

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

# ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากร ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติชัย โพธิ์ดิม

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น

ติดต่อผู้เขียน: กิตติชัย โพธิ์ดิม email: P.kittichai09@gmail.com

วันรับ: 21 ธ.ค. 2565

วันแก้ไข: 24 ม.ค. 2566

วันตอบรับ: 19 เม.ย. 2566

## บทคัดย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว หน่วยงานสาธารณสุขจึงมีภาระงานเพิ่มขึ้นเพื่อตอบโต้สถานการณ์ บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องทำงานอย่างหนักโดยเฉพาะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลต่อสภาพจิตใจของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักด้านหน้าและมีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคจากผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อสำรวจระดับความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2565 ด้วยแบบสอบถาม แบบประเมินความเครียด (ST5) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,820 คน มีปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด ดังนี้ ด้านอาชีพตนเองและด้านความสัมพันธ์ภาพ/ปริมาณงานภาระงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.58 ด้านปัญหาองค์กรและการจัดการระบบ/ค่าตอบแทนน้อย ร้อยละ 91.59 ด้านปริมาณงานและความกดดันด้านเวลาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ร้อยละ 99.56 ด้านความกดดันจากผู้รับบริการและทีมสุขภาพ ได้รับความกดดันจากผู้รับบริการเรื่องการนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม ร้อยละ 78.96 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 54.72 และไม่มีอารมณ์เศร้า ร้อยละ 58.73 ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; ความเครียด; อารมณ์เศร้า; บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

## บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดจากเชื้อไวรัส SAR-CoV-2 จัดเป็นไวรัสตัวที่ 7 ของตระกูลโคโรนาไวรัส<sup>(1-3)</sup> กำลังระบาดอย่างรุนแรงและ

สามารถติดเชื้อสู่คนได้<sup>(4)</sup> โดยผ่านการไอ จาม มีฝอยละอองของน้ำมูกหรือเสมหะที่มีไวรัสอยู่ รวมถึงการที่ไวรัสปนเปื้อนกับมือและสิ่งต่าง ๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน อากาศและอาการแสดง ได้แก่ ไอ จาม น้ำมูกไหล หายใจ

หอบ หายใจลำบาก เจ็บคอ ไข้ อ่อนเพลีย อูจจาระร่วง ในรายที่รุนแรงอาจพบปอดอักเสบ ไตวาย น้ำท่วมปอด ระบบหัวใจและหลอดเลือดล้มเหลว<sup>(5,6)</sup> จากรายงานของ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 12 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 16 มีนาคม 2563 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง มีเพียงร้อยละ 20.7-31.4 ที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และประมาณร้อยละ 4.9-11.5 มีอาการรุนแรงต้องนอนในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 1.8-3.4<sup>(7)</sup> และจากรายงานของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ณ วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก 227,253,177 ราย เสียชีวิต 4,673,494 ราย สำหรับประเทศไทยอยู่ลำดับที่ 29 มีผู้ป่วยยืนยันสะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 1,434,237 ราย ผู้ป่วยอาการหนัก 3,911 ราย และเสียชีวิตสะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 14,953 ราย<sup>(8)</sup> บุคลากรทางด้านสาธารณสุขต้องทำงานอย่างหนัก โดยเฉพาะบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system – EMS system) ที่ต้องดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019<sup>(9)</sup> โดยบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย นักฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ.) เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ.) พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ.) อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.)<sup>(10)</sup>

จังหวัดขอนแก่นมีการนำส่งผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาลขอนแก่นไปโรงพยาบาลสนามหรือจากโรงพยาบาลสนามเมื่อมีอาการแยกลงกลับเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่นมากกว่า 10 เทียบต่อวัน<sup>(11)</sup> โดยบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหนึ่งในกำลังสำคัญหลักในงานบริการสาธารณสุขของประเทศไทย การปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องยาวนานส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากร<sup>(12)</sup> ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติงาน<sup>(13)</sup> บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดความเครียดได้ตลอดเวลา เพราะเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ต้อง

มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่แตกต่างกันไป ตลอดจนสภาพแวดล้อมในการทำงานทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดในการปฏิบัติงาน<sup>(14)</sup> ด้วยลักษณะการทำงานที่ต้องเผชิญกับความเครียดอยู่ตลอดเวลาส่งผลให้อัตราการลาออกของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงขึ้น<sup>(15)</sup> อัตรากำลังของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น<sup>(16)</sup> บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่จึงต้องรับภาระในการปฏิบัติงานมากขึ้นด้วย<sup>(17)</sup> ทำให้เกิดความเครียดต่อบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน<sup>(18,19)</sup>

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากจะส่งผลต่อร่างกายแล้วยังส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วย ผู้ที่ถูกกักตัว ประชาชนทั่วไป และยังส่งผลต่อความเครียด อารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาของ Mira JJ และคณะ ในประเทศสเปน พบว่า การแจ้งเตือนทางสื่อออนไลน์ที่หลากหลาย ภาระงานที่มากเกินไป การขาดแคลนทรัพยากร และอาการหลากหลายของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสาเหตุทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเกิดภาวะความเครียดจากการทำงานได้<sup>(20)</sup> โดยการศึกษาของ Rohwer E และคณะ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมีความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลถึง 3 เท่า<sup>(21)</sup>

การศึกษาในประเทศตุรกีในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2563 พบว่าบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีภาวะความเครียดในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาด ความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 24.5 และความเครียดระดับรุนแรงร้อยละ 6.9<sup>(22)</sup> การศึกษาของ Usul E และคณะ ในประเทศตุรกีช่วงเดือนกันยายน 2563 พบว่าปัจจัยที่ทำให้บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเครียดเพิ่มขึ้นในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาด คือ การออกเหตุรับผู้ป่วยที่

สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีความวิตกกังวลว่าจะนำโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปแพร่เชื้อให้คนในครอบครัว<sup>(23)</sup> การศึกษาในประเทศสเปน ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2563 พบว่าบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 36 มีอาการของภาวะเครียดภายหลังภัยอันตราย (post-traumatic stress) ร้อยละ 30.9 มีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 60.9<sup>(24)</sup> การศึกษาโดย Ilczak T และคณะในประเทศโปแลนด์ช่วงเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2563 พบว่าความเครียดของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบมากในเพศหญิง และบุคลากรที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อ ส่วนปัจจัยที่ทำให้มีความเครียดมากขึ้น คือ การกลัวการติดเชื้อและความปลอดภัยในการทำงานลดลง<sup>(25,26)</sup>

มีรายงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงผลกระทบทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ 20 โดยเป็นการศึกษาในประเทศจีนทั้งหมด มีผู้เข้าร่วมการศึกษารวม 10,886 คน ภาพรวมพบว่า มีอารมณ์เศร้าร้อยละ 24.1 วิตกกังวลร้อยละ 28.6 นอนไม่หลับร้อยละ 44.1 มีอาการของภาวะเครียดภายหลังภัยอันตราย (post-traumatic stress symptoms) ร้อยละ 25.6 หวาดกลัวร้อยละ 35 มีอาการย้ำคิดย้ำทำร้อยละ 16.2 มีอาการทางกายร่วมกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมผิดปกติ (somatization symptoms) ร้อยละ 10.7 พยาบาลผู้หญิงและบุคลากรด้านหน้ามีอารมณ์เศร้าและภาวะวิตกกังวลสูงกว่าบุคลากรตำแหน่งอื่น ๆ แต่ละการศึกษามีการใช้เครื่องมือแตกต่างกันไป คือ self-rating anxiety scale, generalized anxiety disorder scale, general self-efficacy scale, Stanford acute stress reaction questionnaire, Pittsburgh sleep quality index, insomnia severity index, social support rating scale, post-traumatic stress disorder self-rating scale และ impact of event scale<sup>(27)</sup>

ในประเทศไทยมีการสำรวจสุขภาพจิตในช่วงภาวะวิกฤตโควิด-19 (rapid survey) ของกรมสุขภาพจิต<sup>(28)</sup> โดยการสุ่มตัวอย่างบุคลากรในระบบสุขภาพทั่วประเทศ

ตามเขตสุขภาพ ครั้งที่หนึ่ง (วันที่ 12-18 มีนาคม 2563) จำนวน 605 ราย และครั้งที่สองจำนวน 578 ราย (วันที่ 30 มีนาคม ถึงวันที่ 5 เมษายน 2563) โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความเครียด (ST5) และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) พบว่า ในระยะเวลาสองสัปดาห์ผ่านไป ระดับความเครียดของบุคลากรเพิ่มขึ้น ความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปจากร้อยละ 24.0 ในการสำรวจครั้งที่หนึ่ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.8 ในครั้งที่สอง และมีการสำรวจภาวะทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดนครปฐม โดยใช้เครื่องมือแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai GHQ- 28 ระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลปีงบประมาณ 2563 ผู้ร่วมตอบแบบสอบถาม 448 คน ประกอบด้วยพยาบาลร้อยละ 38.8 และแพทย์ร้อยละ 10.0 พบว่ามีความกังวลถึงกังวลเป็นอย่างมากต่อโรคโควิด-19 อยู่ในช่วงร้อยละ 38.0-47.1 โดยกลุ่มที่กังวลเป็นอย่างมาก กังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ไม่เพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 13.8 และรองลงมาคือ กังวลว่าครอบครัวอาจจะติดเชื้อ COVID-19 จากตนเอง ร้อยละ 12.9<sup>(29)</sup>

จากการศึกษาของอิติรัตน์ ดิลกคุณานันท์ พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดของพยาบาลห้องฉุกเฉินมี 5 ด้าน คือ ด้านปริมาณงานและความกดดันด้านเวลา ด้านสัมพันธภาพ ด้านความกดดันจากผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ด้านปัญหาในองค์กรและการจัดการ และด้านอาชีพ<sup>(30)</sup> ซึ่งจากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดจากหลายสาเหตุดังนี้ ความจำเป็นในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันทางชีวภาพ (biosecurity) อย่างเคร่งครัด การถูกแยกกัก การที่ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการควบคุมการติดเชื้อด้วยความระมัดระวังอยู่ตลอดเวลา ความกดดันจากการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ อย่างเคร่งครัด ความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อ อัตราการตายค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับใช้วัตใหญ่ทั่วไป และความพร้อมของสถานพยาบาล<sup>(31)</sup> และพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและอารมณ์เศร้าในการทำงานของบุคลากร

ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังมีจำนวนน้อย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาความเครียดและอารมณ์เศร้าจากการทำงานของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงภาวะการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร

### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) ประชากรในการศึกษาคือ บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีจำนวน 4,497 คน ประกอบด้วยอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.) 3,819 คน พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ.) 581 คน เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ.) 85 คน นักฉุกเฉินการแพทย์ 12 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยผู้ศึกษาแจกแบบสอบถามเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ชนิดกูเกิ้ลฟอร์มแก่บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างโดยตรง

#### เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย

1. เป็นผู้ปฏิบัติงาน EMS ในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 เดือนมกราคม 2563 ถึงเดือนเมษายน 2565
  2. สม่ครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
  3. สามารถอ่าน เขียน ได้ตอบเป็นภาษาไทยได้
- #### เกณฑ์การคัดออก

1. อยู่ในช่วงพักระยะยาว เช่น ลาป่วยเรื้อรัง ลาศึกษาต่อ เป็นต้น
2. มีโรคประจำตัวหรือประวัติการรักษา โรคติดกั้ววล โรคซึมเศร้า จิตเภท โรคติดแอลกอฮอล์ และสารเสพติด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยการประมาณค่าสัดส่วนจากการสำรวจสุขภาพจิตในช่วงภาวะวิกฤตโควิด-19 (rapid survey) ของกรมสุขภาพจิต โดยการสุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพทั่วประเทศตามเขตสุขภาพ จำนวน 578 ราย (วันที่ 30 มีนาคมถึงวันที่ 5 เมษายน 2563) โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) พบว่ามีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 42.7 จากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร estimate single proportion for finite population ได้ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} P(1-P)}{d^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}$$

$$n = \frac{4,497 (1.96^2)(0.427)(1-0.427)}{0.02^2(4,497-1)+(1.96^2)(0.427)(1-0.427)}$$

$$= 1,544 \text{ คน}$$

- n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
- N = ขนาดของประชากร 4,497 คน
- $Z_{\alpha/2}$  = ความเชื่อมั่นที่กำหนด = 1.96
- P = Estimated proportion = 0.427
- d = ความคลาดเคลื่อน 2 % = 0.02

สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 1,544 คน เนื่องจากมีโอกาสที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 เป็น 2,000 คน

การเก็บข้อมูลและแปลผล ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเมษายน 2565 โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด แบบประเมินความเครียด (ST5) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยแบบประเมินความเครียด (ST5) ซึ่งพัฒนาโดยอรรวรรณ ศิลปะกิจ<sup>(31)</sup> พบความตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์ และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยพบว่า แบบประเมินความเครียด (ST5) กับการวินิจฉัยของแพทย์ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.470 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบประเมิน

ความเครียด (ST5) กับแบบประเมิน Thai-HADS ซึ่งเป็นแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาลพัฒนาโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ เท่ากับ 0.816 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01<sup>(33)</sup> แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งพัฒนาโดยธรรณิทธิ์ กองสุขและคณะ มีค่าความไว (sensitivity) 75.68% และความจำเพาะ (specificity) 93.37% เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าแบบ major depressive disorder: MDD ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 11.41 เท่า<sup>(34)</sup> มีความเที่ยงตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อยเหมาะสำหรับประเมินอาการของโรคซึมเศร้า

แปลผลแบบประเมินความเครียด (ST5) ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย 5-7 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง 8-9 คะแนน หมายถึง เครียดมาก 10-15 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด

แปลผลแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ดังนี้ คะแนน น้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มี หรือมีอาการของโรคซึมเศวาระดับน้อยมาก 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศวาระดับน้อย 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศวาระดับปานกลาง 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศวาระดับรุนแรง และนำข้อมูลมาสังเคราะห์และประมวลผล

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ และแสดงค่ากลางที่เหมาะสมกับข้อมูล เช่น ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน เป็นต้น

#### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลแบบสอบถามจากบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดขอนแก่น โดยเก็บข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามโดยตรง ซึ่งไม่มีการแทรกแซงหรือปฏิสัมพันธ์กับอาสาสมัครและมีการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มบุคคล หรือสถาบันอย่างเคร่งครัด

## ผลการศึกษา

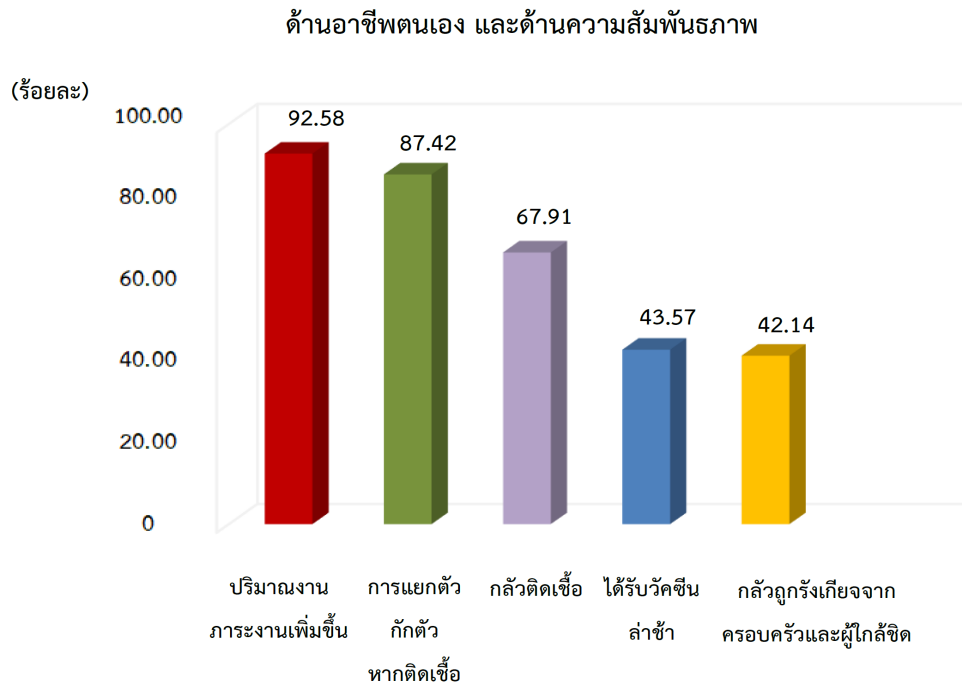
การศึกษาพบว่า บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ศึกษาจำนวน 1,820 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 980 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 อายุต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 845 คน คิดเป็นร้อยละ 46.43 มีตำแหน่งหน้าที่เป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.) จำนวน 1,500 คน คิดเป็นร้อยละ 82.42 มีประสบการณ์การรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1,312 คน คิดเป็นร้อยละ 72.09 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยม จำนวน 1,052 คน คิดเป็นร้อยละ 57.80 มีประสบการณ์การทำงานการแพทย์ฉุกเฉิน น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 833 คน คิดเป็นร้อยละ 45.77 สถานภาพโสด จำนวน 1,077 คน คิดเป็นร้อยละ 59.18 สถานะทางเศรษฐกิจ รายรับน้อยกว่ารายจ่าย จำนวน 1,167 คน คิดเป็นร้อยละ 64.12 คน ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 1,580 คน คิดเป็นร้อยละ 86.81 และได้รับวัคซีน 3 เข็ม จำนวน 774 คน คิดเป็นร้อยละ 42.53 ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียด ดังนี้

ด้านอาชีพตนเองและด้านความสัมพันธ์ภาพ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ปริมาณงานภาระงานเพิ่มขึ้น จำนวน 1,685 คน (ร้อยละ 92.58) รองมาคือ การแยกตัว กักตัวหากติดเชื้อ จำนวน 1,591 คน (ร้อยละ 87.42) และกลัวติดเชื้อ จำนวน 1,236 คน (ร้อยละ 67.91) ดังภาพที่ 1

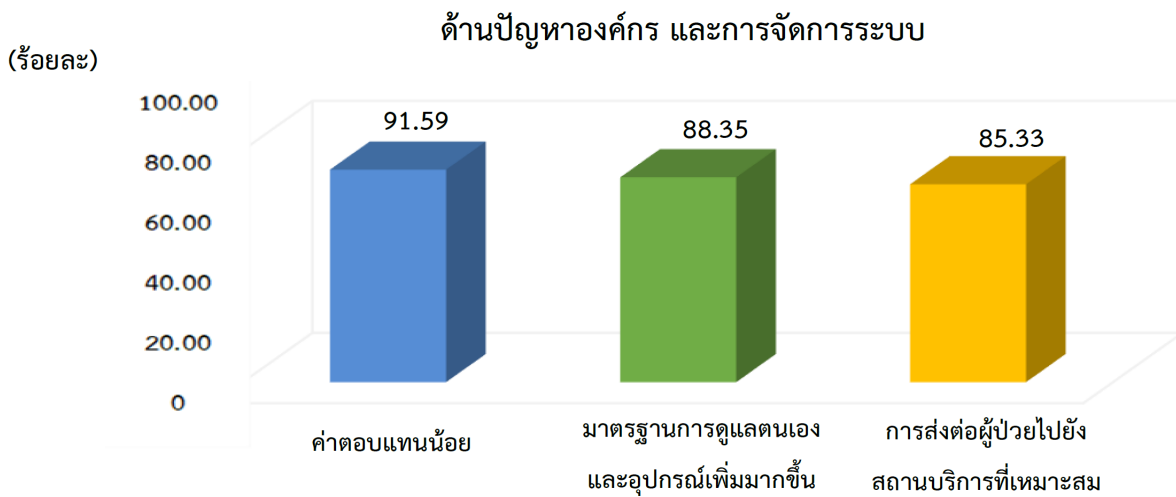
ด้านปัญหาองค์กรและการจัดการระบบ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ค่าตอบแทนน้อย จำนวน 1,667 คน (ร้อยละ 91.59) มาตรฐานการดูแลตนเองและอุปกรณ์เพิ่มขึ้น จำนวน 1,608 คน (ร้อยละ 88.35) และการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่เหมาะสม จำนวน 1,553 คน (ร้อยละ 85.33) ตามลำดับ ดังภาพที่ 2

ด้านปริมาณงานและความกดดันด้านเวลาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยมีจำนวนมาก จำนวน 1,812 คน (ร้อยละ 99.56) รองมาคือ แพ้ระบาดอย่างรวดเร็ว จำนวน 1,753 คน (ร้อยละ

ภาพที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดด้านอาชีพตนเองและด้านความสัมพันธ์ภาพ



ภาพที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดด้านปัญหาองค์กรและการจัดการระบบ



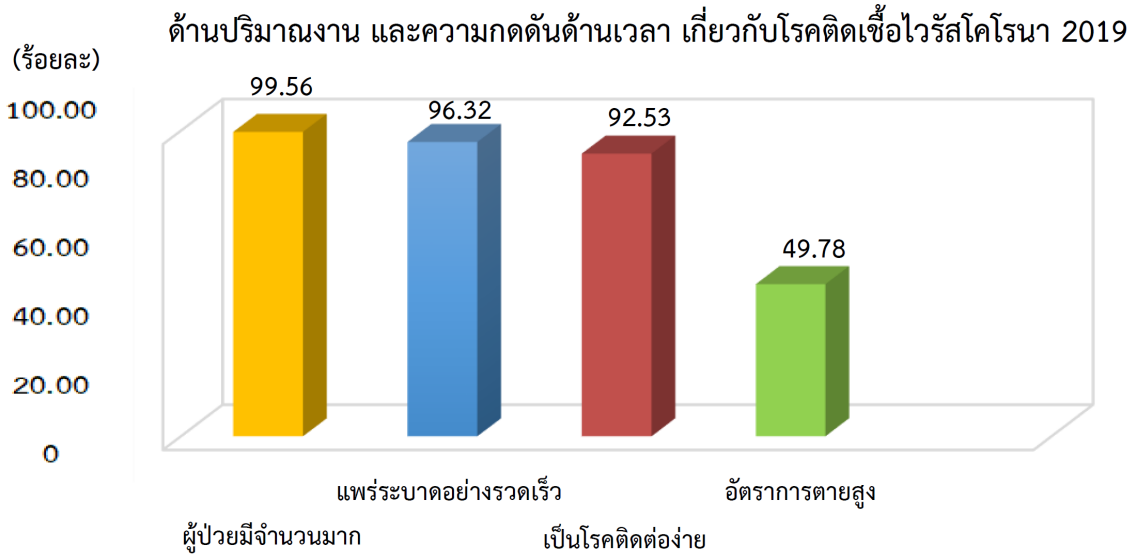
96.32) และเป็นโรคติดต่อง่าย จำนวน 1,684 คน (ร้อยละ 92.53) ดังภาพที่ 3

ด้านความกดดันจากผู้รับบริการและทีมสุขภาพ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดมากที่สุด คือ ได้รับความกดดันจากผู้รับบริการเรื่องการนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม จำนวน 1,437 คน (ร้อยละ 78.96) และทีม

สุขภาพที่รับส่งต่อผู้ป่วยบางแห่งไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน 1,228 คน (ร้อยละ 67.47)

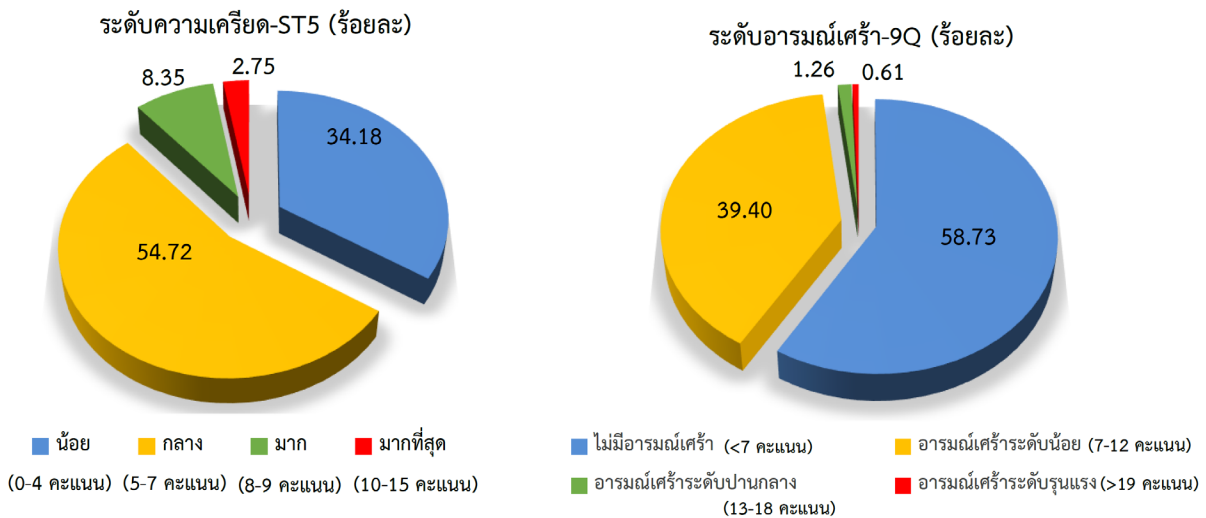
ผลการศึกษาพบบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากการแปลผลแบบประเมินความเครียด (ST5) การแปลผลแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่า บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความเครียด

ภาพที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดด้านปริมาณงานและความกดดันด้านเวลาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



ในระดับปานกลางเท่ากับ จำนวน 996 คน (ร้อยละ 54.72) และบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่มี อารมณ์เศร้าเท่ากับ จำนวน 1,069 คน (ร้อยละ 58.73) ดังแสดงในภาพที่ 4

ภาพที่ 4 ระดับความเครียดและระดับอารมณ์เศร้าของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน



### วิจารณ์

ระดับความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดจากหลายปัจจัยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านปริมาณงานและความ

กดดันด้านเวลาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านอาชีพตนเองและด้านความสัมพันธ์ภาพ ด้านปัญหาองค์กรและการจัดการระบบและด้านความกดดันจากผู้รับบริการและทีมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา qual-

itative study โดย Mira JJ และคณะ<sup>(20)</sup> ที่พบว่า ภาระงานที่มากเกินไป การขาดแคลนทรัพยากร และอาการของผู้ป่วยที่หลากหลายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเกิดภาวะความเครียดจากการทำงานได้ และสอดคล้องกับการศึกษาโดย Usul E และคณะ<sup>(23)</sup> พบว่าปัจจัยที่ทำให้บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นในช่วงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาด คือ การออกเหตุรับผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีความวิตกกังวลว่าจะนำโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปแพร่เชื้อให้คนในครอบครัว

เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว เป็นโรคติดต่อได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ปริมาณงานและภาระงานของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ได้รับค่าตอบแทนน้อย เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลการศึกษาเป็นช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วงสุดท้ายก่อนที่กระทรวงสาธารณสุขจะประกาศเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งจำนวนผู้ป่วยเริ่มลดลงและบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ทำให้การศึกษานี้พบบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าครึ่งมีความเครียดในระดับปานกลางและบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่าครึ่งไม่มีอารมณ์เศร้า และเมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาระดับความเครียดของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับผลการสำรวจสุขภาพจิตในบุคลากรสาธารณสุขของกรมสุขภาพจิตครั้งที่สอง (ระหว่างวันที่ 30 มีนาคมถึงวันที่ 5 เมษายน 2563)<sup>(28)</sup> พบว่า ร้อยละของบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความเครียดปานกลางขึ้นไป (ร้อยละ 65.82) สูงกว่าผลการสำรวจของกรมสุขภาพจิต (ร้อยละ 42.7) อาจเป็นเพราะว่าในการศึกษานี้ศึกษาเฉพาะบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่รวมบุคลากร

ในโรงพยาบาลตามแผนกต่าง ๆ และไม่รวมบุคลากรในโรงพยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ เช่น บุคลากรปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยไม่ติดเชื้อ เกสซ์กรห้องยา ผู้ป่วยนอก บุคลากรที่ทำงานฝ่ายสำนักงาน บุคลากรห้องตรวจห้องตรวจให้บริการ เช่น งานทันตกรรม งานแพทย์แผนไทย เป็นต้น

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ ดำเนินการในจังหวัดขอนแก่นเท่านั้น การนำไปใช้กับสถานที่อื่นอาจได้ผลลัพธ์ที่ไม่ตรงกับการศึกษานี้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ข้อมูลปัจจัยต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาจึงบอกได้เฉพาะขนาดของปัญหาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเบื้องต้น ไม่สามารถบอกความเป็นสาเหตุของแต่ละปัจจัยได้

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การทำการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในประชากรกลุ่มใหญ่ขึ้น เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรจริงในภูมิภาคหรือประเทศ หรืออาจขยายประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้ครอบคลุมบุคลากรกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ

ควรใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการใช้แบบสอบถาม เช่น การสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกมากขึ้นหรือทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) รูปแบบอื่นๆ เช่น การศึกษาแบบ Cohort เพื่อหาความเป็นสาเหตุของปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดความเครียดและอารมณ์เศร้า

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ พญ. ณฤดี ศรีแสง อาจารย์กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน นักฉุกเฉินการแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่นทุกท่านที่กรุณาช่วยเก็บบันทึกข้อมูลงานวิจัย งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบคุณ ผศ.ดร. กฤตยกุลมล ธานิสพงศ์ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบัญชี คณะบริหารธุรกิจและการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีที่ให้คำแนะนำในการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล



## เอกสารอ้างอิง

- Cheng ZJ, Shan J. 2019 Novel coronavirus: where we are and what we know. *Infection* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 14];48(2):155–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s15010-020-01401-y>
- Maxman A. More than 80 clinical trials launch to test coronavirus treatments. *Nature* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 14];578:347–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/d41586-020-00444-3>
- Watts CH, Vallance P, Whitty CJM. Coronavirus: global solutions to prevent a pandemic. *Nature* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 14];578:363. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/d41586-020-00457-y>
- ภาควิชาจุลชีววิทยา. ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 [อินเทอร์เน็ต]. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/article\\_files/1410\\_1.pdf](https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/article_files/1410_1.pdf)
- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. *N Engl J Med*. 2019;20(8):727–33.
- Zhao S, Lin Q, Ran J, Musa SS, Yang G, Wang W, et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. *Int J Infect Dis*. 2020; 92:214–7.
- Bialek S, Boundy E, Bowen V, Chow N, Cohn A, Dowling N, et al. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (Covid-19) United States, February 12 – March 16, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 14]; 69:343–6. Available from: [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm#T1\\_down](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm#T1_down)
- ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำวันที่ 16 กันยายน 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://media.thaigov.go.th/uploads/public\\_img/source/160964.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/160964.pdf)
- Sim MR. The COVID-19 pandemic: major risks to healthcare and other workers on the front line. *Occup Environ Med* [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 5]; 77(5):281–2. Available from: <https://oem.bmj.com/content/oemed/77/5/281.full.pdf>
- วิภาดา วิจักขณาลัญญ์. ระบบการพัฒนาศูนย์บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน. ใน: อธิระ ศิริสมุต, พรทิพย์ วชิรดิถก, ชนนิกันต์ สิงห์พยัคฆ์, บรรณธิการ. รายงานประจำปี 2558 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: อัลติเมทพรีนติ้ง; 2559. หน้า 30–3.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2566]. Available from: [https://www.kkpho.go.th/groups.php?group\\_id=DPCODE0008](https://www.kkpho.go.th/groups.php?group_id=DPCODE0008)
- Prasad K, McLoughlin C, Stillman M, Poplau S, Goelz E, Taylor S, et al. Prevalence and correlates of stress and burnout among U.S. healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A national cross-sectional survey study. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 14];35(100879):100879. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100879>
- Lee C. Impact of severe acute respiratory syndrome on anxiety levels of frontline health care workers. *Hong Kong Med J* 2004;10(5):325–30.
- Puang Sri P, Jinanarong V, Wattanapisit A. Impacts on and care of psychiatric patients during the outbreak of COVID-19. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 14];17:52–60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8386085/>
- Poon E, Liu KS, Cheong DL, Lee CK, Yam LYC, Tang

- WN. Impact of severe acute respiratory syndrome on anxiety levels of front-line health care workers. *Hong Kong Med J* [Internet]. 2004 [cited 2023 Jan 14]; 10(5):325–30. Available from: <https://www.hkmj.org/system/files/hkm0410p325.pdf>
16. Ho CSH, Chee CYI, Ho RCM. Mental health strategies to combat the psychological impact of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singap* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 14];49(3):155–60. Available from: <https://annals.edu.sg/pdf/49VolNo3Mar2020/V49N3p155.pdf>
17. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 14];7(3):e14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129673/pdf/main.pdf>
18. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(5):1729.
19. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 14];148:e98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0950268820001107>
20. Mira JJ, Cobos-Vargas Á, Astier-Peña MP, Pérez-Pérez P, Carrillo I, Guilabert M, et al. Addressing acute stress among professionals caring for COVID-19 patients: lessons learned during the first outbreak in Spain (March–April 2020). *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 14];18(22):12010. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8624221/pdf/ijerph-18-12010.pdf>
21. Rohwer E, Mojtahedzadeh N, Neumann FA, Nienhaus A, Augustin M, Harth V, et al. The role of health literacy among outpatient caregivers during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 14];18(22):11743. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8624592/pdf/ijerph-18-11743.pdf>
22. Dörttepe ZÜ, Hoşgör H, Sağcan H. The effect of COVID-19 phobia on perceived stress: The sample of prehospital emergency care professionals. *Journal of Academic Value Studies* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 14];7(1):31–40. Available from: [https://jav-studies.com/files/javstudies\\_makaleler/4bcee6a1-3367-4a31-821b-3815603b31d8.pdf](https://jav-studies.com/files/javstudies_makaleler/4bcee6a1-3367-4a31-821b-3815603b31d8.pdf)
23. Usul E, Şan I, Bekgöz B. The effect of the COVID-19 pandemic on the anxiety level of emergency medical services professionals. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 14];32(3–4):563–9. Available from: [https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb\\_vol32\\_no3-4/dnb\\_vol32\\_no3-4\\_563.pdf](https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no3-4/dnb_vol32_no3-4_563.pdf)
24. Martínez-Caballero CM, Cárdaba-García RM, Varas-Manovel R, García-Sanz LM, Martínez-Piedra J, Fernández-Carbajo JJ. Analyzing the impact of COVID-19 trauma on developing post-traumatic stress disorder among emergency medical workers in Spain. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 14];18(17):9132. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8431006/pdf/ijerph-18-09132.pdf>
25. Ilczak T, Rak M, Sumera K, Christiansen CR, Navarro-Ilana E, Alanen P, et al. Differences in perceived occupational stress by demographic characteristics, of

- European emergency medical services personnel during the COVID-19 virus pandemic – an international study. *Healthcare* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 14];9(11):1582. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8622048/pdf/healthcare-09-01582.pdf>
26. Ilczak T, Rak M, Ćwiertnia M, Mikulska M, Waksmańska W, Krakowiak A, et al. Predictors of stress among emergency medical personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Occup Med Environ Health* [Internet]. 2021[cited 2023 Jan 14];34(2):139–49. Available from: <http://ijomeh.eu/pdf-128640-65085?filename=Predictors%20of%20stress.pdf>
27. Hao Q, Wang D, Xie M, Tang Y, Dou Y, Zhu L, et al. Prevalence and risk factors of mental health problems among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 14];12:567381. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8239157/pdf/fpsy-12-567381.pdf>
28. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=22>
29. วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). *วารสารแพทย์เขต 4-5*. 2563;39(4):616–27.
30. ลีติรัตน์ ดิลกคุณานันท์. ความเครียดจากการทำงานการสนับสนุนทางสังคมและพลังสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
31. กรมสุขภาพจิต. การจัดการความเครียดของบุคลากรสุขภาพระหว่างการแพร่ระบาดของ COVID-19 นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
32. อรรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2551;16(3):177–85.
33. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณ์ ไพศาล-สุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]*. 2539 [สืบค้นเมื่อ 5 ก.พ. 2566];41(1):18–30. แหล่งข้อมูล <https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/v4112.html>
34. ธรณินทร์ กองสุข. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถามภาษาอีสาน. *บทคัดย่อผลงานวิชาการในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2551 “ตั้งดวงแก้ว ส่องฟ้า สาธารณสุข”*; วันที่ 28–30 พ.ค. 2551; โรงแรมปรินซ์พาเลส, กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข; 2551.

## Abstract

### Stress and Depression in Emergency Medical Service Personnel during COVID-19 Pandemic

**Kittichai Phodom**

*Department of Emergency Medicine, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province, Thailand*

*Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2023;3(1):16-27.*

Workloads and risks of healthcare workers increased during COVID-19 pandemic. Reports of severity in stress and depression in these population were scarce. This study aimed to measure severity of stress and depression among COVID-19 pandemic related Emergency Medical Service personnel. This cross-sectional descriptive research used ST5 and 9Q questionnaires as major outcomes for presenting severity of stress and depressive symptoms in COVID-19 pandemic related Emergency Medical Service personnel at Khon Kaen Province. Outcomes were reported from April, 1 2022 to May, 31 2022. As a result, a total of 1,820 Emergency Medical Service personnel were completed the study. Factors associated with stress were occupation and relation/ high workload 92.58%, organization and system management/ low payment 91.59%, workload and time pressure/ high volume of COVID-19 patients 99.56%, work pressure from client related to patient transfer to definitive care 78.96%. Furthermore, more than half of the Emergency Medical Service personnel (54.72%) perceived a moderate stress level and 58.73% perceived no depression. In conclusion, this study found that psychological impacts on Emergency Medical Service personnel working during COVID-19 resulted in moderate stress and not depression.

**Keywords:** COVID-19; stress; depression; emergency medical service personnel

**Corresponding author:** Kittichai Phodom, email: P.kittichai09@gmail.com