ภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี

ปัญญ์ชัจจ์ พรหมนุรักษ์*
**กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุทัยธานี*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามระดับความรู้สึกเครียดต่อปัจจัยพื้นฐานด้านต่างๆ ที่มีผลต่อความเครียดในปัจจุบัน แบบประเมินความเครียด SPST-20 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 เก็บข้อมูลในเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุทัยธานี ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 755 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้าด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้าด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression)

ผลการศึกษา พบความชุกของภาวะเครียดที่มีผลต่อการใช้ชีวิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเท่ากับร้อยละ 39.3 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน ปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ปัจจัยด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว และปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการในการทำงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีปัจจัยเดียว คือ ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนี้ความเครียดระดับสูงสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. OR 14.3, 95%CI 8.6-23.8, p=0.001)

สรุป ภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง โดยมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวเนื่องจากงาน ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องจึงควรพิจารณาวางแผนเฝ้าระวัง ส่งเสริม ป้องกันภาวะเครียดและซึมเศร้า รวมทั้งให้ความช่วยเหลือด้านปัญหาสุขภาพจิตแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ ความเครียด โรคซึมเศร้า บุคลากรทางการแพทย์

Corresponding author: ปัญญ์ชัจจ์ พรหมนุรักษ์
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุทัยธานี
E-mail: panchat_p@hotmail.com
วันรับ : 28 กุมภาพันธ์ 2567 วันแก้ไข : 2 กันยายน 2567 วันตอบรับ : 16 กันยายน 2567

Stress and Depression among Hospital Personnel at Uthaithani Hospital

Panchat Promnurak*
*Department of Psychiatry and Drugs, Uthaithani Hospital

ABSTRACT

Objective: This study aims to describe the prevalence of stress and depression among hospital personnel at Uthaithani Hospital and to identify factors associated with these mental health conditions. Additionally, the study explores the interrelationship between stress and depression within this cohort.

Methods: We conducted a cross-sectional descriptive study involving 755 healthcare workers, representing 92.3% of the staff at Uthaithani Hospital, during the period from October to December 2023. The assessment tools included a demographic questionnaire, a questionnaire evaluating stress related to various fundamental factors, the Suan Prung Stress Test (SPST-20) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for depression. Descriptive statistics were applied to summarize the prevalence and levels of stress and depression. Multiple logistic regression analysis was utilized to determine the factors associated with these conditions and to explore their interrelationship.

Results: The study revealed that 39.3% of respondents experienced stress significantly affecting their daily lives, and 21.4% reported symptoms of depression. Significant factors associated with stress included job characteristics and workload, work-life balance, personal financial burden and compensation and benefits. Depression was notably associated with physical and mental health factors. Furthermore, high levels of stress were significantly correlated with depression (Adj. OR 14.3, 95%CI 8.6-23.8, p=0.001)

Conclusion: The prevalence of stress and depression among healthcare professionals at Uthaithani Hospital is markedly high, with contributing factors encompassing both personal and occupational elements. It is imperative for relevant stakeholders to devise and implement effective monitoring, prevention and support strategies to address these mental health issues. Continuous provision of mental health support and interventions is essential to mitigate the impact of stress and depression on staff well-being.

Keywords: stress, depression, hospital personnel

Corresponding author: Panchat Promnurak
E-mail: panchat_p@hotmail.com
Received 28 February 2024 Revised 2 September 2024 Accepted 16 September 2024

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตเวชที่สำคัญ และพบได้บ่อยในทุกเพศทุกวัยในประชากรทั่วโลก หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม อาการของโรคจะคงอยู่นานเป็นเดือนหรืออาจเรื้อรังเป็นปี สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้บ่อยแม้ว่าจะรักษาหายดีแล้วก็ตาม ส่งผลให้ชีวิตครอบครัวมีปัญหา การปรับตัวทางสังคมแย่ลง ซึ่งผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงนั้น สามารถจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่า[1] นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าสามารถพยากรณ์การขาดงานของกลุ่มประชากรวัยทำงานเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการได้[2] จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 ระบุว่ามีผู้ทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้ามากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก หรือร้อยละ 4.4 ของประชากร โดยพบในผู้หญิงร้อยละ 5.1 ผู้ชายร้อยละ 3.6 และพบคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วโลกมากถึง 800,000 คนต่อปี อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 78[3] จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 พบคนไทยป่วยด้วยโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.7 ของประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ โดยผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า พบมากในวัยทำงานช่วงอายุ 25 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 65[1]

บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน แต่ด้วยลักษณะงานที่พักผ่อนไม่เป็นเวลาจากการอยู่เวรเป็นกะ และเผชิญความเร่งด่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตคน จนเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปฏิบัติงานได้ จากรายงานการสำรวจภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า 1 แสนคนในประเทศฝรั่งเศสปี พ.ศ. 2564 ซึ่งสำรวจสถานบริการทางสุขภาพทั้งของภาครัฐบาลและภาคเอกชน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ประมาณร้อยละ 30 โดยพบปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ ปัจจัยที่เกี่ยวกับวิชาชีพ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลทั่วไป และปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ[4] ขณะที่รายงานการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ประเทศเกาหลี ผ่านฐานข้อมูลลูกจ้างเกือบ 14 ล้านคน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามสิทธิ์รักษาในระบบประกันสุขภาพ พบว่าปัญหาสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์มีความชุกสูงกว่าประชากรวัยทำงานในกลุ่มอาชีพอื่นๆ โดยเฉพาะโรคทางอารมณ์ (mood disorders) โรควิตกกังวล (anxiety disorders) และโรคนอนไม่หลับ (sleep disorder)[5]

สำหรับประเทศไทยยังไม่เคยมีการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นระบบในระดับชาติ แต่มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าประชากรทั่วไป เช่น การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 417 คน จาก 12 เขตสุขภาพ ในช่วงแรกที่มีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21[6] การศึกษาภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรโรงพยาบาลรัฐบาลระดับจังหวัดในภูมิภาคต่างๆ ช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบความชุกภาวะซึมเศร้าของบุคลากรโรงพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 13 - 34[7-10] การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ใช้ทุนอยู่ที่ร้อยละ 21 - 47[11-14] ขณะที่มีรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 17 - 33[15-16] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มต่างๆ โดยพบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 5 - 27[17-21]

โรงพยาบาลอุทัยธานีมีบริบทเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 350 เตียง และเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่แห่งเดียวของจังหวัดอุทัยธานี ที่ต้องรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลประจำอำเภอทั้ง 7 แห่งในจังหวัด จากข้อมูลของแผนกเวชระเบียน พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยได้รับการส่งตัวเข้ามารักษาทั้งสิ้น 25,408 ราย และเพิ่มเป็น 57,513 ราย ในปี 2566 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากกว่า 2 เท่าใน 3 ปีนี้ ทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้นสวนทางกับจำนวนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ไม่เพิ่มขึ้น หรือเพิ่มขึ้นทดแทนไม่มากพอเมื่อเทียบกับผู้ที่ลาออกและเกษียณอายุราชการในแต่ละปี จึงอาจทำให้เกิดความเครียดสะสมสูงในเจ้าหน้าที่ระดับที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิต จากการศึกษาความเครียดและโรคซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งของประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ลักษณะงาน ภาระงาน รวมทั้งปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน[8] แต่ยังไม่เคยมีการประเมินความชุกของภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกภาวะเครียดและซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกัน แก้ไขปัญหาภาวะเครียดและซึมเศร้าที่อาจพบได้ในบุคลากรโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มอัตราการคงอยู่ของบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกภาวะเครียดและซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานี

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล และสมัครใจให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามในระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามแบบตอบเอง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา ตำแหน่งงาน หน้าที่รับผิดชอบ ลักษณะการทำงาน ระยะเวลาการทำงานในองค์กร หน่วยงานที่ปฏิบัติงานจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความรู้สึกเครียดต่อปัจจัยพื้นฐานด้านต่างๆ ที่มีผลต่อความเครียดในปัจจุบัน 10 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้แก่ ด้านลักษณะงานและภาระงาน ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการในการทำงาน ด้านความมั่นคงและโอกาสก้าวหน้าของงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว ด้านภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวหรือคนรัก ด้านสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานและหัวหน้างาน ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือคนรัก ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกเครียดแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามการส่งผลต่อความรู้สึกเครียดในปัจจุบัน ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก รู้สึกเครียดมากที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้การนำเสนอข้อมูลมีความชัดเจนขึ้นในการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยนำคำตอบว่า ไม่รู้สึกเครียดกับเครียดเล็กน้อยรวมกันเป็น “ไม่มีผล” ต่อความเครียด และรู้สึกเครียดปานกลาง เครียดมาก เครียดมากที่สุด รวมกันเป็น “มีผล” ต่อความเครียด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดสวนปรุง-20 (Suan Prung Stress Test-20, SPST-20) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา 20 ข้อคำถาม เมื่อคิดคะแนนรวมจะแบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0 - 23 คือ ความเครียดน้อย, คะแนน 24 - 41 คือ ความเครียดปานกลาง, คะแนน 42 - 61 คือ ความเครียดสูง, คะแนน 62 ขึ้นไป คือ ความเครียดรุนแรง โดยผู้ที่คะแนนรวมตั้งแต่ 42 ขึ้นไปถือว่ามีภาวะเครียด (stress) ประกอบด้วยกลุ่มที่มีคะแนนความเครียดระดับสูงและรุนแรง ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบวัดประเมินนี้มีความแม่นตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า Electromyography (EMG) ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยมีค่า Cronbach alpha reliability coefficient มากกว่า 0.7[22]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ใช้ง่ายเพราะให้ผู้ถูกประเมินตอบด้วยตนเอง (self-administration) จึงนิยมใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยในแต่ละข้อมาจากข้อต่างๆ ในเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV มีให้เลือกตอบว่า ไม่เลย (0 คะแนน), มีบางวัน ไม่บ่อย (1 คะแนน), มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระยะเวลาสองสัปดาห์ที่ผ่านมาตามคะแนนรวมเป็น 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนน้อยกว่า 9 คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า, คะแนน 9 - 12 คือ มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย, คะแนน 13 - 18 คือ มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง, คะแนน 19 ขึ้นไป คือ มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 84 และมีค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 77[23]

คำนิยาม

เพื่อให้การนำเสนอข้อมูลมีความกระชับและชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยได้แบ่งหน่วยงานทั้งหมด 56 หน่วยงาน เป็น 3 กลุ่มงานตามภาระหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการทางสาธารณสุข ดังนี้

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง หน่วยงานซึ่งเน้นให้บริการทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและผู้ที่ยังไม่ป่วย ได้แก่ เวชกรรมสังคม สุขศึกษา อาชีวเวชกรรม

เภสัชกรรม IC แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด โภชนาการ และสังคมสงเคราะห์

กลุ่มงานบำบัดรักษา หมายถึง หน่วยงานซึ่งเน้นการให้บริการทางสาธารณสุขให้ผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล OPD IPD (ตึกผู้ป่วยใน) วิสัญญี ER OR LR ICU ไตเทียม เครื่องมือพิเศษ รังสีวินิจฉัย และพยาธิวิทยาคลินิก

กลุ่มงานสนับสนุน หมายถึง หน่วยงานซึ่งเน้นการสนับสนุนการให้บริการทางสาธารณสุข ได้แก่ งานอำนวยการ งานทรัพยากรบุคคล งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเงินประกัน บัญชี พัสดุ จ่ายกลาง ช่าง สนาม ยานพาหนะ บำบัดน้ำเสีย ซักฟอก ห้องบัตร โสตทัศนศึกษา และศูนย์คอมพิวเตอร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และรวบรวมแบบสอบถามกลับ โดยประชาสัมพันธ์ข้อมูลโครงการวิจัยในการประชุมประจำเดือนของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการ พร้อมตอบข้อซักถามกับหัวหน้างานทุกหน่วยงาน ในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที โดยไม่มีการลงนามในเอกสาร ทั้งนี้มีคำชี้แจงอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาแนบไว้กับแบบสอบถามแล้ว กรณีที่ไม่สะดวกใจสามารถยุติการทำแบบสอบถามได้ตลอดเวลา หากสมัครใจให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเผยแพร่เป็นงานวิจัย และสามารถทราบผลประเมินของแบบสอบถามพร้อมคำแนะนำเบื้องต้นเมื่อพบภาวะเครียดหรือซึมเศร้า ผ่านทางเว็บไซต์หรือ QR code ที่แจ้งไว้ในแบบสอบถาม หรือแจ้งชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ เพื่อให้ทีมวิจัยติดต่อแจ้งผลวิเคราะห์ในภายหลังได้ โดยข้อมูลทั้งหมดถูกคำนวณทางสถิติแล้วรายงานผลเป็นภาพรวม รายละเอียดข้อมูลมี 4 ส่วน คือ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้สึกเครียดต่อปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ที่มีผลต่อความเครียด ข้อมูลจากแบบประเมินภาวะเครียด และข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม STATA Version 17.0 โดยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะเครียดและซึมเศร้าด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ และการแจกแจงความถี่ ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดและซึมเศร้า รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้าด้วยการควบคุมตัวแปรอื่นๆ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) แสดงผลด้วย Adjusted odds ratio (Adj. OR) และ 95% Confidence interval กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p<0.05$)

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี เดือนกันยายน 2566 เอกสารรับรองเลขที่ UTH-IRB 17/2566

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีทุกหน่วยงานสนใจร่วมตอบแบบสอบถามวิจัยทั้งสิ้น 755 ราย จากทั้งหมด 815 ราย คิดเป็นอัตราตอบกลับ ร้อยละ 92.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.6) อายุ 41 - 50 ปี (ร้อยละ 29.7) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.1) การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 59.7) ตำแหน่งข้าราชการ (ร้อยละ 49.0) มีหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 91.7) ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการหรือทำงานเป็นกะ (ร้อยละ 60.5) ระยะเวลาทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 53.9) และปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มบำบัดรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 66.0) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ความชุกของภาวะเครียดและซึมเศร้า พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีมีภาวะเครียด 297 ราย (ร้อยละ 39.3) และมีภาวะซึมเศร้า 162 ราย (ร้อยละ 21.4) โดยพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 มีความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรง ร้อยละ 39.3 มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 9.3 ขณะที่พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 78.5 รองลงมามีอาการของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 16.1 รองลงมามีอาการของภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.8 และมีอาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.5 รายละเอียดดังแผนภูมิภาพที่ 1

ความสัมพันธ์ของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปกับภาวะเครียดและซึมเศร้า ไม่พบว่าปัจจัยของข้อมูลพื้นฐานทั่วไปสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ความสัมพันธ์ของปัจจัยปัญหาด้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงาน

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (n=755)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	138 (18.3)
	หญิง	617 (81.7)
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	146 (19.3)
	30 - 40 ปี	219 (29.0)
	41 - 50 ปี	224 (29.7)
	มากกว่า 50 ปี	166 (22.0)
สถานภาพ	โสด	301 (39.8)
	คู่	378 (50.1)
	หม้าย หรือหย่าร้าง	76 (10.1)
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	304 (40.3)
	ปริญญาตรีขึ้นไป	451 (59.7)
ตำแหน่งงาน	ลูกจ้างชั่วคราว	106 (14.0)
	ลูกจ้างประจำ	41 (5.4)
	ข้าราชการ	370 (49.0)
	พนักงานกระทรวง	196 (26.0)
	พนักงานราชการ	42 (5.6)
หน้าที่รับผิดชอบ	ผู้ปฏิบัติงาน	692 (91.7)
	ผู้บริหาร หรือหัวหน้างาน	63 (8.3)
ลักษณะการทำงาน	เฉพาะเวลาราชการ	298 (39.5)
	ทำนอกเวลา หรือเป็นกะ	457 (60.5)
ระยะเวลาทำงานในองค์กร	<5 ปี	217 (28.7)
	5 - 10 ปี	131 (17.4)
	>10 ปี	407 (53.9)
กลุ่มงาน	ส่งเสริมสุขภาพ	123 (16.3)
	บำบัดรักษา	498 (66.0)
	สนับสนุน	134 (17.7)

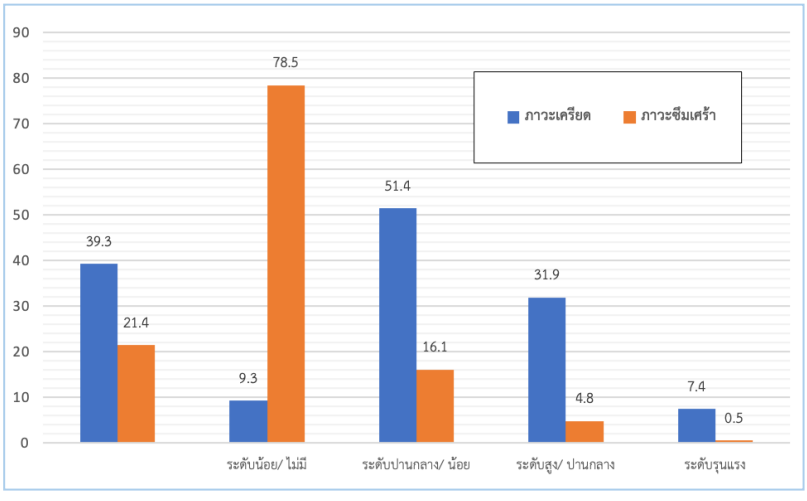
และภาระงาน (Adj. OR 2.6, 95%CI 1.5-4.5, p=0.001), ปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน (Adj. OR 2.6, 95%CI 1.3-5.4, p=0.010) ปัจจัยด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว (Adj. OR 2.0, 95%CI 1.0-3.9, p=0.034) และปัจจัยด้านค่าตอบแทน และสวัสดิการในการทำงาน (Adj. OR 1.9, 95%CI 1.2-3.0, p=0.010) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต (Adj. OR 4.3, 95%CI 2.0-9.2, p=0.001) ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้า พบว่าความเครียดระดับสูงสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj. OR 14.3, 95%CI 8.6-23.8, p=0.001) ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.4 เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะเครียดที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หรือความเครียดระดับสูงและรุนแรง พบได้มากถึงร้อยละ 39.3 ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ ศิริวิมล กันตา และคณะ[8] ที่พบภาวะเครียดสูงและรุนแรงในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านร้อยละ 31.4 และมากกว่า โภคิน ศักดิ์รินกุล และคณะ[24] ซึ่งพบภาวะเครียดสูงและรุนแรงในเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่ร้อยละ 32.2 โดยทุกการศึกษาใช้แบบประเมินความเครียด SPST-20 ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะพื้นฐานของประชากรทั่วไปใกล้เคียงกัน ผลที่ได้จึงสะท้อนภาพรวมความรุนแรงของปัญหาภาวะความเครียดสูงในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศไทย ที่เผชิญสภาวะกดดันจากปัจจัยปัญหาต่างๆ

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มีภาวะเครียดและซึมเศร้า จำแนกตามระดับความรุนแรง



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (n=755)

ข้อมูลทั่วไป; n (%)		Stress	No stress	Adjusted OR	p-value	Depression	No Depression	Adjusted OR	p-value
		297 (39.3)	458 (60.7)	(95% CI)		162 (21.4)	593 (78.6)	(95% CI)	
เพศ	ชาย	61 (44.2)	77 (55.8)	1.2 (0.8 - 2.0)	0.348	27 (19.6)	111 (80.4)	0.7 (0.4 - 1.2)	0.164
	หญิง	236 (38.2)	381 (61.8)	1		85 (11.3)	482 (78.1)	1	
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	62 (42.5)	84 (57.5)	1.2 (0.6 - 2.6)	0.594	32 (21.9)	114 (78.1)	0.9 (0.4 - 2.2)	0.891
	30 - 40 ปี	90 (41.1)	129 (58.9)	1.1 (0.6 - 1.9)	0.865	50 (22.8)	169 (77.2)	0.8 (0.4 - 1.6)	0.495
	41 - 50 ปี	95 (42.4)	129 (57.6)	1.2 (0.7 - 1.9)	0.588	52 (23.2)	172 (76.8)	0.9 (0.5 - 1.7)	0.804
	มากกว่า 50 ปี	50 (30.1)	116 (69.9)	1		28 (16.9)	138 (83.1)	1	
สถานภาพ	โสด	131 (43.5)	170 (56.5)	0.9 (0.5 - 1.7)	0.722	67 (22.3)	234 (77.7)	0.7 (0.3 - 1.3)	0.228
	คู่	134 (35.5)	244 (64.5)	0.7 (0.4 - 1.2)	0.220	74 (19.6)	304 (80.4)	0.6 (0.3 - 1.1)	0.127
	หม้าย หรือหย่าร้าง	32 (42.1)	44 (57.9)	1		21 (27.6)	55 (72.4)	1	
การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	117 (38.5)	187 (61.5)	0.8 (0.5 - 1.3)	0.428	72 (23.7)	232 (76.3)	1.2 (0.7 - 2.0)	0.600
	ปริญญาตรีขึ้นไป	180 (39.9)	271 (60.1)	1		90 (20.0)	361 (80.0)	1	
ตำแหน่งงาน	ลูกจ้างชั่วคราว	41 (38.7)	65 (61.3)	0.7 (0.3 - 1.7)	0.451	22 (20.8)	84 (79.2)	1.0 (0.4 - 2.9)	0.930
	ลูกจ้างประจำ	10 (24.4)	31 (75.6)	0.5 (0.2 - 1.3)	0.158	5 (12.2)	36 (87.8)	0.6 (0.2 - 2.3)	0.484
	ข้าราชการ	142 (38.4)	228 (61.6)	0.5 (0.2 - 1.0)	0.064	73 (19.7)	297 (80.3)	0.9 (0.4 - 2.3)	0.854
	พนักงานกระทรวง	84 (42.9)	112 (57.1)	0.8 (0.4 - 1.7)	0.527	53 (27.0)	143 (73.0)	1.3 (0.5 - 3.1)	0.600
	พนักงานราชการ	20 (47.6)	22 (52.4)	1		9 (21.4)	33 (78.6)	1 (0.5 - 3.1)	0.600
หน้าที่รับผิดชอบ	ผู้ปฏิบัติงาน	276 (39.9)	416 (60.1)	1.1 (0.6 - 2.2)	0.743	162 (22.2)	593 (77.8)	1.6 (0.7 - 3.8)	0.286
	ผู้บริหาร หรือหัวหน้างาน	21 (33.3)	42 (66.7)	1		8 (12.7)	55 (87.3)	1	
ลักษณะงาน	ทำนอกเวลา หรือเป็นกะ	192 (42.0)	265 (58.0)	1.2 (0.8 - 1.7)	0.340	106 (23.2)	351 (76.8)	1.3 (0.8 - 2.0)	0.252
	เฉพาะเวลาราชการ	105 (35.2)	193 (64.8)	1		56 (18.8)	242 (81.2)	1	
ระยะเวลาทำงาน	<5 ปี	92 (42.4)	125 (57.6)	1.0 (0.6 - 1.8)	0.896	48 (22.1)	169 (77.9)	1.2 (0.6 - 2.2)	0.619
	5 - 10 ปี	47 (35.9)	84 (64.1)	0.7 (0.4 - 1.1)	0.131	32 (22.4)	99 (75.6)	1.3 (0.7 - 2.2)	0.450
	>10 ปี	158 (38.8)	249 (61.2)	1		82 (20.1)	325 (79.9)	1	
กลุ่มงาน	ส่งเสริมสุขภาพ	47 (38.2)	76 (61.8)	1.0 (0.6 - 1.9)	0.925	24 (19.5)	99 (80.5)	0.7 (0.3 - 1.3)	0.216
	บำบัดรักษา	195 (39.2)	303 (60.8)	1.1 (0.7 - 1.8)	0.758	104 (20.9)	394 (79.1)	0.7 (0.4 - 1.2)	0.144
	สนับสนุน	55 (41.1)	79 (58.9)	1		34 (25.4)	100 (74.6)	1	

*วิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) โดยการควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (n=755)

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเครียด; n (%)		Stress	No stress	Adjusted OR	p-value	Depression	No Depression	Adjusted OR	p-value
		297 (39.3)	458 (60.7)	(95% CI)		162 (21.4)	593 (78.6)	(95% CI)	
ด้านลักษณะงาน และภาระงาน	มี[a]	86 (71.7)	34 (28.3)	2.6 (1.5 - 4.5)	0.001*	41 (34.2)	79 (65.8)	1.2 (0.7 - 2.2)	0.549
	ไม่มี[b]	211 (33.2)	424 (66.8)	1		121 (19.0)	514 (81.0)	1	
ด้านค่าตอบแทน สวัสดิการในการทำงาน	มี[a]	111 (67.3)	54 (32.7)	1.9 (1.2 - 3.0)	0.010*	57 (34.5)	108 (65.5)	1.4 (0.8 - 2.3)	0.200
	ไม่มี[b]	186 (31.5)	404 (68.5)	1		105 (17.8)	485 (82.2)	1	
ด้านความมั่นคง โอกาสก้าวหน้าของงาน	มี[a]	58 (65.9)	30 (34.1)	0.9 (0.5 - 1.7)	0.780	30 (34.1)	58 (65.9)	0.9 (0.5 - 1.6)	0.652
	ไม่มี[b]	239 (35.8)	428 (64.2)	1		132 (19.8)	535 (80.2)	1	
ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน	มี[a]	62 (66.7)	32 (33.3)	1.5 (0.9 - 2.8)	0.147	33 (35.5)	60 (64.5)	1.1 (0.6 - 2.0)	0.870
	ไม่มี[b]	235 (35.5)	427 (64.5)	1		129 (19.5)	533 (80.5)	1	
ด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว	มี[a]	95 (70.4)	40 (29.6)	2.0 (1.1 - 3.9)	0.034*	53 (39.3)	82 (60.7)	1.6 (0.8 - 3.1)	0.179
	ไม่มี[b]	202 (32.6)	418 (67.4)	1		109 (17.6)	511 (82.4)	1	
ด้านภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวหรือคนรัก	มี[a]	80 (71.4)	32 (28.6)	1.5 (0.8 - 3.1)	0.216	43 (38.4)	69 (61.6)	0.9 (0.5 - 1.9)	0.827
	ไม่มี[b]	217 (33.7)	426 (66.3)	1		119 (18.5)	524 (81.5)	1	
ด้านสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน หัวหน้างาน	มี[a]	43 (75.4)	14 (24.6)	1.9 (0.9 - 4.1)	0.111	25 (43.9)	32 (56.1)	1.8 (0.8 - 3.7)	0.138
	ไม่มี[b]	254 (36.4)	444 (63.6)	1		137 (19.6)	561 (80.4)	1	
ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือคนรัก	มี[a]	26 (76.5)	8 (23.5)	1.6 (0.6 - 4.3)	0.388	16 (47.1)	18 (52.9)	1.1 (0.4 - 2.9)	0.778
	ไม่มี[b]	271 (37.6)	450 (62.4)	1		146 (20.2)	575 (79.8)	1	
ด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต	มี[a]	40 (85.1)	7 (14.9)	2.2 (0.9 - 5.7)	0.091	31 (66.0)	16 (34.0)	4.3 (2.0 - 9.3)	0.001*
	ไม่มี[b]	257 (36.3)	451 (67.7)	1		131 (18.5)	577 (81.5)	1	
ด้านสมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน	มี	57 (80.3)	14 (19.7)	2.6 (1.3 - 5.4)	0.010*	35 (49.3)	36 (50.7)	1.8 (0.9 - 3.5)	0.106
	ไม่มี	240 (35.1)	444 (64.9)	1		127 (18.6)	557 (81.4)	1	

*วิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) โดยการควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

[a] มี หมายถึง ปัจจัยนี้มีผลต่อความรู้สึกเครียดปานกลาง เครียดมาก หรือมากที่สุด

[b] ไม่มี หมายถึง ปัจจัยนี้ไม่มีผลต่อความรู้สึกเครียด หรือมีผลต่อความรู้สึกเครียดเล็กน้อย

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดและซึมเศร้า

ระดับความเครียด; n (%)	Depression 162 (21.4)	No Depression 593 (78.6)	Adjusted OR	(95% CI)	p-value
ระดับความเครียดสูง	137 (46.1)	160 (53.9)	14.3	(8.6 - 23.8)	<0.001*
ระดับความเครียดปกติ	25 (5.5)	433 (94.5)	1		

*วิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) โดยการควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

ในระบบบริการสาธารณสุขไทยคล้ายกัน สิ่งที่แตกต่างในการศึกษานี้ คือ มีอัตราการให้ความร่วมมือตอบกลับมากกว่าร้อยละ 90 จากเจ้าหน้าที่ทั้งโรงพยาบาลอุทัยธานี ครอบคลุมทุกหน่วยงานในทุกระดับ ถือเป็นตัวแทนบุคลากรทั้งหมดที่อาจมีปัญหาหลากหลายและมีแนวทางจัดการปัญหาที่ต่างกัน จึงมีโอกาสพบความเครียดสูงกว่าการศึกษาอื่นที่อัตราตอบกลับน้อยกว่าร้อยละ 50

ผลจากการวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน และปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ซึ่งมีอัตราการเกิดภาวะเครียดมากกว่าปัจจัยอื่น 2.6 เท่า เนื่องจากโรงพยาบาลอุทัยธานีเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่แห่งเดียวที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลประจำอำเภอทั้ง 7 แห่งในจังหวัด โดยจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปีไม่สอดคล้องกับบุคลากรที่มี ขณะที่สมดุลชีวิตกับการทำงานเป็นการรักษาดุลยภาพของการทำงานกับการใช้ชีวิตส่วนตัวที่บุคคลต้องการให้เกิดขึ้น หากสามารถบริหารเวลาในแผนการดำเนินชีวิตให้เกิดสมดุลได้ จะทำให้การดำเนินชีวิตและการงานราบรื่นทำงานสำเร็จตามระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้เกิดความสุขในชีวิตและการทำงาน[25] แต่หากชีวิตด้านการทำงานเข้าไปมีอิทธิพลต่อชีวิตส่วนตัวของบุคคลมากเกินไป เช่น บุคลากรที่มีภาระงานมากหรือต้องใช้เวลาทำงานมากจนมีเวลาให้กิจกรรมอื่นในชีวิตลดลง หรือเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าในการทำงานจนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว[26] อาจทำให้บุคลากรรู้สึกสูญเสียสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน ความพึงพอใจในชีวิตลดลงจนส่งผลต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวิมล กันตา และคณะ[8] ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านงานและภาระงาน รวมทั้งสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน และการศึกษาของ วีรวรรณ เหล่าวิทวัส[27] ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยปริมาณงาน ภาวะกดดันจากงาน ขาดแรงจูงใจในงาน และขาดเวลาผ่อนคลายตามต้องการ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในการศึกษานี้รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว รวมทั้งค่าตอบแทนและสวัสดิการในการทำงาน ซึ่งมีอัตราการเกิดภาวะเครียดมากกว่าปัจจัยอื่นประมาณ 2 เท่า เนื่องจากเมื่อบุคลากรมีสถานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มีรายได้น้อยคงที่ สวนทางกับค่าครองชีพที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ย่อมดำเนินชีวิตลำบากจนก่อให้เกิดภาวะเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ บัญชา จันสิน[28] ที่พบว่าการมีรายได้ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรัญกาญจ์ จันทรา และคณะ[29] ที่พบว่าปัจจัยด้านสถานะทางการเงินมีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของบุคลากรโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2551 พบคนไทยช่วงอายุ 15 - 59 ปี มีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.51 ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับการศึกษานี้ที่พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 21.4 เพราะกลุ่มประชากรในการศึกษาแตกต่างกันอย่างมาก คือ ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ เทียบกับเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลอุทัยธานี โดยผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวิมล กันตา และคณะ[8] ที่พบความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านร้อยละ 20.7 และมากกว่า อมรรัตน์ ตันติทิพย์พงศ์[10] ซึ่งพบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3 ในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ขณะที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรงของบุคลากรอยู่ในระดับต่ำที่ร้อยละ 5.3 สอดคล้องกับอีกสองการศึกษาที่ร้อยละ 3.2[8] และร้อยละ 2.4[10] ตามลำดับ จากการศึกษาในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐบาลระดับจังหวัด

เหมือนกันแต่กลับไม่พบภาวะซึมเศร้า หรือพบในระดับเล็กน้อย เป็นส่วนใหญ่ ทั้งที่โรงพยาบาลอุทัยธานีพบความชุกความเครียดระดับสูงและรุนแรงในเจ้าหน้าที่เกือบร้อยละ 40 อาจเป็นเพราะผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้สึกกลัวการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม จึงพยายามปกปิดความเจ็บป่วยทางใจไว้ โดยการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าให้ดูปกติตามความคาดหวังหรืออคติในสังคม (social desirability bias) ดังที่มีการศึกษาทัศนคติในแง่ลบหรือการเป็นตราบาปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากประชากรในประเทศฟินแลนด์และแคนาดา พบว่าเกือบร้อยละ 50 ของประชาชนทั่วไปเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นคนอ่อนแอ คาดเดาอาการป่วยได้ยาก และเป็นการเจ็บป่วยที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยแล้วเกือบ 1 ใน 4 เชื่อว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นบุคคลอันตราย[30-31] นอกจากนี้การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ระดับการศึกษาที่สูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับระดับความเป็นตราบาปที่สูงขึ้นต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประชากรไทย โดยพบ perceived stigma สูง[32] คือ การรับรู้ว่าบุคคลอื่นๆ คิดหรือรู้สึกกับโรคซึมเศร้าอย่างไร สอดคล้องกับบุคลากรโรงพยาบาลที่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการประมาณร้อยละ 50 มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีอยู่ที่ร้อยละ 60 ต้องสวมบทบาทหลายอย่างพร้อมกัน เช่น หัวหน้าครอบครัว หัวหน้างาน ลูกน้อง ลูก เป็นต้น เมื่อรู้สึกว่ามีฐานะทางสังคมแล้วอาจต้องการรักษาสถานภาพตนเองให้ดูดี จึงไม่สามารถยอมรับว่าตนป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับข้อสรุปนิสัยของคนไทยในสังคมที่มักให้ความสำคัญกับเรื่องสถานภาพ ไม่ชอบการแสดงออก มีความสุภาพอ่อนโยน และอยู่ภายใต้กรอบธรรมเนียมปฏิบัติ[33] ทั้งนี้ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.4 อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษานี้พบว่าภาวะเครียดหรือการมีความเครียดระดับสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดระดับสูงมากกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดระดับปกติ 14.3 เท่า มีค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% อยู่ระหว่าง 8.6 และ 23.8 สอดคล้องกับการศึกษาในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่าน[8] แพทย์ฝึกหัดโรงพยาบาลตำรวจ[12] และในนักศึกษาแพทย์ประเทศมาเลเซีย[34] ที่พบว่าความเครียดระดับสูงสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยทำงาน สอดคล้องกับการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยที่พบว่าเพศหญิงเสี่ยงป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าชาย และพบมากในวัยทำงาน[1]

ในการศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าปัจจัยอื่น 4.3 เท่า ต่างจากการศึกษาของ ศิริวิมล กันตา และคณะ[8] ที่พบว่าตำแหน่งลูกจ้าง และปัจจัยด้านพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้างานสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุที่ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอาจเป็นเพราะความเจ็บป่วยลดความปกติสุขในการดำเนินชีวิตและการทำงาน จนส่งผลต่อความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของจีรนันท์ บุญนาวา[35] ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง พบว่าพนักงานที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำหรือมีความรู้สึกในด้านลบจะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าโรคร่วมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืดภูมิแพ้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และข้อเสื่อมข้ออักเสบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[36-38]

จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ มีผู้สมัครใจเข้าร่วมวิจัยจากทุกหน่วยงานมากถึงร้อยละ 92.3 จึงอาจถือเป็นตัวแทนเจ้าหน้าที่ทั้งโรงพยาบาลได้ ทำให้มีความน่าเชื่อถือในการอ้างอิงผลการศึกษากับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลรัฐบาลอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน มีการสร้างแบบสอบถามขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้านี้ โดยให้เลือกระดับความรุนแรงของความรู้สึกเครียดต่อปัจจัยด้านต่างๆ ทำให้ได้ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อความเครียดที่ชัดเจนครอบคลุมขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือ ความชุกของภาวะเครียดและซึมเศร้านี้เป็นเพียงการวัดจากการตอบแบบประเมินที่ใช้สำหรับคัดกรองเท่านั้น จึงควรพบจิตแพทย์เพื่อการประเมินและให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนอีกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้ในเวชปฏิบัติ

จากการศึกษานี้พบความชุกของผู้มีภาวะซึมเศร้าและเครียดจนส่งผลกระทบต่อชีวิตค่อนข้างมาก จึงควรมีการประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำแนวทางแก้ไขปัญหาโดยส่งเสริมการคัดกรองภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรทุกคนอย่างสม่ำเสมอทุกปีเพื่อเข้าสู่

ระบบการรักษา ซึ่งการศึกษานี้เป็นข้อมูลสะท้อนกลับให้ผู้บริหารในการวางแผนส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน เช่น มีโครงการลดตราบาป (stigma) ในผู้รับการรักษาโรคซึมเศร้า และมีโครงการที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย ลดน้ำหนัก ลดละเลิกบุหรี่และสุรา[39] เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะซึมเศร้า

การศึกษาต่อเนื่องในอนาคต

ควรมีการศึกษาในระดับประเทศเพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาสุขภาพจิตของคนทำงานในระบบสาธารณสุขไทย โดยอาจมีการร่วมมือกันแบบพหุสถาบัน (multicenter study) ในสถานบริการทางสุขภาพทุกระดับ ทั้งหน่วยงานทางราชการและภาคเอกชน นอกจากนี้ควรมีการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อติดตามแนวโน้มของภาวะเครียดและซึมเศร้า รวมทั้งศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มที่มีภาวะเครียดและซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป เพื่อให้ทราบสาเหตุปัจจัยอื่นเพิ่มเติม และหาแนวทางแก้ปัญหานี้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

การศึกษาภาวะเครียดและซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีปี 2566 พบว่าเจ้าหน้าที่มีความเครียดระดับสูงและรุนแรงที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิต 297 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.3 และมีภาวะซึมเศร้า 162 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4 โดยพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 51.4 รองลงมามีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 31.9 รองลงมามีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 9.3 และมีความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 7.4 ขณะที่พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 78.5 รองลงมามีอาการของภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 16.1 รองลงมามีอาการของภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.8 และมีอาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าเป็นปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงาน ปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ปัจจัยด้านภาระค่าใช้จ่ายส่วนตัว และปัจจัยด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการในการทำงาน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเครียดและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าในเจ้าหน้าที่ที่มีความเครียดระดับสูงมากกว่าเจ้าหน้าที่ที่มีระดับความเครียดปกติ 14.3 เท่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุทัยธานีทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานีที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และขอขอบคุณ แพทย์หญิงปนัดดา ศรีวิชิต รวมถึงทุกท่านที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนตลอดการทำวิจัย

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ขอรับเงินทุน และไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับหน่วยงานใด

เอกสารอ้างอิง

1. Kongsuk T. Prevalence of major depressive disorders in Thai people: A national epidemiology survey 2008. Bangkok: Department of Mental Health; 2008.
2. Lexis MA, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van den Brandt PA, Kant I. Depressive complaints as a predictor of sickness absence among the working population. J Occup Environ Med 2009; 51:887-95.
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
4. Fond G, Fernandes S, Lucas G, Greenberg N, Boyer L. Depression in healthcare workers: Results from the nationwide AMADEUS survey. Int J Nurs Stud 2022; 135:104328.
5. Kim MS, Kim T, Lee D, Yook JH, Hong YC, Lee SY, et al. Mental disorders among workers in the healthcare industry: 2014 national health insurance data. Ann Occup Environ Med 2018; 30:31.
6. Komwong D, Prasanthanakul J, Phanasathit M, Wongwan T. Work-related factors and mental health outcomes among healthcare workers during COVID-19 pandemic. JHSR 2022;16(1):54-68.
7. Yothaburee S, Anekwit N, Yurayat P. Prevalence and factors associated of mental health among personnel in Mahasarakham hospital. Mahasarakham Hospital Journal 2022;19(3):149-64.
8. Kuntar S, Pongseeda N, Saowaluk K. Stress and depressive disorder in hospital personnel at Nan Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2022;67(3):256-66.
9. Sangsirilak A, Sangsirilak S. Stress and depressed mood in healthcare workers during COVID-19 outbreak. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;65(4):400-8.
10. Tanthitippong A. Prevalence and predicting factors of depression and stress from work in Vachira Phuket Hospital's employees. Reg11med 2019;33(1):203-16.
11. Thichapha T, Lerthattasilp T. Prevalence of depression among resident physicians during the COVID-19 pandemic. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;66(3):337-50.
12. Nganvivattavorn S, Khulasittijinda N. Stress and depression as a medical intern, Police General Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;65(4):373-84.

13. Thamrongvisava S, Pitanupong J. The prevalence and associated factors of burnout syndrome among residents in training at Faculty of Medicine, Songklanagarind Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2018;63(4):309-20.
14. Kaewporndawan T, Chaiudomsom C, The prevalence and associated factors of depression among residents in training at Faculty of Medicine, Siriraj Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2014;59(1):41-50.
15. Junsatitanon P. Depression and sleep quality among nurses in tertiary hospital in Bangkok [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019.
16. Thongtao J, Patjanasoontorn N, Kuchaiyasit C, Paholpak S. The prevalence of depression among the nurses of Srinagarind Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2009;54(1):37-54.
17. Suwanno P. Depression among parents of children and adolescent psychiatric patients at Songkhla Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;65(3):289-300.
18. Phitsanu W, Charernboon T. Depression and caregiver burden among caregivers of patients with Schizophrenia at Thammasat University Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2019;64(4):317-36.
19. Winatpatthama C, Sittironnarit G, Charoensak S. Prevalence of depression and its associated factors among caregivers of elderly psychiatric. J Psychiatr Assoc Thailand 2019;64(3):283-96.
20. Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in caregivers of geriatric psychiatric patients. J Psychiatr Assoc Thailand 2016;61(4):319-30.
21. Ondee P, Panitrat R, Pondthavornkamol K, Senanarong V, Harvath TA, Nittayasudhi D. Factors predicting depression among caregivers of persons with dementia. Pacific Rim Int J Nurs Res 2013;17(2):167-80.
22. Mahatnirunkul S, Pumpaisanchai W, Tapanya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population. Bulletin of Suanprung 1997;13(3):1-20.
23. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry 2008; 8:46.
24. Sakarinkhul P. Jiraporncharoen W. Comparison of stress between patient-care personnel and other personnel at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. LPHJ 2006;2(3):190-7.
25. Dex S, Bond S. Measuring work-life balance and its covariates. Work Employ Soc 2005;19(3):627-37.
26. Bayraktar M, Salman M. The impact of family life on work efficiency: a study of employed women from different occupational statuses in a metropolitan area in Turkey. Int J Consum Stud 2003;27(1):80-6.
27. Laowittawas W. Mental health outcomes from working with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) among healthcare workers in Khon Kaen Province. Journal of Khon Kaen Provincial Health Office 2022;4(2):131-46.
28. Jansin B. Factors associated with stress and depression in COVID-19 pandemic among primary health care workers at primary care unit, Uthumphon Phisai District, Sisaket Province. MJSBH 2022; 37(2):465-76.
29. Chantra N, Wongwattana S, Seeno N, Pilasang N, Sadakorn M, Sritep K, et al. Factors related to stress level among hospital personnel in governmental hospital in Samut Prakan. In: Proceedings of 57th Kasetsart University Annual Conference: Education, Economics and Business Administration, Humanities and Social Sciences; 2019 Jan 29 - Feb 1; Kasetsart University, Bangkok. Bangkok: Kasetsart University; 2019. p.406-13.
30. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. Nord J Psychiatry 2011;65(2):125-32.
31. Wang J, Lai D. The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. J Affect Disord 2008;110(1-2):191-6.
32. Tangjitboonsanga N, Charnsil C. Attitude toward depression in Thai population. J Psychiatr Assoc Thailand 2020;65(1):75-88.
33. Channarong C. The habit analysis of Thai people through “Media activities to sustain the human race”. JCOSCI 2017;5(2):141-9.
34. Sherina M, Rampal L, Kaneson N. Psychological stress among undergraduate medical students. Med J Malaysia 2004; 59:207-11.
35. Bunnawa C. Prevalence of depression and related factors among enterprise employees aged 50-60 years, CAT Telecom Public Company Limited in Bangkok. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012.
36. Cramer H, Lauche R, Adams J, Frawley J, Broom A, Sibbritt D. Is depression associated with unhealthy behaviors among middle-aged and older women with hypertension or heart disease? Womens Health Issues 2020;30(1):35-40.
37. Lotfaliany M, Bowe SJ, Kowal P, Orellana L, Berk M, Mohebbi M. Depression and chronic diseases: Co-occurrence and communality of risk factors. J Affect Disord 2018; 241:461-8.
38. Rodic D, Meyer AH, Meinlschmidt G. The association between depressive symptoms and physical diseases in Switzerland: A cross-sectional general population study. Front Public Health 2015; 3:47.
39. Fond G, Lucas G, Boyer L. Untreated major depression in healthcare workers: Results from the nationwide AMADEUS survey. J Clin Nurs 2023; 32:7765-72.