

Factors Associated with Mental Health among Staff at Pranangklao Hospital

Sureeporn Tingsabhat, M.D., M.Sc.*

Abstract

Objective: This study aims to investigate the prevalence and associated factors of mental health issues among personnel at Pranangklao Hospital. The findings serve as evidence-based support for policy development to establish preventive measures and mitigate mental health impacts, ultimately enhancing staff well-being and clinical care efficiency.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted using secondary data analysis from the “Mental Health Check-in” database and the 2025 annual health examination records of Pranangklao Hospital staff. The prevalence and analysis of associated factors were analyzed in 637 participants with complete data. Multiple Logistic Regression was employed to identify significant associations, with results reported as Adjusted Odds Ratios (AOR).

Results: The highest prevalence of mental health issues was high-level stress at 12.59%, followed by burnout at 8.48%. The prevalence of moderate-to-severe depression and suicide risk were 3.45% and 1.57%, respectively. After adjusting for confounding variables, the presence of underlying diseases was identified as a significant risk factor for high-level stress (AOR = 2.41, 95% CI: 1.38-4.19) and suicide risk (AOR = 7.37, 95% CI: 1.75-38.84). Conversely, increasing age acted as a protective factor against stress, burnout, and depression. Furthermore, obesity (AOR = 2.71, 95% CI: 1.10-7.11) and direct patient contact (AOR = 4.16, 95% CI: 1.37-14.48) were identified as significant risk factors for depression. Interestingly, shift work was found to be a protective factor against the risk of depression (AOR = 0.27, 95% CI: 0.10-0.73).

Conclusion: The study demonstrates significant correlations between personal factors (age, underlying diseases, obesity) and occupational factors (shift work, direct patient contact) mental health outcomes.

Keywords: mental health; stress; burnout; depression; risk of suicide

*Occupational Medicine Department, Pranangklao Hospital

Received: January 7, 2026; Revised: February 23, 2026; Accepted: March 12, 2026

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพใจของบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

สุรีย์พร ดิงศภัทย์, พ.บ., วท.ม.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพใจของบุคลากรในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและจัดทำข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบาย เพื่อหาแนวทางป้องกันหรือลดผลกระทบจากปัญหาสุขภาพใจของบุคลากร อันจะทำให้บุคลากรมีสุขภาพใจที่ดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data Analysis) จากฐานข้อมูล Mental Health Check-in และฐานข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2568 ของบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าโดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลทั้งการตรวจสุขภาพและการประเมินสุขภาพใจครบถ้วนจำนวน 637 คน โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กันด้วย Multiple Logistic Regression และรายงานผลเป็น Adjusted Odds Ratio (AOR)

ผลการศึกษา: ปัญหาสุขภาพใจที่มีความชุกสูงสุดคือ เครียดระดับสูง มีความชุกร้อยละ 12.59 รองลงมา คือ ภาวะหมดไฟ ร้อยละ 8.48 ส่วนภาวะเสี่ยงซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 3.45 และ 1.57 ตามลำดับ หลังควบคุมตัวแปรกวนพบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะเครียดระดับสูง (AOR = 2.41, 95% CI: 1.38-4.19) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (AOR = 7.37, 95% CI: 1.75-38.84) ในขณะที่อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยป้องกันที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะเครียด ภาวะหมดไฟ และภาวะซึมเศร้า สำหรับภาวะอ้วน (AOR = 2.71, 95% CI: 1.10-7.11) และการปฏิบัติงานที่ต้องสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (AOR = 4.16, 95% CI: 1.37-14.48) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะเสี่ยงซึมเศร้า แต่กลับว่าการทำงานเป็นกะพบว่าเป็นปัจจัยปกป้องต่อภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (AOR = 0.27, 95% CI: 0.10-0.73)

สรุป: ปัจจัยด้านอายุ โรคประจำตัว ภาวะโรคอ้วนและปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน การทำงานกะ และการสัมผัสผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพใจของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : สุขภาพใจ; ภาวะเครียด; ภาวะหมดไฟ; ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า; ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย

*กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ได้รับต้นฉบับ: 7 มกราคม 2569; แก้ไขบทความ: 23 กุมภาพันธ์ 2569; รับลงตีพิมพ์: 12 มีนาคม 2569

บทนำ

บุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดของระบบบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการให้บริการ ทั้งการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและการรักษาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นภาระงานหนักเผชิญกับความกดดันจากการดูแลชีวิตผู้ป่วยภายใต้ข้อจำกัด ความรีบเร่งในการทำงาน การทำงานเป็นกะ อีกทั้งยังต้องพร้อมรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในช่วงเวลาต่าง ๆ ทั้งช่วงการเกิดโรคระบาดโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำ รวมทั้งภัยพิบัติต่าง ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพใจในระยะยาวและนำไปสู่ภาวะเครียด ภาวะหมดไฟ (Burnout) และปัญหาสุขภาพใจอื่น ๆ⁽¹⁻²⁾

ปัญหาสุขภาพใจในบุคลากรทางการแพทย์เป็นปัญหาในหลายประเทศทั่วโลก^(1,3-5) โดยงานวิจัยแบบ Meta-analysis พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึง 22.8%⁽¹⁾ เช่นเดียวกับประเทศไทย ผลการประเมินสุขภาพใจด้วย Mental Health Check In พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพใจ โดยเฉพาะมีภาวะหมดไฟ (Burn-out) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 โดยค่าเฉลี่ยร้อยละ 2.7 และ 4.7 ในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 ตามลำดับ และเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ. 2565⁽⁵⁾ สอดคล้องกับหลายการศึกษาในประเทศไทย^(2,6) ซึ่งปัญหาสุขภาพใจของบุคลากร อาจส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Quality of Care) และเพิ่มความเสี่ยงต่อความ

ผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Errors)⁽⁷⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพใจอาจแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ๆ ได้แก่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อายุ⁽⁸⁻¹⁰⁾ โรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพ⁽¹¹⁾ ภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน⁽¹¹⁾ การดื่มสุรา⁽¹²⁾ และการสูบบุหรี่⁽¹³⁾ 2. ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ การทำงานเป็นกะ (Shift Work) การทำงานที่มีการสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง (Direct Patient Contact) ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนจากหัวหน้างาน⁽¹⁴⁾

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาเรื่องสุขภาพใจในบุคลากรทางการแพทย์แล้ว แต่พบว่าการศึกษามากส่วนใหญ่นี้เป็นการศึกษาในช่วงสถานการณ์โควิด-19^(1-2,4,6,8) และมุ่งศึกษาเฉพาะด้านของสุขภาพใจ เช่น ภาวะหมดไฟจากการทำงาน⁽⁹⁾ หรือศึกษาในเฉพาะบางกลุ่มอาชีพ เช่น พยาบาล⁽¹⁴⁾ และผลการศึกษายังแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของแต่ละองค์กร การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นหาวิเคราะห์ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพใจของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีการจัดทำระบบ “Mental Health Check-in” ควบคู่กับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่มีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงลึกการวิจัยนี้จึงใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ที่มีอยู่เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพใจและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น อายุ โรคประจำตัว BMI) ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ (การดื่มสุรา, การสูบบุหรี่) และปัจจัยด้าน

การทำงาน (ลักษณะงานกะการสัมผัสผู้ป่วย) กับปัญหาสุขภาพใจของบุคลากรในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) สำหรับการออกแบบมาตรการป้องกันและช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพใจ (ภาวะเครียดระดับสูง ภาวะหมดไฟและภาวะเสี่ยงซึมเศร้า) ของบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ โรคประจำตัว BMI) ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ (การดื่มสุรา การสูบบุหรี่) และปัจจัยด้านการทำงาน (การทำงานเป็นกะ การสัมผัสผู้ป่วย) กับปัญหาสุขภาพใจของบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) โดยรวบรวมข้อมูลจากประชากรทั้งหมด (Total Population) ที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 2,012 คน ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีและมีการประเมินสุขภาพใจผ่าน Mental Health Check-in โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างและศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพใจในบุคลากรทั้งหมดที่มีทั้งข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีและมีการประเมินสุขภาพใจ รวมทั้งกรอกข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษาครบถ้วนจำนวนทั้งหมด 637 คน ซึ่งมากกว่าจำนวน

กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรแบบทราบจำนวนของ Taro Yamane⁽¹⁵⁾ ที่ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 334 คน จึงถือว่าเพียงพอสำหรับการศึกษา

เครื่องมือและนิยามศัพท์เฉพาะ:

เครื่องมือ: แบบรวบรวมข้อมูล (Data Abstraction Form) จากฐานข้อมูล Mental Health Check-in และฐานข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2568 ซึ่งจัดกลุ่มข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัญหาสุขภาพใจ (Dependent Variables): จัดกลุ่มโดยใช้ผลการจัดระดับตามเกณฑ์เครื่องมือของ Mental Health Check In โดยกำหนดให้เป็นกลุ่ม “มีปัญหาสุขภาพใจ” โดยกำหนดเกณฑ์ คือ **ภาวะหมดไฟ** หมายถึง มีผลการประเมิน Burnout อยู่ในระดับ “เสี่ยง” **ภาวะเครียดระดับสูง** หมายถึง มีผลการประเมิน ST-5 อยู่ในระดับมากขึ้นไป **ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า** หมายถึง มีผลการประเมิน 9Q อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป **ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย** หมายถึง มีผลการประเมินอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ โรคประจำตัว (มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค) BMI ≥ 25 การดื่มสุราการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ข้อมูล การทำงานเป็นกะ ซึ่งประเมินจากหน่วยงานที่ต้องขึ้นเวรและการสัมผัสผู้ป่วย ได้จากการประเมินจากลักษณะหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R เวอร์ชัน 4.5.2

สถิติเชิงพรรณนา: ความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน: Chi-square Test สำหรับตัวแปรกลุ่ม และ Independent t-test สำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรต่อเนื่อง และวิเคราะห์ด้วย Simple Logistic Regression เพื่อประเมินความสัมพันธ์เบื้องต้นและแสดงค่าความสัมพันธ์เป็น Crude Odds Ratio (cOR) หลังจากนั้นวิเคราะห์ด้วย Multiple Logistic Regression เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายที่แท้จริงโดยควบคุมตัวแปรกวน โดยการนำตัวแปรที่สนใจทั้งหมดเข้าสู่สมการวิเคราะห์พร้อมกัน (Purposive sampling) ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา การสัมผัสผู้ป่วยและการทำงานเป็นกะ เพื่อให้ได้ค่าประมาณความเสี่ยงที่ปรับแก้แล้วที่มีความถูกต้องแม่นยำและลดโอกาสเกิดความเอนเอียงจากการละเลยตัวแปรสำคัญและรายงานผลเป็น Adjusted Odds Ratio (AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p - \text{value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า รหัสโครงการวิจัย PE6852 รับรองวันที่ 27 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้ศึกษาโดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ มีโดยรวมข้อมูลเจ้าหน้าที่ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2568 จำนวน 1,423 คน และมีการประเมินสุขภาพใจผ่านระบบ Mental Health Check-in จำนวน 857 ราย ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพใจในกลุ่มบุคลากรที่มีข้อมูลทั้งการประเมินทั้ง 2 ส่วน และมีการกรอกข้อมูลครบถ้วนจำนวนทั้งหมด 637 คน โดยมีรายละเอียดข้อมูลดังนี้

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 558 คน คิดเป็นร้อยละ 87.6 และมีอายุเฉลี่ย 38.57 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.56 ปี) โดยมีอายุน้อยที่สุด 21 ปี และสูงสุด 63 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 66.9) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่ามีบุคลากรที่มีภาวะอ้วน ($\text{BMI} \geq 25.0 \text{ kg/m}^2$) จำนวน 271 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 96.1) และไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 65.1) **ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน** พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในลักษณะที่มีการสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง จำนวน 398 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 และเมื่อจำแนกตามลักษณะเวลาการทำงาน พบว่ามีส่วนใหญ่มีสถานะการทำงานเป็นกะ จำนวน 364 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ในขณะที่ไม่ทำงานเป็นกะมีจำนวน 273 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลประชากร (N=637)

ข้อมูลประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ		
ชาย	79	12.4
หญิง	558	87.6
อายุ		
อายุเฉลี่ย (Mean $\pm$ S.D.)	38.57 $\pm$ 10.56 ปี	-
ต่ำสุด - สูงสุด (Min Max)	21 - 63 ปี	-
โรคประจำตัว		
มี	211	33.1
ไม่มี	426	66.9
ภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25 kg/m²)		
มีภาวะอ้วน	271	42.5
ไม่มีภาวะอ้วน	366	57.5
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	25	3.9
ไม่สูบ	612	96.1
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
- ดื่ม	222	34.9
- ไม่ดื่ม	415	65.1
ปัจจัยด้านการทำงาน		
การสัมผัสผู้ป่วย		
สัมผัสผู้ป่วย	398	62.5
ไม่สัมผัสผู้ป่วย	239	37.5
การทำงานเป็นกะ		
ทำงานเป็นกะ	364	57.1
ไม่ทำงานเป็นกะ	273	42.9

ข้อมูลความชุกของปัญหาสุขภาพใจ ในบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งนิยามว่า ผู้ที่จัดว่ามีปัญหาสุขภาพใจ คือ ผู้ที่มีผลการประเมิน Mental Health Check In เข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ คือ ผลประเมินภาวะหมดไฟอยู่ในระดับเสี่ยง หรือภาวะเครียดอยู่ในระดับมากขึ้นไป มีภาวะเสี่ยง ซึมเศร้าหรือเสี่ยงฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง ขึ้นไป พบว่าผู้ที่ตอบแบบประเมิน Mental Health

Check In ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาทั้งหมด 637 คน มีภาวะเครียดระดับสูงมีความชุกสูงที่สุด ร้อยละ 12.59 (80 คน) รองลงมาคือภาวะหมดไฟร้อยละ 8.48 (54 คน) สำหรับปัญหาสุขภาพใจที่มีความรุนแรง ได้แก่ ภาวะเสี่ยงซึมเศร้าในระดับปานกลางขึ้นไป พบร้อยละ 3.45 (22 คน) และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายระดับปานกลางขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 1.57 (10 คน) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพใจ (N=637)

ปัญหาสุขภาพใจ	จำนวนผู้มีปัญหา (N)	ความชุก (ร้อยละ)
ภาวะเครียดระดับสูง (ST-5)	80	12.59
ภาวะหมดไฟ (Burnout)	54	8.48
ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (9Q)	22	3.45
ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)	10	1.57

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุตัวแปรด้วยสถิติ Multiple Logistic Regression เพื่อหาปัจจัยทำนายปัญหาสุขภาพใจทั้ง 4 ด้าน พบว่า อายุ เป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อปัญหาสุขภาพใจเกือบทุกด้าน โดยอายุที่เพิ่มขึ้นช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะเครียดระดับสูง (AOR = 0.94, 95% CI: 0.91–0.96), ภาวะหมดไฟ (AOR = 0.94, 95% CI: 0.91–0.97) และภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (AOR = 0.93, 95% CI: 0.88–0.97) อย่างมีนัยสำคัญ

โรคประจำตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีความสัมพันธ์จำเพาะต่อภาวะเครียดระดับสูง โดยเพิ่มโอกาสการเกิดความเครียด 2.41 เท่า (95% CI: 1.38–4.19) และมีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยเพิ่มความเสี่ยงสูงถึง 7.37 เท่า (95% CI: 1.75–38.84) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มี

โรคประจำตัวและพบว่า ภาวะอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญเฉพาะต่อภาวะเสี่ยงซึมเศร้า โดยเพิ่มความเสี่ยงประมาณ 2.7 เท่า (AOR = 2.71, 95% CI: 1.10–7.11)

นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างปัจจัยด้านการทำงานกับ ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า โดยบุคลากรที่มี การสัมผัสผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงถึง 4.16 เท่า (95% CI: 1.37–14.48) ในทางกลับกัน การทำงานเป็นกะ กลับพบว่าเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้ (AOR = 0.27, 95% CI: 0.10–0.73) ทั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศ และพฤติกรรมสุขภาพ (การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา) กับปัญหาสุขภาพใจทั้ง 4 ด้าน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ แล้ว ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะหมดไฟและความเครียดสูงในบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (N=637)

ปัจจัย	ภาวะเครียดระดับสูง AOR (95% CI)	ภาวะหมดไฟ AOR (95% CI)	ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า AOR (95% CI)	ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย AOR (95% CI)
เพศ				
ชาย (Ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00
หญิง	0.92 (0.46-1.98)	1.10 (0.46-3.10)	0.44 (0.15-1.52)	1.58 (0.22-34.92)
อายุ				
อายุ (ต่อ1 ปี)	0.94 (0.91-0.96) ***	0.94 (0.91-0.97) ***	0.93 (0.88-0.97) ***	0.97 (0.91-1.04)
โรคประจำตัว				
ไม่มี (Ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00
มี	2.41 (1.38-4.19) ***	1.90 (0.98-3.62)	2.28 (0.83-6.14)	7.37 (1.75-38.84) ***
ภาวะอ้วน				
ไม่มีภาวะอ้วน (Ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00
มีภาวะอ้วน	1.43 (0.87-2.35)	1.03 (0.57-1.85)	2.71 (1.10-7.11) ***	0.41 (0.08-1.64)
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่สูบ (Ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00
สูบ	1.76 (0.50-5.41)	0.97 (0.14-4.10)	2.64 (0.33-14.97)	3.85 (0.15-47.32)
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม (Ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00
ดื่ม	1.36 (0.80-2.29)	1.31 (0.71-2.40)	0.73 (0.24-1.96)	1.27 (0.25-5.51)
การสัมผัสผู้ป่วย				
สัมผัสผู้ป่วย (Ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00
ไม่สัมผัสผู้ป่วย	0.84 (0.46-1.52)	1.32 (0.66-2.69)	4.16 (1.37-14.48) ***	0.32 (0.07-1.45)
การทำงานเป็นกะ				
ทำงานเป็นกะ (Ref.)	1.00	1.00	1.00	1.00
ไม่ทำงานเป็นกะ	0.97 (0.54-1.74)	0.54 (0.27-1.06)	0.27 (0.10-0.73) ***	3.50 (0.77-19.20)

* p < 0.05, ** p < 0.01

วิจารณ์

1. ความชุกของปัญหาสุขภาพใจในบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพใจในบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในกลุ่มประชากรเป้าหมายจำนวน 857 ราย พบว่าความเครียดระดับสูงเป็นปัญหาสุขภาพใจที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีความชุกร้อยละ 12.59 รองลงมา คือ ภาวะหมดไฟ พบความชุกร้อยละ 8.48 ซึ่งสำหรับปัญหาสุขภาพใจที่มีความรุนแรง ได้แก่ ภาวะเสี่ยง

ซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับปานกลางถึงรุนแรงพบความชุกร้อยละ 3.45 และ 1.57 ตามลำดับซึ่งผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของ วิศิษฐ์ และคณะ⁽⁶⁾ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.0 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชลวัฒน์

และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงการแพร่ระบาดโรค COVID-19 พบว่าบุคลากรมีความชุกของภาวะเครียดระดับสูงและรุนแรง ร้อยละ 11.88 ซึ่งทั้ง 2 การศึกษาเป็นการศึกษาในช่วงสถานการณ์โควิด-19 แต่การศึกษานี้ในครั้งนี้ซึ่งเป็นการศึกษาหลังสถานการณ์โควิด-19 คลี่คลายแล้วกลับยังพบความชุกของปัญหาใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพใจในบุคลากรทางการแพทย์ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในทุกช่วงเวลา

สำหรับปัญหาภาวะเสี่ยงซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่รุนแรงแม้มีสัดส่วนไม่สูงมากเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด แต่จากผลการประเมินที่พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง 10 ราย และเสี่ยงซึมเศร้ารุนแรง 22 ราย ถือเป็นตัวเลขที่มีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งบ่งชี้ถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่องค์กรควรจัดทำมาตรการเฝ้าระวังและให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพใจในบุคลากร โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายด้วย Multiple Logistic Regression พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อสุขภาพใจต่อบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามากกว่าลักษณะงาน มีรายละเอียดดังนี้:

อายุ เป็นปัจจัยปกป้อง (Protective Factor): การศึกษานี้พบความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างอายุกับปัญหาสุขภาพใจ โดยบุคลากรที่มีอายุมากกว่ามีความเสี่ยงต่อ

ภาวะหมดไฟ ความเครียดสูงและภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า บุคลากรที่มีอายุน้อย (AOR = 0.94, 0.94 และ 0.93 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาแบบ systematic review ของ Salahi et al.⁽⁸⁾ ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพใจของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ในกลุ่มประเทศ EMRO พบว่าบุคลากรที่มีอายุน้อยมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพใจมากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของภาวณิ เหลืองอภิชาติ และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ได้จัดทำโครงการสำรวจความชุกของภาวะหมดไฟและความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าความเครียดและภาวะหมดไฟมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุ โดยอาจเกิดจากบุคลากรที่มีอายุและประสบการณ์การทำงานมากกว่า อาจมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นตามวัย ทำให้สามารถปรับตัวรับมือกับแรงกดดันในระบบสาธารณสุขได้ดีขึ้น ในขณะที่บุคลากรรุ่นใหม่ อาจยังขาดทักษะเหล่านี้และยังต้องเผชิญกับความคาดหวังและการปรับตัวในช่วงเริ่มต้นของการทำงาน ดังนั้นจึงควรจัดโปรแกรมฝึกอบรมการรับมือกับความเครียด รวมทั้งการเสริมสร้างพลังใจหรือจัดระบบพี่เลี้ยงในการดูแลบุคลากรที่อายุน้อย อย่างไรก็ตาม อายุที่เพิ่มขึ้นไม่ได้เป็นปัจจัยป้องกันที่มีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (AOR = 0.97, $p = 0.447$) เนื่องจากอาจเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจที่มีความซับซ้อนและรุนแรงกว่าความเครียด หมดไฟหรือซึมเศร้า เมื่อบุคคลเข้าสู่สภาวะสิ้นหวังหรือมีความคิดทำร้ายตนเอง ปัจจัยเรื่องประสบการณ์ชีวิตหรือวุฒิภาวะอาจมีน้ำหนักไม่เพียงพอที่จะยับยั้งแรงกระตุ้นดังกล่าวได้

ดังนั้น จึงควรมีการเฝ้าระวังต่อความเสี่ยงฆ่าตัวตายในทุกกลุ่มอายุ

โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทุกปัญหาสุขภาพใจที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ได้แก่ ภาวะหมดไฟ ภาวะเครียดสูง ภาวะเสี่ยงซึมเศร้าและโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อ **ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย** ขึ้นถึง 7 เท่า (AOR = 7.01) ในผู้ที่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Moussavi et al.⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าและโรคเรื้อรัง และผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสุขภาพกายและสุขภาพใจมีความสัมพันธ์กัน

ภาวะโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.ม.) พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (AOR = 2.71) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Luppino et al.⁽¹¹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาแบบ Systematic Review และ Meta-analysis เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนและภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษาพบว่าภาวะโรคอ้วนมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจเกิดจากภาวะซึมเศร้าส่งผลให้มีปัญหาในการควบคุมการพฤติกรรมการกินหรืออาจเกิดจากปัจจัยทางจิตสังคมเรื่องภาพลักษณ์ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้านั้นการดูแลสุขภาพกายและการควบคุมน้ำหนัก จึงเป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพใจ

สำหรับ **ปัจจัยด้านการทำงาน** ไม่ส่งผลต่อความเครียดและภาวะหมดไฟอย่างชัดเจนแต่กลับพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อ **ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า** โดย การสัมผัสผู้ป่วย

เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึง 4.16 เท่า (AOR = 4.16) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง คำวงศ์ และคณะ⁽²⁾ จากการศึกษาความชุกของภาวะสุขภาพจิตพฤติกรรมป้องกันเพื่อลดโอกาสติดเชื้อและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานและภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในช่วงแรกที่มีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 และพบว่า ลักษณะงานที่มีการสัมผัสผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรด้านหน้าอาจต้องรองรับผู้รับบริการจำนวนมากหรือแบกรับความกดดันทางอารมณ์ จากการรองรับอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ จนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคลากรสายสนับสนุน แต่การศึกษานี้กลับพบว่า **การทำงานเป็นกะ** กลับเป็นปัจจัยป้องกันต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้ (AOR = 0.27) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาอื่น⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าการทำงานเป็นกะรบกวนนาฬิกาชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพใจอย่างไรก็ตาม อาจอธิบายได้ด้วยบริบทเฉพาะขององค์กร เช่น บุคลากรที่ขึ้นเวรอาจได้รับค่าตอบแทนพิเศษ (OT) ที่ช่วยลดความเครียดด้านเศรษฐกิจ หรืออาจเกิดจาก “Healthy Worker Effect”⁽¹⁹⁾ คือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพใจอาจย้ายออกจากระบบงานกะไปแล้ว เหลือเพียงผู้ที่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานหรือองค์กรอาจมีรูปแบบการจัดตารางเวรที่เหมาะสมแล้ว เช่น การจัดตารางเวรแบบตามเข็มนาฬิกาให้สอดคล้องกับนาฬิกาชีวิต (Circadian rhythm) หรือหน่วยงานที่มีการทำงานเป็นกะ อาจมีระบบการสนับสนุนอื่น ๆ

ที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้า เช่น ความสัมพันธ์หรือความช่วยเหลือระหว่างเพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างาน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีรูปแบบการศึกษาแบบ Cross-sectional study จึงไม่สามารถบอกความเป็นเหตุปัจจัยหรือความสัมพันธ์ก่อนหลังได้และการศึกษานี้ทำการศึกษาเฉพาะผู้ที่ทำแบบประเมินสุขภาพใจผ่านระบบ Mental Health Check in ซึ่งมีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามสุขภาพใจทั้งหมดอยู่ที่ร้อยละ 60.22 และผู้ที่มีข้อมูลครบถ้วนสำหรับการศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 44.8 ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบผู้ตอบและผู้ไม่ตอบได้ จึงมีอาจเกิดอคติในการคัดเลือกตัวอย่างได้ (Selection bias) สำหรับการจัดการจัดกลุ่มตัวแปร “การทำงานเป็นกะ” และ “การสัมผัสผู้ป่วย” เป็นการประเมินโดยอ้อมจากหน่วยงานที่สังกัด ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อน นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญอื่น ๆ เช่น รายได้ หรือการสนับสนุนจากหัวหน้างานที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพใจแต่ไม่มีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

สรุป

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพใจของบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (N=637) พบความชุกของภาวะเครียดระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 12.56) รองลงมา คือ ภาวะหมดไฟ (ร้อยละ 8.48) ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (ร้อยละ 3.45) และภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 1.57) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วย Multiple logistic regression พบว่าอายุเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะเครียด ภาวะหมดไฟและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพบว่าปัญหาสุขภาพกายเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพใจอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าผู้มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดระดับสูง (AOR = 2.41) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง 7.37 เท่า รวมถึงภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (AOR = 2.71) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านลักษณะงานยังมีความสัมพันธ์เฉพาะเจาะจงกับภาวะเสี่ยงซึมเศร้า โดยบุคลากรที่ต้องทำงานสัมผัสผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นถึง 4.16 เท่า ในขณะที่การทำงานเป็นกะกลับเป็นปัจจัยที่พบว่าช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (AOR = 0.27) ในการศึกษาครั้งนี้ โรงพยาบาลจึงควรเน้นการเฝ้าระวังและคัดกรองสุขภาพใจในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งจัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกายเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพใจ สำหรับบุคลากรที่มีอายุน้อยควรได้รับการดูแลโดยอาจจัดให้มีการอบรมหรือการเสริมสร้างทักษะในการรับมือกับความเครียดหรือมีระบบพี่เลี้ยง สำหรับปัญหาสุขภาพใจที่พบน้อยสุด คือ ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย แม้จะเป็นปัญหาที่พบน้อยที่สุด แต่ถือเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงในระดับที่ไม่สามารถยอมรับได้ จึงให้ความสำคัญสูงสุดโดยองค์การควรจัดให้มีการเฝ้าระวังหรือดูแลกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นพิเศษในทุกกลุ่มอายุรวมทั้งควรจัดมีช่องทางเข้าถึงจิตแพทย์หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญสำหรับบุคลากรได้อย่างรวดเร็วและเป็นความลับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงลึกที่ข้อมูลทฤษฎีไม่สามารถอธิบายได้ เช่น ปัญหาการสนับสนุนจากหัวหน้างาน นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวัยไปวิจัยไปข้างหน้า (Cohort Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลลัพธ์และการวิจัยในอนาคตควรเก็บข้อมูลปัจจัยด้านองค์กรที่แท้จริง เช่น ภาระงานจริงลักษณะหรือรูปแบบการจัดตารางเวลาและการสนับสนุนทางสังคมในที่ทำงานเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ นพ.สมพงษ์ ชัยโสมานนท์ และ อาจารย์ นพ.ปริญญ์ สันติชาตงาม ที่เป็นแรงบันดาลใจ ส่งเสริมสนับสนุน และให้คำแนะนำงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมและกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ช่วยสนับสนุนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 2020;88:901–7.
2. ดาวรุ่ง คำวงศ์, จีระเกียรติ ประสานธนกุล, มุกิตา พนาสธิตย์, ธนิยะ วงศ์วาร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงานกับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2565;16(1):54–68.
3. Rezaei S, Hoseinipalangi Z, Rafiei S, Dolati Y, Hosseini H, Asl MT, et al. The global prevalence of depression among health workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord Rep* 2022;8:100326.
4. Anger WK, Dimoff JK, Alley L. Addressing health care workers' mental health: a systematic review of evidence-based interventions and current resources. *Am J Public Health* 2024;114(Suppl 2):213–26.
5. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงสูงสุด “ภาวะหมดไฟ” กรมสุขภาพจิตขอสังคมร่วมส่งกำลังใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 27 ม.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/8ixyl>
6. วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). *วารสารแพทย์เขต 4-5* 2563;39(4):616-27.

7. European Biosafety Network. Mental and Psychosocial Health in Healthcare; Preventing Medication Errors and Adverse Events and Disorders in Healthcare Workers [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 28]. Available from: <https://shorturl.asia/uH1EB>
8. Ardekani OS, Sajedifar M, Letafati A, Ashtiani AJ, Jazayeri SM. Risk factors associated with mental health symptoms among health care workers during the COVID-19 pandemic in EMRO countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2025;25:1501.
9. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397–422.
10. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet* 2007;370(9590):851–8.
11. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, et al. Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(3):220–9.
12. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011;106(5):906–14.
13. Taylor GM, Lindson N, Farley A, Leinberger-Jabari A, Sawyer K, Te Water Naudé R, et al. Smoking cessation for improving mental health. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;3(3).
14. สุปรียา สัมฤทธิ์วงศ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, พรทิพย์ กิระพงษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี* 2565;5(3):83-97.
15. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis*. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
16. ชลอวัฒน์ อินปา, พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชในช่วงการแพร่ระบาดโรค COVID-19. *เสียงรายเวชสาร* 2564;13(2):153-65.
17. ภาวิณี เหลืองอภิชาติ. โครงการสำรวจความชุกของภาวะหมดไฟและความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลราชบุรี. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร* 2567;8(1):98-106.
18. Cheng H, Liu G, Yang J, Wang Q, Yang H. Shift work disorder, mental health and burnout among nurses: A cross-sectional study. *Nurs Open* 2023;10(4):2611–20.
19. Shah D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian J Occup Environ Med* 2009;13(2):77–9.