.06)	129 (24.95)	111 (21.47)	13 (2.51)	1.75	0.88
18. คุณบอกตัวเองว่า ปัญหา สถานการณ์ที่เจอไม่ใช่เรื่องจริง	330 (63.83)	103 (19.92)	70 (13.54)	14 (2.71)	1.55	0.83
19. คุณหากิจกรรมต่างๆ ทำ เช่นดู หนัง ดูทีวี ซอปปิ้ง ฯ เพื่อให้คิด เกี่ยวกับปัญหาที่เจอน้อยลง	33 (6.38)	112 (21.66)	217 (41.97)	155 (29.98)	2.96	0.88
20. คุณลี้ภัยความพยายามที่จะ รับมือกับปัญหา หรือสถานการณ์ที่ เกิดขึ้น	258 (49.90)	172 (33.27)	78 (15.09)	9 (1.74)	1.69	0.79
21. เมื่อเมื่อมีปัญหา เครียด คุณหัน ไปทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อ เบี่ยงเบนความสนใจจากรื่องราว นั้น	28 (5.42)	114 (22.05)	259 (50.10)	116 (22.44)	2.90	0.81
22. คุณลี้ภัยความพยายามที่จะ จัดการกับปัญหานั้น	249 (48.16)	170 (32.88)	84 (16.25)	14 (2.71)	1.74	0.83
กลยุทธ์การคิดเชิงบวก					2.85	0.61
23.คุณมองปัญหา สถานการณ์ ความเครียดที่มีเป็นเป็นโอกาส เรียนรู้	130 (25.15)	144 (27.85)	181 (35.01)	62 (11.99)	2.34	0.98
24.คุณทำให้ปัญหา สถานการณ์ ความเครียดเป็นเรื่องที่มีทางออก และสามารถผ่านพ้นไปได้	101 (19.54)	137 (26.50)	216 (41.78)	63 (12.19)	2.47	0.94
25.คุณเรียนรู้ที่จะอยู่กับปัญหา สถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้ได้	12 (2.32)	72 (13.93)	258 (49.90)	175 (33.85)	3.15	0.74

คำถาม	ไม่ได้ทำ เช่นนี้ เลย (1)	ได้ทำ เช่นนี้ เล็กน้อย (2)	ได้ทำ เช่นนี้ ปาน กลาง (3)	ได้ทำ เช่นนี้ อย่าง มาก (4)	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
26.คุณ ยอมรับความเป็นจริงใน เรื่องราว สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	11 (2.13)	58 (11.22)	232 (44.87)	216 (41.78)	3.26	0.74
27.คุณพยายามมองสถานการณ์ใน แง่มุมที่ต่างออกไป ให้เป็นเรื่องที่ดี มากกว่าไม่ดี	19 (3.68)	103 (19.92)	266 (51.45)	129 (24.95)	2.98	0.77
28.คุณมองหาข้อดีที่เกิดขึ้นจาก สถานการณ์ ปัญหาที่กำลังพบเจอ	26 (5.03)	103 (19.92)	280 (54.16)	108 (20.89)	2.91	0.78
รวม					2.53	0.35

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดในภาพรวมในระดับปานกลาง (Mean= 2.53, S.D.= 0.35) ในรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหามากที่สุด (Mean= 3.25, S.D.= 0.60) รองลงมาคือ กลยุทธ์การคิดเชิงบวก (Mean= 2.85, S.D.= 0.61) กลยุทธ์การสนับสนุนทางสังคม (Mean= 2.67, S.D.= 0.54) ส่วนกลยุทธ์การหลีกเลี่ยงมีคะแนนการนำไปใช้น้อยที่สุด (Mean= 1.94, S.D.= 0.52) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า วิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการเผชิญความเครียดในช่วงการระบาดของโควิด-19 มากที่สุด คือ การคิดหาวิธีการที่ดีเพื่อให้เผชิญกับปัญหาสถานการณ์ต่างๆ ได้ (Mean= 3.30, S.D.= 0.70) รองลงมาคือ การลงมือทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ผ่านพ้นสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ไปได้ (Mean= 3.24, S.D.= 0.72) พยายามเอาใจใส่กับการทำเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ (Mean= 3.23, S.D.= 0.68) ซึ่งเป็นวิธีการในกลยุทธ์การแก้ปัญหา ส่วนข้อที่มีการนำไปใช้น้อยที่สุดคือ บอกตัวเองว่า ปัญหา สถานการณ์ที่เจอไม่ใช่เรื่องจริง (Mean= 1.55, S.D.= 0.83)

ส่วนที่ 4 คะแนนระดับภาวะหมดไฟ (Burnout ของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19) โดยแบบสอบถาม Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนภาวะหมดไฟ ของบุคลากรทางการแพทย์ (n= 517)

คำถาม	ไม่เคย/ แทบไม่ เคย (0)	รู้สึก เช่นนั้น เดือนละ 2-3 ครั้ง (1)	รู้สึก เช่นนั้น 1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ (2)	รู้สึก เช่นนั้น 3-5 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ (3)	รู้สึก เช่นนั้น เกือบ ทุกวัน (4)	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
ด้านความเหนื่อยล้าส่วน บุคคล						1.36	0.95
1.คุณรู้สึกว่าร่างกายเหนื่อย ล้าหมดแรง	52 (10.06)	189 (36.56)	152 (29.40)	83 (16.05)	41 (7.93)	1.75	1.09
2.คุณรู้สึกเกิดความเหนื่อย หน่ายทางอารมณ์	73 (14.12)	179 (34.62)	141 (27.27)	89 (17.21)	35 (6.77)	1.68	1.12
3.คุณรู้สึก “ฉันทนไม่ไหว แล้ว”	215 (41.59)	165 (31.91)	78 (15.09)	40 (7.74)	19 (3.68)	1.00	1.10
4. คุณรู้สึกร่างอ่อนแอและ เจ็บป่วยง่าย	171 (33.08)	203 (39.26)	84 (16.25)	40 (7.74)	19 (3.68)	1.10	1.06
5. คุณรู้สึกเหนื่อยล้ามาก ที่สุดมากกว่าที่เคย	142 (27.47)	204 (39.46)	78 (15.09)	64 (12.38)	29 (5.61)	1.29	1.16
ด้านความเหนื่อยล้าในงาน						1.30	0.86
6. คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อนึก ถึงงานที่จะเกิดขึ้น	127 (24.56)	175 (33.85)	130 (25.15)	51 (9.86)	34 (6.58)	1.10	1.10
7.คุณ รู้สึกว่าทุกชั่วโมง ปฏิบัติงานเป็นความเหนื่อย ล้า	187 (36.17)	175 (33.85)	91 (17.60)	46 (8.90)	18 (3.48)	2.03	1.29
8.ในเวลาที่ได้พัก คุณมีเวลา เพียงพอให้กับครอบครัว/ เพื่อน	90 (17.41)	86 (16.63)	124 (23.98)	153 (29.59)	64 (12.38)	1.30	1.14

คำถาม	ไม่เคย/ แทบไม่ เคย (0)	รู้สึก เช่นนั้น เดือนละ 2-3 ครั้ง (1)	รู้สึก เช่นนั้น 1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ (2)	รู้สึก เช่นนั้น 3-5 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ (3)	รู้สึก เช่นนั้น เกือบ ทุกวัน (4)	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
9.คุณรู้สึกว่าการงานของคุณ เป็นสิ่งที่ทำให้มีอาการ เหนื่อยหน่าย	139 (26.89)	199 (38.49)	93 (17.99)	59 (11.41)	27 (5.22)	0.90	1.09
10. งานที่ทำอยู่ทำให้คุณ หมดหวัง หมดกำลังใจ	242 (46.81)	156 (30.17)	65 (12.57)	36 (6.96)	18 (3.48)	1.08	1.11
11.งานทำให้คุณรู้สึกเหนื่อย ล้าทั้งกายและใจ	185 (35.78)	195 (37.72)	66 (12.77)	51 (9.86)	20 (3.87)	1.26	1.10
ความเหนื่อยล้าจาก ผู้รับบริการ/สถานการณ์ การระบาด						1.61	0.71
12. คุณรู้สึกว่ายากมากที่จะ ปฏิบัติงานได้ในสถานการณ์ การระบาดของโควิด 19	135 (26.11)	212 (41.01)	93 (17.99)	52 (10.06)	25 (4.84)	2.01	1.25
13. คุณต้องใช้พลังงานกาย แรงใจ ความคิดมากขึ้นใน การทำงานในสถานการณ์ การระบาดของโควิด 19	78 (15.09)	171 (33.08)	131 (25.34)	73 (14.12)	64 (12.38)	1.71	1.20
14. คุณเห็นว่ามีความสำเร็จ เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงาน ในสถานการณ์การระบาด ของโควิด 19	72 (13.93)	114 (22.05)	136 (26.31)	127 (24.56)	68 (13.15)	1.27	1.14
15.คุณ รู้สึก ถึง การให้ มากกว่าสิ่งที่ได้รับกลับมาใน สถานการณ์การระบาดของ โควิด 19	98 (18.96)	141 (27.27)	129 (24.95)	112 (21.66)	37 (7.16)	2.01	1.34

คำถาม	ไม่เคย/ แทบไม่ เคย (0)	รู้สึก เช่นนั้น เดือนละ 2-3 ครั้ง (1)	รู้สึก เช่นนั้น 1-2 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ (2)	รู้สึก เช่นนั้น 3-5 ครั้ง ต่อ สัปดาห์ (3)	รู้สึก เช่นนั้น เกือบ ทุกวัน (4)	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
16. คุณรู้สึกกังวล ไม่แน่ใจ ในการปฏิบัติงานใน สถานการณ์การระบาดของ โควิด 19	155 (29.98)	168 (32.50)	116 (22.44)	53 (10.25)	25 (4.84)	1.49	1.23
17. คุณ รู้สึก หด หู่ จาก สถานการณ์การระบาดของ โควิด 19	68 (13.15)	153 (29.59)	106 (20.50)	88 (17.02)	102 (19.73)	1.36	1.32
18. คุณรู้สึกเหนื่อยกับการ ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยใน สถานการณ์การระบาดของ โควิด 19	124 (23.98)	175 (33.85)	104 (20.12)	70 (13.54)	44 (8.51)	1.75	1.09
19. คุณ ไม่ แน่ใจ ว่า จะ สามารถปฏิบัติงานได้อีก นานแค่ไหนในสถานการณ์ การระบาดของโควิด 19	170 (32.88)	153 (29.59)	86 (16.63)	53 (10.25)	55 (10.64)	1.68	1.12
รวม						1.44	0.74

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภาวะหมดไฟด้านความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการ/สถานการณ์การระบาดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean= 1.61, S.D.= 0.71) รองลงมาคือ ด้านความเหนื่อยล้าส่วนบุคคล (Mean= 1.36, S.D.= 0.95) ส่วนด้านความเหนื่อยล้าในงานคะแนนน้อยที่สุด (Mean= 1.30, S.D.= 0.86) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ประเด็นภาวะหมดไฟที่มีคะแนนมากที่สุดคือ รู้สึกว่าทุกชั่วโมงปฏิบัติงานเป็นความเหนื่อยล้า (ด้านความเหนื่อยล้าในงาน) (Mean= 2.03, S.D.= 1.29) รองลงมาคือ รู้สึกว่ายากมากที่จะปฏิบัติงานได้ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 (Mean= 2.01, S.D.= 1.25) และ รู้สึกถึงการให้มากกว่าสิ่งที่ได้รับกลับมาในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 (Mean= 2.01, S.D.= 1.34) ส่วนประเด็นที่มีคะแนนภาวะหมดไฟน้อยที่สุดคือ รู้สึกว่างานของคุณเป็นสิ่งที่ทำให้มีอารมณ์เหนื่อยหน่าย (Mean= 0.90, S.D.= 1.09)

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามปัจจัยต่าง ๆ

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามปัจจัยต่าง ๆ (n= 517)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D.	t / F	p-value
เพศ					
ชาย	86	1.91	0.46	-0.895	0.371
หญิง	431	1.96	0.48		
อายุ (ปี)					
<=35 ปี	210	1.92	0.47	-1.430	0.153
>35 ปี	307	1.98	0.48		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	123	2.10	0.39	3.735	<0.001**
ปริญญาตรีขึ้นไป	315	1.92	0.49		
ค่าตอบแทนต่อเดือน (บาท)					
≤25,000	51	2.01	0.43	2.543	0.011*
> 25,000	107	1.90	0.52		
สถานภาพสมรส					
โสด	273	1.94	0.47	0.489	0.614
แต่งงาน	208	1.98	0.49		
หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่	36	1.99	0.49		
การมีบุตร					
ไม่มี	302	1.93	0.48	-1.669	0.096
มี	215	2.00	0.47		
การมีโรคประจำตัว					
ไม่มี	339	1.93	0.48	-1.813	0.070
มี	178	2.01	0.48		
การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว					
ไม่มี	188	1.88	0.48	-2.720	0.007*
มี	329	2.00	0.47		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D.	t / F	p-value
ลักษณะที่พักอาศัย					
บ้าน	272	1.98	0.47	1.568	0.210
คอนโด/ห้องเช่า	180	1.95	0.49		
ที่พักของโรงพยาบาล	65	1.86	0.46		
กลุ่มงาน					
สายการรักษาพยาบาล	286	1.91	0.50	-2.498	0.013*
สายสนับสนุน	231	2.01	0.44		
ประสบการณ์การทำงาน					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	47	1.93	0.46	-1.153	0.250
มากกว่า 10 ปี	119	1.98	0.49		
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน					
≤ 8 ชั่วโมง	340	1.95	0.48	-0.151	0.880
> 8 ชั่วโมง	177	1.96	0.48		
จำนวนวันหยุดต่อเดือน					
< 8 วัน	200	1.98	0.46	1.106	0.269
≥ 8 วัน	317	1.94	0.49		
จำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน					
≤ 6 ชั่วโมง	318	1.97	0.48	0.718	0.473
> 6 ชั่วโมง	199	1.94	0.48		
จำนวนเพื่อนร่วมงานในแผนก					
≤ 3 คน	430	2.01	0.45	6.323	<0.001**
> 3 คน	87	1.67	0.49		
ประสบการณ์กักตัว					
ไม่เคย	322	1.97	0.46	0.713	0.476
เคย	195	1.94	0.51		

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

จากตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ตามความแตกต่างของปัจจัยต่าง ๆ พบว่า บุคลากรที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (Mean= 2.10,SD. = 0.39) มีคะแนนการรับรู้ความเครียดเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (Mean= 1.92,SD. = 0.49) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 3.735, p-value < 0.001) กลุ่ม

ที่มีค่าตอบแทนต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาท มีคะแนนตรี (Mean= 2.01,SD. = 0.43) มีคะแนนการรับรู้ความเครียดเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่มีค่าตอบแทนต่อเดือน มากกว่า 25,000 บาท (Mean= 1.90,SD. = 0.52) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 2.543$, $p\text{-value} = 0.011$) บุคลากรที่มีคนในครอบครัวมีโรคประจำตัว (Mean= 2.00,SD. = 0.47) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดมากกว่ากลุ่มที่รายงานว่าไม่มี (Mean= 1.88,SD. = 0.48) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= -2.720$, $p\text{-value} = 0.007$) บุคลากรทางที่ทำงานสายการรักษายาบาล และกลุ่มสายสนับสนุน รับรู้ความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= -2.498$, $p\text{-value} = 0.013$) โดยที่กลุ่มสายสนับสนุน (Mean= 1.91,SD. = 0.50) มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มรักษาพยาบาล (Mean= 2.01,SD. = 0.44) และกลุ่มที่ระบุจำนวนเพื่อนร่วมงานที่สามารถพูดคุยได้น้อยกว่า 3 คน (Mean= 2.01,SD. = 0.45) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ระบุมากกว่า 3 คน (Mean= 1.67,SD. = 0.49) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 6.323$, $p\text{-value} < 0.001$)

สำหรับบุคลากรที่มีเพศ อายุ สถานภาพการสมรส การมีบุตร การมีโรคประจำตัว ลักษณะที่พักอาศัย ประสบการณ์การทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน จำนวนวันหยุดต่อเดือน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน และประสบการณ์กักตัว แตกต่างกัน มีคะแนนการรับรู้ความเครียดไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามปัจจัยต่าง ๆ

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D.	t / F	p-value
เพศ					
ชาย	86.00	2.54	0.37	0.297	0.766
หญิง	431.00	2.53	0.35		
อายุ (ปี)					
<=35 ปี	210	2.49	0.37	-1.929	0.054
>35 ปี	307	2.55	0.34		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	123.00	2.56	0.39	0.152	0.879
ปริญญาตรี	315.00	2.52	0.34		
ค่าตอบแทนต่อเดือน (บาท)					
≤25,000	51.00	2.53	0.38	0.196	0.844
> 25,000	107.00	2.52	0.33		
สถานภาพสมรส					
โสด	273	2.47	0.36	7.234	0.001*
แต่งงาน	208	2.59	0.35		
หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่	36	2.55	0.32		
การมีบุตร					
ไม่มี	302	2.47	0.35	-4.175	<0.001**
มี	215	2.60	0.35		
การมีโรคประจำตัว					
ไม่มี	339	2.52	0.36	-0.897	0.370
มี	178	2.55	0.34		
การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว					
ไม่มี	188	2.51	0.38	-0.905	0.366
มี	329	2.54	0.34		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D.	t / F	p-value
ลักษณะที่พักอาศัย					
บ้าน	272	2.54	0.35	0.647	0.524
คอนโด/ห้องเช่า	180	2.50	0.38		
ที่พักของโรงพยาบาล	65	2.54	0.35		
กลุ่มงาน					
สายการรักษาพยาบาล	286	2.53	0.34	0.152	0.879
สายสนับสนุน	231	2.52	0.37		
ประสบการณ์การทำงาน					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	47.00	2.49	0.39	-1.813	0.070
มากกว่า 10 ปี	119.00	2.55	0.33		
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน					
≤ 8 ชั่วโมง	340.00	2.53	0.35	0.579	0.563
> 8 ชั่วโมง	177.00	2.51	0.36		
จำนวนวันหยุดต่อเดือน					
< 8 วัน	200	2.49	0.39	-1.992	0.047*
≥ 8 วัน	317	2.55	0.33		
จำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน					
≤ 6 ชั่วโมง	318	2.53	0.34	0.595	0.552
> 6 ชั่วโมง	199	2.51	0.39		
จำนวนเพื่อนร่วมงานในแผนก					
≤ 3 คน	430	2.53	0.35	-0.765	0.444
> 3 คน	87	2.56	0.39		
ประสบการณ์กักตัว					
ไม่เคย	322	2.53	0.37	-0.292	0.770
เคย	195	2.54	0.34		

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดตามตัวแปรสถานภาพสมรสของบุคลากรทางการแพทย์

สถานภาพสมรส	การใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด		ผลเปรียบเทียบรายคู่	
	Mean (S.D.)	F	แต่งงาน	หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่
โสด	2.47 (0.36)	7.234**	-0.123*	-0.081
แต่งงาน	2.59 (0.35)			0.042
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	2.55 (0.32)			

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

จากตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน มีคะแนนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.234$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยกลุ่มที่มีคู่สมรส ($\text{Mean} = 2.59$, $\text{SD.} = 0.35$) มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มอื่น กลุ่มที่บุคลากรที่มีบุตร ($\text{Mean} = 2.60$, $\text{SD.} = 0.35$) และจากตารางที่ 7 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างโดยการประเมินผลกระทบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพโสดและสมรสมีการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Mean Difference} = -0.123$, $p\text{-value} = 0.001$) มีคะแนนเฉลี่ยการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีบุตร ($\text{Mean} = 2.47$, $\text{SD.} = 0.35$) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.175$, $p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มที่มีวันหยุดมากกว่า 8 วันต่อเดือน ($\text{Mean} = 2.55$, $\text{SD.} = 0.33$) มีคะแนนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีวันหยุดน้อยกว่า ($\text{Mean} = 2.49$, $\text{SD.} = 0.39$) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.992$, $p\text{-value} < 0.047$)

สำหรับบุคลากรที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา ค่าตอบแทน การมีโรคประจำตัว การมีโรคประจำตัวของคนในครอบครัว ลักษณะที่พักอาศัย อาชีพ ประสบการณ์การทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน และประสบการณ์กักตัว แตกต่างกัน มีคะแนนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 7 การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามปัจจัยต่าง ๆ

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ (n= 517)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D.	t / F	p-value
เพศ					
ชาย	86.00	1.25	0.77	-2.593	0.010*
หญิง	431.00	1.48	0.74		
อายุ (ปี)					
<=35 ปี	210	1.50	0.70	1.376	0.169
>35 ปี	307	1.41	0.76		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	123.00	1.41	0.75	-0.708	0.479
ปริญญาตรี	315.00	1.46	0.74		
ค่าตอบแทนต่อเดือน (บาท)					
≤25,000	51.00	1.40	0.71	-1.388	0.166
> 25,000	107.00	1.49	0.77		
สถานภาพสมรส					
โสด	273	1.48	0.74	0.949	0.388
แต่งงาน	208	1.41	0.74		
หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่	36	1.34	0.75		
การมีบุตร					
ไม่มี	302	1.50	0.74	2.023	0.044*
มี	215	1.36	0.74		
การมีโรคประจำตัว					
ไม่มี	339	1.45	0.71	0.400	0.689
มี	178	1.43	0.80		
การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว					
ไม่มี	188	1.43	0.74	-0.304	0.761
มี	329	1.45	0.74		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	Mean	S.D.	t / F	p-value
ลักษณะที่พักอาศัย					
บ้าน	272	1.43	0.76	2.670	0.070
คอนโด/ห้องเช่า	180	1.39	0.68		
ที่พักของโรงพยาบาล	65	1.64	0.79		
กลุ่มงาน					
สายการรักษายาบาล	286	1.52	0.74	2.672	0.008*
สายสนับสนุน	231	1.35	0.73		
ประสบการณ์การทำงาน					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	47.00	1.51	0.72	1.559	0.120
มากกว่า 10 ปี	119.00	1.40	0.75		
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน					
≤ 8 ชั่วโมง	340.00	1.37	0.72	-2.942	0.003*
> 8 ชั่วโมง	177.00	1.57	0.75		
จำนวนวันหยุดต่อเดือน					
< 8 วัน	200	1.51	0.75	1.593	0.112
≥ 8 วัน	317	1.40	0.73		
จำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน					
≤ 6 ชั่วโมง	318	1.53	0.73	3.257	0.001*
> 6 ชั่วโมง	199	1.31	0.73		
จำนวนเพื่อนร่วมงานในแผนก					
≤ 3 คน	430	1.43	0.74	-0.639	0.523
> 3 คน	87	1.49	0.74		
ประสบการณ์กักตัว					
ไม่เคย	322	1.51	0.72	1.559	0.120
เคย	195	1.40	0.75		

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

จากตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟ พบว่า บุคลากรเพศหญิง (Mean= 1.48, SD. = 0.74) มีคะแนนภาวะหมดไฟสูงกว่าเพศชาย โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -2.593, p-value < 0.010) กลุ่มที่มีบุตรและไม่มีบุตร มีคะแนนภาวะหมดไฟแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 2.023, p-value = 0.044) โดยกลุ่มที่ไม่มีบุตรมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (Mean=

1.50,SD. = 0.74) กลุ่มบุคลากรสายการรักษายาบาล (Mean= 1.52,SD. = 0.74) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟมากกว่ากลุ่มสายสนับสนุน (Mean= 1.35,SD. = 0.73) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 2.672$, $p\text{-value} = 0.008$) และกลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมง (Mean= 1.57,SD. = 0.75) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟมากกว่ากลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่า (Mean= 1.37,SD. = 0.72) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= -2.942$, $p\text{-value} = 0.003$) และกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับแตกต่างกันมีคะแนนภาวะหมดไฟแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 3.257$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยกลุ่มที่มีชั่วโมงการนอนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง มีคะแนนภาวะหมดไฟมากกว่าอีกกลุ่ม (Mean= 1.53,SD. = 0.73)

สำหรับบุคลากรที่มี อายุ ระดับการศึกษา ค่าตอบแทนต่อเดือน สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของคนในครอบครัว ลักษณะที่พักอาศัย ประสบการณ์การทำงาน จำนวนวันหยุดต่อเดือน จำนวนเพื่อนร่วมงานในแผนก ประสบการณ์กักตัวแตกต่างกัน มีภาวะหมดไฟไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิด
ความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์การรับรู้
ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19
(n=517)

ปัจจัยพยากรณ์	R ²	Adjusted R ²	ค่าคงที่	สัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p-value
				b	β		
โมเดล 1							
จำนวนเพื่อนร่วมงาน มากกว่า 3 คน	0.072	0.070	2.018	-0.346	-0.268	-6.323	<0.001**
โมเดล 2							
จำนวนเพื่อนร่วมงาน มากกว่า 3 คน	0.091	0.088	2.135	-0.329	-0.255	-6.049	<0.001**
การศึกษาปริญญาตรี ขึ้นไป				-0.157	-0.138	-3.279	0.001*
โมเดล 3							
จำนวนเพื่อนร่วมงาน มากกว่า 3 คน	0.105	0.100	2.065	-0.323	-0.250	-5.966	<0.001**
การศึกษาปริญญาตรี ขึ้นไป				-0.165	-0.146	-3.473	<0.001**
การเจ็บป่วยของคนใน ครอบครัว				0.119	0.119	2.834	0.005*

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

การศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ความเครียดของของบุคลากรทางการแพทย์ใน
สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่ามีตัวแปรจำนวนเพื่อนร่วมงาน (มากกว่า 3 คน) ระดับ
การศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป) และ การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว สามารถทำนายการรับรู้ความเครียด
ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ซึ่งตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายการรับรู้ความเครียดได้
ร้อยละ 10.0 (R² = 0.100) สามารถแสดงสมการดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$(\text{การรับรู้ความเครียด}) = 2.065 - 0.323 (\text{จำนวนเพื่อนร่วมงานมากกว่า 3 คน}) - 0.165 (\text{การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป}) + 0.119 (\text{การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{การรับรู้ความเครียด}} = -0.117 (Z_{\text{จำนวนเพื่อนร่วมงานมากกว่า 3 คน}}) + 0.092 (Z_{\text{การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป}}) + 0.093 (Z_{\text{การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว}})$$

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์การใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (n=517)

ปัจจัย พยากรณ์	R ²	Adjusted R ²	ค่าคงที่	สัมประสิทธิ์การ ถดถอย		t	p-value
				b	β		
การมีบุตร	0.033	0.031	2.477	0.132	0.181	4.175	<0.001**

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

การศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่ามีเพียงตัวแปรการมีบุตร สามารถทำนายการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) ซึ่งตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดได้ร้อยละ 3.1 (R² = 0.031) สามารถแสดงสมการดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$(\text{การใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด}) = 2.477 + 0.132 (\text{การมีบุตร})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{การใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด}} = 0.181 (Z_{\text{การมีบุตร}})$$

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์ภาวะการหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (n=517)

ปัจจัยพยากรณ์	R ²	Adjusted R ²	ค่าคงที่	สัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p-value
				b	β		
โมเดล 1							
ชั่วโมงการนอนหลับ	0.020	0.018	1.531	-0.217	-0.142	-3.257	0.001*
โมเดล 2							
ชั่วโมงการนอนหลับ	0.031	0.027	1.354	-0.205	-0.134	-0.3087	0.002*
เพศหญิง				0.207	0.104	2.380	0.018*
โมเดล 3							
ชั่วโมงการนอนหลับ	0.039	0.033	1.313	-0.179	-0.117	-2.653	0.008*
เพศหญิง				0.184	0.092	2.108	0.036*
ชั่วโมงการทำงาน				0.146	0.093	2.099	0.036*

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001 และ *ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

การศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะการหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่ามีตัวแปรชั่วโมงการนอนหลับ เพศ และ ชั่วโมงการทำงาน สามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ซึ่งตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายภาวะหมดไฟในการทำงานได้ร้อยละ 3.3 (R² = 0.033) สามารถแสดงสมการดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$(\text{ภาวะหมดไฟในการทำงาน}) = 1.313 - 0.179 (\text{ชั่วโมงการนอนหลับ}) + 0.184 (\text{เพศหญิง}) + 0.146 (\text{ชั่วโมงการทำงาน})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{ภาวะหมดไฟในการทำงาน}} = -0.117 (Z_{\text{ชั่วโมงการนอนหลับ}}) + 0.092 (Z_{\text{เพศหญิง}}) + 0.093 (Z_{\text{ชั่วโมงการทำงาน}})$$

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ความเครียด การใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด ภาวะหมดไฟบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการศึกษาเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Quantitative cross-sectional study) ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 517 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถาม โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านงานของบุคลากรทางการแพทย์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงระดับคะแนน ความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที (Independent sample t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one way analysis of variance: ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเครียด การใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตามปัจจัยต่าง ๆ ทำการวิเคราะห์การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple linear regression-Stepwise method) เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 1.96, S.D.= 0.48) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดในภาพรวมในระดับปานกลาง (Mean= 2.53, S.D.= 0.35) ในรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหามากที่สุด (Mean= 3.25, S.D.= 0.60) รองลงมาคือ กลยุทธ์การคิดเชิงบวก (Mean= 2.85, S.D.= 0.61) กลยุทธ์การสนับสนุนทางสังคม (Mean= 2.67, S.D.= 0.54) ส่วนกลยุทธ์การหลีกเลี่ยงมีคะแนนการนำไปใช้น้อยที่สุด (Mean= 1.94, S.D.= 0.52) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภาวะหมดไฟด้านความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการ/สถานการณ์การระบาดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean= 1.61, S.D.= 0.71)

บุคลากรทางการแพทย์มีการรับรู้ความเครียดแตกต่างกัน ตามความแตกต่างของตัวแปรระดับการศึกษา ($t= 3.735$, $p\text{-value} < 0.001$) ค่าตอบแทนต่อเดือน ($t= 2.543$, $p\text{-value} = 0.011$) การมีคนในครอบครัวมีโรคประจำตัว ($t= -2.720$, $p\text{-value} = 0.007$) บุคลากรทางที่ทำงานสายการรักษายาบาล และกลุ่มสายสนับสนุน รับรู้ความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= -2.498$, $p\text{-value} = 0.013$) และจำนวนเพื่อนร่วมงาน ($t= 6.323$, $p\text{-value} < 0.001$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน ($F= 7.234$, $p\text{-value} = 0.001$) โดยผลการทดสอบรายคู่พบว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสดและสมรสมีการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีบุตร/ไม่มีบุตร ($t= -4.175$, $p\text{-value} < 0.001$) และวันหยุดต่อเดือน ($t= -1.992$, $p\text{-value} < 0.047$) มีคะแนนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟ พบว่า ตัวแปรเพศ ($t= -2.593$, $p\text{-value} < 0.010$) การที่มีบุตรและไม่มีบุตร ($t= 2.023$, $p\text{-value} = 0.044$) กลุ่มบุคลากรสายการรักษายาบาล/กลุ่มสายสนับสนุน ($t= 2.672$, $p\text{-value} = 0.008$) ชั่วโมงการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมง ($t= -2.942$, $p\text{-value} = 0.003$) และจำนวนชั่วโมงการนอนหลับ ($t= 3.257$, $p\text{-value} = 0.001$) มีคะแนนภาวะหมดไฟแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียด ตัวแปรจำนวนเพื่อนร่วมงาน (มากกว่า 3 คน) ระดับการศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป) และ การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว สามารถทำนายการรับรู้ความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สำหรับการเผชิญความเครียด พบว่ามีเพียงปัจจัยการมีบุตรที่สามารถทำนายได้ ($p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ชั่วโมงการนอนหลับ เพศหญิง และชั่วโมงการทำงาน ($p\text{-value} < 0.05$)

อภิปรายผล

1. ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร มีการรับรู้ความเครียดในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เพราะโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสามารถติดต่อกันได้ง่าย เกิดผลกระทบต่อประชาชนทุกกลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่ที่รองรับการเจ็บป่วยทุกรูปแบบอย่างปฏิเสธไม่ได้ โดยพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้คือพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางการระบาด ที่มีความหนาแน่นของผู้ป่วยมากกว่าพื้นที่อื่น ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องเตรียมความพร้อมรับมือกับการแพร่ระบาดที่ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากการวิตกกังวลต่อการเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยตรงจากการปฏิบัติงาน ยังรวมถึงการคำนึงถึงบุคคลในครอบครัวด้วยเช่นกัน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงเกิดความรู้สึกเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และ สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์ (2563) ซึ่งศึกษาความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดภูมิภาค และการศึกษาของ สิมภาพร พรหมสาร ปิยะณัฐ พรหมสาร และ กนกวรรณ รัตนแสงเลิศ (2564) ซึ่งพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่รักษาพยาบาลผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในโรงพยาบาลศิริราช มีความเครียดในระดับปานกลางถึงแม้ว่าจะจะเป็นเฉพาะกลุ่มของผู้สัมผัสผู้ป่วยก็ตาม ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์การระบาดไม่ได้มีผลกระทบเพียงแค่มูลนิธิในพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางการระบาดเท่านั้น ถึงแม้ว่าจะศึกษาในช่วงเวลาที่แตกต่างกันก็ตาม จากผลการศึกษารายข้อสะท้อนให้เห็นว่า การปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์การระบาด บุคลากรทางการแพทย์เกิดการรับรู้ความเครียดโดยรู้สึกไม่สบายใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมเรื่องสำคัญ ๆ ในชีวิตได้ เพราะการระบาดของโรคโควิด 19 นำมาซึ่งมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นแนวปฏิบัติเพื่อการควบคุมการระบาด การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน และการรักษาระยะห่างทางสังคม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Du และคณะ (Du et al., 2020) ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในระหว่างการระบาดของโควิด 19 ที่เมืองหูอันและที่ปฏิบัติการนอกเขตหูอัน มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางจนถึงมาก

2. การใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดในภาพรวมในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ซึ่งแพร่กระจายเชื้อและสามารถติดต่อกันได้ง่าย บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าประชาชนกลุ่มอื่น รวมถึงด้วยบทบาทหน้าที่ที่เป็นผู้แบกรับภาระการเจ็บป่วยของประชาชนอีกด้วย ดังนั้นจึงเกิดภาวะความเครียดและจำเป็นต้องเรียนรู้ที่จะใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยง

หรือควบคุมได้ โดยที่ในรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหาที่มากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sharma และคณะ (Sharma K & S, 2020) ที่พบว่ากลุ่มพยาบาลที่เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดและใช้กลยุทธ์การเผชิญกับปัญหา เนื่องจากกังวลในการปฏิบัติหน้าที่ กังวลต่อการติดเชื้อในครอบครัว ซึ่งสะท้อนข้อค้นพบจากการศึกษาคั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ คิดหาวิธีการที่ดีเพื่อให้เผชิญกับปัญหา สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ลงมือทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ผ่านพ้นสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ไปได้ ซึ่งเป็นวิธีการในกลยุทธ์การแก้ปัญหา ทั้งนี้ลักษณะงานที่ต้องเป็นที่พึงให้ผู้รับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ขึ้นชื่อได้ว่าเป็นผู้มีความรู้และทักษะในการเผชิญต่อสิ่งคุกคามทางกายและใจแตกต่างจากประชาชนทั่วไป จึงทำให้เลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาแทน ส่วนกลยุทธ์การหลีกเลี่ยงมีคะแนนการนำไปใช้น้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้ แม้ว่าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนส่วนของการใช้เวลาในการกิจกรรมอย่างอื่นเพื่อหลีกเลี่ยงกับการรับรู้ต่อสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 มากกว่าข้ออื่น แต่ยังมีข้อจำกัดเช่นไม่สามารถทำกิจกรรมการช้อปปิ้ง หรือไปสถานที่ต่างๆ เพื่อผ่อนคลายได้อย่างเต็มที่ เนื่องด้วยมาตรการต่างๆ ที่ยังเข้มงวด จึงทำให้กลยุทธ์การหลีกเลี่ยงมีการนำไปใช้น้อยกว่าด้านอื่น ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Canestrari และคณะ (Canestrari et al., 2021) ที่พบว่า กลุ่มบุคลากรที่มีความเครียดสูงใช้กลยุทธ์การรับมือด้วยการหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ต่อสถานการณ์ของการระบาดที่ทำให้เกิดความเครียด และ (Tahara, Mashizume, & Takahashi, 2020) ระบุว่ารูปแบบการลดความเครียด พบว่าส่วนใหญ่เลือกกลยุทธ์การหลีกเลี่ยงการหลบหนีต่อปัญหาหรือสถานการณ์

3. ภาวะหมดไฟบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหมดไฟในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในภาพรวม ร้อยละ 25.9 ซึ่งผลการศึกษาใกล้เคียงกับ Matsuo และคณะ (Matsuo et al., 2020) ที่พบว่า ความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานในภาพรวมร้อยละ 31.4 ถึงแม้ว่าจะเป็นความชุกในขนาดที่ไม่มาก แต่ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผลจากการเกิดเหตุการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการปฏิบัติหน้าที่ ชั่วโงมการปฏิบัติงานแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ นโยบาย มาตรการต่างๆ ล้วนเป็นผลจากการระบาด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภาวะหมดไฟด้านความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการ/สถานการณ์การระบาดมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khasne และคณะ (Ruchira W. Khasne et al., 2020) ที่พบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเกิดความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการและสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งสนับสนุนข้อค้นพบจากประเด็นภาวะหมดไฟที่มีคะแนนมากที่สุดคือ รู้สึกว่าทุกชั่วโงมปฏิบัติงานเป็นความเหนื่อยล้า ซึ่งเชื่อมโยงกับด้านความเหนื่อยล้าในงาน และกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่ายากมากที่จะปฏิบัติงานได้ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ทั้งนี้ความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการ/สถานการณ์การระบาด ก็นำมาสู่ด้านความเหนื่อยล้าส่วนบุคคล และความเหนื่อยล้าในงานด้วยเช่นกัน สามารถอธิบายได้ว่าในการปฏิบัติหน้าที่หลักในการให้การดูแลรักษาผู้รับบริการในช่วงสถานการณ์ระบาด

บุคลากรต้องใช้พลังร่างกายและแรงใจ เพื่อรองรับภาระงานที่คาดการณ์ไม่ได้อันเกี่ยวเนื่องกับความหนาแน่นของผู้ป่วยและความรุนแรงของการระบาด จึงส่งผลให้ยังพบว่ามีบุคลากรที่เกิดภาวะหมดไฟ อย่างไรก็ตาม ด้วยการศึกษาอยู่ในช่วงการระบาดระลอกที่ 3 ซึ่งสถานการณ์การระบาดยังต้องติดตาม แต่คลี่คลายในแง่มุมของการรับมือและความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกัน และการจัดการที่ลงตัวมากขึ้นทั้งในแง่อัตรากำลังและเวลาปฏิบัติงาน จึงเป็นส่วนหนึ่งที่พบว่าภาวะหมดไฟอยู่ในระดับปานกลาง

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ จากการเปรียบเทียบการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ตามความแตกต่างของปัจจัยต่าง ๆ พบว่า บุคลากรที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี มีคะแนนการรับรู้ความเครียดเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป สามารถอธิบายได้ว่าระดับการศึกษา มีความเกี่ยวเนื่องกับงาน ตลอดจนค่าตอบแทน ซึ่งสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการภายในของแต่ละโรงพยาบาล การกำหนดภาระหน้าที่และตารางเวลายานซึ่งล้วนมีผลต่อวิถีชีวิตปกติ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยทำนายการเกิดความเครียด โดยพบว่าผู้ที่ระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีโอกาสเกิดความเครียดสูง (Guo et al., 2021) กลุ่มที่มีค่าตอบแทนต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25,000 บาท มีคะแนนการรับรู้ความเครียดเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่มีค่าตอบแทนต่อเดือนมากกว่า 25,000 บาท ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับ Flesia และคณะ (Flesia et al., 2020) ที่ศึกษาสถานการณ์การระบาดต่อความเครียดในกลุ่มประชาชนทั่วไปของประเทศอิตาลี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อย มีความเครียดมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งจะเห็นได้ว่านอกจากการระบาดส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ แต่ยังส่งผลกระทบต่อสภาวะเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของประชาชนทุกกลุ่มด้วย บุคลากรที่มีคนในครอบครัวมีโรคประจำตัว มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดมากกว่ากลุ่มที่รายงานว่ามี อธิบายได้ว่าโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อมากขึ้นในกลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างย่อมเกิดความกังวลในความปลอดภัยและภาวะการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sharma และคณะ (Sharma K & S, 2020) ที่พบว่ากลุ่มพยาบาลมีความกังวลต่อการติดเชื้อในครอบครัว บุคลากรที่ทำงานสายการรักษาพยาบาล และกลุ่มสายสนับสนุน รับรู้ความเครียดแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มสายสนับสนุน มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มรักษาพยาบาล ผลการศึกษาสอดคล้องกับ (Kar, Kar, & Kar, 2021) พบว่าบุคลากรที่ไม่ใช่กลุ่มบริการทางการแพทย์ มีสัดส่วนของการเกิดความเครียดมากกว่า อย่างไรก็ตามผลการศึกษาแตกต่างจากงานของ Canestrari และคณะ (Canestrari et al., 2021) ที่พบว่ากลุ่มบุคลากรที่ใกล้ชิดในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย มีความเครียดในระดับมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้สัมผัส จากผลการศึกษาคั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ในกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยหรือไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง แต่การรับรู้ความเครียดสามารถได้รับ

ผลจากความสามารถในการรับมือ การเผชิญกับสถานการณ์การระบาด และผลกระทบด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาวะทางเศรษฐกิจ วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ในขณะที่กลุ่มบุคลากรที่เป็นผู้ให้บริการผู้ป่วย มีหน้าที่ปฏิบัติงานให้บริการดูแลรักษาเป็นปกติ จึงสามารถรับรู้ความเครียดได้และเผชิญความเครียดได้ดีกว่าในสถานการณ์เดียวกัน และกลุ่มที่ระบุนับจำนวนเพื่อนร่วมงานที่สามารถพูดคุยได้น้อยกว่า 3 คน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ระบุนับมากกว่า 3 คน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในสถานการณ์ต่าง ๆ การปฏิสัมพันธ์และการมีผู้สนับสนุนทางสังคมจำเป็นต่อการใช้ชีวิต การมีเพื่อนร่วมงานที่มากและหลากหลายสามารถแลกเปลี่ยนและรับรู้เรื่องราวที่เผชิญย่อมดีกว่าการไม่มีเพื่อนคอยรับฟัง ซึ่ง (Riedel, Horen, Reynolds, & Hamidian Jahromi, 2021) ระบุว่า เพื่อนคือแหล่งสนับสนุนทางสังคม ถ้ามีจำนวนน้อยเกินไปก็สามารถทำให้เครียดได้ คนที่มีเพื่อนมากและหรือเพื่อนที่คอยรับฟัง จะสามารถช่วยป้องกันความเครียดได้

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ จากผลการเปรียบเทียบคะแนนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน มีคะแนนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีคู่สมรส มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งอธิบายได้ว่าการเผชิญความเครียด บุคลากรที่มีคู่สมรสเสมือนมีพื้นที่ปลอดภัยและแรงสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ คะแนนที่สะท้อนการเผชิญความเครียดในกลุ่มนี้จึงสูงกว่า ซึ่งเทียบเคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มพยาบาลที่ยังไม่มีคู่สมรส มีคะแนนความเครียดมากกว่า ซึ่งสะท้อนถึงการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดที่แตกต่างกันด้วย (Killgore, Taylor, Cloonan, & Dailey, 2020) กลุ่มบุคลากรที่มีบุตร มีคะแนนเฉลี่ยการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีบุตร กล่าวได้ว่าภายใต้สถานการณ์การระบาด การมีบุตร หรือการมีเด็กในครอบครัวของบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจัยดังกล่าวไม่ใช่เป็นแค่แหล่งของความเครียด (Kar et al., 2021; Nie, Su, Zhang, Guan, & Li, 2020) แต่ขณะเดียวกันยังสามารถเป็นแหล่งของการผ่อนคลายความเครียดด้วย (Killgore et al., 2020) ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าเด็กคือกลุ่มเปราะบางต่อการติดเชื้อเช่นกัน ดังนั้นการมีบุตรก็สามารถทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดภาวะความเครียดได้ ดังนั้นจึงส่งผลต่อการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด และกลุ่มที่มีวันหยุดมากกว่า 8 วันต่อเดือน มีคะแนนการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีวันหยุดน้อยกว่า ซึ่งสามารถกล่าวเป็นนัยได้ว่าการที่มีวันหยุดมากกว่า คือการมีเวลาสำหรับการผ่อนคลายและเรียนรู้ปรับตัวที่จะอยู่กับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง โดยอ้างอิงคะแนนในรายชื่อของการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียด ที่บุคลากรทางการแพทย์ทำกิจกรรมดูสื่อโทรทัศน์ ใช้เวลากับคนรัก อ่านหนังสือ เล่นกับลูกหลานในครอบครัว นอกจากนี้การปฏิบัติตามมาตรการทำงานที่บ้าน (work from home) หรือการลดจำนวนวันทำงาน ทำให้มีเวลาหยุดมากขึ้น มาตรการจำกัดเวลาเดินทาง การห้ามเข้าเขตพื้นที่ต่างๆ

เพื่อจำกัดและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส ล้วนส่งผลต่อการมีกิจกรรมประจำวันที่สามารถทำได้ (Mariani et al., 2020) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องการจัดการอารมณ์ การใช้ชีวิตภายใต้ข้อจำกัด จากผลการศึกษานี้ เห็นด้วยกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่า กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมักถูกใช้ในการจัดการความเครียดในเหตุการณ์ที่ต้องรักษาระยะห่างทางสังคม (Mahgoub et al., 2021)

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงาน

ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟพบว่า บุคลากรเพศหญิง มีคะแนนภาวะหมดไฟสูงกว่าเพศชาย ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Matsuo และคณะ (Matsuo et al., 2020) และ Khasne และคณะ (Ruchira W. Khasne et al., 2020) ที่พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะหมดไฟมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อธิบายเพิ่มเติมได้ว่า เพศหญิงต้องรับผิดชอบต่องานในครอบครัวและด้วยคุณลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างจากเพศชาย จึงส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟสูงกว่าภายใต้สถานการณ์เดียวกัน กลุ่มที่มีบุตรและไม่มีบุตร มีคะแนนภาวะหมดไฟแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่มีบุตรมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า โดยใกล้เคียงกับงานศึกษาของ Jalili และคณะ (Jalili et al., 2021) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุตร มีคะแนนด้านความเหนื่อยล้าทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในสถานการณ์การระบาด การมอบหมายงาน การจัดการงานขององค์กรอาจไม่ได้คำนึงถึงการมีบุตรหรือไม่มีบุตร อีกทั้งข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จึงเป็นผลให้พบภาวะหมดไฟในกลุ่มไม่มีบุตรมากกว่า กลุ่มบุคลากรสายการรักษายาบาลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟมากกว่ากลุ่มสายสนับสนุน โดยสามารถเทียบเคียงได้กับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลให้บริการผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะประสบกับความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการและสถานการณ์การระบาดมากกว่า 5 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง (Administrative staff) ซึ่งการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงเป็นการเพิ่มความเหนื่อยล้าต่องานและความเหนื่อยล้าต่อสถานการณ์ด้วยเช่นกัน (Ruchira W. Khasne et al., 2020) และ Jalili และคณะพบว่าประเภทงานที่ทำของบุคลากร เป็นตัวกำหนดภาวะหมดไฟได้เช่นกัน (Jalili et al., 2021) และกลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟมากกว่ากลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่า ซึ่งผลการศึกษาสามารถเทียบเคียงกับผลที่ผ่านมาของ Matsuo และคณะ (Matsuo et al., 2020) ที่พบว่า จำนวนวันที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ การมีวันหยุดต่อเดือนที่น้อยกว่า ส่งผลต่อภาวะหมดไฟ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการใช้เวลาอยู่กับภาระงานที่แตกต่างกัน ยิ่งชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้นยิ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟ (Alsulimani et al., 2021) โดยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นสิ่งที่ยังท้าทายในการปฏิบัติงาน และสามารถเกิดความกังวลและเครียดได้ จึงเป็นส่วนหนึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟทั้งทางกายและทางอารมณ์ด้วย และกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับแตกต่างกันมีคะแนนภาวะหมดไฟแตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีชั่วโมงการนอนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง มีคะแนนภาวะหมดไฟมากกว่า ซึ่งเป็นไปตามข้อเท็จจริงที่ว่าคุณภาพการนอนหลับสามารถลดหรือป้องกันการเกิดภาวะการ

หมดไฟได้ (Leo et al., 2021) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Alsulimani et al., 2021) ที่พบว่า ชั่วโมงการนอนหลับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์

จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบหลายขั้นตอน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ จำนวนเพื่อนร่วมงาน ระดับการศึกษา และการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว อภิปรายได้ว่า จำนวนเพื่อนร่วมงาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการรับรู้ความเครียด ซึ่งในการปฏิบัติงานหากบุคคลไม่มีสมาชิกที่สามารถพูดคุย หรือร่วมกันเผชิญเรื่องราวต่างๆ ในสถานการณ์เดียวกัน ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดคนที่เข้าใจในสิ่งกำลังเผชิญ และนำไปสู่การรับรู้ความเครียดได้มากกว่า และโดยเฉพาะสถานการณ์การระบาดที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และรูปแบบการปฏิบัติงานที่ต้องเข้มงวดในมาตรฐานการปฏิบัติงาน รวมถึงหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หากมีเพื่อนร่วมงานจำนวนมาก จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถผ่อนคลายและไม่รู้สึกถึงการอยู่ภายใต้สถานการณ์เพียงลำพัง ย่อมมีกำลังใจในการทำงานที่มากขึ้น ตัวแปรระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายการเกิดความรู้สึกเครียดได้ โดยที่กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีคะแนนการรับรู้ความเครียดลดลง ซึ่งอธิบายได้ว่า ระดับการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับตำแหน่งงาน และลักษณะงาน จากสถานการณ์การระบาดที่ต้องกำหนดบุคลากรในการปฏิบัติงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นระดับปฏิบัติการ และมีจำนวนหนึ่งที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งการเกิดความรู้สึกที่มากกว่า อาจเกิดจากขาดความรู้ในเชิงวิชาชีพ ความไม่มั่นใจต่อการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาด ซึ่งตรงข้ามกับผลการศึกษาของ (Almegewly et al, 2022) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายการเกิดความรู้สึกเครียดได้ การเจ็บป่วยของคนในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สามารถส่งผลต่อการรับรู้ความเครียดได้ เนื่องจากโดยปกติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัวสามารถส่งผลต่อความกังวลแก่สมาชิกในครอบครัวได้อยู่แล้ว ยิ่งเมื่ออยู่ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 บุคลากรทางการแพทย์จึงรับรู้ถึงความเสี่ยงที่อาจกระทบต่อสุขภาพของคนในครอบครัวมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ดังเช่นการศึกษาของ (Cui et al., 2021) ที่พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวมีผลต่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่ทำนายการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดในการศึกษาคั้งนี้ มีเพียงปัจจัยเดียว คือ การมีบุตร ซึ่งสอดคล้องตามผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าบุคลากรพยาบาลที่มีบุตรจะมีคะแนนการใช้กลยุทธ์เผชิญความเครียดแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีบุตร (Dolic, Anticevic, Dolic, & Pogorelic, 2022) ทั้งนี้แม้ว่าการศึกษาคั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มบุคลากรที่มีบุตร ระบุคะแนนกลยุทธ์การเผชิญความเครียดมากกว่า อธิบายได้โดยพิจารณาจากการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะหลีกเลี่ยงประเด็นความเครียดโดยการทำกิจกรรมอื่นๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มที่มีบุตร สามารถเลือกใช้กลยุทธ์การหลีกเลี่ยงปัญหาหรือความเครียดจากสถานการณ์ระบาด โดยใช้เวลาหรือทำกิจกรรมร่วมกับบุตรของตนเองได้ เพื่อเป็นการ

ผ่อนคลายความเครียดในอีกรูปแบบ ซึ่งการมีบุตรเปรียบเหมือนการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเช่นกัน (Franco & Levi, 2020) อย่างไรก็ตามในอีกมุมมองหนึ่งการมีบุตร สามารถเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดได้ เนื่องจากในสถานการณ์การระบาด เด็กมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและสามารถมีอาการรุนแรงได้ ดังนั้นบุคลากรที่มีบุตรจึงสามารถเกิดความกังวลในบุตรหลานของตนเอง ประกอบกับการที่ต้องปฏิบัติงานท่ามกลางการระบาด มาตรการรักษาระยะห่าง ความกังวลในเรื่องการเรียน สุขภาพของเด็ก อาจทำให้เกิดความเครียดและจำเป็นต้องเลือกใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการเผชิญความเครียดให้เหมาะสม

การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน มีปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนาย ได้แก่ ชั่วโมงการนอนหลับเฉลี่ยต่อวัน เพศหญิง และชั่วโมงการทำงานต่อวัน อธิบายได้ว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และส่งผลต่อการนอนหลับอันเกี่ยวเนื่องจากชั่วโมงการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะการระบาดที่ยังไม่คงที่ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับความกังวล ความเครียดสะสม เพราะการศึกษานี้ ดำเนินการในช่วงการระบาดที่ผ่านระลอกแรกมา ซึ่งนำมาสู่จำนวนชั่วโมงการนอนหลับที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับและเกี่ยวเนื่องกับภาวะหมดไฟได้ โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Alsulimani et al., 2021) และ (Matsuo et al., 2020) ระบุว่าชั่วโมงการนอนหลับมีความเชื่อมโยงต่อการเกิดภาวะการหมดไฟในงาน โดยเฉพาะด้านความเหนื่อยล้าต่อสถานการณ์ สำหรับตัวแปรเพศมีผลต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยที่เพศหญิงมีแนวโน้มต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าเพศชาย (Matsuo et al., 2020) Ruchira W. Khasne et al., 2020) Jallili et al., 2021 อธิบายได้ว่าด้วยความแข็งแรงทางร่างกาย และการมองสถานการณ์ที่ต่างกับเพศชาย และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเพศหญิง ที่นอกเหนือจากการทำงาน คือบทบาทของการเป็นแม่ และภรรยา การรับผิดชอบหน้าที่ในงานและครอบครัวยังเป็นไปตามปกติ แม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์การระบาดก็ตาม และบุคลากรส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถาม อยู่ในบทบาทหน้าที่ดูแลผู้รับบริการทั้งที่ป่วยด้วยโรคต่างๆ และรวมถึงโรคโควิด-19 ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่การศึกษานี้เพศหญิงมีภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าเพศชาย ในด้านชั่วโมงการทำงาน นับว่าเป็นอีกตัวแปรที่สำคัญต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งบุคลากรที่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน แสดงให้เห็นว่าต้องรับผิดชอบต่อภาระงานต่างๆ เพิ่มขึ้นไปด้วย (มนัสพงษ์ มาลา, 2563) และการอยู่กับสถานการณ์เดิมๆ ปฏิบัติซ้ำๆ ประกอบกับการที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงในระหว่างการทำงาน ปริมาณงานมากที่มีความซับซ้อนที่ต้องทำงานให้เสร็จภายในเวลาที่รอไม่ได้ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทหน้าที่แตกต่างจากการทำงานอื่น เพราะต้องให้ความสำคัญต่อชีวิตและภาวะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ย่อมเกิดความกดดันในงานได้ และนำมาสู่การเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดภาวะการหมดไฟในงานได้ (ทิพรัตน์ บำรุงพนิชถาวร, 2564)

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการแบบภาคตัดขวาง ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งรูปแบบสำรวจออนไลน์และแจกแบบสอบถามในบุคลากรบางส่วนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง โดยการตอบแบบสอบถามพิจารณาจากความสะดวกในการเข้าถึงการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลที่แตกต่างกันจากความแตกต่างของวิธีการที่ได้มาซึ่งข้อมูล
2. การศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ร่วมตอบแบบสอบถาม และสะท้อนสิ่งที่สนใจศึกษาครั้งนี้มากที่สุด ดังนั้นตามหลักการ ผลการศึกษาอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในภาคส่วนอื่น ๆ ได้
3. เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item – Objective Congruence :IOC) แต่ไม่ได้ดำเนินการด้วยการหาค่าการหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index :CVI)
4. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาผลกระทบเชิงสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 อาทิ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความเหนื่อยล้า (Fatigue) และโดยเฉพาะการศึกษาความเครียดในงาน รวมถึงความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยที่พบและการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางการแพทย์มีการรับรู้ความเครียดในระดับปานกลาง การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนทางสังคม นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้รู้เท่าทันถึงสภาพจิตใจของบุคลากรต่อสถานการณ์การระบาด โรงพยาบาลควรมีกิจกรรมการสำรวจภาวะสุขภาพจิตเป็นระยะ ทั้งที่เป็นการใช้แบบประเมิน หรือการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แสดงความคิดเห็น ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถรับรู้ถึงประเด็นที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลไปสู่การจัดกิจกรรมที่ลดความเครียดได้

1.2 บุคลากรทางการแพทย์มีการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบททั้งภายในและภายนอกของแต่ละคน ซึ่งกลยุทธ์ที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้มากที่สุดคือกลยุทธ์การเผชิญปัญหา อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์การคิดเชิงบวกและการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมก็จำเป็นเช่นกัน ดังนั้นโรงพยาบาลควรสร้างบรรยากาศต่าง ๆ โดยรูปแบบที่สามารถดำเนินการในระดับหน่วยงานหรือทั้ง

โรงพยาบาล เช่นกิจกรรมส่งต่อความห่วงใย ผ่านการจัดเวทีให้บุคลากรใช้เป็นพื้นที่ส่งต่อกำลังใจ แลกเปลี่ยนวิธีการเผชิญความเครียดซึ่งกันและกัน การสร้างบอร์ด stress free หรือ กิจกรรม Buddy-Budder เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายจากสถานการณ์

1.3 โรงพยาบาลควรกำหนดค่าตอบแทนพิเศษ หรือสิ่งจูงใจทางบวก เพื่อเสริมพลังต่อบุคลากร จากการปฏิบัติงานในช่วงการระบาด ซึ่งมีความสำคัญต่อความรู้สึกที่มีต่องาน ซึ่งสามารถนำไปสู่การลด ความรู้สึกตึงเครียด จากการทุ่มเทในงานได้ โดยข้อค้นพบบุคลากรสายสนับสนุนรู้สึกเครียดมากกว่าทั้ง สายการรักษายาบาล ดังนั้นการบริหารจัดการค่าตอบแทน สามารถเป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมกำลังใจได้

1.4 ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรมีคะแนนในด้านความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการ/สถานการณ์การ ระบาดมากที่สุด การบริหารจัดการในเชิงอัตรากำลังและช่วงเวลาการปฏิบัติงานที่เหมาะสม สอดคล้องกับ จำนวนผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับระดับบริหารในการเสริมแรงทางบวกเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟ ในการปฏิบัติงานระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งกิจกรรมที่สามารถดำเนินการเพื่อลดความเหนื่อย ล้า คือกำหนดการหมุนเวียนงาน และชั่วโมงการทำงานที่ไม่ยาวนานเกินไป การสร้างพื้นที่ผ่อนคลาย การ มอบสิทธิพิเศษต่างๆ ที่จะเสริมกำลังใจทางบวก

1.5 เนื่องจากพบว่า บุคลากรสายการรักษายาบาลเกิดภาวะหมดไฟในงานมากกว่าสาย สนับสนุน อาจด้วยภาระงานที่แตกต่างกันในสถานการณ์การระบาด โรงพยาบาลควรการเพิ่มแรง สนับสนุนโดยให้บุคลากรสายสนับสนุน สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในส่วนที่แบ่งเบาภาระงานของสายการ รักษาพยาบาล ซึ่งอาจจะทำการอบรมพิเศษในหน้าที่ต่าง ๆ ที่อยู่ในขอบเขตที่สามารถปฏิบัติได้ และมี ค่าตอบแทนพิเศษเป็นแรงจูงใจ อาจจะสามารถใช้เป็นแนวทางเพิ่มจำนวนบุคลากรในงานบริการผู้ช่วย ช่วยลดความเหนื่อยล้าของบุคลากรสายการรักษายาบาลได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรดำเนินการศึกษาด้วยรูปแบบการศึกษาเชิงผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (Mixed-Method Study)

2.สามารถดำเนินการศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาคเอกชน เพื่อสะท้อนความแตกต่างผลกระทบเชิงสุขภาพจิต ภายใต้บริบทองค์กรที่แตกต่างกัน

3.เพิ่มเติมการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความเครียด การใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟ ที่ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับบริบทของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

4. ศึกษาความเครียด ที่มีความเฉพาะเจาะจงโดยใช้แนวคิดความเครียดในงาน เพื่อให้สามารถ ประเมินความรู้สึกเครียดที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในสถานการณ์ต่างๆ ได้ชัดเจนมากขึ้น

5. หากดำเนินการเก็บข้อมูลในสถานการณ์ปกติที่ไม่มีเหตุการณ์เกิดโรคระบาด ควรดำเนินการสุ่ม ตัวอย่างเพื่อให้ได้ตัวแทนที่ดีของประชากรที่ศึกษามากขึ้น

บรรณานุกรม

- กมลพร วรณฤทธิ. (2560). ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome). สืบค้นจาก http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=898
- กรมควบคุมโรค. (2564). จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่สะสม สถานการณ์ในประเทศไทย. [เว็บเพจ]. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome). [เว็บเพจ]. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2270>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2565. แบบประเมินความเครียด ST-5. สืบค้นจาก <https://env.anamai.moph.go.th/th/cms-of-87/download/?did=191892&id=37464&reload=>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2564. *เครียด...คลายเครียด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
- คณิน จินตนาปราโมทย์ และ พรชัย สิทธิศรีธัญกุล. (2562, สิงหาคม). สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงาน และการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพแพทย์. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 26(2), 112-123.
- ทิพรัตน์ บำรุงพนิชถาวร. (2564). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี
- นาคยา สุวรรณจันทร์. (2560). *การศึกษาคความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 11*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี
- นิตยา เพ็ญศิริธินภา. (2564, กันยายน – ธันวาคม). ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด. *วารสารสภากาชาดสุขภาพชุมชน*. 3 (3), 1-16.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2557). การกำหนดตัวอย่างตามแนวทาง Krejci and Morgan (1970) ในการวิจัยเชิงปริมาณ. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์*, 112-120. Retrieved from https://arts.kmutnb.ac.th/file_article/1442473417.pdf
- มนัสพงษ์ มาลา. (2563). ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ ๔. สืบค้นจาก <https://do4.hss.moph.go.th/images/63/02/.pdf>
- วนรัตน์ สิงใส. (2555). *การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วรลักษณ์ ผ่องสุขสวัสดิ์. (2565). ผลกระทบของความเครียด. สืบค้นจาก
<https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2521>
- สิมาพร พรหมสาร ปิยะณัฐ พรหมสาร และ กนกวรรณ รัตนแสงเลิศ (2564). ความเครียดและภาวะหมดไฟ
 ในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลศิริราชระหว่างการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค
 ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. เวชสารแพทย์ทหารบก, 197-204. Retrieved from
<https://he02.tcithaijo.org/index.php/rtamedj/article/download/248152/172490/914648>
- สำนักสุขภาพจิตสังคม. (2555). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). สืบค้นจาก
<https://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=345>
- ศรีสกุล เขียวแหลม และ เพ็ญญาแดง ต่อมยุทธ์. (2562, พฤษภาคม - สิงหาคม). ภาวะหมดไฟในการ
 ทำงาน. แพทยสารทหารอากาศ. 65(2), 44-54.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: ตำนานสุขภาพการพิมพ์.
- Ali, H., Cole, A., Ahmed, A., Hamasha, S. d., & Panos, G. (2020). Major Stressors and Coping
 Strategies of Frontline Nursing Staff During the Outbreak of Coronavirus Disease
 2020 (COVID-19) in Alabama. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 13, 2057-
 2068. doi:10.2147/JMDH.S285933
- Almegewly, W., Alhejji, A., Alotaibi, L., Almalki, M., Alanezi, M., Almotiri, A., . . . Albarakah,
 A.(2022). Perceived stress and resilience levels during the COVID-19 pandemic
 among critical care nurses in Saudi Arabia: a correlational cross-sectional study.
PeerJ, 10, e13164. doi:10.7717/peerj.13164
- Alsulimani, L. K., Farhat, A. M., Borah, R. A., AlKhalifah, J. A., Alyaseen, S. M., Alghamdi, S.
 M., & Bajnaid, M. J. (2021). Health care worker burnout during the COVID-19
 pandemic: A cross-sectional survey study in Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 42(3), 306-
 314. doi:10.15537/smj.2021.42.3.20200812
- Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., . . .
 Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived
 stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*,
 293, 113366. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., & Boyer, L. (2017). Assessment of coping: a new french four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health Qual Life Outcomes*, 15(1), 8. doi:10.1186/s12955-016-0581-9
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). 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. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171-e924171. doi:10.12659/MSM.924171
- Canestrari, C., Bongelli, R., Fermani, A., Riccioni, I., Bertolazzi, A., Muzi, M., & Burro, R. (2021). Coronavirus Disease Stress Among Italian Healthcare Workers: The Role of Coping Humor. *Frontiers in Psychology*, 11(3962). doi:10.3389/fpsyg.2020.601574
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annu Rev Psychol*, 61, 679-704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56(2), 267-283. doi:10.1037//0022-3514.56.2.267
- Cheaplamp., S., & Dangdomyouth., P. (2019). Burnout Syndrome. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 65(2), 44-52.
- Center for Disease Control and Prevention. (2021). Coping with Stress. Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>.
- Chua, S. E., Cheung, V., Cheung, C., McAlonan, G. M., Wong, J. W., Cheung, E. P., . . . Tsang, K. W. (2004). Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *Can J Psychiatry*, 49(6), 391-393. doi:10.1177/070674370404900609
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24(4), 385-396.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Cortina-Rodríguez, G., & Afanador, Y. (2020). Burnout in the Clinical Personnel of Puerto Rico during the COVID-19 Pandemic. Preprints 2020.
doi:10.20944/preprints202007.0451.v1
- Cui, S., Jiang, Y., Shi, Q., Zhang, L., Kong, D., Qian, M., & Chu, J. (2021). Impact of COVID-19 on Anxiety, Stress, and Coping Styles in Nurses in Emergency Departments and Fever Clinics: A Cross-Sectional Survey. *Risk management and healthcare policy*, 14, 585-594. doi:10.2147/RMHP.S289782
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Trojanowski, L., & Rea, M. (2017). The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC medical education*, 17(1), 195-195. doi:10.1186/s12909-017-1040-y
- Dolic, M., Anticevic, V., Dolic, K., & Pogorelic, Z. (2022). The Impact of Sociodemographic Characteristics on Coping Strategies Used by Nurses Working at COVID and Non-COVID Hospital Departments during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*, 10(6). doi:10.3390/healthcare10061144
- Du, J., Dong, L., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L., . . . Li, X. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *General hospital psychiatry*, 67, 144-145.
doi:10.1016/j.genhosppsy.2020.03.011
- Eisenberg, S. A., Shen, B.-J., Schwarz, E. R., & Mallon, S. (2012). Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(3), 253-261. doi:10.1007/s10865-011-9358-0
- Flesia, L., Monaro, M., Mazza, C., Fietta, V., Colicino, E., Segatto, B., & Roma, P. (2020). Predicting Perceived Stress Related to the Covid-19 Outbreak through Stable Psychological Traits and Machine Learning Models. *J Clin Med*, 9(10).
doi:10.3390/jcm9103350
- Franco, J. A., & Levi, P. L. A. (2020). Feelings, Stress, and Adaptation Strategies of Nurses against COVID-19 in Guayaquil. *Invest Educ Enferm*, 38(3).
doi:10.17533/udea.iee.v38n3e07

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Guo, W. P., Min, Q., Gu, W. W., Yu, L., Xiao, X., Yi, W. B., . . . Shi, W. Y. (2021). Prevalence of mental health problems in frontline healthcare workers after the first outbreak of COVID-19 in China: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 19(1), 103. doi:10.1186/s12955-021-01743-7
- Jalili, M., Niroomand, M., Hadavand, F., Zeinali, K., & Fotouhi, A. (2021). Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Int Arch Occup Environ Health*. doi:10.1007/s00420-021-01695-x
- Kar, N., Kar, B., & Kar, S. (2021). Stress and coping during COVID-19 pandemic: Result of an online survey. *Psychiatry Res*, 295, 113598. doi:10.1016/j.psychres.2020.113598
- Khasne, R. W., Dhakulkar, B. S., Mahajan, H. C., & Kulkarni, A. P. (2020). Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. *Indian J Crit Care Med*, 24(8), 664-671. doi:10.5005/jp-journals-10071-23518
- Khasne, R. W., Dhakulkar, B. S., Mahajan, H. C., & Kulkarni, A. P. (2020). Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. *Indian journal of critical care medicine : peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(8), 664-671. doi:10.5005/jp-journals-10071-23518
- Killgore, W. D. S., Taylor, E. C., Cloonan, S. A., & Dailey, N. S. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry research*, 291, 113216-113216. doi:10.1016/j.psychres.2020.113216
- Koh, D. (2020). Occupational risks for COVID-19 infection. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 70(1), 3-5. doi:10.1093/occmed/kqaa036
- Lazarus M, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A.-R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 123-127. doi:https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Lee, S. Y., Chiang, K. J., Tsai, Y. J., Lin, C. K., Wang, Y. J., Chiou, C. P., & Pan, H. H. (2022). Perceived Stress and Coping Behavior of Nurses Caring for Critical Patients with COVID-19 Outbreak in Taiwan: A Mixed-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health*, 19(7). doi:10.3390/ijerph19074258
- Leo, C. G., Sabina, S., Tumolo, M. R., Bodini, A., Ponzini, G., Sabato, E., & Mincarone, P. (2021). Burnout Among Healthcare Workers in the COVID 19 Era: A Review of the Existing Literature. *Front Public Health*, 9, 750529. doi:10.3389/fpubh.2021.750529
- Lin, M., Beliaevsky, A., Katz, K., Powis, J. E., Ng, W., Williams, V., . . . Leis, J. A. (2020). What can early Canadian experience screening for COVID-19 teach us about how to prepare for a pandemic? *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 192(12), E314-E318. doi:10.1503/cmaj.200305
- Mahgoub, I. M., Abdelrahman, A., Abdallah, T. A., Mohamed Ahmed, K. A. H., Omer, M. E. A., Abdelrahman, E., & Salih, Z. M. A. (2021). Psychological effects of the COVID-19 pandemic: Perceived stress, anxiety, work-family imbalance, and coping strategies among healthcare professionals in Khartoum state hospitals, Sudan, 2021. *Brain Behav*, 11(8), e2318. doi:10.1002/brb3.2318
- Mariani, R., Renzi, A., Di Trani, M., Trabucchi, G., Danskin, K., & Tambelli, R. (2020). The Impact of Coping Strategies and Perceived Family Support on Depressive and Anxious Symptomatology During the Coronavirus Pandemic (COVID-19) Lockdown. *Front Psychiatry*, 11, 587724. doi:10.3389/fpsyt.2020.587724
- Maslach C, Jackson S, Leiter M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. CPP. Inc., and Davies-Black, Mountain View, CA
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(2), 103-111. doi:10.1002/wps.20311
- Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., & Fukui, T. (2020). Prevalence of Health Care Worker Burnout During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Japan. *JAMA network open*, 3(8), e2017271-e2017271. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.17271

บรรณานุกรม (ต่อ)

- McEwen, B. S. (2017). *Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress*. Chronic Stress (Thousand Oaks), 1. doi:10.1177/2470547017692328
- Monzani, D., Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Cappelletti, E., & Pancani, L. (2015). The Situational Version of the Brief COPE: Dimensionality and Relationships With Goal-Related Variables. *Eur J Psychol*, 11(2), 295-310. doi:10.5964/ejop.v11i2.935
- Nie, A., Su, X., Zhang, S., Guan, W., & Li, J. (2020). Psychological impact of COVID-19 outbreak on frontline nurses: A cross-sectional survey study. *Journal of clinical nursing*, 29(21-22), 4217-4226. doi:10.1111/jocn.15454
- Numsang, T., & Tantrarungroj, T. (2018). Validity and Reliability of the Brief COPE Inventory: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 63(2), 189-198. Retrieved from <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JPAT/article/view/131529>.
- Phuekphan, P., Aunguroch, Y., Yunibhand, J., & Chan, S. W.-C. (2016). Psychometric Properties of the Thai Version of Copenhagen Burnout Inventory (T-CBI) in Thai Nurse. *J Health Res*, 30(2), 135-142. doi:10.14456/jhr.2016.19
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185. doi:10.1016/j.jvb.2010.04.006
- Riedel, B., Horen, S. R., Reynolds, A., & Hamidian Jahromi, A. (2021). Mental Health Disorders in Nurses During the COVID-19 Pandemic: Implications and Coping Strategies. *Front Public Health*, 9, 707358. doi:10.3389/fpubh.2021.707358
- Sangsirilak, A., & Sangsirilak, S. (2020). Stress and Depressed Mood in Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 65(4), 401-408. Retrieved from http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/65-4/65-4-07_Akekalak.pdf
- Selye H. Stress and inflammation. In: Selye H, editor. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill; 1976. p.129-44.
- Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., West, C. P., & Sinsky, C. A. (2016). Potential Impact of Burnout on the US Physician Workforce. *Mayo Clin Proc*, 91(11), 1667-1668. doi:10.1016/j.mayocp.2016.08.016

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Sharma K, J. A., Poudyal S, Khatiwada K, Dhakal, & S, N. H. (2020). Emotions and coping strategies of health care workers working in different hospitals of Chitwan during COVID-19 pandemic. *Journal of Chitwan Medical College*, 10(34), 9-15.
- Tahara, M., Mashizume, Y., & Takahashi, K. (2020). Coping Mechanisms: Exploring Strategies Utilized by Japanese Healthcare Workers to Reduce Stress and Improve Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 131. doi:10.3390/ijerph18010131
- Tan, B. Y. Q., Kanneganti, A., Lim, L. J. H., Tan, M., Chua, Y. X., Tan, L., . . . Ooi, S. B. S. (2020). Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*, 21(12), 1751-1758 e1755. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.035
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial medicine*, 4, 6-6. doi:10.1186/1751-0759-4-6
- World Health Organization. (2020). WHO Announces COVID-19 Outbreak a Pandemic. Retrieved from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic?>
- World Health Organization. (2020). Impact of COVID-19 on people's livelihoods, their health and our food systems. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/13-10-2020-impact-of-covid-19-on-people's-livelihoods-their-health-and-our-food-systems>.
- World Health Organization. (2019). *Coping with stress during the 2019-nCoV outbreak*. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/coping-with-stress.pdf>
- World Health Organization. (2019). Burnout. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
- Worldometer. (2021). COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC. Retrieved from <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

ภาคผนวก

ก แบบสอบถาม

แบบสอบถามการศึกษาวิจัย

เรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์
ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร ท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

แบบสอบถามประกอบด้วยชุดข้อคำถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 คำถามปัจจัยด้านงาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดความเครียด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน

ส่วนที่ 1 คำถามปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุปี

3. ระดับการศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก

4. ค่าตอบแทน (บาทต่อเดือน)

≤ 15,000 15,001-20,000 20,001-25,000

25,001-30,000 30,001 ขึ้นไป

5. สถานภาพสมรส โสด แต่งงาน หย่า/หม้าย/ แยกกันอยู่

6. จำนวนบุตร ไม่มี มี

7. การมีโรคประจำตัว ไม่มี มี

8. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของคนในครอบครัว ไม่มี มี

9. ลักษณะที่พักอาศัย บ้าน คอนโด/ห้องเช่า ที่พักของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 คำถามปัจจัยเกี่ยวกับงาน

1. กลุ่มงาน
 - กลุ่มสายการรักษาพยาบาล
 - กลุ่มสนับสนุน
2. ประสบการณ์การทำงาน < 1 ปี 1-5 ปี 6-10 ปี >10 ปี
3. จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน (ระบุจำนวนเต็ม)ชั่วโมง
4. จำนวนวันหยุดต่อเดือน (ระบุจำนวนเต็ม)วัน
5. จำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน (ระบุจำนวนเต็ม)ชั่วโมง
6. จำนวนเพื่อนร่วมงานในแผนก คน
7. ประสบการณ์การกักตัว ไม่เคย เคย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

คำแนะนำ: ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านในช่วงเวลาการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โปรดทำ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

เกณฑ์คะแนน

ไม่เลย	0 คะแนน
แทบจะไม่มี	1 คะแนน
มีบางครั้ง	2 คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	3 คะแนน
บ่อยมาก	4 คะแนน

คำถาม	ไม่เลย	แทบจะไม่มี	มีบางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยมาก
1. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เพราะมีสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด					
2. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมเรื่องสำคัญ ๆ ในชีวิตของท่านได้					
3. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย และตึงเครียด					
4. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกมั่นใจใน					

คำถาม	ไม่เลย	แทบจะไม่มี	มีบางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยมาก
ความสามารถของตนเองที่จะรับมือกับปัญหาส่วนตัวทั้งหลายได้					
5. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่สิ่งทั้งหลายเป็นไปในทิศทางที่ท่านต้องการ					
6. บ่อยแค่ไหนที่ ท่านรู้สึกว่ไม่สามารถจัดการแกไขกับสิ่งต่างๆที่ท่านเคยมีประสบการณ์ทำได้					
7. บ่อยแค่ไหนที่ ท่านรู้สึกว่สามารถควบคุมสิ่งทั้งหลายที่มากวนใจได้					
8. บ่อยแค่ไหนที่ ท่านรู้สึกว่ท่านควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้					
9. บ่อยแค่ไหนที่ ท่านโกรธอันเนื่องมาจากสิ่งทีนอกเหนือการควบคุมของท่าน					
10. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ปัญหาต่าง ๆ ทั้บถมมากขึ้นจนท่านไม่สามารถแกไขได้หมด					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามกลยุทธ์การรับมือกับความเครียด

ขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินการรับมือกับความเครียด โดยเฉพาะในช่วงเวลาการระบาดของโรคโควิด 19

เกณฑ์คะแนน

ไม่ได้ทำเช่นนี้เลย	1 คะแนน
ได้ทำเช่นนี้เล็กน้อย	2 คะแนน
ได้ทำเช่นนี้ปานกลาง	3 คะแนน
ได้ทำเช่นนี้อย่างมาก	4 คะแนน

คำถาม	ไม่ได้ทำ เช่นนี้เลย	ได้ทำ เช่นนี้ เล็กน้อย	ได้ทำ เช่นนี้ปาน กลาง	ได้ทำเช่นนี้ อย่างมาก
กลยุทธ์การสนับสนุนทางสังคม				
1.คุณจะมีมองหาคนรอบข้างคอยปลอบโยนและเข้าใจ ในสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่				
2.เมื่อเกิดความเครียดคุณจะมีขอรับการช่วยเหลือและ คำแนะนำจากคนรอบข้าง				
3. เมื่อมีความเครียด คุณใช้วิธีระบายออกไป เพื่อให้ ความรู้สึกไม่ดีหายไป				
4.เมื่อมีปัญหาคุณได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ความรู้สึกจากคนรอบข้าง				
5. คุณพยายามขอคำแนะนำ การช่วยเหลือจากคน รอบข้างในสิ่งที่ต้องทำ				
6. เวลาที่มีความเครียด คุณแสดงความรู้สึกที่ไม่ดี ออกมาได้				
7. คุณสวดมนต์ หรือนั่งสมาธิ เมื่อเจอกับปัญหา				
8. คุณมองหาความสงบ ความสบายใจโดยอาศัย ความเชื่อความศรัทธาในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ				
กลยุทธ์การแก้ปัญหา				
9. คุณลงมือทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ผ่านพ้นสิ่งที่กำลัง เผชิญอยู่ไปได้				
10.คุณพยายามเอาใจใส่กับการทำเรื่องต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่				
11.คุณพยายามคิดหาวิธีการที่ดีเพื่อให้เผชิญกับ ปัญหา สถานการณ์ต่างๆได้				
12.คุณคิดคำนึงอย่างมากในสิ่งที่ต้องทำที่จะเกิดขึ้น				
กลยุทธ์การหลีกเลี่ยง				
13. เมื่อมีปัญหา เครียด คุณใช้เหล้า เบียร์ หรือกัญชา นอนหลับ ยาลดความเครียด เพื่อช่วยให้ผ่านพ้น ปัญหาไปได้				

14. เมื่อมีปัญหา เครียด คุณใช้เหล้า เบียร์ หรือกัญยานอนหลับ ยาลดความเครียด เพื่อช่วยให้รู้สึกดีขึ้น				
15. เมื่อมีปัญหา เครียดคุณวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง				
16. คุณรู้สึกว่า สถานการณ์ที่เป็นอยู่ขณะนี้ เป็นความผิดของตนเอง				
17. คุณไม่ยอมรับกับเหตุการณ์หรือปัญหาต่างๆที่ประสบพบเจอในขณะนี้				
18. คุณบอกตัวเองว่า ปัญหา สถานการณ์ที่เจอไม่ใช่เรื่องจริง				
19. คุณหากิจกรรมต่างๆ ทำ เช่นดูหนัง ดูทีวี ซ้อปบั้งๆ เพื่อให้คิดเกี่ยวกับปัญหาที่เจอน้อยลง				
20. คุณล้มเลิกความพยายามที่จะรับมือกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น				
21. เมื่อเมื่อมีปัญหา เครียด คุณหันไปทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากรื่องราวนั้น				
22. คุณล้มเลิกความพยายามที่จะจัดการกับปัญหานั้น				
กลยุทธ์การคิดเชิงบวก				
23. คุณมองปัญหา สถานการณ์ความเครียดที่มีเป็นเป็นโอกาสเรียนรู้				
24. คุณทำให้ปัญหา สถานการณ์ความเครียดเป็นเรื่องที่มีทางออก และสามารถผ่านพ้นไปได้				
25. คุณเรียนรู้ที่จะอยู่กับปัญหา สถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้ได้				
26. คุณยอมรับความเป็นจริงในเรื่องราว สถานการณ์ที่เกิดขึ้น				
27. คุณพยายามมองสถานการณ์ในแงุ่มที่ต่างออกไปให้เป็นเรื่องที่ดีมากกว่าไม่ดี				
28. คุณมองหาข้อดีที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ ปัญหาที่กำลังพบเจอ				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน ในระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด

19

เกณฑ์คะแนน

ไม่เคย/แทบไม่เคย	0 คะแนน
รู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง	1 คะแนน
รู้สึกเช่นนั้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	2 คะแนน
รู้สึกเช่นนั้น 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์	3 คะแนน
เช่นนั้นเกือบทุกวัน	4 คะแนน

คำถาม	ไม่เคย/ แทบไม่ เคย	รู้สึกเช่นนั้น เดือนละ 2- 3 ครั้ง	รู้สึกเช่นนั้น 1-2 ครั้งต่อ สัปดาห์	รู้สึกเช่นนั้น 3-5 ครั้งต่อ สัปดาห์	รู้สึก เช่นนั้น เกือบทุก วัน
ด้านความเหนื่อยล้าส่วนบุคคล					
1.คุณรู้สึกว่าร่างกายเหนื่อยล้าหมดแรง					
2.คุณรู้สึกเกิดความเหนื่อยหน่ายทาง อารมณ์					
3.คุณรู้สึก “ฉันทนไม่ไหวแล้ว”					
4. คุณรู้สึกร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วยง่าย					
5. คุณรู้สึกเหนื่อยล้ามากที่สุดมากกว่า ที่เคย					
ด้านความเหนื่อยล้าในงาน					
6. คุณรู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อนึกถึงงานที่จะ เกิดขึ้น					
7.คุณรู้สึกว่าทุกชั่วโมงปฏิบัติงานเป็น ความเหนื่อยล้า					
8.ในเวลาที่ได้พัก คุณมีเวลาเพียงพอ ให้กับครอบครัว/เพื่อน					
9.คุณรู้สึกว่างานของคุณเป็นสิ่งที่ทำให้ มีอารมณ์เหนื่อยหน่าย					
10. งานที่ทำอยู่ทำให้คุณหมดหวัง					

หมดกำลังใจ					
11.งานทำให้คุณรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งกายและใจ					
ความเหนื่อยล้าจากผู้รับบริการ/ สถานการณ์การระบาด					
12. คุณรู้สึกว่ายากมากที่จะปฏิบัติงานได้ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19					
13. คุณต้องใช้พลังร่างกาย แรงใจ ความคิดมากขึ้นในการทำงานในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19					
14. คุณเห็นว่ามีความสำเร็จเกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19					
15.คุณรู้สึกถึงการให้มากกว่าสิ่งที่ได้รับกลับมาในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19					
16. คุณรู้สึกล้าแล ไม่สนใจในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19					
17.คุณรู้สึกหดหู่จากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19					
18.คุณรู้สึกเหนื่อยกับการปฏิบัติงานกับผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19					
19.คุณไม่แน่ใจว่าจะสามารถปฏิบัติงานได้อีกนานแค่ไหนในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19					

ข ประวัตีย่อยผู้วิจัย

ประวัตีย่อยผู้วิจัย

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ-นามสกุล

ดร.ภัทรพร ยุกุลพันธ์

ประวัติการศึกษา

วท.บ. (การบริหารโรงพยาบาล) เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล

ส.ด. (สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 0-2312-6300 ต่อ 1174

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล

ดร.เจษฎา คุณโน

ประวัติการศึกษา

วท.บ. (ชีวเคมี) มหาวิทยาลัยบูรพา

วท.ม. (ชีวเคมี) มหาวิทยาลัยมหิดล

ส.ด. (สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ

ภาควิชาวิทยาการวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

โทรศัพท์ 02-244-3522