

ผลของการเจริญสติ 3 นาที ต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก*

Effect of 3-Minute Mindfulness on Compassion Fatigue of Nurses in Intensive Care Units *

หมื่นศักดิ์ ต๊ะกานโค, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย) ¹

Muansak Takabkho, M.N.S. (Occupational Health Nurse Practitioner) ¹

วันเพ็ญ ทรงคำ, ประ.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) ²

ธานี แก้วธรรมานุกุล, พย.ด. ³

Wanpen Songkham, Ph.D. (Public Health) ²

Thanee Kaewthummanukul, Ph.D. (Nursing) ³

Received: April 2, 2026

Revised: May 19, 2026

Accepted: May 26, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการเจริญสติ 3 นาที ต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลรัฐในภาคเหนือ จำนวน 54 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติการณ์เจริญสติ 3 นาที สมุดบันทึกการปฏิบัติการณ์เจริญสติ 3 นาที แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ มีค่าความเชื่อมั่น .90 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2567 วิเคราะห์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master's Thesis of Nursing Science Program in Occupational Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Occupational Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: muansak_takabkho@cmu.ac.th

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ทั้งองค์ประกอบความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.320, p < .001$ และ $t = 12.330, p < .001$ ตามลำดับ) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ทั้งองค์ประกอบความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.090, p < .001$ และ $t = 6.670, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ในทุก ๆ วัน เพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และมีสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก การเจริญสติ 3 นาที

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of 3-minute mindfulness on compassion fatigue of nurses in intensive care units. The sample consisted of 54 nurses working in intensive care units at government hospitals in the northern region of Thailand. They were equally divided into an experimental group ($n = 27$) and a control group ($n = 27$). The research instruments included a 3-minute mindfulness practice manual, a daily mindfulness practice logbook, a personal information questionnaire, and the Compassion Fatigue Questionnaire (CFQ) with a reliability of .90. The implementation and data collection were conducted from January to March 2024. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly lower mean scores of compassion fatigue, in terms of both secondary traumatic stress and burnout, than before the experiment ($t = 9.320, p < .001$ and $t = 12.330, p < .001$, respectively); and 2) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly lower mean scores of compassion fatigue, in terms of both secondary traumatic stress and burnout, than the control group ($t = 8.090, p < .001$ and $t = 6.670, p < .001$, respectively).

This research suggests that nurse executives should encourage nurses in intensive care units to practice 3-minute mindfulness every day to reduce their compassion fatigue

and have good mental health.

Keywords: Compassion fatigue, Nurses in intensive care units, 3-Minute mindfulness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิวัฒนาการในการดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ความต้องการและความคาดหวังในการดูแลเพิ่มขึ้น (Sax, 2016) วิชาชีพพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและทุกซ์ทรมาน ทั้งผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต พยาบาลทำหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกัน และติดตามดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Perveen, 2022) ลักษณะการทำงานของพยาบาลเป็นการทำงานที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย และต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการผลัดเปลี่ยนเวลาทำงานในลักษณะผลัดเช้า บ่าย และดึก (Moghadam et al., 2021) ส่งผลให้พยาบาลซึมซับความทุกข์ทรมานนั้น และมีการตอบสนองต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภูมิหลังหรือคุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล การตอบสนองของพยาบาลอาจออกมาในรูปแบบความรู้สึกซึ่งมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยผลรวมของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล (ศศิวิมล ปานราช, 2560)

หอผู้ป่วยหนักเป็นหน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่ให้การดูแลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต/ฉุกเฉิน และต้องได้รับการฝึกฝนทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต และไม่มีภาวะแทรกซ้อน (เมธิณี เกตวาทิมาต, 2560) ซึ่งหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่มีลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติอย่างรีบเร่ง ระมัดระวัง รอบคอบ แม้จะมีการวางแผนการดูแลไว้ล่วงหน้า แต่สภาวะของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้พยาบาล

ที่ปฏิบัติงานต้องตัดสินใจแก้ปัญหา ติดต่อกับแพทย์หลายสาขา และทีมงานสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังมีความวิตกกังวล โศกเศร้า ลึนหวัง ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด (กฤติญาดา เกื้อวงศ์ และอารียวรรณ อ่วมตานี, 2560) การทำงานในสภาพแวดล้อมที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก การเห็นความเจ็บป่วยและความทุกข์ซ้ำๆ ในการดูแลผู้ป่วยหนัก ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) (Gonzalez, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมีโอกาสดังขึ้นกับพยาบาลมากถึงร้อยละ 85 และเกิดขึ้นกับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมากถึงร้อยละ 70 (Owens, Alfes, Evans, Wyka, & Fitzpatrick, 2020) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า พยาบาลมีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจร้อยละ 40 และมีแนวโน้มที่จะพบสูงขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก (Jehloh, Nilmanat, & Matchim, 2014) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาพบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีความเหนื่อยล้าโดยรวมสูงกว่าแผนกอื่น (เกศินี กิตติบาล, อารี ชิวเกษมสุข, และชุชาติ พวงสมจิตร, 2564)

ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ หมายถึงความรู้สึกทางลบของพยาบาลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ (secondary traumatic stress) และภาวะหมดไฟ (burnout) (Cocker & Joss, 2016; Stamm, 2010) โดยความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือเป็นความรู้สึกและผลกระทบ

ทางลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยหรือจากผลของการดูแลผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานสะสมซ้ำ ๆ (Sorenson, Bolick, Wright, & Hamilton, 2017) ส่วนภาวะหมดไฟเป็นความรู้สึกอ่อนเพลีย ความคับข้องใจ ความโกรธ ความหมดหวังในสิ่งที่ทำ และความกดดัน โดยความรู้สึกเหล่านี้จะค่อย ๆ เกิดขึ้นและสะสมจนกลายเป็นภาวะหมดไฟ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับภาระงานที่หนัก หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานร่วมด้วย (Showalter, 2010) ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจส่งผลกระทบทางลบทั้งในระดับบุคคลและองค์กร โดยในระดับบุคคล ทำให้พยาบาลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล มีผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานและความสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกผิด การแยกออกจากสังคม ระดับความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นลดลง ทำให้เกิดการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน (Blair & Perry, 2017) รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Stamm, 2002) ส่วนในระดับองค์กร ทำให้คุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานและบรรยากาศองค์กรลดลง ไม่สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ และไม่สามารถสร้างสรรค์ผลงานใหม่ ๆ ได้ (ศศิวิมล ปานราช, 2560) ทำให้พยาบาลลาออกจากการเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 26.70 และเป็นสาเหตุหนึ่งของการลาป่วย ขาดงาน และเปลี่ยนงาน (สวรรญา อินทรสถาพร, อรรวรรณ แก้วบุญชู, และเพลินพิศ บุญยามลิก, 2563)

การทบทวนอย่างเป็นระบบระบุว่า การบำบัดทางจิตวิทยา (psychological intervention) เช่น การสะท้อนคิด (self-reflection) การคิดแบบยืดหยุ่น (resilience) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) และการเจริญสติ (mindfulness) สามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ (Chen et al., 2022) ซึ่งการบำบัดทางจิตวิทยาเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะบุคคล โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลสามารถเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ

ชีวิตของตนเอง สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความรู้ ทักษะ ความสามารถส่วนตัว รวมถึงความสามารถในการตัดสินใจ พร้อมลงมือปฏิบัติให้พฤติกรรมทางลบลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงอยู่อย่างมีคุณค่าตามที่ตนเองพึงพอใจ โดยเฉพาะในพยาบาลพบว่า การเจริญสติเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพอย่างมากในการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Conversano et al., 2020; Maley, 2018)

การศึกษาทางประสาทวิทยา (neurobiological) และจิตวิทยา (psychophysiological) พบว่า การเจริญสติสามารถกระตุ้นโครงสร้างประสาทและการไหลเวียนของโลหิตในสมอง ผ่านการปล่อยสารโดปามีน (dopamine) เพิ่มขึ้น ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (Maley, 2018) นอกจากนี้ การเจริญสติตามแนวคิดการกำกับอารมณ์หรือความรู้สึกทางลบด้วยสติ ของ Kabat-Zinn (1990) สามารถอธิบายได้ว่า การเจริญสติเป็นการรู้คิดบนกระบวนการของอารมณ์ ผ่านการรู้ตัวโดยมุ่งใส่ใจ (attentive awareness) ในประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและไม่คิดปรุงแต่งหรือไม่ประเมินตัดสิน (non-elaboration) กับประสบการณ์นั้น ๆ โดยกระบวนการทางอารมณ์จะสนับสนุนให้บุคคลมีสติขณะเผชิญสถานการณ์ ใส่ใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในปัจจุบันโดยไม่ปรุงแต่ง และประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าด้วยทัศนคติที่เปิดกว้างโดยไม่คิดตัดสินหรือประเมินค่าของสิ่งนั้น ๆ ในทางใด ๆ โดยเฉพาะทางลบ (Peijssel, 2018; Vieten, Wöhrmann, & Michel, 2022) การเจริญสติจะใช้ลมหายใจเป็นเครื่องกำหนดเพื่อฝึกการใส่ใจจดจ่อ ซึ่งช่วยฟื้นฟูการทำงานของ thalamus ให้สามารถคัดกรองสิ่งรบกวนและรวบรวมสมาธิให้มาจดจ่อพิจารณาอยู่ที่ลมหายใจ การติดตามดูแลลมหายใจจะช่วยเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและปลอดภัย เมื่อร่างกายผ่อนคลายก็จะส่งผลต่อระบบ limbic โดยเฉพาะ amygdala ทำให้อารมณ์สงบลง ส่งผลให้

จิตมีกำลัง ไม่วอกแวกหรือตื่นตูมง่าย ร่วมกับการทำงานของ hippocampus ที่ช่วยปรับแต่งความทรงจำเดิม เข้ากับความรู้สึกสงบปลอดภัย ความรู้สึกต่อความทรงจำนั้นจึงค่อยๆ เปลี่ยนไปในทางที่เป็นมิตรกับตนเองมากขึ้น ความกดดันในใจลดลง ด้วยองค์ประกอบทั้งหมดที่กล่าวมา ทำให้อารมณ์หรือความรู้สึกทางลบของพยาบาลลดระดับลง จึงส่งผลให้สามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ (Michel & Brunet, 2019; Peijisel, 2018)

การเจริญสติมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบ 10 นาที 5 นาที และ 3 นาที (Heeter, Lehto, Allbritton, Day, & Wiseman, 2017) สำหรับการเจริญสติ 3 นาที (3-minute mindfulness) การศึกษาที่ผ่านมาสสนับสนุนว่าเป็นการปฏิบัติที่สามารถทำได้จริง ใช้ระยะเวลาสั้นสามารถทำได้ทุกสถานที่ตามความต้องการของผู้ปฏิบัติ ไม่เพิ่มภาระและไม่รบกวนการทำงาน และสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยการฝึกเจริญสติ 3 ครั้งต่อวัน และทำต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 1 เดือน สามารถช่วยลดความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและลดภาวะหมดไฟได้อย่างรวดเร็ว (Sorenson et al., 2017) กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ สามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Duarte, Pinto-Gouveia, & Cruz, 2016) ที่ผ่านมา การเจริญสติ 3 นาที ได้ถูกนำไปใช้ในการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในนักบิน (Segal et al., 2020) ในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตในประเทศสหรัฐอเมริกา (Owens et al., 2020) และในพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศโปรตุเกส (Duarte et al., 2016)

ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีมีการนำการเจริญสติ 3 นาที มาใช้ในการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบอุบัติการณ์การเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสูง ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัยซึ่งมีบทบาทในการดูแลสุขภาพคนทำงาน จึงสนใจศึกษาผลของการเจริญสติ 3 นาที ต่อความ

เหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อสนับสนุนให้คนทำงานมีสุขภาพจิตที่ดีสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่าก่อนการทดลอง

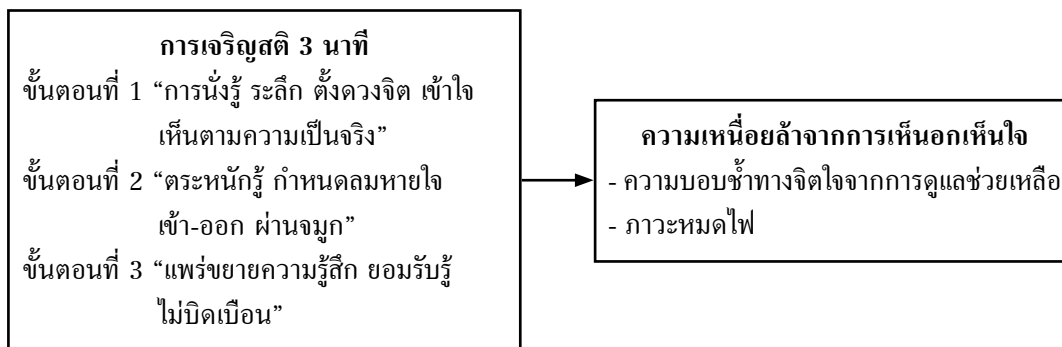
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ของ Cocker and Joss (2016) ที่เชื่อว่า ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเป็นความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นกับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ และภาวะหมดไฟ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพยาบาล เกิดความวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง และทำให้ลาออกจากงานในที่สุด ดังนั้นเพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการกำกับอารมณ์หรือความรู้สึกทางลบด้วยสติ ตามแนวคิดของ Kabat-Zinn (1990) โดยใช้การเจริญสติ 3 นาที ซึ่งเป็นการรู้คิดบนกระบวนการของอารมณ์ ผ่านการรู้ตัวโดยมุ่งใส่ใจในประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่คิดปรุงแต่งหรือไม่ประเมินตัดสินประสบการณ์นั้นๆ

โดยกระบวนการทางอารมณ์จะสนับสนุนให้บุคคลมีสติ ขณะเผชิญสถานการณ์ ใส่ใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น กับตนเองในปัจจุบันโดยไม่ปรุงแต่ง และประเมิน สถานการณ์หรือสิ่งเร้าด้วยทัศนคติที่เปิดกว้างโดยไม่คิด ตัดสินหรือประเมินค่าของสิ่งนั้นๆ ในทางใดๆ โดยเฉพาะ

ทางลบ ซึ่งจะส่งผลให้อารมณ์หรือความรู้สึกทางลบ ของพยาบาลระดับลง และสามารถลดความเหนื่อยล้า จากการเห็นอกเห็นใจได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการ วิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล รัฐในภาคเหนือ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอย่างน้อย 6 เดือน 2) มีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในระดับ ปานกลางขึ้นไป (คะแนนความบอบซ้ำทางจิตใจจาก การดูแลช่วยเหลือ และคะแนนภาวะหมดไฟ 23 คะแนน ขึ้นไป) 3) ไม่ได้ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอ ผู้ป่วย 4) ไม่อยู่ระหว่างการลาป่วย ลาคลอด หรือลา ศึกษาต่อ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ ตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนด

ขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนด ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Burns & Grove, 2005) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 27 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 54 คน เลือกโรงพยาบาล 2 แห่ง จาก โรงพยาบาลทั่วไปที่มีหอผู้ป่วยหนักในภาคเหนือ ตอนบน จำนวน 7 แห่ง ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาล นครพิงค์ จากนั้นจับฉลากเลือกโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นกลุ่มทดลอง และอีกแห่งหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 คู่มือการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Kabat-Zinn (1990) เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของความเหนื่อยล้า

จากการเห็นอกเห็นใจ สาเหตุของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ผลกระทบของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ วิธีการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ประโยชน์ของการเจริญสติ 3 นาที และวิธีปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ทั้งนี้ วิธีปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ใช้เวลาขั้นตอนละ 1 นาที ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 “การนั่งรู้ระลึก ตั้งดวงจิต เข้าใจ เห็นตามความเป็นจริง” เป็นการสำรวจตนเองแบบกว้างๆ ในการรับรู้และใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมภายนอก พร้อมสังเกตการรับรู้ ความคิด และอารมณ์ ในช่วงขณะนั้น ขั้นตอนที่ 2 “ตระหนักรู้ กำหนดลมหายใจเข้า-ออก ผ่านจมูก” เป็นการสำรวจตนเองแบบแคบลงมา ตระหนักรู้ต่อตนเองผ่านการมุ่งความสนใจไปที่การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก ผ่านจมูก ทรวงอก ไปยังท้อง และจากท้องขึ้นมายังทรวงอก จนถึงจมูก โดยไม่มีการแบ่งสติไปกับสิ่งอื่น และขั้นตอนที่ 3 “แพร่ขยายความรู้สึก ยอมรับรู้ ไม่บีบเบียน” เป็นการสำรวจร่างกายของตนโดยรอบ จากศีรษะไปยังปลายเท้า และไล่จากปลายเท้าขึ้นมายังศีรษะ เป็นการยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการตัดสิน และอยู่กับความเป็นจริงโดยไม่หลีกเลี่ยง หลบหนี หรือพยายามเปลี่ยนแปลง

1.2 สมุดบันทึกการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้กลุ่มทดลองบันทึกการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ในแต่ละวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ ช่วงเวลา (เช้า กลางวัน และเย็น) ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจาก

การเห็นอกเห็นใจ (the Compassion Fatigue Questionnaire [CFQ]) พัฒนาขึ้นโดย Jehloh et al. (2014) ซึ่งดัดแปลงจาก the Professional Quality of Life Scale (ProQOL) 2010 ฉบับที่ 5 ของ Stamm (2010) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ จำนวน 10 ข้อ และภาวะหมดไฟ จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางเวลา บ่อย และบ่อยมาก คะแนนรวมของแต่ละองค์ประกอบหลักอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ/ภาวะหมดไฟในระดับต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน) ในระดับปานกลาง (23-41 คะแนน) และในระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำคู่มือการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านการเจริญสติ (2 คน) พยาบาลอาชีวอนามัย (2 คน) และแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ (2 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจไปทดลองใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 136/2566 วันที่ 14 ธันวาคม 2566) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน (เอกสารรับรอง เลขที่ Ethic LPN 0106/2566 วันที่ 28 ธันวาคม 2566) และ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล นครพิงค์ (เอกสารรับรอง เลขที่ NKP No.027/67 วันที่ 16 มกราคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการ ทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะ ได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครพิงค์ เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การ วิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ โรงพยาบาล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความ เหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ โรงพยาบาล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15 นาที จากนั้นแบ่งกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม (กลุ่มละ 7 คน 3 กลุ่ม และกลุ่มละ 6 คน 1 กลุ่ม) ผู้วิจัยซึ่งผ่านการฝึกอบรมการเจริญสติจากสำนักสงฆ์ ปฏิบัติธรรมล้านนา จังหวัดเชียงใหม่ ให้ความรู้โดย การบรรยายเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของความ เหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ผลกระทบ และแนวทาง

การเจริญสติ 3 นาที เพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการ เห็นอกเห็นใจ โดยใช้เวลา 30 นาที จากนั้นสาธิตการ ฝึกปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ประกอบการฝึกหายใจ ใน 3 นาที ตามขั้นตอนทั้ง 3 ขั้นตอน โดยใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที โดยให้ปฏิบัติทุกวัน วันละ 3 ครั้ง และปฏิบัติต่อเนื่อง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ แล้วมอบสมุดบันทึกการปฏิบัติการ เจริญสติ 3 นาที เพื่อให้บันทึกการปฏิบัติในแต่ละวัน

4. ในสัปดาห์ที่ 2-5 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ทำงานตามปกติ และปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที วันละ 3 ครั้ง ได้แก่ ช่วงเวลาเช้า ช่วงเวลากลางวัน และช่วง เวลาเย็น ส่วนกลุ่มควบคุมให้ทำงานตามปกติ

5. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลแต่ละแห่ง ให้ตอบแบบ ประเมินความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ หลังการ ทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2567 เมื่อสิ้นสุด การวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้และสาธิตการฝึกปฏิบัติการ เจริญสติ 3 นาที แก่กลุ่มควบคุม ตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ independent *t*-test ตาม ลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการ เห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลัง การทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจาก ข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการ เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจาก ข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.30 มีอายุเฉลี่ย 35.44 ปี ($SD = 6.82$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 96.30 มีสถานภาพสมรสได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.85 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 11.41 ปี ($SD = 6.52$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.89 มีอายุเฉลี่ย 34.81 ปี ($SD = 9.62$) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ

48.15 และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ย 10.92 ปี ($SD = 8.70$) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ทั้งองค์ประกอบความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.320, p < .001$ และ $t = 12.330, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ความเหนื่อยล้า จากการเห็นอกเห็นใจ	ก่อนการทดลอง (n = 27)			หลังการทดลอง (n = 27)			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความบอบซ้ำทางจิตใจ จากการดูแลช่วยเหลือ	24.89	6.35	ปานกลาง	15.93	5.46	ต่ำ	9.320	< .001
ภาวะหมดไฟ	33.07	4.11	ปานกลาง	19.11	3.85	ต่ำ	12.330	< .001

3. การเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ทั้งองค์ประกอบ

ความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.090, p < .001$ และ $t = 6.670, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ความเหนื่อยล้า จากการเห็นอกเห็นใจ	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความบอบซ้ำทางจิตใจ จากการดูแลช่วยเหลือ	24.89	6.35	24.33	1.68	.420	.690
ภาวะหมดไฟ	33.07	4.11	33.19	3.05	.110	.921
หลังการทดลอง						
ความบอบซ้ำทางจิตใจ จากการดูแลช่วยเหลือ	15.93	5.46	24.59	1.90	8.090	< .001
ภาวะหมดไฟ	19.11	3.85	25.81	4.05	6.670	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ทั้งองค์ประกอบความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ทุกวัน วันละ 3 ครั้ง ในช่วงเวลาเช้า ช่วงเวลากลางวัน และช่วงเวลาเย็น โดยปฏิบัติต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที สามารถกระตุ้นโครงสร้างประสาทและการไหลเวียนของโลหิตในสมอง ผ่านการปล่อยสารโดปามีนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติการเจริญสติ รู้สึกผ่อนคลาย (Maley, 2018) เมื่อร่างกายผ่อนคลาย ก็จะส่งผลต่อระบบ limbic โดยเฉพาะ amygdala ทำให้อารมณ์สงบลง ส่งผลให้จิตใจมีกำลัง ไม่วอกแวก หรือตื่นตูมง่าย ร่วมกับการทำงานของ hippocampus

ที่ช่วยปรับแต่งความทรงจำเดิมเข้ากับความรู้สึกลง ปลดปล่อย ความรู้สึกต่อความทรงจำนั้นจึงค่อยๆ เปลี่ยนไปในทางที่เป็นมิตรกับตนเองมากขึ้น ความกดดันในใจ ลดลง ทำให้มีความเชื่อและทัศนคติต่อตนเอง ผู้อื่น และต่อโลกที่เหมาะสม (rational beliefs) จากเหตุผล ทั้งหมดที่กล่าวมา จึงทำให้อารมณ์หรือความรู้สึกทางลบ ของพยาบาลในกลุ่มทดลองลดระดับลง ส่งผลให้ สามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ (Michel & Brunet, 2019; Peijssel, 2018) ส่วน พยาบาลในกลุ่มควบคุมซึ่งไม่มีการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที พบว่ามีแนวโน้มของคะแนนเฉลี่ยความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และยังคงมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในระดับปานกลาง จึงควรส่งเสริมให้พยาบาลในกลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที เช่นเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัย ได้ให้ความรู้และสาธิตการฝึกปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที แก่กลุ่มควบคุม ตามความสมัครใจ

สำหรับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนการทดลองนั้น

พบว่า คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ทั้งองค์ประกอบความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟ ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากลักษณะการทำงานในหอผู้ป่วยหนักเป็นการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ลักษณะงานมีความกดดัน ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง และมีภาระงานที่หนัก ทำให้พยาบาลรู้สึกหมดหวัง (Sardo et al., 2023) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะค่อย ๆ เกิดขึ้นและสะสมจนกลายเป็นภาวะหมดไฟในที่สุด ดังการศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักที่พบว่า พยาบาลกลุ่มดังกล่าวมีภาวะหมดไฟค่อนข้างสูง (Laopakorn, Kunakorn, & Wacharasint, 2021) ในขณะที่ความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือมักเกิดจากความเครียดจากการที่ได้รับฟัง รับรู้ หรือสังเกตความทุกข์ของผู้ป่วย ต้องตัดสินใจอย่างมีจริยธรรมจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต (Salimi, Pakpour, Rahmani, Wilson, & Feizollahzadeh, 2020) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าคะแนนองค์ประกอบของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในส่วนภาวะหมดไฟสูงกว่าความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือ (Couch, 2017)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีการปฏิบัติการเจริญสติ 3 นาที ในทุกๆ วัน โดยกำหนดเป็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อให้พยาบาลสามารถ

จัดการกับความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือและภาวะหมดไฟได้อย่างเหมาะสม ลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และมีสุขภาพจิตที่ดี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารายผลของการเจริญสติ 3 นาทีในพยาบาลกลุ่มอื่นที่เสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ เช่น พยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม รวมทั้งควรศึกษาผลของการเจริญสติ 3 นาที ที่มีต่อตัวแปรตามอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจจากการดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction)

เอกสารอ้างอิง

- กฤติญาดา เกื้อวงศ์, และอารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2560). ความเครียดของพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ), 158-165.
- เกศินี กิตติบาล, อารี ชิวเกษมสุข, และชูชาติ พ่วงสมจิตร. (2564). การจัดการความเหนื่อยล้าจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(1), 121-136.
- เมธิณี เกตวาทิมาตร. (2560). บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะวิกฤต. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(2), 71-80.
- ศศิวิมล ปานูราช. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สุวรรณยา อินทรสถาพร, อรรพรรณ แก้วบุญชู, และ
เพลินพิศ บุญขมาติก. (2563). สมดุลชีวิตและงาน
และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า
ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง.
วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 13(2),
129-143.
- Blair, M., & Perry, B. (2017). Family
caregiving and compassion fatigue:
A literature review. *Perspectives*, 39(2),
14-19. Retrieved from [https://www.
proquest.com/openview/445922c9b73
770829b84bba2bad57311/1.pdf?pq-
origsite=gscholar&cbl=2026736](https://www.proquest.com/openview/445922c9b73770829b84bba2bad57311/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2026736)
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice
of nursing research: Conduct, critique,
and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO:
Elsevier Saunders.
- Chen, X., Chen, M., Zheng, H., Wang, C., Chen,
H., Wu, Q., ... Chen, R. (2022). Effects
of psychological intervention on empathy
fatigue in nurses: A meta-analysis.
Frontiers in Public Health, 10, 952932.
doi:10.3389/fpubh.2022.952932
- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion
fatigue among healthcare, emergency
and community service workers:
A systematic review. *International
Journal of Environmental Research
and Public Health*, 13(6), 618. doi:10.
3390/ijerph13060618
- Conversano, C., Ciacchini, R., Orrù, G., Di
Giuseppe, M., Gemignani, A., & Poli,
A. (2020). Mindfulness, compassion,
and self-compassion among health care
professionals: What's new? A systematic
review. *Frontiers in Psychology*, 11,
1683. doi:10.3389/fpsyg.2020.01683
- Couch, L. B. (2017). *Compassion fatigue and
burnout of critical care nurses* (Master's
thesis). Boiling Springs, NC: Gardner-
Webb University. Retrieved from [https://
digitalcommons.gardner-webb.edu/cgi/
viewcontent.cgi?article=1280&context=
nursing_etd](https://digitalcommons.gardner-webb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1280&context=nursing_etd)
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016).
Relationships between nurses' empathy,
self-compassion and dimensions of
professional quality of life: A cross-
sectional study. *International Journal
of Nursing Studies*, 60, 1-11. doi:10.
1016/j.ijnurstu.2016.02.015
- Gonzalez, J. M. (2016). *Exploring the presence
of moral distress in critical care nurses*
(Master's thesis). Providence, RI: Rhode
Island College. Retrieved from
file:///C:/Users/Admin/Downloads/
GonzalezMajorPaper.pdf
- Heeter, C., Lehto, R., Allbritton, M., Day, T.,
& Wiseman, M. (2017). Effects of a
technology-assisted meditation program
on healthcare providers' interoceptive
awareness, compassion fatigue, and
burnout. *Journal of Hospice & Palliative
Nursing*, 19(4), 314-322. doi:10.1097/
NJH.0000000000000349

- Jehloh, L., Nilmanat, K., & Matchim, Y. (2014). Compassion fatigue in nurses caring for dying patients in Thailand. In *Conference paper: The 2nd NEU National and International Research Conference 2014* (pp. 1–9). Khon Kaen, Thailand: North Eastern University.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Laopakorn, C., Kunakorn, P., & Wacharasint, P. (2021). Burnout syndrome among Thai intensivists and nurses in pre-COVID19 era. *Clinical Critical Care*, 29, e0009. doi:10.54205/cc.v29i.254181
- Maley, M. (2018). Combatting compassion fatigue with mindfulness. *Journal of Doctoral Nursing Practice*, 11(1), 52–58. doi:10.1891/2380-9418.11.1.52
- Michel, C. M., & Brunet, D. (2019). EEG source imaging: A practical review of the analysis steps. *Frontiers in Neurology*, 10, 325. doi:10.3389/fneur.2019.00325
- Moghadam, K. N., Chehrzad, M. M., Masouleh, S. R., Mardani, A., Maleki, M., Akhlaghi, E., & Harding, C. (2021). Nursing workload in intensive care units and the influence of patient and nurse characteristics. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 425–431. doi:10.1111/nicc.12548
- Owens, R. A., Alfes, C., Evans, S., Wyka, K., & Fitzpatrick, J. J. (2020). An exploratory study of a 3-minute mindfulness intervention on compassion fatigue in nurses. *Holistic Nursing Practice*, 34(5), 274–281. doi:10.1097/HNP.0000000000000402
- Peijssel, C. (2018). *Mindfulness: An investigation as to the relationship with emotional reactivity* (Doctoral dissertation). University of Leicester. Retrieved from https://figshare.le.ac.uk/articles/thesis/Mindfulness_An_Investigation_as_to_the_Relationship_with_Emotional_Reactivity/11335742
- Perveen, K. (2022). Role of nurses in intensive care unit. *NURSEARCHER (Journal of Nursing & Midwifery Sciences)*, 2(1), 1. doi:10.54393/nrs.v2i01.22
- Salimi, S., Pakpour, V., Rahmani, A., Wilson, M., & Feizollahzadeh, H. (2020). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among critical care nurses in Iran. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 59–66. doi:10.1177/1043659619838876
- Sardo, P. M. G., Macedo, R. P. A., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. L., Guedes, J. A. D., Simões, C. J., & Príncipe, F. (2023). Nursing workload assessment in an intensive care unit: A retrospective observational study using the Nursing Activities Score. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 288–297. doi:10.1111/nicc.12854

- Sax, H. C. (2016). *Measurement and analysis in transforming healthcare delivery: Volume 2: Practical applications to engage and align providers and consumers*. New York: Springer.
- Segal, Z. V., Dimidjian, S., Beck, A., Boggs, J. M., Vanderkruik, R., Metcalf, C. A., ... Levy, J. (2020). Outcomes of online mindfulness-based cognitive therapy for patients with residual depressive symptoms: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77(6), 563–573. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4693
- Showalter, S. E. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(4), 239–242. doi:10.1177/1049909109354096
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2017). An evolutionary concept analysis of compassion fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 557–563. doi:10.1111/jnu.12312
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 107–119). New York: Brunner-Routledge.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Vieten, L., Wöhrmann, A. M., & Michel, A. (2022). Work-time control and exhaustion: Internal work-to-home interference and internal home-to-work interference as mediators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3487. doi:10.3390/ijerph19063487