

COVID-19 Omicron 疫情對中部二家區域醫院護理人員心理困擾之影響：相關因素、復原力與其關聯性

黃麗玲¹、黃麗玲²、馮兆康³、鍾信成⁴、林蕙英⁵、葉德豐²

澄清綜合醫院中港分院 護理部¹、中臺科技大學 醫療暨健康產業管理系²、
弘光科技大學 護理系³、澄清綜合醫院 院長室⁴、醫務行政部⁵

摘要

目的

本研究旨在探討 COVID-19 Omicron 疫情高峰期間，中部同體系二家區域醫院護理人員之憂鬱、焦慮與壓力狀態，分析其相關個人與工作特質，並評估心理復原力在心理困擾中的保護作用。

方法

採橫斷式調查設計，以二家區域醫院全體臨床護理人員為研究對象，於 2022 年 8 月進行匿名問卷調查。工具包括 DASS-21 評估憂鬱、焦慮與壓力、CD-RISC-10 測量心理復原力，以及個人與工作特質問卷。資料分析使用廣義線性模型與多元迴歸分析。

結果

共回收 676 份有效問卷，護理人員 DASS-21 平均得分憂鬱 5.33、焦慮 4.95、壓力 7.09，壓力盛行率最高 (34.8%)。心理復原力平均 24.6，30.1% 屬低復原力。自覺心理或生理健康不佳、家庭經濟受疫情影響及接觸 COVID-19 患者的護理人員，心理困擾顯著較高且復原力較低；50 歲以上、與子女同住及曾接受 COVID-19 訓練者，復原力較高且心理困擾較低。心理復原力與憂鬱、焦慮、壓力呈顯著負相關，顯示其保護作用。

結論

Omicron 疫情對護理人員心理健康造成顯著影響，特別是在壓力構面。身心健康不佳與經濟壓力是心理困擾的關鍵風險因子，而 COVID-19 相關訓練與高心理復原力則具保護作用。建議政策制定單位與醫院應加

強心理健康篩檢、經濟支持及壓力調適訓練，並透過組織支持與強化復原力，降低護理人員心理困擾，維持醫療系統的正常運作。(澄清醫護管理雜誌 2025; 21 (4): 28-41)

關鍵詞：COVID-19、護理人員、憂鬱、焦慮、壓力、心理復原力

前言

COVID-19 Omicron 變異株於 2021 年 11 月底首次被發現，象徵 COVID-19 疫情進入另一個全新階段。該變異株因其高度突變，特別是刺突蛋白上的改變，使其對現有抗體具有較強的免疫逃脫能力，導致病毒傳播速度顯著加快，並迅速成為全球主要流行株。雖然 Omicron 感染者多為輕症，整體住院率與死亡率相較於先前變異株為低，但其極高的傳染力仍對各國公共衛生體系構成重大壓力，尤其對於未完整接種疫苗或屬高風險族群者，威脅更為嚴峻。在 Omicron 疫情流行期間，第一線醫護人員面臨更高的臨床工作負荷與感染風險，不僅需應對病患大量湧入，也承受長時間輪班與資源調度壓力，對其心理健康造成嚴峻的挑戰 [1]。

台灣在 COVID-19 疫情初期採取嚴格的邊境管制與社區防疫措施，成功阻絕境外移入病例，2020 年全年僅通報 823 例確診與 9 例死亡。直到 2021 年 4 月下旬，Alpha 變異株引發本土社區感染，政府緊急啟動三級警戒、停止實體授課、限制群聚活動，並擴充篩檢量能、隔離設施與專責病房，在

通訊作者：葉德豐

通訊地址：台中市北屯區廬子路 666 號

E-mail: tfyeh@ctust.edu.tw

受理日期：2025 年 7 月；接受刊載：2025 年 8 月

短短兩個月內控制疫情，這波疫情新增確診 14,574 例、死亡 829 人 [2]。相較之下 2022 年疫情更加嚴峻，Omicron 變異株於 4 月迅速引爆大規模本土疫情，單月新增病例接近 200 萬例，4 至 7 月共新增超過 456 萬例確診、12,707 例死亡，創下疫情以來最高紀錄。為因應急劇上升的醫療需求，政府要求專責醫院立即擴充篩檢與專責病房的量能，護理人力不僅需投入病房照護工作，亦須支援戶外篩檢站與流行病學調查，工作負荷顯著提升。

COVID-19 疫情期間，醫護人員長期處於高壓環境中，面對大量病患的照護需求、頻繁的政策變動、社會的高度期待以及個人感染風險，心理健康容易受到嚴重影響。多篇系統性回顧與統合分析指出，疫情下醫護人員的憂鬱、焦慮與壓力症狀普遍盛行，且以護理人員、女性、年輕族群與第一線照護人員風險最高。Chutiyami 等人 (2022) 指出醫護人員中焦慮盛行率介於 24.1% 至 67.6%，憂鬱為 12.1% 至 55.9%，壓力則為 29.8% 至 62.9% 不等 [3]。儘管 Omicron 變異株的臨床表現相對輕微，但其傳播速度極快，造成感染人數短期內暴增，導致醫療資源急遽耗竭與人力負荷加重，進一步加劇護理人員的精神疲勞與心理壓力。

心理復原力 (Psychological Resilience) 是指個人在面對逆境、壓力或創傷事件時，能夠維持心理穩定、快速恢復，甚至從中獲得成長的能力。此概念強調個人對人生目標的堅持與自我覺察，能靈活運用個人資源與環境支持，並且在高壓情境下展現適應力與正向因應行為。心理復原力並非固定不變的性格特質，而是一種可隨時間與經驗發展、透過教育與支持策略加以培養的心理能力。它被視為一種橫跨各種生活情境、協助個人克服挑戰並促進個人成長的重要心理資產 [4]。COVID-19 疫情對護理人員造成極大壓力，包括長時間的高強度工作、對疫情的不確定性感到憂慮，以及資源不足與感染風險等挑戰。在此背景下，心理復原力對護理人員發揮關鍵的保護作用。具備高復原力的護理人員較能有效調適壓力，降低焦慮、憂鬱與壓力反應，減緩情緒困擾，並有助於預防職業倦怠與同理心疲勞。此外，心理復原力與生活滿意度密切相關，可增進工作適應與整體幸福感。復原力亦有助於促進積極因應與自我調適，減少消極逃避的行為，使護理人

員在高壓環境中仍能維持心理穩定與專業能力，進而提升其持續投入照護工作的能力與意願 [5]。

在 2022 年 Omicron 疫情高峰期間，前線護理人員面臨病患人數暴增、人力調度緊縮與防疫風險交織的多重壓力，不僅臨床照護工作量大幅提升，其心理健康亦承受前所未有的挑戰。在此背景下，瞭解護理人員於疫情期間之心理壓力狀態與潛在保護因子，對於建構有效的醫療人力支持機制與職場心理健康政策，具有重要的意涵。因此，本研究旨在探討台灣中部某醫院體系二家區域醫院護理人員於 Omicron 疫情期間之憂鬱、焦慮與壓力程度，進一步探討其相關個人與工作層面因素，並檢視復原力在其中所扮演之保護性角色。

方法

一、研究對象

本研究以中部某醫院體系二家區域醫院之全體臨床護理人員為研究對象，採橫斷式調查設計，於 2022 年 8 月 9 日至 29 日進行問卷調查。這個醫院體系創立於 1932 年，為臺中地區歷史最悠久之私立醫院，並已拓展為涵蓋護理之家、二間聯合診所、六間地區醫院及二間區域教學醫院之完整醫療網絡。PD 院區自 1932 年營運至今，為一所設有 350 床之中型社區醫院；CK 院區則於 1996 年設立，為一所三級照護醫院，設有 700 床及 13 個醫療中心。兩院區皆為政府指定之 COVID-19 專責醫院，其中 CK 院區之收治病人數明顯高於 PD 院區，2022 年 5-7 月分別為 631 人與 183 人。PD 醫院共有 241 名護理人員，實際回收 209 份問卷，回收率為 86.7%；CK 院區則有 492 名護理人員，回收問卷 467 份，回收率為 94.9%。

本研究遵循《人體研究法》相關規定，並經研究醫院人體試驗委員會審核通過 (核准日期：2022 年 6 月 17 日，核准編號：HP220019)。所有受訪者在參與調查前，均已提供口頭說明並取得同意，受訪者可自由選擇是否交回問卷或於任何時間自願退出研究。問卷填答完成後，參與者將問卷與受訪者同意書置入信封中彌封，由研究人員至各單位集中回收。本研究問卷採匿名方式施測，所有資料皆予以保密處理。

二、測量工具

本研究使用結構式問卷，內容包括「10 題

簡式康納－戴維森復原力量表（Connor-Davidson Resilience Scale-10, CD-RISC-10）」、「憂鬱、焦慮與壓力量表 21 題版（Depression, Anxiety and Stress Scales-21, DASS-21）」，以及護理人員之個人特質。

（一）憂鬱、焦慮與壓力量表 21 題版（Depression, Anxiety and Stress Scales-21, DASS-21）

DASS-21 量表由 Lovibond 與 Lovibond（1995）所發展，已被驗證具良好信效度，廣泛應用於評估憂鬱、焦慮與壓力等心理症狀。量表共 21 題，分為三個分量表（憂鬱、焦慮與壓力），各包含 7 題，每題採用 Likert 4 點尺度進行評分（0= 完全不符合至 3= 非常符合）。各分量表得分總和乘以 2 後即為最終分數。若憂鬱分數 >9、焦慮 >7、壓力 >14，則該護理人員將視為有憂鬱、焦慮或壓力症狀 [6]。

此外，本研究亦於每個題項詢問受訪者是否認為 Omicron 疫情相較於 2021 年三級警戒期間更為嚴峻，以評估疫情對護理人員之衝擊。每題回答「是」給予 1 分，每個分量表的總分定義為疫情衝擊指數（Pandemic Worsening Index, PWI）。各構面分量表分數乘以其對應之 PWI 為其加權總分，用以呈現疫情衝擊程度對不同心理症狀的影響程度。

（二）10 題簡式康納－戴維森復原力量表（CD-RISC-10）

CD-RISC-10 為 Campbell-Sills（2007）根據原始的 CD-RISC 所發展之短版量表，具良好之內部一致性與建構效度。該量表為自填式工具，共 10 題，以 Likert 5 點尺度評分（0= 完全不符合至 4= 總是符合），總分介於 0 至 40 分之間，分數越高表示復原力程度越高。得分處於第一四分位數（Q1）者視為低復原力，第二與第三四分位數（Q2、Q3）者視為中等復原力，第四四分位數（Q4）者則為高復原力。本研究中 CD-RISC-10 整體之 Cronbach's α 為 0.947，顯示具有高度內部一致性。復原力總分之分級如下：20 分（含）以下為低復原力，21 至 29 分為中等復原力，30 分（含）以上則為高復原力 [7]。

（三）個人特質

本研究將受訪者個人特質分為社會人口學特質與工作特質。其中社會人口學特質包括：年齡、性別、是否有配偶或伴侶、是否育有未成年子女、同住情形（如獨居、與配偶或伴侶、父母、公婆或岳父母、未成年子女或成年子女同住）、教育程度、

是否參與宗教活動、自覺身體健康狀況、自覺心理健康狀況、是否有親友接受居家隔離或檢疫，以及家庭經濟是否受影響。

工作特質則包括所屬院區、工作單位、是否擔任主管職、臨床執業年資、在嚴重急性呼吸道症候群（SARS）流行期間是否有臨床照護經驗、是否曾接觸或照護 COVID-19 確診或疑似個案，以及是否曾參與 COVID-19 相關訓練課程。

三、統計分析

本研究個人特質、CD-RISC-10（ ≤ 20 分）與 DASS-21 之臨床篩檢標準，分別以人數與百分比呈現；CD-RISC-10 總分、DASS-21 整體與分子量分數與 PWI 得分及加權總分則以平均值 \pm 標準差表示。採用卡方檢定比較兩院區之個人特質差異；採用廣義線性模式（Generalized Linear Model, GLM）控制個人特徵干擾因素後，比較兩院區間 CD-RISC-10 與 DASS-21 分數之差異。為進一步探討影響 CD-RISC-10 與 DASS-21 分數之個人特質，並檢視 CD-RISC-10 對 DASS-21 之影響，本研究採用多元逐步線性與邏輯斯迴歸分析（Multivariate Stepwise Linear and Logistic Regression），控制個人特質後進行解釋與預測。

結果

一、受訪者樣本分析

受訪者平均年齡為 35.8 ± 9.8 歲，幾乎全數為女性（93.9%）；年齡分布中以 29 歲以下占比最高（42.4%），有 72.5% 具大學以上學歷；6.1% 受訪者經常參與宗教活動，21.0% 則從未參與。在居住情形方面，46.0% 與配偶或伴侶同住、30.5% 與父母或公婆（或岳父母）同住、26.5% 與未成年子女同住、8.0% 與成年子女同住，另有 20.0% 為獨居。自覺健康方面，58.0% 的受訪者認為生理健康良好或非常良好，59.5% 認為心理健康良好或非常良好。此外，67.6% 的受訪者表示有親友曾接受居家隔離或檢疫，34.6% 表示家庭經濟受到 COVID-19 疫情影響。院區比較結果顯示，CK 院區之護理人員年齡較輕、有配偶或伴侶者較少、與成年子女同住比率較低、獨居比率較高、教育程度較低，且家庭經濟受疫情衝擊之比率亦較高（如表一）。

表一 二院區護理人員個人特質之比較

個人特質	合計		CK		PD		χ^2/t
	n	%	n	%	n	%	
合計	676		467		209		
社會人口統計特徵							
性別							13.856***
女性	635	93.9	428	91.6	207	99.0	
男性	41	6.1	39	8.4	2	1.0	
年齡 ¹		35.8±9.8		34.3±8.9		39.2±10.9	-5.804***
29歲以下	235	34.8	185	39.7	50	23.9	47.098***
30-39歲	195	28.9	141	30.3	54	25.9	
40-49歲	182	27.0	118	25.3	64	30.6	
50歲以上	63	9.3	22	4.7	41	19.6	
遺漏值	1		1				
獨居	135	20.0	98	21.0	37	17.7	0.973
同住者							
與配偶或伴侶	311	46.0	205	43.9	106	50.7	2.704
與父母或公婆	206	30.5	146	31.3	60	28.7	0.445
未成年子女	179	26.5	123	26.3	56	26.8	0.015
成年子女	54	8.0	24	5.1	30	14.4	16.680***
教育程度							
專科(含)以下	186	27.5	113	24.2	73	34.9	9.822**
大學	473	70.0	344	73.7	129	61.7	
研究所	17	2.5	10	2.1	7	3.4	
參加宗教活動							4.764
完全不參加	142	21.0	97	20.8	45	21.5	
很少參加	286	42.3	196	42.0	90	43.1	
有參加	207	30.6	151	32.3	56	26.8	
經常參加	41	6.1	23	4.9	18	8.6	
自覺生理健康狀況良好	392	58.0	264	56.5	128	61.2	1.316
自覺心理健康良好	402	59.5	267	57.2	135	64.6	3.298
有檢疫或隔離的親友	457	67.6	313	67.0	144	68.9	0.232
家庭經濟受影響	234	34.6	175	37.5	59	28.2	5.451*
工作相關特質							
工作單位							26.020***
病房	280	41.4	195	41.8	85	40.7	
ICU	105	15.5	87	18.6	18	8.6	
門診	74	11.0	39	8.4	35	16.7	
急診	47	7.0	28	6.0	19	9.1	
洗腎室	40	5.9	22	4.7	18	8.6	
手術室	111	16.4	81	17.3	30	14.4	
其他	19	2.8	15	3.2	4	1.9	
具主管職位	61	9.0	41	8.8	20	9.6	0.110
臨床執業年資 ¹		13.6±10.1		12.0±9.3		17.0±11.0	-5.761***
5年以內	166	24.7	124	26.7	42	20.2	40.022***
5-14年	223	33.1	178	38.3	45	21.6	
15-24年	163	24.2	104	22.3	59	28.4	
25年以上	121	18.0	59	12.7	62	29.8	
遺漏值	3		2		1		
SARS期間有臨床經驗	208	30.8	126	27.0	82	39.2	10.177**
接觸過COVID-19患者	603	89.2	411	88.0	192	91.9	2.230
參與COVID-19相關訓練	510	75.6	346	74.1	164	78.8	1.763

t為採用t檢定，其他均採用卡方檢定

CK：CK院區、PD：PD院區

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

在工作特質方面，受訪護理人員所屬單位以病房最多（41.4%），其次為手術室（16.4%）、加護病房（15.5%）及門診（10.9%）等。整體平均臨床執業年資為 13.6±10.1 年，其中以 5 至 14 年年資者占比最高（33.1%）。另有 9.0%擔任主管職務，30.8%曾於 SARS 疫情期間參與臨床工作；89.2%曾接觸或照護 COVID-19 確診或疑似個案，75.6%曾接受與 COVID-19 相關之訓練課程。院區比較結果顯示，CK 院區護理人員之臨床執業年資較短，於 SARS 疫情期間具臨床經驗者比率較低；二院區在曾接觸 COVID-19 確診或疑似個案之比率無顯著差異。

二、二院區護理人員心理健康與復原力之比較（表二、圖一）

在 DASS-21 方面，整體憂鬱、焦慮與壓力之平均得分分別為 5.33±7.13、4.95±6.68 與 7.09±7.82。其疫情衝擊指數（PWI）之平均得分分別為 0.53±1.68、0.47±1.57 與 0.62±1.79；加權總分則分別為 8.24±32.20、6.84±28.57 與 10.85±37.00。憂鬱、焦

慮與壓力的整體盛行率（包含輕度至極重度）分別為 7.6%、27.8%與 34.8%。在未調整個人特質前，CK 院區護理人員之憂鬱、焦慮與壓力量表得分顯著高於 PD 院區，且憂鬱與壓力之盛行率亦顯著較高。然而經廣義線性模式（GLM）調整個人特質後，僅憂鬱得分仍具有統計上顯著差異。無論是否調整個人特徵，兩院區在 PWI 與加權總分之憂鬱、焦慮與壓力得分皆無顯著差異。

在復原力方面，護理人員整體的 CD-RISC 10 平均得分為 24.62±6.24，其中 30.1%為低復原力。未經控制個人特質前，CK 院區的平均分數（24.25±6.50）低於 PD 院區（25.44±5.55），達統計顯著水準（ $t=-2.422$ ， $p<0.05$ ）然而，在廣義線性模式（GLM）調整個人特質後，CK 與 PD 院區的復原力得分分別為 25.21（SE=0.63）與 25.61（SE=0.71），二者差異不具統計顯著性。

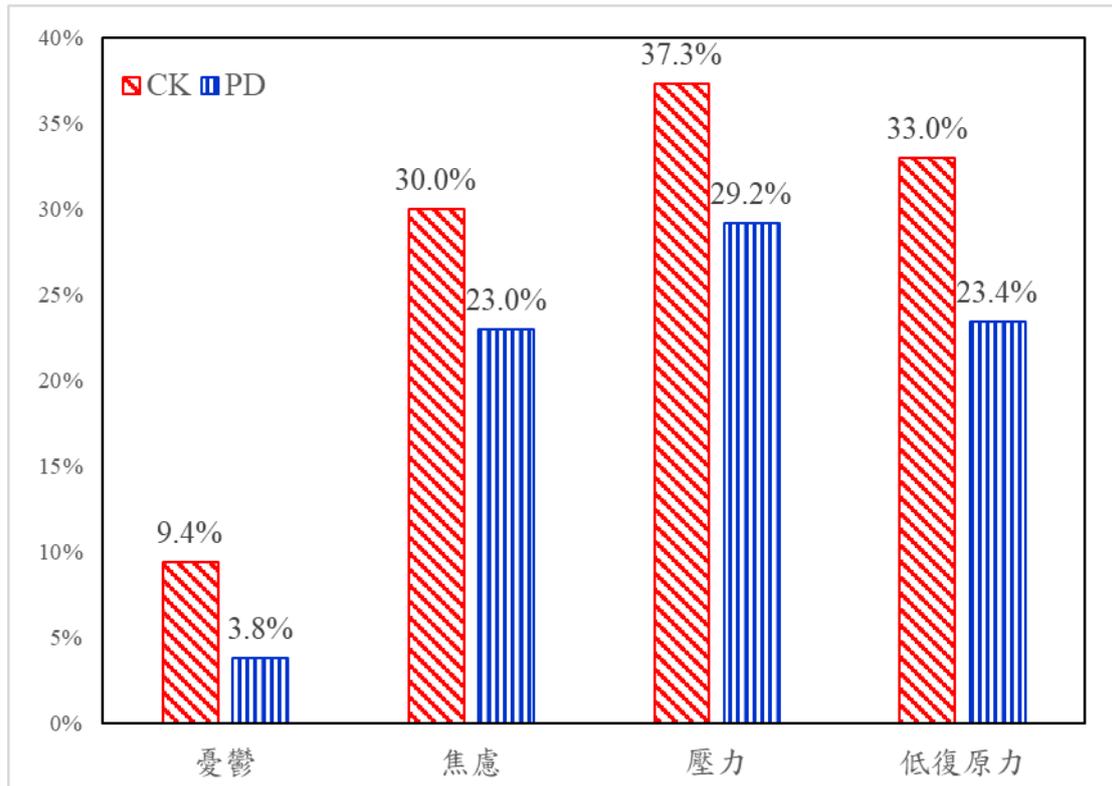
三、憂鬱、焦慮與壓力之相關因素

逐步線性迴歸分析顯示，與未成年或成年子女同住，以及自覺心理健康良好或非常好的護理

表二 二院區DASS-21與心理復原力得分之比較

	合計	未調整		t	未調整		F
		CK	PD		CK	PD	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	
DASS-21							
憂鬱							
分數	5.33 (7.31)	5.76 (7.78)	4.38 (6.05)	2.473*	5.79 (0.76)	4.71 (0.85)	50.193***
PWI	0.533 (1.68)	0.58 (1.75)	0.43 (1.51)	1.116	0.80 (0.18)	0.73 (0.20)	0.204
加權分數	8.24 (32.20)	8.78 (33.98)	7.02 (28.07)	0.655	11.33 (3.41)	10.61 (3.82)	0.063
焦慮							
分數	4.95 (6.68)	5.32 (6.97)	4.12 (5.80)	2.334*	5.16 (0.70)	4.22 (0.77)	2.672
PWI	0.47 (1.57)	0.52 (1.67)	0.34 (1.31)	1.498	0.70 (0.16)	0.58 (0.18)	0.733
加權分數	6.84 (28.57)	7.46 (30.33)	5.47 (24.18)	0.834	9.71 (3.02)	8.24 (3.37)	0.346
壓力							
分數	7.09 (7.82)	7.46 (8.22)	6.26 (6.81)	1.967*	7.80 (0.81)	6.57 (0.91)	3.332
PWI	0.62 (1.79)	0.68 (1.88)	0.50 (1.58)	1.284	0.93 (0.19)	0.86 (0.21)	0.250
加權分數	10.85 (37.00)	11.81 (39.19)	8.69 (31.52)	1.013	15.33 (3.92)	13.66 (4.39)	0.264
CD-RISC10	24.62 (6.24)	24.25 (6.50)	25.44 (5.55)	-2.422*	25.21 (0.63)	25.61 (0.71)	0.597

PWI：疫情衝擊指數、加權分數=原始分數×PWI
調整後係指控制二院區個人特質有顯著差異之變項
CK：CK院區、PD：PD院區
* $p<0.05$ ；** $p<0.01$ ；*** $p<0.001$



圖一 二院區憂鬱、焦慮、壓力與低復原力百分比
CK：CK院區、PD：PD院區

人員，其憂鬱得分顯著較低（表三）。相對地，經常參與宗教活動者以及家庭經濟受影響者，其憂鬱得分較高。逐步邏輯斯迴歸分析顯示，具研究所學歷、自評心理健康普通或不佳，且未曾於 SARS 疫情期間參與臨床工作的護理人員，其憂鬱症狀顯著偏高（表四）。此外，在憂鬱構面的疫情衝擊指數（PWI）部分，自覺身體健康狀況普通或不佳，以及家庭經濟受影響者，PWI 得分顯著較高。相對地，完全未參與宗教活動者及自覺心理健康良好或非常良好者，其憂鬱加權總分較低（表三）。

逐步線性迴歸分析顯示，與成年子女同住、完全未參與宗教活動以及自覺心理健康良好或非常良好的護理人員，其焦慮得分顯著較低；相對地，家庭經濟受影響者則有顯著較高之焦慮得分（表三）。逐步邏輯斯迴歸分析顯示，經常參與宗教活動、自覺心理健康普通或不佳，以及家庭經濟受影響者，其焦慮症狀顯著偏高（見表四）。在焦慮構面的疫情衝擊指數（PWI）部分，自覺身體健康狀況普通或不佳者，以及家庭經濟受影響者，其 PWI 得分

較高。焦慮加權總分方面，家庭經濟受影響者得分顯著較高；相對地，自覺心理健康良好或非常良好者，以及在加護病房工作者，其加權焦慮得分顯著較低（見表三）。

逐步線性迴歸分析顯示，與成年子女同住、較少參與宗教活動，以及自覺心理健康良好或非常良好的護理人員，其壓力得分顯著較低；相對地，家庭經濟受影響者則有顯著較高的壓力得分（表三）。逐步邏輯斯迴歸分析顯示，經常參與宗教活動以及家庭經濟受影響者，其高壓力症狀發生機率高。相對地，自覺心理健康良好或非常良好，且服務於加護病房、手術室或其他非病房單位之護理人員，則較不易出現高壓力情形（表四）。在壓力構面的疫情衝擊指數（PWI）方面，年齡 50 歲以上且自覺身體健康良好或非常良好者，其 PWI 得分顯著較低；而家庭經濟受影響者則有顯著較高的 PWI 得分。加權壓力總分方面，自覺心理健康良好或非常良好、完全不參與宗教活動者得分顯著較低；反之，家庭經濟受影響者其加權壓力得分則顯著較高（表三）。

表三 護理人員個人特質與心理困擾（憂鬱、焦慮與壓力）之逐步迴歸分析及心理復原力相關性

變項（參考組）	分數 b (95% CI)	PWI b (96% CI)	加權分數 b (97% CI)
憂鬱			
區塊1			
常數	8.215 (7.268, 9.161)	0.693 (0.474, 0.911)	16.398 (12.383, 20.413)
與未成年子女同住（無）	-2.151 (-4.034, -0.268) *		
與成年子女同住（無）	-1.267 (-2.424, -0.110) *		
參加宗教活動（很少）			
完全不參加			-6.279 (-12.150, -0.408) *
經常參加	2.488 (0.367, 4.609) *		
自覺生理健康狀況良好或優良（一般或差）		-0.503 (-0.756, -0.250) ***	
自覺心理健康狀況良好或優良（一般或差）	-5.31 (-6.353, -4.268) ***		-11.621 (-16.502, -6.739) ***
家庭經濟受影響（無）	1.752 (0.683, 2.822) **	0.362 (0.100, 0.625) **	
R ²	0.172	0.036	0.036
Adj R ²	0.166	0.033	0.033
區塊2			
復原力	-0.378 (-0.463, -0.292) ***	-0.049 (-0.07, -0.028) ***	-1.254 (-1.661, -0.847) ***
R ²	0.257	0.065	0.086
Adj R ²	0.250	0.061	0.082
ΔR ²	0.085***	0.030***	0.050***
焦慮			
區塊1			
常數	7.377 (6.474, 8.280)	0.690 (0.478, 0.903)	11.521 (7.551, 15.490)
與成年子女同住（無）	-1.855 (-3.601, -0.110) *		
參加宗教活動（很少）	-1.383 (-2.541, -0.225) *		
自覺生理健康狀況良好或優良（一般或差）		-0.535 (-0.770, -0.299) ***	
自覺心理健康狀況良好或優良（一般或差）	-4.357 (-5.319, -3.395) ***		-9.796 (-14.155, -5.436) ***
家庭經濟受影響（無）	1.71 (0.716, 2.704) **	0.407 (0.164, 0.650) **	6.329 (1.866, 10.793) **
ICU（病房）		-0.394 (-0.713, -0.074) *	-7.219 (-13.088, -1.349) *
R ²	0.139	0.052	0.047
Adj R ²	0.134	0.048	0.043
區塊2			
復原力	-0.313 (-0.393, -0.234) ***	-0.042 (-0.061, -0.022) ***	-0.945 (-1.311, -0.579) ***
R ²	0.210	0.076	0.083
Adj R ²	0.205	0.071	0.077
ΔR ²	0.071***	0.024***	0.035***
壓力			
區塊1			
常數	11.113 (9.989, 12.237)	0.798 (0.562, 1.034)	17.689 (12.487, 22.890)
50歲以上（30-39歲）		-0.465 (-0.918, -0.013) *	
與成年子女同住（無）	-2.455 (-4.458, -0.453) *		
參加宗教活動（很少）			
完全不參加	-1.958 (-3.299, -0.617) **		-7.499 (-14.221, -0.777) *
經常參加	2.800 (0.524, 5.076) *		
自覺生理健康狀況良好或優良（一般或差）		-0.519 (-0.787, -0.252) ***	
自覺心理健康狀況良好或優良（一般或差）	-5.759 (-6.870, -4.647) ***		-13.254 (-18.843, -7.664) ***
家庭經濟受影響（無）	1.849 (0.704, 2.994) **	0.456 (0.178, 0.735) **	7.234 (1.453, 13.015) *
工作單位（病房）			
ICU	-2.197 (-3.724, -0.671) **		
手術室	-2.261 (-3.753, -0.769) **		
其他	-3.726 (-7.012, -0.440) *		

表三 護理人員個人特質與心理困擾（憂鬱、焦慮與壓力）之逐步迴歸分析及心理復原力相關性（續）

變項（參考組）	分數	PWI	加權分數
	b (95% CI)	b (96% CI)	b (97% CI)
R ²	0.191	0.047	0.050
Adj R ²	0.182	0.042	0.045
區塊2			
復原力	-0.389 (-0.480, -0.299) ***	-0.046 (-0.068, -0.023) ***	-1.294 (-1.764, -0.825) ***
R ²	0.270	0.069	0.090
Adj R ²	0.261	0.063	0.084
ΔR ²	0.079***	0.022***	0.040***

PWI：疫情衝擊指數、加權分數=原始分數×PWI

CK：CK院區、PD：PD院區

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

表四 護理人員個人特質與心理困擾（憂鬱、焦慮與壓力）之逐步邏輯斯迴歸分析

變項（參考組）	憂鬱	焦慮	壓力
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
50歲以上（30-39歲）		0.428 (0.198, 0.925) *	
與成年子女同住（無）			0.309 (0.141, 0.680) **
研究所（大學）	7.001 (1.67, 29.349) **		
參加宗教活動（很少）			
完全不參加		0.406 (0.246, 0.669) ***	0.491 (0.312, 0.774) **
經常參加			2.730 (1.321, 5.640) **
自覺心理健康狀況良好或優良（一般或差）	0.133 (0.064, 0.277) ***	0.223 (0.154, 0.324) ***	0.228 (0.160, 0.326) ***
家庭經濟受影響（無）		1.854 (1.275, 2.698) **	1.663 (1.154, 2.397) **
工作單位（病房）			
ICU			0.523 (0.318, 0.860) *
手術室			0.547 (0.329, 0.911) *
其他			0.229 (0.060, 0.879) *
SARS期間有臨床經驗（無）	0.262 (0.105, 0.653) **		

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001

四、復原力相關因素及其與憂鬱、焦慮與壓力之關聯性

逐步線性迴歸分析結果顯示，年齡 50 歲以上、自覺心理健康良好或非常良好，以及曾參與 COVID-19 相關訓練之護理人員，其復原力得分顯著較高。相對地，年齡 29 歲以下、家庭經濟受影響，以及曾接觸或照護 COVID-19 確診或疑似個案者，其復原力得分顯著較低（見表五）。另由逐步邏輯斯迴歸分析發現，年齡 29 歲以下者具有顯著較高之低復原力風險；反之，與成年子女同住、自評心理健康良好或非常良好，以及曾接受 COVID-19 相關訓練者，則顯著較不易出現低復原力狀況（見表五）。在控制個人特徵變項後，多元線性迴歸分析

進一步顯示，復原力對於憂鬱、焦慮與壓力之原始得分、疫情惡化指數（PWI），以及加權總分皆具有顯著的負向預測效果，顯示其具保護性作用。

討論

本研究旨在針對 COVID-19 Omicron 疫情高峰期間，檢視中部某醫院體系二家區域醫院護理人員之心理困擾（憂鬱、焦慮與壓力）現況，比較不同院區間的差異以及個人與工作特質對心理困擾的影響，並評估心理復原力在此情境下的保護作用。

根據本研究表二與圖一的結果顯示，護理人員在 COVID-19 Omicron 疫情期間普遍面臨不同程度的心理困擾。DASS-21 三個構面的整體平均得分分

表五 護理人員個人特質與心理復原力之逐步線性與邏輯斯迴歸分析

變項 (參考組)	CD-RISC10 b (95% CI)	低復原力 OR (95% CI)
Constant	22.62 (21.028, 24.212)	
年齡 (30-39歲)		
29歲以下	-1.777 (-2.690, -0.864) ***	1.909 (1.290, 2.824) **
50歲以上	1.600 (0.122, 3.079) *	
與配偶或公婆同住 (無)		0.630 (0.424, 0.936) *
自覺心理健康狀況良好或優良 (一般或差)	4.685 (3.822, 5.547) ***	0.178 (0.122, 0.259) ***
家庭經濟受影響 (無)	-1.220 (-2.101, -0.339) **	
接觸過COVID-19患者 (無)	-1.762 (-3.140, -0.384) *	
參與COVID-19相關訓練 (無)	2.224 (1.225, 3.222) ***	0.526 (0.346, 0.801) **

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001

別為憂鬱 5.33、焦慮 4.95、壓力 7.09。在盛行率方面，達輕度以上者中，以壓力為最高（34.8%），其次為焦慮（27.8%）、憂鬱則相對較低（7.7%）。與其他使用 DASS-21 評估醫療人員的研究相比，本研究的憂鬱得分與盛行率較低，焦慮得分與盛行率則大致處於中間水準，壓力得分與盛行率則屬偏高 [8,9]。這些差異可能與研究時間點、疫情嚴重度、照護現場工作負荷、文化與防疫政策差異，以及心理復原力水準有關，突顯不同國家與時期醫護人員所面臨之心理健康挑戰具有高度異質性。三個 DASS-21 構面之疫情衝擊指數 (PWI) 平均值分別為憂鬱 0.53、焦慮 0.47、壓力 0.62，其中以壓力構面感受最為強烈。文獻指出疫情嚴重程度與心理困擾呈正相關，疫情爆發期間醫療人員的憂鬱、焦慮與壓力顯著升高 [10,11]。儘管 Omicron 變異株臨床症狀較輕，但因其高傳播性與防疫政策放寬，導致病例暴增與醫療量能吃緊，護理人員普遍反映工作負荷與心理壓力同步升高。特別是在壓力構面中，PWI 與加權總分偏高，顯示其不僅承受實際照護壓力，也主觀感受到疫情衝擊的加劇，反映出疫情期間臨床第一線的高度挑戰與心理負荷。

整體護理人員的心理復原力 (CD-RISC-10) 平均得分為 24.62 分，屬於中等水準，其中低復原力者 (≤ 20) 占整體樣本的 30.1%。與其他醫護人員的研究相比，本研究護理人員的復原力得分相對偏低。伊朗護理人員的平均得分為 25.97 分 [12]，武漢兩家醫院第一線護理人員為 26.14 分 [13]，而中國

支援武漢抗疫的第一線護理人員更達 28.45 分 [14]。相關文獻亦指出，COVID-19 疫情顯著削弱醫療人員的心理調適能力，Jeamjitvibool 等人 (2022) 指出，疫情期間醫療人員的復原力顯著低於疫情前水準，可能與長期處於高壓、勞動強度大及身心倦怠的職場環境有關 [10]；Liang 等人 (2020) 亦發現，面對較高疫情壓力的醫護人員，其復原力水準顯著較低。低心理復原力可能與護理人員於 Omicron 疫情期間承受高度職業壓力與心理負荷密切相關，顯示疫情對其心理調適能力造成不容忽視的負面影響 [15]。

根據表三與表四的結果，護理人員自覺心理健康狀況普通或不佳、家庭經濟受疫情影響、自覺生理健康普通或不佳者，在憂鬱、焦慮與壓力三個構面皆呈現顯著較高的得分與疫情衝擊指數，加權分數亦隨之升高。此外，與未成年或成年子女同住的護理人員在憂鬱與焦慮構面得分顯著較低；年齡達 50 歲以上者在壓力構面之疫情衝擊指數顯著較低；而於加護病房、手術室及其他部門服務者則在焦慮與壓力構面的得分或加權分數顯著較低。此結果與多篇研究相符。在自覺心理健康方面，Th'ng 等人 (2022) 指出有心理健康病史的醫護人員罹患憂鬱與壓力症狀的風險顯著較高 [11]；Gündoğmuş 等人 (2021) 在土耳其的縱向研究也指出，第二波疫情高峰期間的焦慮、憂鬱與壓力水準均高於第一波，反映疫情延續與變異株流行將進一步加重醫護人員的心理負擔 [16]。在自覺生理健康

方面，Chew (2020) 研究指出心理困擾常伴隨身體症狀 [17]。在家庭經濟受疫情衝擊方面，亦與心理困擾高度相關。本研究中，家庭收入受損的護理人員在憂鬱、焦慮與壓力的得分與疫情衝擊指數皆顯著升高。Gündoğmuş 等人 (2021) 指出，第二波疫情中受試者的經濟狀況明顯惡化，且與心理困擾指標（焦慮、憂鬱、壓力）增加有顯著關聯 [16]。Evanoff 等人 (2020) 研究亦發現，收入較低的家庭其心理困擾指標較高 [18]。雖然本研究顯示與子女同住者的憂鬱與焦慮得分較低，雖然目前文獻並未一致支持此觀察結果，推測其原因可能因家庭支持可提升心理復原力、減少孤立感、維持生活穩定結構與責任感，並促進情緒調適能力，從而有效減緩心理困擾。這顯示家庭支持是重要的保護因子，有助於降低疫情對心理健康的負面影響。至於臨床工作單位，本研究指出在加護病房、手術室及其他單位工作的護理人員，其焦慮與壓力構面得分較低，與文獻指出一線醫護人員（如 ICU 與急診）有較高心理困擾的趨勢不符 [19,20]，雖然一線護理人員面對重症患者、高工作負荷與感染風險，通常被視為心理壓力最重的族群，然而疫情期間醫院大量將一般病房改設為專責病房，使原本非第一線的護理人員也需快速適應高風險照護環境與激增的工作量，承受前所未有的心理負荷。相對而言，原本位於一線、如 ICU 與手術室等單位，反而因事前訓練充分與具備防疫經驗，在心理調適上表現更為穩定。本研究突顯出疫情下，一般病房護理人員在突如其來的職責轉變下，所面臨的高度壓力與心理健康風險，應成為未來支持系統與干預措施的重要對象。綜合上述，自覺心理與生理健康不佳、家庭經濟受疫情影響的護理人員，在憂鬱、焦慮與壓力三構面均呈現顯著較高的心理困擾，顯示身心狀況與經濟壓力為關鍵風險因子。醫院應強化心理健康篩檢與支持體系，並考慮提供經濟補助或彈性調班以協助有困難者。同時，一般病房在疫情期間常被臨時改為專責病房，導致工作負荷大幅增加，管理單位應特別留意這些單位之人力調配與訓練需求，加強跨單位支援與壓力管理，以降低整體心理風險。

根據與表五結果，年齡 29 歲以下護理人員的復原力顯著較低，50 歲以上則顯著較高；Wang 等

人 (2020) 指出年齡愈心理復原力呈現正相關 [21]；心理復原力被定義為一種對變化的適應、因應逆境和壓力的能力，這些特質都可能隨著時間和經驗的累積而增強，年齡較大可能意味著累積更多的生活與工作經驗，尤其是在應對壓力或創傷事件方面的經驗，這些經驗有助於發展和強化個人的因應對策策略，進而表現出更高的心理復原力水平。這個現象可以解釋由於 PD 院區護理人員的平均年齡顯著高於 CK 院區，儘管 PD 院區的心理復原力平均值顯著高於 CK 院區，但在控制護理人員個人特質後反而呈現無顯著差異。在疫情期間，護理人員家庭經濟狀況惡化，已被證實與其心理復原力下降有顯著關聯。根據 Patil 等人 (2024) 指出，家庭經濟壓力與護理人員低復原力之間存在顯著相關，與本研究之結果一致 [22]；當護理人員面臨收入減少或財務壓力時，其面對壓力與逆境的心理復原力明顯較弱，經濟困境不僅造成持續性的焦慮、憂鬱與壓力感受，也削弱其穩定情緒與迅速調適的能力；因此，政策單位與醫院應透過提高薪資補助與強化組織支持系統，以減輕財務壓力並促進心理復原力。此外，本研究與其他研究均證實，護理人員在照護 COVID-19 確診或疑似個案時，其心理復原力顯著降低；這主要源於長時間高強度的工作負荷、防護裝備的身體不適、面對感染風險及病人病情不確定性的壓力，導致焦慮、憂鬱及無助感增加；研究發現，暴露於確診或疑似病例的護理人員比未接觸者更容易產生心理負擔，且復原力較弱，這不僅影響其情緒穩定，也降低工作滿意度，甚至提高離職意願 [23,24]。為改善此現象，醫院應強化組織支持、合理安排輪班、提供心理諮詢與完善的防護指引，同時重視社會及家庭支持，進而提升護理人員面對疫情挑戰的心理復原力與健康。然而，本研究發現曾接受 COVID-19 相關訓練是心理復原力的保護因子，相關研究證實，透過模擬訓練、實境操作或組織安排的應變演練，能幫助護理人員減輕對疫情的不確定性所帶來的心理壓力，並強化其團隊合作、臨床判斷與正向因應策略；在進行 COVID-19 相關訓練後，不僅復原力顯著提升，也可同時提升心理健康 [25]。因此，建立完善且持續的防疫與壓力調適訓練，為護理人員提供即時且實務導向的支持，

是強化其心理復原力與維持臨床專業表現的關鍵措施。

根據表三顯示，心理復原力與護理人員的心理困擾三個構面（憂鬱、焦慮與壓力）呈現顯著負向關聯；心理復原力分數越高，憂鬱、焦慮及壓力的原始得分越低，同時疫情衝擊指數及加權總分亦隨之下降。這個結果與其他研究一致，心理復原力具有調節負面情緒、促進適應與增強應對壓力的能力，心理復原力強的人更容易運用積極的因應策略（如問題解決、認知重塑及尋求社會支持），有效緩衝壓力事件對心理健康的負面影響；此外，心理復原力有助於情緒調節，使個人能在變動與壓力下維持心理平衡，降低創傷後壓力症、焦慮及憂鬱等常見心理健康問題的發生機率 [10,26]。Wan 等人（2023）指出心理復原力在 COVID-19 疫情期間發揮顯著的「保護效果」；高復原力者不僅在面臨突發壓力事件時，出現心理症狀的機率較低，同時也具備積極因應挑戰的能力，即使在高壓環境下也能有效抵抗負面情緒 [26]。

本研究具有若干限制。首先，研究採用橫斷式設計，僅能呈現護理人員在 Omicron 疫情高峰期間的心理困擾狀態，無法推論因果關係或長期變化。其次，研究樣本僅涵蓋中部二家區域醫院的護理人員，代表性有限，結果未必能推及其他醫院或地區。此外，由於 Omicron 疫情期間防疫政策快速變動，受訪期間外部環境的變化亦可能影響護理人員心理狀態，這些因素在後續研究中應加以控制與驗證。

結論

本研究針對 COVID-19 Omicron 疫情高峰期間，調查中部二家區域醫院護理人員之心理困擾及心理復原力現況，並探討相關影響因素。結果顯示，護理人員在 Omicron 疫情下普遍經歷心理困擾，特別是壓力構面的平均得分及盛行率最高，其次為焦慮，而憂鬱相對較低。疫情衝擊指數顯示護理人員對疫情惡化有高度感受，尤其在壓力構面上最為顯著。整體心理復原力呈中等水準，低復原力比例達 30.1%，顯示長期高壓環境削弱了心理調適能力。自覺心理與生理健康不佳、家庭經濟受疫情影響、以及直接接觸 COVID-19 患者的護理人員均表現出

更高的心理困擾與更低的復原力，而 50 歲以上、與子女同住及曾接受 COVID-19 訓練者則展現較佳的心理調適狀態。心理復原力與憂鬱、焦慮及壓力呈顯著負相關，並且能有效緩衝疫情對心理困擾所造成的影響。

本研究結果顯示，政策制定單位與醫院管理者應採取多元的措施降低護理人員在疫情期間的心理困擾。首先，對於心理與生理健康狀況不佳以及家庭經濟受影響的護理人員，需建立常態化的心理健康篩檢機制，並提供專業心理諮商與經濟支持，以減輕心理負擔。其次，針對一般病房在疫情期間臨時改為專責病房所帶來的人力不足與壓力升高問題，醫院應強化資源調配及跨單位支援，確保護理人員的合理配置。最後，應持續推動 COVID-19 相關訓練與壓力調適課程，內容可包括模擬演練、實境操作、情緒調節技巧、正念訓練、團隊支持與組織關懷等，以提升護理人員的臨床應變能力與心理復原力。透過政策支持、醫院組織介入與復原力訓練的強化，能有效降低護理人員的心理困擾並維持醫療系統的穩定運作。

誌謝

本研究得以順利完成，特別感謝澄清綜合醫院與中臺科技大學提供產學合作計畫經費補助（CTU110-CCPH-002）。並誠摯感謝所有在疫情期間辛勤付出並撥冗完成問卷的護理人員，感謝他們無私奉獻與堅守崗位的努力。

參考文獻

1. Adjei S: Mortality risk among patients hospitalized primarily for COVID-19 during the omicron and delta variant pandemic periods-United States, April 2020-June 2022. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2022;71(37): 1182-1189.
2. Chen SC: Taiwan's experience in fighting COVID-19. *Nature Immunology* 2021; 22(4): 393-394.
3. Chutiyami M, Cheong AM, Salihu D, et al.: COVID-19 pandemic and overall mental health of healthcare professionals globally: a meta-review of systematic reviews. *Frontiers in Psychiatry* 2022; 12: 2600.

4. Denckla CA, Cicchetti D, Kubzansky LD, et al.: Psychological resilience: an update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations. *European Journal of Psychotraumatology* 2020; 11(1): 1822064.
5. Xu Y, Zheng QX, Jiang XM, et al.: Effects of coping on nurses' mental health during the COVID-19 pandemic: mediating role of social support and psychological resilience. *Nursing Open* 2023; 10(7): 4619-4629.
6. Lovibond PF, Lovibond SH: The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33(3): 335-343.
7. Campbell-Sills L, Stein MB: Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress* 2007; 20(6): 1019-1028.
8. Bouaddi O, Abdallahi NM, Fadel Abdi CM, et al.: Anxiety, stress, and depression among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Morocco. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 2023; 60: 00469580221147377.
9. Sala E, Paraggio E, Abrami MA, et al.: Psycho-emotional impact of the first wave of the COVID-19 pandemic in health care workers of a large COVID-19 European hospital. *Qeios* 2023. Retrieved from <https://bit.ly/47NUkCG>
10. Jeamjitvibool T, Duangchan C, Mousa A, et al.: The association between resilience and psychological distress during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(22): 14854.
11. Th'ng F, Rao KA, Ge L, et al.: Longitudinal study comparing mental health outcomes in frontline emergency department healthcare workers through the different waves of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(24): 16878.
12. Dahka SM, Maroufizadeh S, Pouralizadeh M, et al.: Mental health and resilience among nurses in the COVID-19 pandemic: a web-based cross-sectional study. *Iranian Journal of Psychiatry* 2022; 17(1): 35.
13. Hu D, Kong Y, Li W, et al.: Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: a large-scale cross-sectional study. *EClinical Medicine* 2020; 24: 100424.
14. Zhang Y, Xiong Y, Zhang L, et al.: Sociodemographic and psychological predictors of resilience among frontline nurses fighting the COVID-19 pandemic. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2023; 17: e171.
15. Liang Y, Wu K, Zhou Y, et al.: Mental health in frontline medical workers during the 2019 novel coronavirus disease epidemic in China: a comparison with the general population. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(18): 6550.
16. Gündoğmuş İ, Ünsal C, Bolu A, et al.: The comparison of anxiety, depression and stress symptoms levels of healthcare workers between the first and second COVID-19 peaks. *Psychiatry Research* 2021; 301: 113976.
17. Chew NW, Lee GK, Tan BY, et al.: A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity* 2020; 88: 559-565.
18. Evanoff BA, Strickland JR, Dale AM, et al.: Work-related and personal factors associated with mental well-being during the COVID-19 response: survey of health care and other workers. *Journal of Medical Internet Research* 2020; 22(8): e21366.
19. Caillet A, Coste C, Sanchez R, et al.: Psychological impact of COVID-19 on ICU caregivers. *Anaesthesia Critical Care and Pain Medicine* 2020; 39(6): 717-722.
20. Rossi R, Soggi V, Pacitti F, et al.: Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Network Open* 2020; 3(5): e2010185.

21. Wang LQ, Zhang M, Liu GM, et al.: Psychological impact of coronavirus disease (2019) epidemic on medical staff in different posts in China: a multicenter study. *Journal of Psychiatric Research* 2020; 129: 198-205.
22. Patil KH, Tawar NS, Kudale AM: A post-COVID-19 assessment of resilience of nurses and paramedical workers in municipal hospitals of urban Pune, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2024; 13(4): 1460-1466.
23. Doo EY, Kim M, Lee S, et al.: Influence of anxiety and resilience on depression among hospital nurses: a comparison of nurses working with confirmed and suspected patients in the COVID-19 and non-COVID-19 units. *Journal of Clinical Nursing* 2021; 30(13-14): 1990-2000.
24. Iryanidar I, Kadar KS, Irwan AM: Factors contributing to nurses' resilience in caring for COVID-19 patients: an integrative review. *Frontiers of Nursing* 2023;10(3): 289-299.
25. Ibrahim Mahmoud S, Badran FM, Ali Hassan H: Effect of training program about COVID-19 on staff nurses' resilience. *Egyptian Journal of Health Care* 2021; 12(4): 2032-2046.
26. Wan J, Liu L, Chen Y, et al.: Psychological resilience matters in the relationship between the decline in economic status and adults' depression half a year after the outbreak of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry* 2023; 14: 1239437.

The Impact of the COVID-19 Omicron Pandemic on Psychological Distress Among Nursing Staff in Two Regional Hospitals in Central Taiwan: Associated Factors, Resilience, and Their Correlation

Lee-Ling Huang¹, Li-Ling Huang², Chao-Kang Feng³,
Hsin-Cheng Chung⁴, Hui-Ying Lin⁵, Te-Feng Yeh²

Department of Nursing, Chung Kang Branch, Cheng Ching General Hospital¹; Department of Healthcare Administration, Central Taiwan University of Science and Technology²; Department of Nursing, Hungkuang University³; Superintendent's Office⁴, Department of Medical Administration⁵, Cheng Ching General Hospital

Abstract

Purposes

The aim of this study was to examine the levels of depression, anxiety, and stress among nursing staff working in two regional hospitals within the same healthcare system in central Taiwan during the peak of the COVID-19 Omicron pandemic. It further examined the association of personal and work-related factors and evaluated the protective role of psychological resilience against psychological distress.

Methods

A cross-sectional survey was conducted in August 2022 among all nursing staff from the two hospitals using an anonymous questionnaire. The instruments included the Depression, Anxiety, and Stress Scale-21 (DASS-21) to assess psychological distress, and the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) to measure psychological resilience. Additionally, data on personal and work-related characteristics were collected. Statistical analyses were performed using generalized linear models and multivariate regression.

Results

A total of 676 valid responses were collected. The mean DASS-21 scores among nursing staff were 5.33 for depression, 4.95 for anxiety, and 7.09 for stress, with stress showing the highest prevalence (34.8%). The mean CD-RISC-10 score was 24.6, with 30.1% of participants classified as having low resilience. Nurses who reported poor physical or mental health, experienced financial difficulties due to the pandemic, or experienced caring for COVID-19 patients had significantly higher psychological distress and lower resilience. In contrast, those aged 50 years or older, living with children, or who had received COVID-19-related training demonstrated higher resilience and lower psychological distress. Psychological resilience was negatively associated with depression, anxiety, and stress, highlighting its protective role.

Conclusions

The Omicron pandemic had a significant impact on the psychological health of nursing staff, particularly in terms of stress. Poor physical or mental health and financial strain were key risk factors for psychological distress, whereas COVID-19-related training and higher resilience served as protective factors. Policymakers and hospitals are advised to strengthen psychological health screening, provide financial support and stress management training, and enhance organizational support and resilience-building initiatives to reduce psychological distress among nursing staff and ensure the proper functioning of the healthcare system. (Cheng Ching Medical Journal 2025; 21(4): 28-41)

Keywords : COVID-19, Nursing staff, Depression, Anxiety, Stress, Psychological resilience