

ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังควบคุมโรค**The Impact on Mental Health of Public Health Personnel in
Disease Surveillance and Control**

**บังเอิญ ภูมิภักดี, จอมเทียน พรหมทอง, จารุณี ระบายศรี, กนกรัตน์ ไพฑูลย์,
จุฑามาศ ลิ้มสมบุญ, กชามาศ สินธุ์ชัย
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง**

**Bangern Pumipak, Jomtien Promthong, Jarunee Rabaisri, Kanokrat Paitool,
Jutamas Limsomboon, Kachamas Sintuchai**

Institute for Urban Disease Control and Prevention

Corresponding Author: talentandsky@gmail.com

Received 2025 Oct 13, Revised 2025 Dec 9, Accepted 2025 Dec 12

DOI: 10.14456/iudcj.2026.19

บทคัดย่อ

การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเป็นภารกิจสำคัญของบุคลากรสาธารณสุขซึ่งต้องปฏิบัติงานท่ามกลางความเครียด ภาระงานสูง และความไม่แน่นอน โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์วิกฤตการระบาดของโรคติดต่อ ปัจจุบันเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและประสิทธิภาพในการทำงาน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค รวมถึงสำรวจผลกระทบทางจิตใจจากการทำงานภายใต้ความกดดันและความไม่แน่นอน ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีอาการทางจิตใจอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะความเครียดจากภาระงานและความวิตกกังวลต่อความเสี่ยงการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม พบกลุ่มที่มีอาการในระดับมาก ได้แก่ ความเหนื่อยล้าและขาดพลัง ร้อยละ 26.2 ภาวะซึมเศร้าและขาดแรงจูงใจ ร้อยละ 29.2 และความรู้สึกว่าภารกิจมีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 27.7 ซึ่งสะท้อนถึงภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout Syndrome) ที่เริ่มปรากฏ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการนอนหลับในระดับมาก และปานกลางรวมกันถึงร้อยละ 57.0 และความวิตกกังวลจากการติดเชื้อในระดับปานกลางร้อยละ 61.5 ขณะที่ความต้องการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 80.0 อาจเกิดจากทัศนคติทางสังคมหรือการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเอง จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาและเสริมสร้างระบบสนับสนุนสุขภาพจิตในสถานที่ทำงาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาระงานสูงหรืออยู่ในสภาวะเสี่ยงแนวทางที่ควรส่งเสริม ได้แก่ การจัดโปรแกรมลดความเครียด การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการสื่อสารเรื่องสุขภาพจิต และการลดอคติทางสังคมต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านจิตใจ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม รักษาสมดุลทางอารมณ์ และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, บุคลากรสาธารณสุข, ภาวะหมดไฟในการทำงาน, ความเครียดจากงาน, การสนับสนุนจากองค์กร

Abstract

Disease surveillance, prevention, and control are essential responsibilities of public health personnel who work under conditions of high risk, heavy workload, and uncertainty, particularly during infectious disease outbreaks. These challenges can significantly affect their mental health and work performance. This study aimed to examine the mental health impacts among public health personnel involved in disease surveillance, prevention, and control, and to explore the psychological effects of working under pressure and uncertainty. The findings revealed that most participants experienced mild to moderate psychological symptoms, particularly work-related stress and anxiety about infection risks. However, a subset reported severe symptoms, including fatigue and lack of energy 26.2%, depressive mood and low motivation 29.2%, and perceptions of high-risk duties 27.7%, indicating early signs of burnout syndrome. Sleep disturbances were reported by 57.0% of participants, and 61.5% expressed moderate concern about infection risk. Notably, 80.0% reported low levels of help-seeking behavior for mental health issues, which may reflect social stigma or limited self-awareness of psychological distress. The results highlight the urgent need to strengthen workplace mental health support systems, especially for personnel with high workloads or exposure to risk. Recommended strategies include implementing stress management programs, fostering an organizational culture that promotes open communication about mental health, and reducing social stigma related to seeking psychological support. Enhancing these factors can improve emotional resilience, sustain motivation, and promote long-term well-being and performance among public health personnel.

Keywords: Mental health, Public health personnel, Burnout syndrome, Work-related stress, Organizational support

บทนำ

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองมีบทบาทหลักในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในเขตเมืองใหญ่ โดยเฉพาะพื้นที่เมืองใหญ่มีความหนาแน่นของประชากรสูง ทำให้โรคติดต่อ ไวรัส หรือภัยสุขภาพแพร่ระบาดได้ง่าย และรวดเร็ว โดยเฉพาะเมื่อมีการเดินทางเข้า-ออกของคนหลายพื้นที่ ทั้งคนในประเทศและต่างประเทศ และแรงงานต่างด้าว/นักท่องเที่ยว เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคได้มากขึ้น และมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพสูง เนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตในเมือง การใช้ระบบขนส่งสาธารณะ ความแออัดในที่พัก/ชุมชน/อาคาร การเคลื่อนย้ายบ่อยที่เอื้อต่อ

การระบาดของโรคหากไม่มี “หน่วยงานที่มีกลไกทางสาธารณสุข โดยเฉพาะ” ที่เฝ้าระวังและควบคุมโรคโดยตรง โอกาสที่โรคจะระบาดอย่างรวดเร็วมีสูง บุคลากรของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง คือ พันเพ็ญหลักที่ทำให้ระบบป้องกันควบคุมโรคในเมืองมีพลังขับเคลื่อนทั้งในด้านปฏิบัติ การวิเคราะห์เชิงวิชาการ การกำหนดนโยบาย และการประสานงานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความต่อเนื่องและมั่นคงด้านสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อความปลอดภัยด้านสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง

การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคเป็นภารกิจที่สำคัญและจำเป็นในการรักษาสุขภาพของประชาชน แต่ท่ามกลางการทำงานที่เต็มไปด้วยความท้าทายนี้ บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตโรคระบาด มักต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และแรงกดดันที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพจิตของพวกเขา การทำงานในสภาวะที่มีความไม่แน่นอนสูงและภาระงานที่ทับซ้อนกันสามารถนำไปสู่ภาวะทางจิตใจที่มีความเสี่ยง เช่น ความเครียดสะสม ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout Syndrome) คือ ภาวะที่เกิดจากการทำงานหนักเกินไปและการเผชิญหน้ากับความเครียดเป็นเวลานานจนร่างกายและจิตใจไม่สามารถทนรับได้อีกต่อไป สภาวะนี้ทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีแรงจูงใจ ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานและสุขภาพโดยรวมของบุคลากร เมื่อบุคลากรสาธารณสุขต้องเผชิญสิ่งกระตุ้น (stimuli) จากสถานการณ์ระบาด เช่น ความเสี่ยงติดเชื้อ ภาระงานสูง และการขาดทรัพยากร ทำให้เกิดการตอบสนอง (response) ทางจิตใจ เช่น ความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และเบื่อหน่าย แสดงถึงการปรับตัวที่ถูกกดดัน การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรและทีมงาน (support system) เป็นกลไกการปรับตัวสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรยังคงปฏิบัติงานต่อไปได้ ตามแนวคิดทางการพยาบาล การปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model)⁽¹⁾ การระบาดถือว่า “เป็นภาวะคุกคาม” (threat appraisal) ทำให้เกิดความเครียด องค์กรควรส่งเสริมการจัดการความเครียดอย่างเป็นระบบ เช่น จัดอบรมเทคนิคการผ่อนคลาย การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดรับการพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (Stress and Coping Theory)⁽²⁾ ความเครียดเหล่านี้ไม่เพียงแต่เกิดจากภาระงานที่หนักหน่วงและเวลาทำงานที่ยาวนาน แต่ยังรวมไปถึงการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่คาดเดาไม่ได้ การต้องรับมือกับ

ในการตัดสินใจที่สำคัญในเวลาจำกัด และความท้าทายในการให้บริการที่ต้องตรงเวลาและมีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการระบาดใหญ่หรือสถานการณ์ฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตนี้ ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพโดยรวมซึ่งจะมีผลต่อความสามารถในการควบคุมและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การสนับสนุนและดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขจึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถมองข้ามได้ ในบทความนี้เราจะสำรวจถึงผลกระทบที่มีต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง และควบคุมโรค พร้อมทั้งเสนอแนวทางการเสริมสร้าง การสนับสนุนและการดูแลจิตใจที่เหมาะสม เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืนในระยะยาว ตามแนวคิดทางการพยาบาล การดูแลด้วยความเอื้ออาทรของวัตสัน (Watson's Theory of Human Caring)⁽³⁾ การได้รับ “ความเอื้ออาทรและการสนับสนุนจากองค์กร” ช่วยลดความเครียดและความตั้งใจลาออก ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของวัตสันที่เน้น “ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ถูกดูแล” ผู้บริหารควรสร้างวัฒนธรรมของความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับ และการให้คุณค่ากับบุคลากร เพื่อสร้างความผูกพันและความเข้มแข็งทางใจในทีม

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในช่วงสถานการณ์วิกฤตภายใต้ภาวะกดดัน เช่น การระบาดของโรคติดต่ออันตราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่องผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคจะใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการเก็บข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในช่วงสถานการณ์วิกฤต เช่น การระบาดของโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น โรค COVID-19 หรือโรคที่มีความเสี่ยงสูง การศึกษาครั้งนี้จะใช้การสำรวจผ่านแบบสอบถาม (Questionnaire) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจิตของบุคลากร

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลเชิงปริมาณจะถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติพื้นฐาน เช่น ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์จะถูกวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อค้นหาหัวข้อหลักและธีมที่สำคัญเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ประชากร: บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในสถานการณ์วิกฤต เช่น การระบาดของโรค COVID-19 หรือโรคติดต่อร้ายแรงอื่นๆ ในสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

- วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง: ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้น (Stratified Sampling) ของบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยแบ่งชั้นตามตำแหน่งหน้าที่หรือประเภทงาน เช่น เจ้าหน้าที่

เฝ้าระวังโรค เจ้าหน้าที่สอบสวนโรค เจ้าหน้าที่ควบคุมโรค และเจ้าหน้าที่บริหาร เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่มีความหลากหลายและครอบคลุม

- ขนาดกลุ่มตัวอย่าง: กำหนดตามสูตรการคำนวณของ Krejcie & Morgan⁽⁴⁾ ใช้ประชากรทั้งหมดที่มีประสบการณ์อยู่ในเหตุการณ์การระบาดของโรค (MERS, Ebola, Covid -19) จำนวน 77 คน ผลการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง สำหรับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาการทำงาน)
- แบบวัดภาระงานและความกดดันในการทำงาน (ใช้มาตราส่วนประมาณค่า Likert Scale 5 ระดับ)

ส่วนที่ 1 ภาระงาน ระดับการวัด:
5= ปริมาณงานมากที่สุด 4= ปริมาณงานมาก
3= ปริมาณงานปานกลาง 2= ปริมาณงานน้อย
1= ปริมาณงานน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 ความกดดันในการทำงาน ระดับการวัด: 5= มีความกดดันมากที่สุด
4= มีความกดดันมาก 3= มีความกดดันปานกลาง
2= มีความกดดันน้อย 1= มีความกดดันน้อยที่สุด

- แบบประเมินสุขภาพจิต (GHQ-12)⁽⁵⁾ และภาวะหมดไฟในการทำงาน (Maslach Burnout Inventory – MBI)⁽⁶⁾

แบบประเมินสุขภาพจิต (GHQ-12)

แบบประเมินสุขภาพจิต Thai GHQ มีผล การทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของ เครื่องมือในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เมื่อเปรียบเทียบกับ การวินิจฉัยของจิตแพทย์พบว่า Thai GHQ ทุกฉบับ ทั้งฉบับเต็ม คือ Thai GHQ 60 และฉบับอื่น ๆ ที่ตัดตอนมาจากฉบับเต็มคือ Thai GH-30, Thai GH-28 และ Thai GH-12 มีความน่าเชื่อถือได้ และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้อง ภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถาม มีค่า Cronbach' alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 และมีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 85.3 และความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 โดยเลือกใช้ แบบประเมินสุขภาพจิต (GHQ-12) ที่กระชับและเหมาะสมกับบุคลากร สถาบันป้องกัน ควบคุมโรคเขตเมือง

ใช้ระบบการให้คะแนนแบบ GHQ (0-0-1-1) โดยข้อคำถามที่ตอบในลักษณะที่บ่งชี้ถึงภาวะความทุกข์ ทางจิตใจจะได้รับคะแนน 1 และข้อที่ตอบในลักษณะที่ ไม่มีภาวะความทุกข์จะได้รับคะแนน 0 จากนั้นจึงนำคะแนน ของทุกข้อมา รวมเป็นคะแนนรวม เพื่อใช้ในการประเมิน

Thai GHQ – 12 ใช้จุดตัดคะแนนต่ำ 1/2 โดยคะแนนตั้งแต่ 2 ขึ้นไปถือว่าผิดปกติ

แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน

(Maslach Burnout Inventory – MBI)

แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน (Maslach Burnout Inventory – MBI) คือ เครื่องมือ ประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุดเพื่อวัดภาวะหมดไฟ ในการทำงาน โดยประเมินจาก 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1 : ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion): การที่รู้สึกเหนื่อย ไม่มีพลัง เผชิญกับงาน ผู้คน หรือวันต่อ ๆ ไป รู้สึกว่าไม่มีพลังใจ เหลือจนสามารถให้ผู้อื่นได้

ส่วนที่ 2 : ด้านการเป็นเฉยต่องาน (Depersonalization): สูญเสียการเอาใจใส่ในงาน ปฏิบัติกับผู้รับบริการเหมือนไม่มีชีวิตจิตใจ นำไปสู่ การมีทัศนคติเชิงลบต่องาน หรือผู้คน จนถึงหลีกเลี่ยง การติดต่อจากเพื่อนร่วมงาน

ส่วนที่ 3 : ด้านความสามารถในการทำงาน (Professional Efficacy): รู้สึกตนเองในเชิงลบ ว่าไม่มี ประสิทธิภาพ ไม่มีความสามารถ ไม่สามารถจัดการงาน ให้สำเร็จลุล่วงได้ ซึ่งเป็นผลสืบมาจากสองประการแรก

การให้คะแนนแต่ละข้อมีระดับความถี่ 7 ระดับ โดยเริ่มจาก "ไม่เคย" ถึง "ทุกวัน" ซึ่งมีคะแนน ตั้งแต่ 0 ถึง 6 ดังนี้

ระดับความถี่	คะแนน
ไม่เคย	0
เกือบไม่เคย	1
นาน ๆ ครั้ง	2
บางครั้ง	3
บ่อยครั้ง	4
เกือบทุกวัน	5
ทุกวัน	6

การให้คะแนนในแบบสอบถามฉบับนี้ใช้มาตรฐานความถี่ 7 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เคย” ถึง “ทุกวัน” โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 6 เพื่อสะท้อนความถี่ของพฤติกรรมหรือประสบการณ์อย่างมีระดับขึ้น หลังจากนั้นจะนำคะแนนรวมที่ได้ไปจัดกลุ่มเป็นระดับ “สูง ปานกลาง และต่ำ” โดยจัดระดับผลการประเมินเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (66.7–100.0), ระดับปานกลาง (33.4–66.6) และระดับต่ำ (ร้อยละ 0.0–33.3) เพื่อให้สามารถตีความความรุนแรงหรือความถี่ของพฤติกรรมได้อย่างเป็นระบบและเที่ยงตรง ซึ่งช่วยสนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงสถิติและเชิงวิชาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

เพื่อสำรวจและทำความเข้าใจประสบการณ์ ความรู้สึก และผลกระทบทางจิตใจของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค รวมถึงแนวทางในการดูแล และเสริมสร้างสุขภาพจิต ให้สามารถทำงานได้อย่างยั่งยืน⁽⁷⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ: วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สะท้อนถึงผลกระทบทางจิตใจและแนวทางการรับมือของบุคลากร

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการได้โดยยึดหลักจริยธรรมพื้นฐาน ดังนี้: ขอความยินยอมอย่างสมัครใจจากผู้เข้าร่วม โดยอธิบายวัตถุประสงค์ กระบวนการ และผลกระทบ ทั้งทางบวกและลบ ก่อนเริ่มการศึกษา รักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของข้อมูล โดยไม่เก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนผู้เข้าร่วม ลดความเสี่ยงทางด้านจิตใจหรือสังคม ด้วยการออกแบบคำถามอย่างระมัดระวัง และให้ผู้เข้าร่วมถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา

ผลกระทบด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดของบุคลากรสาธารณสุขในช่วงสถานการณ์ระบาด จากการศึกษาข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.7 อายุระหว่าง 25–44 ปี ร้อยละ 72.3 และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปถึง ร้อยละ 95.4 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 10,001–30,000 บาท เป็นหลัก ร้อยละ 69.3 และมีประสบการณ์ทำงานในสายอาชีพนี้ไม่เกิน 5 ปี ถึง ร้อยละ 50.7 ในด้านการปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์ระบาด เช่น MERS, Ebola และ Covid-19 พบว่า ร้อยละ 52.3 เป็นบุคลากรหลักในการปฏิบัติงาน และ ร้อยละ 64.6 ได้รับการฝึกอบรมหรือมีแนวทางชัดเจนก่อนปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตาม มีเพียง ร้อยละ 60.0 ที่มีประสบการณ์ในการเฝ้าระวังหรือควบคุมโรคในสถานการณ์ฉุกเฉิน และในจำนวนนี้ ร้อยละ 50.8 ปฏิบัติงานนานกว่า 6 เดือน โดย ร้อยละ 81.5 รู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากทีมงานและองค์กรอย่างเพียงพอตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=65)

ข้อมูล		ร้อยละ
เพศ		
	ชาย	10.8
	หญิง	87.7
	LGBTQ+	1.5
อายุ		
	น้อยกว่า 25 ปี	10.8
	25-34 ปี	43.1
	35-44 ปี	29.2
	45-54 ปี	9.2
	55 ปีขึ้นไป	7.7
ระดับการศึกษา		
	มัธยมศึกษา	1.5
	ปวช./ปวส.	3.1
	ปริญญาตรี	75.4
	ปริญญาโท	18.5
	ปริญญาเอก	1.5
ระยะเวลาในการทำงานในสายอาชีพนี้		
	น้อยกว่า 1 ปี	16.9
	1-5 ปี	33.8
	6-10 ปี	15.4
	11-15 ปี	12.3
	16-20 ปี	7.7
	มากกว่า 20 ปี	13.8



ข้อมูล		ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
	ต่ำกว่า 10,000 บาท	9.2
	10,001 – 20,000 บาท	46.2
	20,001 – 30,000 บาท	23.1
	30,001 – 40,000 บาท	16.9
	40,001 – 50,000 บาท	9.2
	มากกว่า 50,000 บาท	3.1
ท่านเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรค (เช่น MERS, Ebola, Covid -19)		
	ใช่	52.3
	ไม่ใช่	47.7
ได้รับการฝึกอบรมหรือมีแนวทางชัดเจนเรื่องการเฝ้าระวังควบคุมโรคก่อนปฏิบัติงาน		
	ใช่	64.6
	ไม่ใช่	35.4
คุณมีประสบการณ์ในการเฝ้าระวังหรือควบคุมโรคในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การระบาดของโรคติดต่อหรือโรคระบาดหรือไม่		
	มี	60
	ไม่มี	40
ระยะเวลาที่คุณปฏิบัติงานในขณะที่มีการเฝ้าระวังหรือควบคุมโรคในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉินมีระยะเวลานานเท่าไร (เช่น การระบาดของโควิด 19)		
	น้อยกว่า 1 เดือน	3.1
	1-3 เดือน	6.2
	3-6 เดือน	6.2
	มากกว่า 6 เดือน	50.8
	ไม่อยู่ในช่วงระยะเวลาการเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน	33.8
ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังโรค คุณรู้สึกว่าการสนับสนุนจากทีมงานและองค์กรที่เพียงพอหรือไม่		
	มีเพียงพอ	81.5
	มีไม่เพียงพอ	18.5

ผลกระทบต่อสุขภาพจิต พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง และมาก ได้แก่ ความรู้สึกเบื่อ เซ็ง ร้อยละ 63.1 การนอนผิดปกติ ร้อยละ 57.0 สมารถน้อยลง ร้อยละ 49.3 และความรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดพลัง ร้อยละ 64.6 นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกซึมเศร้าและไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน ร้อยละ 44.6 และความเครียดจากภารกิจที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 58.5 อย่างไรก็ตาม มีเพียง ร้อยละ 20.0 ที่เคยต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ที่ประสบการณืประเินอาการ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือปัญหาความสัมพันธ์ ในการหาสาเหตุที่แท้จริง และแนวทางจัดการที่เหมาะสม จากการสำรวจด้านการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุข พบว่ามีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รู้สึกว่าได้รับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอในการเฝ้าระวังและป้องกันโรค โดยมีเพียง ร้อยละ 3.1 ที่รู้สึกว่าได้รับการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ และ ร้อยละ 4.6 ที่รู้สึกบ้างเป็นบางครั้ง ขณะที่กลุ่มใหญ่ถึงร้อยละ 92.3 ระบุว่าได้รับการฝึกอบรมในระดับน้อยหรือไม่มีเลย สะท้อนถึงช่องว่างสำคัญในการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในสถานการณ์ฉุกเฉิน ในด้านความตั้งใจที่จะลาออกจากการเฝ้าระวังควบคุมโรค พบว่า ร้อยละ 7.7 มีความคิดนี้ในระดับมาก และ ร้อยละ 10.8 อยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม กลุ่มใหญ่ถึง ร้อยละ 81.5 ระบุว่าไม่เคยคิดจะลาออก ซึ่งแสดงถึงความมุ่งมั่นและความอดทนของบุคลากรแม้ต้องเผชิญกับแรงกดดัน และอีกเหตุผลหนึ่งคือ งานราชการมีความมั่นคงมากกว่างานเอกชน มีระบบการจ้างงานระยะยาว โอกาสถูกเลิกจ้างน้อย และมีสวัสดิการรองรับตลอดอายุการทำงาน เมื่อพิจารณาถึงการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตจากองค์กรหรือหน่วยงาน พบว่ามีถึง ร้อยละ 40.0 ที่รู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และอีก ร้อยละ 40.0 ที่รู้สึกในระดับปานกลาง ขณะที่มีเพียง ร้อยละ 20.0 เท่านั้นที่รู้สึกว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุนเลย ซึ่งถือเป็นสัญญาณบ่งชี้ที่สะท้อนถึงความพยายามขององค์กรในการดูแลบุคลากรในด้านจิตใจ แม้ยังมีบางส่วนที่ต้องปรับปรุงเพิ่มเติม

ตารางที่ 2 ผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการรับรู้

ผลกระทบ	มาก (%)	ปานกลาง (%)	น้อย (%)
ปัญหาการนอน/นอนไม่หลับ/นอนมากกว่าปกติ	18.5	38.5	43.1
สมารถน้อยลง	12.4	36.9	50.8
หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ	15.4	30.8	53.8
ความรู้สึกเบื่อ เซ็ง	20.0	43.1	36.9
ไม่อยากพบปะผู้คน	13.8	33.8	52.3
เครียดจากการทำงาน	7.7	46.2	46.2
วิตกกังวลหรือกลัวผลกระทบจากการติดเชื้อ	12.3	61.5	26.2
เหนื่อยล้าและขาดพลัง	26.2	38.4	35.4
ซึมเศร้า/ไม่มีแรงจูงใจ	29.2	15.4	55.4

ผลกระทบ	มาก (%)	ปานกลาง (%)	น้อย (%)
ภารกิจมีความเสี่ยงสูง	27.7	30.8	41.5
ปัญหาความสัมพันธ์จากภาระงาน	0.0	35.4	64.6
ต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ	0.0	20.0	80.0
ได้รับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอในการเฝ้าระวังป้องกันโรค	3.1	4.6	92.3
คิดจะลาออกจากการทำงานเฝ้าระวังควบคุมโรค	7.7	10.8	81.5
คิดว่าองค์กรมีการสนับสนุนดูแลสุขภาพจิตอย่างเพียงพอ	40.0	40.0	20.0

ตารางที่ 3 ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout Syndrome)

ผลลัพธ์	ระดับการหมดไฟ		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	38.5	23.0	38.5
ด้านการเมินเฉยต่องาน	23.0	23.0	54.0
ด้านความสามารถในการทำงาน	61.5	0.0	38.5

ผลการประเมินพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม มีระดับ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ทั้งในระดับสูงและต่ำพอ ๆ กัน ร้อยละ 38.5 ขณะที่ การเมินเฉยต่องาน ส่วนใหญ่พบในระดับต่ำ ร้อยละ 54.0 อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการทำงานลดลงในระดับสูงค่อนข้างมาก ร้อยละ 61.5 สะท้อนสัญญาณสำคัญของภาวะหมดไฟ ที่กระทบประสิทธิภาพการทำงาน

สรุปได้ว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉินมีประสบการณ์และ การสนับสนุนในระดับหนึ่ง แต่ยังคงเผชิญกับแรงกดดัน และผลกระทบด้านสุขภาพจิตอย่างเห็นได้ชัด การเสริมสร้าง ความรู้และทักษะด้านการจัดการความเครียด รวมถึง การสนับสนุนด้านจิตใจอย่างเป็นระบบ จะเป็นกลยุทธ์ สำคัญในการดูแลบุคลากรและเพิ่มความสามารถ ในการปฏิบัติงานในภาวะวิกฤติอย่างยั่งยืนต่อไป

อภิปรายผล

จากผลการศึกษากระทบด้านสุขภาพจิตจาก ภาระงานและสถานการณ์ความเสี่ยงพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบต่อจิตใจในระดับ น้อย ถึง ปานกลาง โดยเฉพาะด้านความเครียดจากการทำงาน และความวิตกกังวลต่อผลกระทบจากการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีบางปัจจัยที่ส่งผลกระทบในระดับมาก ได้แก่ อาการ เหนื่อยล้าและขาดพลัง ร้อยละ 26.2 ซึมเศร้า/ไม่มีแรงจูงใจ ร้อยละ 29.2 และ ภารกิจที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 27.7 ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวของบุคลากรต่อสิ่งกระตุ้น (stimuli) ที่ท้าทาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ตาม แนวคิดการปรับตัว ของรอย (Roy Adaptation Model) ที่มองว่า “บุคคลเป็น ระบบการปรับตัว (adaptive system)” ที่ตอบสนองต่อ สิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมผ่านกระบวนการทางสรีรวิทยา

การรู้คิด และอารมณ์ การเผชิญภาวะเสี่ยงและการระงับสูงถือเป็นสิ่งกระตุ้นเชิงลบ (negative stimuli) ที่ก่อให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ความเหนื่อยล้า วิตกกังวล และเบื่อหน่าย หากกระบวนการปรับตัวไม่สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่ภาวะความเครียดสะสมและหมดไฟในการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาวะความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ (Burnout Syndrome)⁽⁶⁾ ที่เริ่มปรากฏขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง

อาการด้านอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเบื่อ เซ็ง ร้อยละ 20.0 อยู่ในระดับมาก, ร้อยละ 43.1 อยู่ในระดับปานกลาง และอาการหงุดหงิด ว้าวุ่นใจ ร้อยละ 15.4 อยู่ในระดับมาก, ร้อยละ 30.8 อยู่ในระดับปานกลาง บ่งชี้ถึงภาวะความเครียดสะสมและการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ยืดเยื้อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Maslach & Leiter ที่อธิบายว่า ความเครียดเรื้อรังจากงานที่มีความต้องการสูงและการขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ จะนำไปสู่ภาวะ “หมดไฟในการทำงาน” ซึ่งเป็นภาวะทางจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงาน โดยเฉพาะเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาระงานหนัก ความกดดันสูง และขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้รู้สึกเหนื่อยล้า หมดพลัง ขาดแรงจูงใจ และมีทัศนคติเชิงลบต่องานหรือผู้ร่วมงาน⁽⁹⁾ องค์การอนามัยโลก ได้ระบุว่า “Burnout” เป็นปรากฏการณ์ทางอาชีพ (Occupational Phenomenon) ไม่ใช่โรคทางจิตเวช โดยจัดอยู่ในหมวดของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานซึ่งประกอบด้วย 3 มิติหลัก คือ 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) คือ ภาวะรู้สึกเหนื่อย หมดแรง ทั้งทางกายและใจ ไม่สามารถรับมือกับงานหรือผู้คนได้เหมือนเดิม มักรู้สึก “หมดไฟ” หรือ “ไม่อยากเริ่มวันทำงานใหม่” จากผลของการตอบแบบสอบถามในระดับ “สูง” และ “ต่ำ” โกล้เคียงกัน สะท้อนถึงความแตกต่างของความสามารถในการปรับตัวและรับมือกับความเครียดจากงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ระบุว่า ความอ่อนล้าทางอารมณ์เป็นมิติแรกของภาวะหมดไฟ และมักเกิดจากการทำงานในสภาพแวดล้อม

ที่มีภาระงานสูงและการสนับสนุนทางจิตใจต่ำ ในบริบทของบุคลากรสาธารณสุข การเผชิญกับผู้ป่วยและปัญหาที่ซับซ้อนอาจทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าได้ง่าย โดยเฉพาะหากไม่มีการพักผ่อนเพียงพอหรือมีข้อจำกัดในทรัพยากร⁽¹⁰⁾ 2) การมีทัศนคติเชิงลบ (Cynicism) คือ ภาวะเริ่มไม่ใส่ใจในงานหรือผู้รับบริการ มีทัศนคติเชิงลบต่อองค์กรหรือเพื่อนร่วมงาน และพยายามหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วมในงาน สำหรับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการมีทัศนคติเชิงลบอยู่ในระดับ “ต่ำ” แสดงถึงทัศนคติทางบวกต่อการทำงานและผู้รับบริการ ซึ่งอาจสะท้อนว่าหน่วยงานมีระบบสนับสนุนที่ดี หรือบุคลากรยังคงมีแรงจูงใจภายในสูง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ากรมมีแรงจูงใจและความผูกพันกับองค์กรช่วยลดพฤติกรรมการมีทัศนคติเชิงลบ อย่างไรก็ดี การมีผู้ตอบบางส่วนในระดับ “สูง” ควรถูกพิจารณาในแง่ของสัญญาณเตือนของภาวะหมดไฟ โดยเฉพาะในกลุ่มที่รับภาระงานซ้ำซากหรือไม่ได้รับการยอมรับในผลงาน⁽¹¹⁾ 3) ความสามารถในการทำงาน (Professional Efficacy) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำงาน ระดับ “สูง” แสดงถึงความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงของการหมดไฟ⁽¹²⁾ การรับรู้ว่าตนเองยังสามารถทำงานได้อย่างมีคุณค่าและประสิทธิผลจะช่วยป้องกันการพัฒนาไปสู่ภาวะหมดไฟขั้นรุนแรง อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีความสามารถในการทำงาน ระดับ “ต่ำ” บางส่วนควรได้รับการสนับสนุนในด้านการพัฒนาอาชีพ (career development) และการส่งเสริมขวัญกำลังใจในการพัฒนาความสามารถให้เหมาะสมกับองค์กร สำหรับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถใช้กลไกการเผชิญปัญหา (coping mechanism) ได้บางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (Stress and Coping Theory) ที่อธิบายว่าการเผชิญปัญหาแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการมุ่งจัดการอารมณ์ (emotion-focused coping)

ในการศึกษานี้พบว่าบุคลากรจำนวนหนึ่งสามารถจัดการความเครียดได้โดยอาศัยการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน การพูดคุยระบายความรู้สึก หรือการพักผ่อนในเวลาว่าง ซึ่งเป็นการใช้กลยุทธ์การจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม ในด้านการนอน พบว่ากว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการนอนในระดับมากและปานกลางรวมกัน ร้อยละ 57.0 ซึ่งอาจเป็นผลจากความเครียดทางจิตใจหรือการทำงานต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้สมดุลทางชีวภาพและจิตใจถูกรบกวน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าความเครียดจากการทำงานสัมพันธ์กับการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระยะยาว⁽¹³⁾ ในขณะที่ ความวิตกกังวลจากการติดเชื้อพบในระดับปานกลางสูงถึง ร้อยละ 61.5 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีความกังวลต่อความปลอดภัยส่วนบุคคลและครอบครัว แม้สถานการณ์อาจคลี่คลายลงแล้ว ซึ่งตรงกับข้อค้นพบที่ศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโควิด 19 พบว่า ความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้า⁽¹⁴⁾

นอกจากนี้ ยังพบว่า ความต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำมาก ร้อยละ 80.0 ตอบว่าน้อย ซึ่งอาจสะท้อนถึงทัศนคติทางสังคม (social stigma) ที่ยังมองว่าการขอรับคำปรึกษาทางจิตวิทยาเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น หรืออาจเกิดจากการขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเอง ประเด็นนี้สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁵⁾ ที่ระบุว่า การไม่ยอมรับตนเองว่ามีปัญหาทางจิตใจเป็น

อุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและงานบริการสังคม

โดยสรุป บุคลากรมีภาวะเครียดและอาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมากจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะในด้านการเหนื่อยล้าและการขาดแรงจูงใจ ซึ่งเป็นสัญญาณของ ความเสี่ยงต่อสุขภาพจิตเรื้อรัง แต่ยังพบว่าความต้องการขอความช่วยเหลือค่อนข้างต่ำ จึงควรเร่ง

ดำเนินการมาตรการ เชิงป้องกันและส่งเสริม เพื่อไม่ให้ปัญหานี้พัฒนาไปสู่ภาวะทางจิตเวชในระยะยาว สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนา ระบบสนับสนุนสุขภาพจิต ในสถานที่ทำงาน ที่ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันการเฝ้าระวัง และการดูแลเชิงรุก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาระงานสูงหรือปฏิบัติงานในภาวะเสี่ยง ในมิติของการดูแลบุคลากร การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการ “การเอื้ออาทรและความเข้าใจ” จากผู้บริหารและองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของวัตสัน (Watson's Theory of Human Caring)⁽³⁾ ที่มองว่าการดูแล (caring) เป็นกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ที่เน้น “ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และให้คุณค่าต่อความเป็นมนุษย์” การที่องค์กรมีระบบสนับสนุนด้านจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา การสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์ และการส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งความเห็นอกเห็นใจ จะช่วยลดความเครียด เพิ่มแรงจูงใจ และเสริมพลังทางใจให้บุคลากรสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดของวัตสันที่ระบุว่า “การดูแลที่แท้จริงสามารถเยียวยาได้ทั้งผู้ดูแลและผู้ถูกดูแล” การส่งเสริมกิจกรรมลดความเครียด (stress management programs) การสร้างบรรยากาศองค์กรที่เอื้อต่อการสื่อสาร และการลดอคติทางสุขภาพจิต จะช่วยให้บุคลากรสามารถปรับตัวและรักษาสมดุลทางอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น นำไปสู่ประสิทธิภาพการทำงาน และคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายภายในองค์กร

1. ส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกในที่ทำงาน ด้วยการ จัดกิจกรรมผ่อนคลาย ลดความเครียด เช่น mindfulness, yoga, พักเบรกเชิงสร้างสรรค์ จัดให้มีช่องทางให้ปรึกษานักจิตวิทยาโดยไม่ต้องเปิดเผยตัวตน
2. พัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะเหนื่อยล้าและซึมเศร้าในบุคลากร ใช้แบบประเมินภาวะหมดไฟด้วยตนเอง เบื้องต้น

3. จัดสมดุลระหว่างงานและชีวิต (Work-Life Balance) ด้วยการปรับตารางการทำงาน ลดภาระงานซ้ำซ้อน ส่งเสริมให้มีวันพักผ่อนเพียงพอและนโยบายลาหยุดเพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิต หรือ กิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายขณะทำงาน
4. รณรงค์ลดอคติเรื่องสุขภาพจิตในองค์กร ให้ความรู้ว่า “การขอรับคำปรึกษาไม่ใช่ความอ่อนแอ”
5. จัดให้มีโปรแกรมหรือแอปพลิเคชัน ในการให้คำปรึกษาออนไลน์ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรับบริการ ให้คำปรึกษา

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

บังเอิญ ภูมิภักดิ์, จอมเทียน พรหมทอง, จารุณี ระบายศรี, กนกรัตน์ ไพฑูลย์, จุฑามาศ ลิ้มสมบุญ, กษามาส สิ้นธุชัย. ผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังควบคุมโรค. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2569;11(1):267-280.

Suggested citation for this article

Pumipak B, Promthong J, Rabaisri J, Paitool K, Limsomboon J, Sintuchai K. The Impact on Mental Health of Public Health Personnel in Disease Surveillance and Control. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2026;11(1):267-280.

เอกสารอ้างอิง

1. Jennings KM. The Roy Adaptation Model: A Theoretical Framework for Nurses Providing Care to Individuals With Anorexia Nervosa. *ANS Adv Nurs Sci*. 2017 Oct/Dec;40(4):370-383. doi: 10.1097/ANS.000000000000175.
2. Faryabi R, Rahimi T, Daneshi S, Movahed E, Yusefi A, Shahrokhadi M, Chen D, Azaraeen S, Clark C. Stress Coping Styles in Family and Relatives of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients in the South of Iran: Application of Lazarus and Folkman's Theory of Stress Coping . *Open Public Health J*, 2022; 15: e187494452209210. <http://dx.doi.org/10.2174/18749445-v15-e220927-2021-243>
3. Leone-Sheehan D, Flanagan J, Willis D. Intensive Care Unit Nurses' Experience of Watson's Theory of Human Caring Caritas Process III: Developing Spiritual Self to Provide Spiritual Nursing Care. *ANS Adv Nurs Sci*. 2024 Jan-Mar 01;47(1):59-72. doi: 10.1097/ANS.0000000000000489.
4. Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970) Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
5. Comotti A, Fattori A, Greselin F, Bordini L, Brambilla P, Bonzini M. Psychometric Evaluation of GHQ-12 as a Screening Tool for Psychological Impairment of Healthcare Workers Facing COVID-19 Pandemic. *Med Lav*. 2023 Feb 14;114(1):e2023009. doi: 10.23749/mdl.v114i1.13918.

6. Williamson K, Lank PM, Cheema N, Hartman N, Lovell EO; Emergency Medicine Education Research Alliance (EMERA). Comparing the Maslach Burnout Inventory to Other Well-Being Instruments in Emergency Medicine Residents. *J Grad Med Educ*. 2018 Oct;10(5):532-536. doi: 10.4300/JGME-D-18-00155.1.
7. Johnson, J. (2001). In-depth interviewing. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein (Eds.) *In-depth interviewing* (pp. 103-119). SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781412973588.n8>
8. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 4;19(3):1780. doi: 10.3390/ijerph19031780.
9. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016 Jun;15(2):103-11. doi: 10.1002/wps.20311.
10. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Mountain View, CA: CPP; 1996.
11. Schaufeli WB, Salanova M, González-romá V, Bakker A. The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*. 2002;3:71–92. <https://doi.org/10.1023/A:1015630930326>.
12. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
13. Taylor GM, Lindson N, Farley A, Leinberger-Jabari A, Sawyer K, Te Water Naudé R, Theodoulou A, King N, Burke C, Aveyard P. Smoking cessation for improving mental health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Mar 9;3(3):CD013522. doi: 10.1002/14651858.CD013522.pub2.
14. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020 Mar 2;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
15. Robinson T, Condell J, Ramsey E, Leavey G. Self-Management of Subclinical Common Mental Health Disorders (Anxiety, Depression and Sleep Disorders) Using Wearable Devices. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb 1;20(3):2636. doi: 10.3390/ijerph20032636.