ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพและปริมณฑล

อรอนงค์ อุปนันท์, พย.บ.*, เพลินพิศ บุณยมาลิก, ปร.ด.**, สุรินทร กลัมพากร, ปร.ด.**

**โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี*

***ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่ม ในพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 70 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกสติผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการฝึกทักษะ 1 วัน ฝึกทักษะสมาธิคลายเครียด สติพื้นฐาน สติในการกิน/ ดื่ม สติควบคุมอารมณ์ พร้อมชุดฝึก และใบงานกลับไปฝึกต่อด้วยตนเองอีก 4 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับเอกสารความรู้ และคู่มือการฝึกสติด้วยตนเอง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผลลัพธ์ด้านจิตใจ (DASS-21) และแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน (MBIGS) ก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ Chi-square test, Independent t-test และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ One-way repeated measure ANOVA, Post-hoc Bonferroni และ Independent t-test

ผล : กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงาน ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (p-value <0.001) และต่ำว่ากลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

สรุป : โปรแกรมการฝึกสติสามารถลดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชได้

คำสำคัญ : ความเครียด, ความวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, ภาวะหมดไฟในการทำงาน, โปรแกรมการฝึกสติ

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : เพลินพิศ บุณยมาลิก, e-mail : plernpit.suw@mahidol.ac.th

วันรับบทความ : 14 กุมภาพันธ์ 2568; วันแก้ไขบทความ : 12 พฤศจิกายน 2568; วันตอบรับบทความ : 18 พฤศจิกายน 2568

THE EFFECTS OF MINDFULNESS-BASED PROGRAM ON PSYCHOLOGICAL OUTCOMES AND BURNOUT AMONG PSYCHIATRIC NURSES IN BANGKOK METROPOLITAN AREA

Onanong Oupanan, B.N.S.*, Plernpit Boonyamalik, Ph.D.**, Surintorn Kalampakorn, Ph.D.**

**Srithanya Hospital*

***Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University*

Abstract

Objectives: To evaluate the effects of a mindfulness-based program on psychological outcomes, and burnout, among psychiatric nurses.

Material and Methods: This quasi-experimental study involved 70 psychiatric nurses under the Department of Mental Health, randomly assigned to an experimental group (n=35) and a comparison group (n=35). The experimental group participated in a one-day mindfulness training workshop, incorporating interactive learning and skill development, followed by four weeks of self-guided practice. The comparison group received educational materials and a self-directed mindfulness manual. Data collection involved personal information questionnaires, psychological outcome assessments (DASS-21), and burnout evaluations (MBI-GS). Assessments were conducted at three time points: Week 1, Week 4, and Week 6. Data analysis included descriptive statistics such as the Chi-square test, Independent t-test, as well as analytical statistics, including One-way repeated measure ANOVA, Post-hoc Bonferroni, and Independent t-test.

Results: The experimental group demonstrated significantly lower mean scores in psychological outcomes and job burnout in the post-intervention and follow-up periods compared to the pre-intervention period (p-value < 0.001). Additionally, their scores were significantly lower than those of the comparison group during the same periods (p-value < 0.05).

Conclusion: The mindfulness-based training program was effective in reducing stress, anxiety, depression, as well as burnout among psychiatric nurses.

Key words: depression, stress, anxiety, burnout, mindfulness-based program

Corresponding author: Plernpit Boonyamalik, e-mail: plernpit.suw@mahidol.ac.th

Received: February 14, 2025; Revised: November 14, 2025; Accepted: November 18, 2025

บทนำ

ภาวะหมดไฟในการทำงานคือ ภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน โดยมีอาการหลัก 3 อาการ ประกอบด้วย 1) รู้สึกสูญเสียพลังงาน หรือมีภาวะอ่อนเพลีย 2) มีความรู้สึกต่อต้าน และมองงานของตนเองในทางลบ ขาดความรู้สึกในความตั้งใจที่จะประสบความสำเร็จ และ 3) รู้สึกเหินห่างจากคนอื่น ไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมงาน หรือลูกค้า รวมถึงขาดความผูกพันกับสถานที่ทำงาน[1] บุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ประสบปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุดประมาณร้อยละ 15-50[2] โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ เป็นสถานการณ์ที่พบคล้ายคลึงกันเกือบทั่วโลก อาทิเช่น ประเทศโปแลนด์ ร้อยละ 50 ประเทศแอฟริกาใต้พบร้อยละ 55[3] และในประเทศไทยมีการสูญเสียพยาบาลออกจากระบบในแต่ละปีกว่า 7,000 คน แม้ว่าจะสามารถผลิตได้ปีละ 10,000 คน จากการสำรวจพบว่า พยาบาลจบใหม่ลาออกหลังจากทำงานได้ 1 ปี ร้อยละ 48[4]

พยาบาลจิตเวชในสังกัดของกรมสุขภาพจิต เป็นพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ปฏิบัติภารกิจในการศึกษาวิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิต[5] ในขณะที่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ปี พ.ศ 2558-2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า จาก 1.3 ล้านคน เป็น 2.4 ล้านคน[6] และในอนาคตผู้ป่วยทั่วโลกมีโรคทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยถึงร้อยละ 36 ซึ่งสูงกว่าโรคมะเร็งที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 34[7] ส่งผลให้ความต้องการในการดูแลสุขภาพจิตมากขึ้น จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความเครียด และความเหนื่อยล้าในกลุ่มพยาบาลจิตเวช ทั้งจากปัญหาอัตรากำลังคนน้อย ทำงานหนัก จำนวนชั่วโมงทำงานที่ยาวนาน[8] เมื่อพยาบาลจิตเวชเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว รวมถึงองค์กร ทำให้ขาดงาน หรือลาป่วยบ่อย มีอารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย แยกตัว ไม่สุงสิงกับเพื่อนร่วมงาน ความกระตือรือร้นในการทำงานลดลง ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และนำไปสู่การลาออกจากงานในที่สุด

วิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดล ได้สำรวจคนวัยทำงานที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,280 คน พบว่ากว่าร้อยละ 12 อยู่ในภาวะหมดไฟในการทำงาน ผลวิจัยจึงสรุปไว้ว่าคนกรุงเทพมหานคร กว่าร้อยละ 69 หรือคิดเป็น 7 ใน 10 มีภาวะหมดไฟในการทำงาน และหากคิดตามสัดส่วนคนทำงานในกรุงเทพมหานคร ที่มีประชากรประมาณ 5.5 ล้านคน เมื่อนำมาเทียบเคียงกับผลวิจัย จะพบว่าคนทำงานในกรุงเทพมหานคร มีภาวะหมดไฟในการทำงานกว่า 3.7 ล้านคน[9] ซึ่งเป็นบ่อเกิดที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ถึงบ่งบอกถึงพยาบาลจิตเวชที่ต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น ส่งผลถึง

ผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพ และปริมณฑล ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล สังกัดกรมสุขภาพจิต ทั้ง 3 เขต ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น จำนวน 6 แห่ง แต่มีจำนวน 3 แห่งที่มีบริการหอผู้ป่วยใน ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นกลุ่มทดลอง และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

การดูแลด้านจิตใจ และการเฝ้าระวังประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้พยาบาลสามารถทำงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ การผ่อนคลายความเครียดโดยการทำกิจกรรมที่ชอบสามารถทำได้หลายวิธี หากความเครียดนั้นมีความรุนแรงอาจจะต้องใช้เทคนิคการคลายเครียดแบบเฉพาะ เช่น การฝึกสติ ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกสติเกิดขึ้นหลากหลายแง่มุมซึ่งสามารถลดความเครียดได้[10] โดยผลของการฝึกสตินอกจากทำให้มีสติเพิ่มขึ้นแล้วยังช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาล[11] และทำให้เกิดการคิดยืดหยุ่นซึ่งส่งผลต่อความสุขเพิ่มขึ้นด้วย[12] การฝึกสติจะทำให้สมองส่วนหน้าสุดทำงานดีขึ้นในการควบคุมอารมณ์ ความคิด และสมองส่วนอารมณ์ทำงานน้อยลง สมองในด้านการจดจ่อทำงานดีขึ้นและที่สำคัญช่วยให้สมองที่เกี่ยวข้องกับความเห็นอกเห็นใจทำงานมากขึ้น[13]

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้วิธีการแบบอิงสติ[14] และวิธีการฝึกสติแบบสั้น[15] มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกิจกรรมการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล เพื่อให้พยาบาลจิตเวชสามารถตระหนักรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก รวมถึงพฤติกรรมของตนเอง ตลอดจนการเรียนรู้ถึงวิธีการดูแลจิตใจให้สามารถจัดการต่อความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (Two group

Pre-Posttest and Follow-up Design) ประชากรศึกษาคือพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 22 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช และไม่มีการใช้ยาทางจิตเวช 3) มีความเครียดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป จากแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21)[16] หรือมีภาวะหมดไฟในการทำงานระดับปานกลางขึ้นไป จากแบบประเมิน (MBIGS)[17] อย่างน้อยด้านใดด้านหนึ่ง 4) ไม่เป็นผู้ได้รับการรับรองการเป็นผู้บำบัดเบื้องต้น โดย กรมสุขภาพจิตมาก่อน 5) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดตั้ง Application ระฆังสติได้ และสามารถใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ได้ในชีวิตประจำวัน เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) มีภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของ การวิจัย 2) มีแผนเปลี่ยนแปลงย้ายตำแหน่งงานไปยังโรงพยาบาลอื่นภายใน 1 เดือน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม N4Studies: แบบ Sample size for comparing two independent means โดยกำหนดค่า Alpha = 0.05 และค่า Power = 0.9 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่มี ratio = 1:1 ใช้ข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้า คือ ผลการศึกษาของพริษฐ์ โพธิ์งาม[18] ได้ขนาดได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน เป็นกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 31 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันสูญหายระหว่างการวิจัย สุ่มเลือกโรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน รวมเป็น 70 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฝึกสติที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมการฝึกสติ เพื่อลดความเครียด[14] และวิธีการฝึกสติแบบสั้น[15] สมาธิคลายเครียด สติพื้นฐาน (ดำเนินชีวิต, กิจวัตร, ออกกำลังกาย) สติในการกิน/ ดื่ม สติควบคุมอารมณ์ การศึกษามีความคล้ายคลึงกับพริษฐ์ โพธิ์งาม[18] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดแบบระยะสั้น (MBBI)[15] เป็นการจัดโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ผ่านโปรแกรม Google Meet สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งการศึกษามีข้อจำกัดคือ เป็นการจัดกิจกรรมออนไลน์ทั้งหมดซึ่งจะไม่สามารถสังเกตและให้ข้อแนะนำผู้ร่วมวิจัยในระหว่างทำกิจกรรมได้ทั่วถึง ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน 5 แผนการอบรม ได้แก่ แผนการอบรมที่ 1 เรื่องความเข้าใจความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในการทำงาน บรรยายเรื่องผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงาน และบรรยายสภาวะจิต ผลของการฝึกสติต่อสมอง แผนการอบรมที่ 2 เรื่องสมาธิคลายเครียด อธิบายความสำคัญและความหมายของสมาธิ ฝึกสมาธิขั้นตอนที่ 1 (ฝึกหยุดคิด) ขั้นตอนที่ 2 (ฝึกจัดการกับความคิด) และขั้นที่ 3 (ฝึกจัดการกับความง่วง) แผนการอบรมที่ 3 เรื่องสติพื้นฐาน (ดำเนินชีวิต, กิจวัตร, ออกกำลังกาย) ฝึกสติพื้นฐาน โดยการฟัง

หยิบจับ ชิมผลไม้แห้ง ยืน เดิน อย่างมีสติ ฝึกสติในกิจวัตร ฝึกสติต่อเนื่องใน 1 กิจกรรมเป็นประจำ โดยรู้ลมหายใจ รู้ในกิจที่ทำตลอดตั้งแต่ต้นจนจบกิจกรรม ติดตั้งระฆังสติ ฝึกสติระหว่างออกกำลังกาย ฝึกออกกำลังกายทั้ง 3 แบบ ได้แก่ แบบ Cardio แบบ Resistance Training และแบบ Flexibility Training อย่างมีสติ แผนการอบรมที่ 4 เรื่อง สติในการกิน/ ดื่ม ฝึกสติก่อนกิน สติระหว่างกิน สติหยุดกิน แผนการอบรมที่ 5 เรื่อง สติในการควบคุมอารมณ์ ฝึกสติในการยืนในท่าที่ไม่ชอบ ท่าเหยียดข้อเท้า และย่อเข่า (ท่า Squad) ฝึกสติในการฟังเรื่องเร้าอารมณ์ มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม ฟังสะท้อนความรู้สึก มอบคู่มือการฝึกสติ เพื่อลดผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับกลุ่มตัวทดลอง ให้กลับไปฝึกปฏิบัติด้วยตัวเองในชีวิตประจำวันต่ออีก 4 สัปดาห์ เพื่อฝึกให้มีสติในระหว่างวันในชีวิต ประจำวันและชีวิตการทำงาน และระหว่างฝึกสติแต่ละสัปดาห์ มีการสอบถาม การติดตามกระตุ้นเตือนทางแอพพลิเคชั่นไลน์กลุ่ม 2 ครั้ง/ สัปดาห์ ทุกวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี พร้อมทั้งส่งคลิปเสียงสมาธิคลายเครียด 10 นาที เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติด้วยตัวเอง สอบถามถึงปัญหาอุปสรรคในการฝึก และลงแบบบันทึก การฝึกเสนอแนะแนวทางแก้ไข เสริมแรงทางบวกชื่นชมให้กำลังใจ และหลังฝึกแต่ละสัปดาห์ จะมีการติดตามความก้าวหน้าในการฝึกโดยการประชุมกลุ่มผ่านแอพพลิเคชั่น ไลน์กลุ่ม พร้อมส่งการบ้านทุกวันอาทิตย์ โดยสัปดาห์ที่ 1 เน้นหัวข้อสมาธิคลายเครียด สัปดาห์ที่ 2 เน้นหัวข้อสติพื้นฐาน สัปดาห์ที่ 3 เน้นหัวข้อสติในการกิน/ ดื่ม สัปดาห์ที่ 4 เน้นหัวข้อสติควบคุมอารมณ์ ในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับเอกสารคู่มือหลักการ การฝึกสติเพื่อลดผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช สมาธิคลายเครียด สติพื้นฐาน สติในการกิน/ ดื่ม สติควบคุมอารมณ์ด้วยตนเอง

โปรแกรมการฝึกสติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหากับบริบทของกลุ่มตัวอย่างจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ และอาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้อบรมเป็นผู้วิจัย ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรสติบำบัด (Mindfulness-based therapy and counseling) และได้รับการรับรองการเป็นผู้บำบัด โดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2566 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินชีวิตตามปกติ และได้เอกสารความรู้ และคู่มือการฝึกสติด้วยตัวเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ลักษณะงาน ระยะเวลาในการทำงานพยาบาลจิตเวช การทำงานเป็นกะ จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงการนอนหลับในแต่ละวัน ประสบการณ์ในการทำงาน ความเพียงพอรายได้ 2) แบบประเมินผลลัพธ์ด้านจิตใจ ใช้แบบวัด

ภาวะสุขภาพจิต (Depression Stress Anxiety Scales; DASS-21) ฉบับภาษาไทย[16] จำนวน 21 ข้อ แต่ละข้อเป็น มาตราส่วนแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0–3 ประเมินภาวะสุขภาพจิต 3 ด้าน ได้แก่ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านความวิตกกังวล และด้านความเครียด 3) แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของมาลาส (Maslach burnout inventory-general survey; MBI-GS) ฉบับภาษาไทย[17] จำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Motional exhaustion) ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และด้านความสามารถในการทำงาน (Professional efficacy) คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0-6 ในการศึกษานี้มีการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน โดยแต่ละข้อคำถามในหมวดที่ 1 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) = 1 และมีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ผ่านเกณฑ์โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับแบบประเมิน DASS-21 ด้านภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.902 ด้านความวิตกกังวล เท่ากับ 0.806 และด้านความเครียดเท่ากับ 0.928 สำหรับแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ เท่ากับ 0.871 ด้านการเมินเฉยต่องาน เท่ากับ 0.83 และด้านความสามารถในการทำงาน เท่ากับ 0.937

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Repeated measure one-way ANOVA และ Post-hoc Bonferroni และ Independent t-test

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 4 แห่ง ได้แก่ 1) คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 รหัสโครงการวิจัย 24/ 2024 เลขที่ใบรับรอง MUPH 2024-035 2) โรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่อ วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2567 รหัสโครงการวิจัย STY.IRB 016/ 2567_ful เลขที่ใบรับรอง STY.COA 026/ 2567 3) กรมสุขภาพจิต วันที่เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 รหัสโครงการวิจัย DMH.IRB 014/ 2567 BRm_Ful เลขที่ใบรับรอง DMH.IRB.COA 016/ 2567 4. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2567 รหัสโครงการวิจัย SD.IRB.SUBMIT 015/2567_EXP เลขที่ใบรับรอง SD.IRB.APPROVAL 017/2567 และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเคารพสิทธิส่วนบุคคลในการเข้าร่วมหรือการถอนตัวในระหว่างการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ผล

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 40 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ระดับการศึกษา

ปริญญาตรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนก IPD และกลุ่มเปรียบเทียบ อายุเฉลี่ย 35 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ระดับการศึกษาปริญญาตรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ การทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นด้านระยะเวลาในการทำงานพยาบาล การทำงานเป็นกะ และจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					
22-30 ปี	8	22.9	11	31.4	0.063[b]
31-40 ปี	10	28.6	17	48.6	
41-50 ปี	11	31.4	4	11.4	
51-60 ปี	6	17.1	3	8.6	
$\bar{x} \pm SD$	40.00 ± 10.39		35.54 ±8.36		
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	24.0-60.0		25.0-59.0		
สถานภาพสมรส					
โสด	19	54.3	25	71.4	0.218[a]
สมรส/ คู่	12	34.3	9	25.7	
หม้าย/ หย่า/ แยก	4	11.4	1	2.9	
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรี	27	77.1	26	74.3	0.780[a]
ปริญญาโท	8	22.9	9	25.7	
ระยะเวลาในการทำงานพยาบาล					
$\bar{x} \pm SD$	15.06 ± 11.48		10.63 ± 7.92		0.001[b]
ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	1.0 - 37.0		1.5 - 27.0		

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ตำแหน่งงาน					
พยาบาลวิชาชีพ	0	0	2	5.7	0.170 [a]
พยาบาลปฏิบัติการ	16	45.7	20	57.1	
พยาบาลชำนาญการ	19	54.3	12	34.3	
พยาบาลชำนาญการพิเศษ	0	0	1	2.9	
การทำงานเป็นกะ					
Day time	20	57.1	9	25.7	0.008 [a]
เป็นเวรผลัด	15	42.9	26	74.3	
จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน					
8 ชั่วโมง	29	82.9	9	25.7	0.004[b]
มากกว่า 8 ชั่วโมง	6	17.1	26	74.3	
$\bar{x}$ + SD	9.20 $\pm$ 2.84		13.54 $\pm$ 3.57		
ลักษณะงาน					
พยาบาล IPD	28	80.0	28	80.0	1.000 [a]
พยาบาล OPD	7	20.0	7	20.0	
จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์					
5 วัน/ สัปดาห์	27	77.1	13	37.1	0.362[b]
มากกว่า 5 วัน/ สัปดาห์	8	22.9	22	62.9	
$\bar{x}$ + SD	5.20 $\pm$ 0.68		5.78 $\pm$ 0.69		
จำนวนชั่วโมงการนอนหลับในแต่ละวัน					
น้อยกว่า 8 ชั่วโมง	27	77.1	31	88.6	0.0523[b]
8 ชั่วโมง	8	22.9	4	11.4	
$\bar{x}$ $\pm$ SD	6.17 $\pm$ 1.32		5.97 $\pm$ 1.25		
ประสบการณ์ในการทำงาน					
มี	25	71.4	24	68.6	0.794 [a]
ไม่มี	10	28.6	11	31.4	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ(ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความเพียงพอรายได้					
เพียงพอ เหลือเก็บ	8	22.9	10	28.6	0.208 [a]
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	14	40.0	6	17.1	
ไม่เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	2	5.7	3	8.6	
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	11	31.4	16	45.7	

a = chi-square test, b = independent t-test

จากการทบทวนวรรณกรรม ระยะเวลาในการทำงานพยาบาล การทำงานเป็นกะ และจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันอาจมีผลต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน อย่างไรก็ตาม เมื่อนำผลลัพธ์ด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะหมดไฟในการทำงานมาวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยแบ่งระดับตามเกณฑ์การแปลผล ได้แก่ ระดับปกติ-ต่ำ และระดับปานกลาง-รุนแรงที่สุดพบว่า ตัวแปรศึกษาทั้งหมดไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนทดลอง ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีผลต่อตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ และการทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงานก่อนเริ่มโปรแกรมการฝึกสติ พบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสามารถในการทำงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านจิตใจของพยาบาลจิตเวชทั้ง 3 ช่วงเวลาของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจของพยาบาลจิตเวชด้านความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหลังการทดลองและในระยะติดตามผล (p-value< 0.001) ดังตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล (p-value < 0.05) ยกเว้นด้านภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังการทดลองที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านความเครียด						
ก่อนทดลอง	12.14	3.90	12.26	4.80	-0.109	0.913
หลังทดลอง	3.97	2.41	7.34	5.22	-3.468	0.001
ระยะติดตามผล	3.20	2.30	5.54	4.95	-2.579	0.013
ด้านความวิตกกังวล						
ก่อนทดลอง	10.37	4.08	9.66	5.03	0.652	0.517
หลังทดลอง	2.09	2.03	5.46	5.11	-3.625	0.001
ระยะติดตามผล	2.00	1.83	3.71	4.16	-2.230	0.031
ด้านภาวะซึมเศร้า						
ก่อนทดลอง	10.00	4.61	10.60	4.99	-0.523	0.603
หลังทดลอง	1.94	1.85	5.74	4.93	-4.270	0.000
ระยะติดตามผล	2.09	2.25	3.94	4.02	-2.383	0.021
ภาพรวมภาวะหมดไฟ						
ก่อนทดลอง	61.71	20.50	69.69	19.66	-1.660	0.101
หลังทดลอง	22.31	16.68	47.69	24.29	-5.095	0.000
ระยะติดตามผล	22.09	16.48	36.49	19.71	-3.316	0.001
อ่อนล้าทางอารมณ์						
ก่อนทดลอง	32.06	9.83	30.91	10.92	0.460	0.647
หลังทดลอง	11.34	9.14	21.37	13.99	-3.550	0.001
ระยะติดตามผล	9.80	9.04	14.25	12.16	-1.740	0.086
เมินเฉยต่องาน						
ก่อนทดลอง	13.09	6.74	13.09	6.30	0.000	1.000
หลังทดลอง	3.74	3.88	7.83	7.02	-3.015	0.004
ระยะติดตามผล	3.09	3.58	5.43	5.07	-2.235	0.029

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=35)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความสามารถในการทำงาน						
ก่อนทดลอง	16.57	8.61	25.66	10.01	-4.084	0.000
หลังทดลอง	7.23	7.62	18.49	11.92	-4.709	0.000
ระยะติดตามผล	9.20	9.33	16.80	12.72	2.850	0.006

dependent t-test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n =35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	MD	p-value	MD	p-value
ความเครียด				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	8.171	0.000	4.914	0.001
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	8.943	0.000	6.714	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	0.771	0.503	1.800	0.422
ความวิตกกังวล				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	8.286	0.000	4.200	0.004
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	8.371	0.000	5.943	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	0.086	1.000	1.743	0.468
ภาวะซึมเศร้า				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	8.057	0.000	4.857	0.000
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	7.914	0.000	6.657	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	-0.143	1.000	1.800	0.396

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวชภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n =35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)	
	MD	**p-value**	**MD**	**p-value**
ภาพรวมภาวะหมดไฟ				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	39.400	0.000	22.000	0.000
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	39.629	0.000	33.200	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	0.229	1.000	11.200	0.152
ความอ่อนล้าทางอารมณ์				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	20.714	0.000	9.543	0.003
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	22.257	0.000	16.657	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	1.543	1.000	7.114	0.115
การเมินเฉยต่องาน				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	9.343	0.000	5.257	0.012
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	10.000	0.000	7.657	0.000
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	0.657	1.000	2.400	0.292
ความสามารถในการทำงาน				
ก่อนการทดลอง – หลังการทดลอง	9.343	0.000	7.200	0.016
ก่อนการทดลอง – ระยะติดตามผล	7.371	0.004	8.886	0.012
หลังการทดลอง – ระยะติดตามผล	-1.971	0.583	1.686	1.000

Post-hoc Bonferroni, MD = Mean Difference

การเปรียบเทียบภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช 3 ช่วงเวลา ค่าเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลจิตเวช ทั้งภาพรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านเมินเฉยต่องาน และด้านความ สามารถในการทำงาน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล (p-value < 0.05) และด้านภาพรวม และความสามารถในการทำงาน ในระยะหลังการทดลองที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ยกเว้นภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่ไม่มีความแตกต่างในระยะติดตามผล ดังตารางที่ 2

อภิปราย

การศึกษาพบว่า โปรแกรมการฝึกสติที่ประยุกต์มาจากแนวคิด MBSR[14] และ MBBI[15] ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านจิตใจและภาวะหมดไฟในการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล (p-value < 0.001) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ยกเว้นด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ที่ไม่แตกต่างในระยะติดตามผล ด้านผลลัพธ์ด้านจิตใจสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศของพริษฐ์ โพธิ์งาม และคณะ[18] ศึกษาผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาล ใช้แนวคิด MBBI พบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ทดสอบผลของโปรแกรมการฝึกสติด้วยโปรแกรมการฝึกสติหลายเทคนิค[19-22] เช่น MBI MBSR พบว่าการฝึกสติช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ Xu และคณะ[23] อธิบายว่าความเครียดจากการทำงานของพยาบาลจิตเวช เป็นสาเหตุสำคัญของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การฝึกสติสามารถกระตุ้นคอร์เทกซ์ด้านหน้าซ้ายของสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงช่วยเพิ่มประสบการณ์และการรับรู้ของบุคคลต่ออารมณ์เชิงบวก[24] นอกจากนี้การฝึกสติสามารถปรับปรุงความสามารถของพยาบาลจิตเวชในการเผชิญกับประสบการณ์ทางอารมณ์เชิงลบในการทำงานประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้พยาบาลจิตเวชสร้างความรู้เกี่ยวกับตนเองที่ถูกต้องและเชี่ยวชาญวิธีการที่ถูกต้องในการจัดการกับความเครียดได้ ซึ่งจะช่วยปรับปรุงสุขภาพจิตของพยาบาลจิตเวชได้[20]

ด้านภาวะหมดไฟในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kent และคณะ[25] พบว่าโปรแกรมฝึกสติสำหรับพยาบาลดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสัมมนาออนไลน์ช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความสามารถในการทำงาน โดยการฝึกสมาธิ และการทำสติมีประโยชน์ทั้งในการดูแลผู้ป่วยและการเพิ่มคุณภาพชีวิตของพยาบาล ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาที่แสดงว่าโปรแกรมฝึกสติช่วยลดความเครียด และเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Qi Wang MD และคณะ[26] พบว่าโปรแกรมฝึกสติช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความเครียดในการทำงานของพยาบาลจิตเวช โดยมีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ในคะแนน MBI-HSS และการศึกษาของ Nasim และคณะ[27] พบว่าโปรแกรมการฝึกสติช่วยลดภาวะหมดไฟของพยาบาลในหอผู้ป่วยสูงอายุ โดยคะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่องาน และความสามารถในการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wei และคณะ[28] ที่ระบุว่าโปรแกรมการฝึกสติช่วยเพิ่มพลัง และความมั่นใจในการทำงาน ทั้งนี้งานวิจัยหลายชิ้นยังยืนยัน

ว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยปรับปรุงความยืดหยุ่นทางจิตใจและลดความเหนื่อยล้าได้[29] สอดคล้องกับ Zou และคณะ[30] ที่ชี้ว่าการฝึกสติช่วยพัฒนาความยืดหยุ่นทางปัญญาและการยอมรับอารมณ์เชิงลบ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงาน ภายหลังการทดลองและระยะติดตามลดลงเช่นกัน ถึงแม้ว่าจะลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านจิตใจ และภาวะหมดไฟในการทำงานด้วยแบบสอบถามในการวิจัยนี้ อาจมีผลให้อาสาสมัครเกิดการรับรู้ถึงสภาวะทางจิตใจของตนเองและเกิดการปฏิบัติเพื่อแก้ไขตนเอง (Hawthorne effect) รวมถึงลักษณะการทำงานของพยาบาลจิตเวชต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีทางจิตเวช การพยาบาลจิตวิทยา สังคมวิทยา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้อง รวมถึงมีความรู้ด้านเทคนิคการจัดการตนเองเพื่อที่จะไปสอนให้คำแนะนำผู้ป่วยจิตเวช[5] จึงสามารถจัดการปัญหาสุขภาพจิตให้ตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gandhi และคณะ[31] ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของพยาบาลจิตเวช เนื่องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทางจิตอาจต้องเผชิญกับอารมณ์รุนแรงและพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เครียดได้มาก พบว่าการสร้างทักษะให้พยาบาลในการรับมือกับความเครียดให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลมีกลยุทธ์การจัดการความเครียดเชิงบวก และช่วยลดความเครียดของพยาบาลได้

การนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ อาจต้องตระหนักถึงข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจิตเวชซึ่งมีคุณลักษณะด้านประชากร และการทำงานเฉพาะทางด้านจิตเวช ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังพยาบาลทั่วไปได้ และถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะพยายามควบคุมตัวแปรกวน และอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการปนเปื้อนของโปรแกรมการทดลองโดยแยกสถานที่ศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรและหน่วยงานที่มีลักษณะเดียวกัน รวมถึงการจัดอบรมดูแลจิตใจของบุคลากรโดยหน่วยงานเป็นระยะ ๆ อาจส่งผลต่อผลการศึกษาครั้งนี้ได้

สรุป

โปรแกรมการฝึกสติที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการฝึกสติเพื่อลดความเครียด (MBSR) และวิธีการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) สามารถลดผลลัพธ์ด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและภาวะหมดไฟในการงาน ทั้งด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการเมินเฉยต่องาน และด้านความสามารถในการทำงานของพยาบาลจิตเวชได้ ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในหลากหลายบริบทต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต และ ดร.สุภาพร ประดับสมุทร ข้าราชการบำนาญ อดีตนักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รวมถึงศาสตราจารย์ดร.อรวรรณ แก้วบูญชู คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ข้อคิดเห็นในการศึกษานี้ คุณสกาวรัตน์ พวงลัดดา และคุณปภาจิต บุตรสุวรรณ โรงพยาบาลศรีธัญญา ที่ได้ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางการเป็นผู้บำบัดที่ดี และคุณปัญญา ยืนยงตระกูล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ดำเนินการประชาสัมพันธ์หากลุ่มตัวอย่างให้ รวมถึงสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้พิจารณามอบทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนให้แก่ผู้วิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome). [online]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. Available from: https://dmh.go.th/news/view.asp? id=2270 [2023 Nov 1].
2. ศรีสกุล เฉียบแหลม, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ภาวะหมดไฟในการทำงาน. วารสารแพทยสารทหารอากาศ 2563; 66(2): 44–52.
3. บริหารงานทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล. วิจัยพบรอยสะดุดทางวิชาชีพพยาบาลไทย. [online]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล. Available from: https://op.mahidol.ac.th/ga/author-187/ [2023 Nov 1].
4. BBC NEWS ไทย. เปิดบันทึกถอดบทเรียนภาวะ Work ไร้ Balance ในวงการแพทย์ไทย [online]. London: BBC]. Available from: https://www.bbc.com/thai/articles/cnd9yrwknxyo [2023 Nov 1].
5. กรมสุขภาพจิต. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2563.
6. กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิตเชิญชวนคนไทยตรวจสอบสุขภาพใจต้อนรับปีใหม่ 2567. [online]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. Available from: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31920 [2023 Nov 1].
7. TECHSAUCE. เจาะลึกผลวิจัยอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576. [online]. กรุงเทพฯ: TECHSAUCE. Available from: https://techsauce.co/report/futures-of-mental-health-in-thailand-2033 [2023 Nov 1].
8. ศุภมาศ บำรุงรัตน์. พยาบาลจิตเวชผู้ดูแลคนสิ้นหวังในวิกฤติโควิด-19. [online]. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2020. Available from: https://www.hfocus.org/content/2020/05/ 19195 [2023 Nov 1].
9. กรมสุขภาพจิต. burnout in the city งานวิจัยชี้ชาวกรุงวัยทำงานเกินครึ่งเสี่ยงหมดไฟ. [online]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. Available from: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30176 [2023 Nov 10].
10. ธีระยุทธ เกิดสังข์, อุไรวรรณ เกิดสังข์, เบญจวรรณ งามวงศ์วิวัฒน์. ผลของโปรแกรมการบำบัดและให้คำปรึกษาโดยใช้สติเป็นฐานต่อความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(2): 33-48.
11. กัลยาณี โนอินทร์, อารี ชีวเกษมสุข, สุภมาส อังศุโชติ. การพัฒนารูปแบบลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564; 29(1): 69-79.
12. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. จิตบำบัดด้วยสติในผู้ป่วยซึมเศร้า. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2558; 9(1): 47-56.
13. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือสติบำบัด: Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2566.

14. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clin Psychol Sci Pract 2003; 10(2): 144–56.
15. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือการฝึกสติแบบสั้น: Mindfulness-based brief intervention manual. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2566.
16. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. Int J Psychol 2013; 48(6): 1018-29.
17. สิระยา สัมมาวาจ. ความเหนื่อยหน่ายของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามาธิบดี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2534.
18. พริษฐ์ โพธิ์งาม, ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์. ผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2022; 30(4): 276-85.
19. Duarte J, Pinto-Gouveia J. Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: a non-randomized study. Int J Nurs Stud 2016; 64: 98–107.
20. Jiao Y, Tang S, Wen Z. Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses. Psychiatr Danub 2018; 30(2): 189–96.
21. Fazia T, Bubbico F, Iliakis I, Salvato G, Berzuini G, Bruno S, et al. Short-term meditation training fosters mindfulness and emotion regulation: a pilot study. Front Psychol 2020; 11:558803.
22. Sarazine J, Heitschmidt M, Vondracek H, Sarris S, Marcinkowski N, Kleinpell R. Mindfulness workshops' effects on nurses' burnout, stress, and mindfulness skills. Holist Nurs Pract 2021; 35(1): 10–8.
23. Xu QZ, Xu M, Qiao Y, Liu ZF. The relation of anxiety and depression with job stress among psychiatric nurses. Chin J Clin Psychol 2010; 18(2): 250–2.
24. Renshaw TL, Bolognino SJ, Fletcher SP, Long AC, Maynor RF, Reyes MJ, et al. Promoting stress management and wellbeing in educators: feasibility and efficacy of a school-based yoga and mindfulness intervention. J Yoga Phys Ther 2016; 6(1): 1000230.
25. Brouwer K, Melander S, Walmsley L, Norton J, Okoli K. A mindfulness-based intervention for acute care nursing staff: a pilot study. J Holist Nurs 2024; 42(1): 24–33.
26. Wang Q, Luan Y, Liu D, Dai J, Wang H, Zhang Y, et al. Guided self-help mindfulness-based intervention for increasing psychological resilience and reducing job burnout in psychiatric nurses: a randomized controlled trial. Int J Nurs Pract 2024; 30(1): e13208.
27. Talebiazar N, Salamat E, Abbasi M, Azizi N, Goli R, Faraji N. The impact of mindfulness-based stress reduction training on occupational stress and burnout in nurses in geriatric wards: a randomized controlled trial. Geriatr Nurs 2024; 58: 373–81.
28. Wei H, Roberts P, Strickler J, Corbett R. Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. J Nurs Manag 2019; 27(4): 681–7.
29. Crandall J, Harwood L, Wilson B, Morano C. Mindful self-compassion training and nephrology nurses' self-reported levels of self-compassion, burnout, and resilience: a mixed methods study. Nephrol Nurs J 2022; 49(5): 405–47.
30. Zou Y, Li P, Hofmann SG, Liu X. The mediating role of non-reactivity to mindfulness training and cognitive flexibility: a randomized controlled trial. Front Psychol 2020; 11: 1053.
31. Gandhi S, Lalitha K. Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients. Asian J Psychiatr 2015; 14: 42–5.