

บทความวิชาการ

การประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาล Assessment of Nurses' Quality of Life

ศศิวิมล ปานูราช^{1*} เยาวรัตน์ มัชฌิม²
Sasiwimol Panuraj^{1*} Yaowarat Matchim²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

¹Master Student, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand.

*Corresponding author: mai_prang@hotmail.com

บทคัดย่อ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุด การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะทุกข์ทรมาน การสัมผัสรับรู้กับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยซ้ำๆ เป็นเวลานานมีผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล ทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านบวกอาจเป็นความปลอบปล้ำยินดีที่ได้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านลบอาจเป็นความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา คุณภาพในการทำงานลดลง การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือที่เฉพาะเจาะจงสำหรับประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์กับพยาบาลและการพัฒนาองค์กร บทความนี้ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาล รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางการนำเครื่องมือไปใช้

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตของพยาบาล; ความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตา; ความพึงพอใจจากการดูแลด้วยความเมตตา; เครื่องมือ

Abstract

Nurses are healthcare providers who work closely with patients and families. Caring for suffering patients, knowing about the patients' suffering and being with them for a long period of time may affect nurses' quality of life in positive and negative ways. The positive way relates to compassion satisfaction. The negative way relates to compassion fatigue and low quality of working outcomes. Assessment nurses' quality of life by using particular instruments will be beneficial for nurses and their organizations. This article described concepts of nurses' quality of life, instruments for assessing nurses' quality of life and related research studies, as well as guidance for using the instruments.

Keywords: compassion fatigue; compassion satisfaction; instrument; nurses' quality of life

บทนำ

ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล หมายถึง บุคคลซึ่งสำเร็จ การศึกษาทางการพยาบาล สอบผ่าน ได้ขึ้นทะเบียนและได้รับ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภา การพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน¹ โดยผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลเป็นหนึ่งในบุคลากร ทางการแพทย์ที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุด เป็นวิชาชีพที่ภาระงานค่อนข้างหนักโดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงาน ในคลินิกส่วนใหญ่ต้องทำงานเป็นกะ ช่วงเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่แน่นอน ทำให้การพักผ่อนนอนหลับไม่เป็นเวลา ส่งผลต่อ นาฬิกาชีวิต (circadian rhythm) ภาวะสุขภาพ และคุณภาพ ชีวิตของพยาบาล มีรายงานว่า พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย วิกฤตซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมาน หรือให้การดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายเป็นเวลานาน ส่งผลให้พยาบาลซึมเศร้าความทุกข์ ทรมานนั้นและมีการตอบสนองต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภูมิหลังหรือคุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ของพยาบาลรวมถึงพื้นฐานของการได้รับการอบรม เลี้ยงดู การหล่อหลอมจิตใจ ความเชื่อ วัฒนธรรม ชุมชน และเชื้อชาติของพยาบาล การตอบสนองของพยาบาลอาจ ออกมาในรูปแบบของความรู้สึกซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผลรวมของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อ โดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล² และหากพยาบาลไม่มีการจัดการหรือการดูแลตนเองที่เหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของพยาบาลลดลง บทความนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล เครื่องมือที่ใช้การประเมินคุณภาพ ชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล รวมถึงผลการวิจัยที่ เกี่ยวข้องและแนวทางการนำเครื่องมือไปใช้

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพ พยาบาล

คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ถูกกล่าวถึงครั้งแรกโดย Joinson³ ซึ่งเป็นพยาบาลประจำ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเธอได้พยายามค้นหาความหมาย ของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการทำงานในฐานะพยาบาล วิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุร้ายแรงและ พบว่า ถึงแม้ว่าพยาบาลจะเป็นเพียงผู้ให้การดูแลผู้ป่วยไม่ใช่ ผู้ประสบอุบัติเหตุเอง แต่พยาบาลมีความรู้สึกร่วมเพราะเป็น ผู้ร่วมรับรู้ถึงประสบการณ์ที่น่ากลัวและความเจ็บปวดของ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งความรู้สึก ดังกล่าวอาจส่งผลให้พยาบาลประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกิดความรู้สึกสิ้นหวังหรือไม่สบายใจในการทำงานโดย Joinson³ ได้ให้นิยามที่ถ่ายทอดความรู้สึกของเธอจากการ ซึมซับรับรู้ถึงปรากฏการณ์ของความทุกข์ทรมานของ ผู้ป่วยว่า เกิดการสูญเสียความสามารถในการดูแล (loss of the ability to nurture) แสดงให้เห็นว่าความรู้สึกด้านลบ ที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน เป็นเวลานานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการดำรง บทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ในอดีต คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยมี การศึกษาเฉพาะในเชิงลบเท่านั้น โดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกา ได้ใช้คำว่า “secondary traumatic stress” ในความหมาย ของความรู้สึกด้านลบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้อื่น นอกจากนี้ในปี ค.ศ.1995 Pearlman and Saakvitne⁴ ใช้คำว่า “vicarious traumatization” ในความหมายของ ความรู้สึกด้านลบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย ต่อมาในปีเดียวกัน Figley and Stamm⁵ ได้ร่วมกันเขียนหนังสือ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การดูแล ผู้ป่วย และได้ให้นิยามของความรู้สึกด้านลบที่เกิดจากการ ให้การดูแลว่า “compassion fatigue” ซึ่งหมายถึง “ความ เหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตา” แทนคำว่า “secondary traumatic stress” โดยได้อธิบายว่า “ความเหนื่อยล้าจากการ ดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue)” สามารถสื่อ ถึงความรู้สึกได้ชัดเจนกว่า “secondary traumatic stress” ต่อมาในปี ค.ศ. 2009 Najjar, et al.⁶ ได้วิเคราะห์แนวคิด ของ “compassion fatigue” ให้ชัดเจนขึ้น ในบริบทของ ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และได้อธิบายว่า “compassion fatigue” ถูกเรียกด้วยคำที่ หลากหลาย คำที่พบมากที่สุดคือ “burnout” ซึ่งหมายถึง ความเหนื่อยหน่ายและ “vicarious traumatization” ซึ่ง หมายถึง การที่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ของการรับรู้ ความเชื่อ ซึ่งเป็นผลลัพธ์มาจากการดูแล เอาใจใส่หรือเอาใจเข้าไปรับรู้และมีอารมณ์ร่วมกับ ประสบการณ์การบาดเจ็บของผู้ป่วยราวกับเป็นการบาดเจ็บ ของตนเอง^{4,7} ส่วน “secondary traumatic stress” หมายถึง ความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจของผู้ประกอบ วิชาชีพพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการ บาดเจ็บ^{8,9} หรือจากการที่ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลรับฟัง

เรื่องราวของผู้ป่วยเกี่ยวกับความกลัว ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน จนทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลรู้สึกถึงความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานที่คล้ายคลึงกันเป็นความรู้สึกด้านลบที่เกิดจากการรู้สึกร่วม

ส่วน “compassion fatigue” หมายถึง ความรู้สึกหมดแรงของร่างกาย เหนื่อยอ่อนของอารมณ์ อ่อนล้าของจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องอยู่และสัมผัสรับรู้กับปัญหาและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว⁶ โดย Figley¹⁰ ได้ให้ความหมายอีกนัยหนึ่งว่า “compassion fatigue” คือต้นทุนในการดูแล (cost of caring) เป็นความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา ที่บั่นทอนความสามารถในการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย¹¹ ส่วน “burnout” หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นจากการทำงานและเกิดขึ้นเป็นกิจวัตร เนื่องจากผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมักถูกกดดันด้วยเวลาที่จำกัด และการบริหารจัดการที่ซับซ้อน เนื่องจากมีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก จนส่งผลให้ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลเกิดความไม่สนใจใฝ่ใจในการให้การดูแลผู้ป่วย รวมถึงอาจมีพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อผู้ร่วมงาน¹² โดยสาระสำคัญของความเหมือนและความต่างของ “burnout” และ “compassion fatigue” วิเคราะห์ตามสาเหตุจะพบว่า “burnout” มักเกิดจากการตอบสนองต่อการทำงานหรือความเครียดจากสภาพแวดล้อม เช่น จำนวนบุคลากร ปริมาณงาน การตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรหรือทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ ส่วน “compassion fatigue” มักเกิดจากความสัมพันธ์ หรือผลของการดูแลผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานและไม่สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหรือจัดการกับพยาธิสภาพของโรคของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องสัมผัสรับรู้กับประสบการณ์หรือความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซ้ำๆ เป็นความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาซึ่งปรากฏการณ์นี้จะบั่นทอนความสามารถในการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ทำให้ร่างกายรู้สึกหมดแรง มีความเหนื่อยอ่อนทางอารมณ์ เกิดความอ่อนล้าของจิตใจและจิตวิญญาณ¹³

ในต่างประเทศนักวิชาการได้ให้ความสนใจกับ “แนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล” มานานกว่า 20 ปีแล้วโดยมีจุดเริ่มต้นมาจากการที่มีผู้จุดประเด็นของความรู้สึกทางด้านลบที่เกิดกับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้อื่น อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ.1996 Figley and Stamm⁵ ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับ “คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพ

ที่ให้การดูแลผู้ป่วย” โดยอธิบายว่าคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction) เป็นความรู้สึกด้านบวกที่เกิดขึ้นกับผู้ประกอบวิชาชีพจากการให้การดูแลผู้ป่วย และ 2) ความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue) เป็นความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นกับผู้ประกอบวิชาชีพจากการดูแลผู้ป่วย โดยความสัมพันธ์ระหว่าง “ความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา” และ “ความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา” ยังไม่ชัดเจน ต่อมาในปี ค.ศ. 2002 Stamm¹⁴ ได้ให้ความคิดเห็นว่า ผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยอาจจะมีทั้ง “ความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction)” และ “ความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue)” เช่น หากพยาบาล 2 คน ซึ่งมีภูมิหลังต่างกันต้องเผชิญกับสถานการณ์เดียวกัน ปฏิกริยาตอบสนองของพยาบาลทั้ง 2 คน ต่อสถานการณ์นั้นอาจแตกต่างกัน โดยพยาบาลที่เกิดความพึงพอใจจากการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตา (compassion satisfaction) จะยังคงดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างตนเองและผู้ป่วย ในขณะที่พยาบาลที่เกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตา (compassion fatigue) อาจจะค่อยๆ แยกตัวเองออกจากผู้ป่วย ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้หรือปฏิเสธการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย¹⁵

ความพึงพอใจจากการดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction) เป็นมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลในด้านบวกที่มีความสุขกับการทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น รู้สึกดีเมื่อได้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว^{2,14} หรือเป็นความพึงพอใจจากการที่พยาบาลได้แบ่งรับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย โดยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการใช้ทักษะของพยาบาลเอง หรือทรัพยากรที่มีอยู่ การที่ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานและเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเป็นรางวัลที่ดีที่สุดของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสัมผัสถึงความรู้สึกดีๆ และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป¹⁵ โดยพบว่า พยาบาลที่มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาสูง จะมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลต่ำ¹⁴ ผู้ที่มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาสูงจะมีคุณลักษณะดังนี้¹⁶ ด้านร่างกาย มีสุขภาพดี รู้สึกมีพลัง ไม่เหนื่อยง่าย หรือหากรู้สึกเหนื่อย

เมื่อได้พักแล้วก็หายเหนื่อย ด้านสังคม รู้สึกไม่โดดเดี่ยว รับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม หรือทีมในการทำงาน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแบ่งปันความรู้สึก ด้านอารมณ์ ไม่แปรปรวนบ่อย ไม่หงุดหงิดง่าย มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีกลไกการปรับตัวต่อสิ่งเร้าและความกดดันต่างๆ ได้ดี สามารถรับมือกับเหตุการณ์หรือจากกระบวนการเจ็บป่วย ซ้ำๆ ของผู้ป่วยได้ดี¹⁷ ด้านจิตใจ รู้สึกดี รู้สึกเต็มอ้อม รู้สึกเหมือนได้รับรางวัล รู้สึกได้รับความสำเร็จ มีความสุข รู้สึกสนุก และรู้สึกชุ่มชื่น ด้านจิตวิญญาณ รู้สึกมีแรงบันดาลใจ มีความหวัง มีเป้าหมายทั้งระยะใกล้และระยะไกล ซึ่งการส่งเสริมให้พยาบาล เข้าถึงและเกิดความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา ย่อมส่งผลให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วย ได้ดี¹⁸ มีการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้แข็งแรงและอยู่ในภาวะสมดุล เช่น การพัฒนาจิต การฝึกโยคะ การฝึกสมาธิ ทำให้พยาบาล สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี และสามารถเข้าถึง ปรากฏการณ์ของความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา¹⁹⁻²²

ความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue) เป็นความรู้สึกด้านลบของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย โดย “ความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue)” ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น (secondary traumatic stress) หรือความเครียดจากการที่ ได้รับฟัง รับรู้ การถ่ายทอดจากผู้ประสบเหตุการณ์ที่เครียดอย่างรุนแรง หรือเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เช่น ความสูญเสีย ผู้ที่มีภาวะนี้อาจจะเห็นภาพหลอน นอนหลับยาก หลีกเลี้ยงการพบเจอประสบการณ์ที่ฝังใจ และ 2) ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย (burnout) ซึ่งประกอบด้วย ความอ่อนเพลีย ความคับข้องใจ ความโกรธ ความหมดหวังในสิ่งที่ทำ และความกดดัน โดยความรู้สึกเหล่านี้จะค่อยๆ เกิดขึ้นและจะสะสมจนกลายเป็นความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ในภาวะเช่นนี้ความพยายามที่จะกระทำการใดมักไม่เกิดผล โดยความรู้สึกเหนื่อยหน่ายมีความเกี่ยวข้องกับภาระงานที่หนัก หรือสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน จะเห็นได้ว่าเมื่อพยาบาลเกิดความรู้สึกด้านลบ หรือเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาจะมีผลกระทบตามมาอีกมากมายทั้งต่อตนเองและต่อองค์กร โดยผลกระทบต่อตนเอง ได้แก่ คุณภาพชีวิตลดลง โดยพยาบาลที่มีความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue) จะมีคุณลักษณะ

ดังนี้^{11,15} ด้านร่างกาย อาจมีอาการปวดศีรษะ ไม่มีแรง ความอดทนลดลง เหนื่อยง่าย มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องเสีย ท้องอืดแน่น ท้องผูก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า หรือนอนหลับมากเกินไป รู้สึกเหนื่อยล้า และอาจมีปัญหาเจ็บหน้าอก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ด้านสังคม อาจมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่คิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือทีมในการทำงาน หรือรู้สึกไม่ไว้วางใจผู้ร่วมงาน ไม่อยากพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแบ่งปันความรู้สึก ไม่มีความสุขเวลาทำกิจกรรมที่ชอบ ถอนตัวจากสังคม หลีกเลี้ยงที่จะดูแลผู้ป่วยบางราย เช่น การที่พยาบาลรู้สึกว่าความเห็นอกเห็นใจที่ตนเองมีต่อผู้ป่วย และญาติลดลง พยาบาลลาหยุดงานบ่อย ด้านอารมณ์ พบว่า อาจมีอาการแปรปรวนบ่อย หงุดหงิดง่าย รู้สึกอ่อนไหว อ่อนแอ เบื่อหน่าย วิตกกังวล โกรธง่าย มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ สมาธิสั้น ด้านจิตใจ รู้สึกห่อเหี่ยว รู้สึกไม่มีความสุข ไม่สนุก ไม่รู้สึกชุ่มชื่น และด้านจิตวิญญาณ รู้สึกสูญเสียเป้าหมาย ความสามารถในการแยกแยะสิ่งถูกผิดลดลง ไม่สนใจ การปฏิบัติตามความเชื่อตามหลักศาสนา ความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมลดลง ส่วนผลกระทบต่อองค์กร ได้แก่ คุณภาพการพยาบาลระดับหน่วยงานและบรรยากาศขององค์กร ลดลง ไม่สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิภาพและไม่สามารถสร้างสรรค์ผลงานใหม่ๆ ได้²³

ดังนั้นการประเมินหรือการคัดกรองให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลเกิดความรู้สึกด้านลบหรือเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาจึงสำคัญ และการจัดการระดับบุคคลโดยการดูแลตนเองให้มีสภาพร่างกายที่แข็งแรง การดูแลจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้สมดุล รวมถึงการจัดการระดับองค์กรให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลายหรือมีความสุขในการทำงานจะช่วยลดความรู้สึกด้านลบ หรือความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลได้

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

ดังที่กล่าวไว้ข้างต้นว่า การประเมินหรือการคัดกรองให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลเกิดความรู้สึกด้านลบหรือเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตามีความสำคัญ เพื่อนำไปสู่การดูแล และการจัดการที่เหมาะสมต่อไป และในการประเมินการคัดกรองเครื่องมือที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีเครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลดังแสดงใน ตาราง 1

ตาราง 1 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

ชื่อเครื่องมือ/ผู้พัฒนา/ปี	จำนวนข้อคำถามรวม/ ตามองค์ประกอบ	ลักษณะคำตอบ	ความเที่ยง	การแปลผลและการนำไปใช้
1. Compassion Fatigue Self Test (CFST)/ Figley ¹⁰	รวม 40 ข้อ ประกอบด้วย 1) compassion fatigue (23 ข้อ) 2) burnout (17 ข้อ)	Rating scale 5 ระดับ 1 = ไม่เคยเลยถึง 5 = เป็นประจำ	.86-.94	<ul style="list-style-type: none"> คะแนนองค์ประกอบความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue) มีการแปลผลดังนี้¹⁰ น้อยกว่า 26 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับต่ำมาก 27-30 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับต่ำ 31-35 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับปานกลาง 36-40 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับสูง 41 ขึ้นไป = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับสูงมาก คะแนนองค์ประกอบ ความเหนื่อยหน่าย (burnout) มีการแปลผลดังนี้ น้อยกว่า 19 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับต่ำ 20-24 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับต่ำปานกลาง 25-29 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง 30-42 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูง 43 ขึ้นไป = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูงมาก
2. Compassion Satisfaction and Fatigue Test (CSFT)/ Figley and Stamm ⁵	รวม 66 ข้อ ประกอบด้วย 1) compassion satisfaction (26 ข้อ) 2) burnout (17 ข้อ) 3) compassion fatigue (23 ข้อ)	Rating scale 6 ระดับ 0 = ไม่เคยเลย ถึง 5 = เป็นประจำ	- compassion satisfaction = .87 - burnout = .90 - compassion fatigue = .87	<ul style="list-style-type: none"> คะแนนขององค์ประกอบความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction) มีการแปลผลดังนี้ น้อยกว่า 63 คะแนน = มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับต่ำมาก 64-81 คะแนน = มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับต่ำ

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเครื่องมือ/ผู้พัฒนา/ปี	จำนวนข้อคำถามรวม/ ตามองค์ประกอบ	ลักษณะคำตอบ	ความเที่ยง	การแปลผลและการนำไปใช้
				82-99 คะแนน = มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับปานกลาง
				100-117 คะแนน = มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับสูง
				118 ขึ้นไป = มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับสูงมาก
				<ul style="list-style-type: none"> คะแนนขององค์ประกอบ ความเหนื่อยหน่าย (burnout) มีการแปลผลดังนี้
				น้อยกว่า 32 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับต่ำมาก
				33-37 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับต่ำ
				38-50 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง
				51-75 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูง
				76-85 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูงมาก
				<ul style="list-style-type: none"> คะแนนขององค์ประกอบ ความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue) มีการแปลผลดังนี้
				น้อยกว่า 26 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับต่ำมาก
				27-30 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับต่ำ
				31-35 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับปานกลาง
				36-40 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับสูง
				41 คะแนนขึ้นไป = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับสูงมาก

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเครื่องมือ/ผู้พัฒนา/ปี	จำนวนข้อคำถามรวม/ ตามองค์ประกอบ	ลักษณะคำตอบ	ความเที่ยง	การแปลผลและการนำไปใช้
3. The Professional Quality of Life Scale ฉบับที่ 5/ Stamm ²	รวม 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) compassion satisfaction (10 ข้อ) 2) compassion fatigue แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 2.1) burnout (10 ข้อ) 2.2) secondary traumatic stress (10 ข้อ)	Rating scale 5 ระดับ 1 = ไม่เคยเลย ถึง 5 = เป็นประจำ	- compassion satisfaction = .88 - burnout = .75 - secondary traumatic stress = .81 ²	<p>● คะแนนขององค์ประกอบพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction) มีการแปลผลดังนี้</p> <p>น้อยกว่า 22 คะแนน = มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับต่ำ</p> <p>23-41 คะแนน = มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับปานกลาง</p> <p>42 คะแนนขึ้นไป = มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาอยู่ในระดับสูง</p> <p>กรณีที่คะแนนความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาต่ำ ผู้ทำแบบประเมินอาจต้องค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติงานหรือจากสาเหตุอื่นๆ ด้วย</p> <p>● คะแนนขององค์ประกอบความเหนื่อยหน่าย (burnout) มีการแปลผลดังนี้</p> <p>น้อยกว่า 22 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับต่ำ</p> <p>23-41 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง</p> <p>42 คะแนนขึ้นไป = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูง หากช่วงคะแนนความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูง ผู้ทำแบบประเมินอาจต้องค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติงานหรือจากสาเหตุอื่นๆ เพิ่มเติม</p> <p>● คะแนนขององค์ประกอบความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น (secondary traumatic stress) มีการแปลผลดังนี้</p> <p>น้อยกว่า 22 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นในระดับต่ำ</p> <p>23-41 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นในระดับปานกลาง</p> <p>42 คะแนนขึ้นไป = มีความเสี่ยงในการเกิดความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นในระดับสูง</p> <p>กรณีที่คะแนนความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นสูง ผู้ทำแบบประเมินควรได้รับคำปรึกษาหรือ ได้รับการประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงาน หรือได้พบจิตแพทย์เพื่อประเมินเพิ่มเติม</p>

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเครื่องมือ/ผู้พัฒนา/ปี	จำนวนข้อคำถามรวม/ ตามองค์ประกอบ	ลักษณะคำตอบ	ความเที่ยง	การแปลผลและการนำไปใช้
				<ul style="list-style-type: none"> • การแปลผลรวม <ul style="list-style-type: none"> - คะแนน compassion satisfaction อยู่ในระดับสูง คะแนน burnout และคะแนน secondary traumatic stress อยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำ สะท้อนว่าผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในการทำงาน และจะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ - คะแนน compassion satisfaction และคะแนน secondary traumatic stress อยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำ คะแนน burnout อยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี มีโอกาสที่จะละเลยการปฏิบัติหน้าที่ - คะแนน compassion satisfaction และคะแนน burnout อยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำ คะแนน secondary traumatic stress อยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลปฏิบัติงานด้วยความรอบคอบซื่อสัตย์ใจ ควรได้รับการดูแล - คะแนน compassion satisfaction และคะแนน secondary traumatic stress อยู่ในระดับสูง คะแนน burnout อยู่ในระดับต่ำ สะท้อนว่าผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูง ต้องการขวัญ กำลังใจ และแรงสนับสนุน - คะแนน compassion satisfaction อยู่ในระดับต่ำ คะแนน secondary traumatic stress และคะแนน burnout อยู่ในระดับสูง สะท้อนว่าผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลรู้สึกบอบช้ำ เหนื่อยหน่าย ไร้ค่า ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ควรรีได้รับการดูแลโดยย้ายหน่วยงาน หรือจัดระบบงานใหม่

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อเครื่องมือ/ผู้พัฒนา/ปี	จำนวนข้อคำถามรวม/ ตามองค์ประกอบ	ลักษณะคำตอบ	ความเที่ยง	การแปลผลและการนำไปใช้
4. แบบสอบถามเกี่ยวกับความอ่อนล้าที่จะกรุณาช่วยเหลือ (The Compassion Fatigue Questionnaire [CFQ]) / Jehlloh ¹⁹	รวม 20 ข้อ ประกอบด้วย - burnout (10) - secondary traumatic stress (10)	Rating scale 5 ระดับ 1 = ไม่เคยเลย ถึง 5 = เป็นประจำ	.85	<ul style="list-style-type: none"> คะแนนขององค์ประกอบความเหนื่อยหน่าย (burnout) มีการแปลผลดังนี้ น้อยกว่า 22 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 23-41 = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง 42 คะแนนขึ้นไป = มีความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยหน่ายอยู่ในระดับสูง คะแนนขององค์ประกอบความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น (secondary traumatic stress) มีการแปลผลดังนี้ น้อยกว่า 22 คะแนน = มีความเสี่ยงในการเกิดความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ บอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 23-41 = มีความเสี่ยงในการเกิดความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง 42 คะแนนขึ้นไป = มีความเสี่ยงในการเกิดความเครียดหรือความบอบช้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นอยู่ในระดับสูง

รายละเอียดของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

1. Compassion Fatigue Self Test (CFST) สร้างโดย Figley¹⁰ ในปี ค.ศ.1995 เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาที่นิยมใช้มากที่สุด ข้อคำถามมีด้านลบเพียงด้านเดียว แบบประเมินนี้ได้ถูกพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของการปฏิบัติงานในคลินิก และมีโครงสร้างที่สามารถประเมินคัดกรองกรณีทีบุคคลเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue) และเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (burnout) มีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue) 23 ข้อ และ 2) ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (burnout) 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 = ไม่เคยเลย ถึง 5 = เป็นประจำ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .86- .94¹⁰ แบบประเมินนี้มีจุดเด่นคือ เป็นแบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินความรู้สึกทางด้านลบที่เกิดขึ้นกับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ส่วนข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ใช้ประเมินเพียงความรู้สึกด้านลบของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจากการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในบริบทของความเป็นจริงผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลอาจเกิดความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ อย่างไรก็ตามการประเมินเฉพาะด้านลบก็สามารถใช้คัดกรองความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา และความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลได้

2. Compassion Satisfaction and Fatigue Test (CSFT) เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ.1996 โดย Figley and Stamm⁵ พัฒนาต่อยอดมาจาก Compassion Fatigue Self Test (CFST) โดยเพิ่มข้อคำถามด้านบวกซึ่งเป็นการประเมินความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction) มีข้อคำถามทั้งหมด 66 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ 0 = ไม่เคยเลย ถึง 5 = เป็นประจำโดยแบ่งตามองค์ประกอบเป็น 1) ความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction) มีข้อคำถาม 26 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 2) ความเหนื่อยหน่าย (burnout) มีข้อคำถาม 17 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และ 3) ความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue) มีข้อคำถาม 23 ข้อ มีค่า

ความเชื่อมั่นเท่ากับ .87⁵ แบบประเมินนี้มีจุดเด่น คือสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ

3. The Professional Quality of Life Scale ซึ่งพัฒนาโดย Stamm²⁴ ในปี ค.ศ. 2005 โดยได้ต่อยอดมาจากเครื่องมือ Compassion Fatigue Self Test (CFST) และ Compassion Satisfaction and Fatigue Test (CSFT) โดยได้เปลี่ยนชื่อเป็น The Professional Quality of life Scale (the ProQOL) ฉบับที่ 4 (ฉบับที่ 1-3 ใช้ชื่อเครื่องมือดังที่กล่าวมา) มี 2 องค์ประกอบหลักคือ 1) ความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction) 2) ความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion fatigue) ซึ่งความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา มี 2 องค์ประกอบย่อยคือ 2.1) ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย (burnout) และ 2.2) ความเครียดหรือความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น (secondary traumatic stress) จากการศึกษาและผลการวิจัยต่างๆ Stamm²⁴ เชื่อว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานมีผลต่อการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล นั่นคือ หากสภาพแวดล้อมในการทำงานรวมถึงบรรยากาศองค์กรไม่ดี ย่อมส่งผลให้ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา

ต่อมาในปี ค.ศ. 2010 The Professional Quality of life Scale (the ProQOL) ฉบับที่ 4 ได้ถูกพัฒนาโดยการปรับคำในข้อคำถาม แต่ไม่ได้เพิ่มหรือลดจำนวนข้อและเปลี่ยนชื่อเป็น The Professional Quality of Life Scale (the ProQOL) ฉบับที่ 5² มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ใช้ประเมินความถี่ในสิ่งที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นในช่วงระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 = ไม่เคยเลย ถึง 5 = เป็นประจำ ค่าความเชื่อมั่นความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction) เท่ากับ .88 ค่าความเชื่อมั่นด้านความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา รายงานตามองค์ประกอบย่อย ได้แก่ ด้านความรู้สึกเหนื่อยหน่าย (burnout) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 ด้านความเครียดหรือความบอบซ้ำทางจิตใจ จากการดูแลช่วยเหลือผู้อื่น (secondary traumatic stress) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81² โดยจุดเด่นของแบบประเมินนี้ คือสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ และปัจจุบันได้รับการแปล

และนำไปใช้ถึง 17 ภาษา ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและใช้ในการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย²⁵ ซึ่งเก็บข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 306 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญและหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตบริการที่ 4 หาความเชื่อมั่นในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85 และในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 306 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .91

4. The Compassion Fatigue Questionnaire (CFQ) เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาที่พัฒนามาจาก The Professional Quality of Life² ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Jehloh¹⁹ และได้ปรับให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลระยะสุดท้ายในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม The Compassion Fatigue Questionnaire (CFQ) ประเมินได้เพียงความรู้สึกด้านลบ ซึ่งครอบคลุม 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (burnout) และ 2) ความเครียดหรือความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (secondary traumatic stress) แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เคยเลย ถึง 5 = เป็นประจำ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .81¹⁹ จุดเด่นของแบบประเมินนี้ คือเป็นเครื่องมือที่ปรับให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย และจากการศึกษาของ Jehloh¹⁹ พบว่า พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (burnout) อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนความเครียดหรือความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (secondary traumatic stress) อยู่ในระดับต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ พบงานวิจัยของ Slocum-Gori, et al.²⁶ ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลและอาสาสมัครที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในฮอสพิส (hospice) ในประเทศแคนาดา พบว่า ความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา มีความ

สัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตา ($r = -.20, p < .001$) โดยพบว่า พยาบาลที่มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาสูงจะมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลด้วยความเมตตาต่ำ²⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งศึกษาความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาและความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับพยาบาลในหน่วยมะเร็ง หน่วยไต และหอผู้ป่วยหนัก ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีระดับความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา (compassion satisfaction) น้อยกว่าพยาบาลในแผนกอื่นๆ ขณะที่พยาบาลในหน่วยมะเร็งมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา มากที่สุด²⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศจีนซึ่งเก็บข้อมูลในพยาบาลหน่วยมะเร็ง จำนวน 650 ราย ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานหลายปี ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ มีความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาและความเหนื่อยหน่ายสูง มีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาต่ำ อันเนื่องมาจากความบีบคั้นทางจริยธรรม (moral distress) โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมะเร็ง มีความวิตกกังวลและอยู่ในระยะใกล้ตาย จะทำให้พยาบาลที่ดูแลเกิดความรู้สึกผิดหวังในผลของการดูแล และรู้สึกคับข้องใจ โดยพบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมการบรรเทาภาวะเศร้าโศกจากความสูญเสีย สามารถให้การดูแลทางจิตใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งมีการปรับตัวทางจิตวิทยา และมีคะแนนความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาสูงกว่าพยาบาลที่ไม่ได้รับการอบรม²⁸

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลของ Wu, et al.²⁹ ในปี ค.ศ. 2016 ซึ่งเก็บข้อมูลในพยาบาลชาวอเมริกา 486 ราย และพยาบาลชาวแคนาดา 63 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาสูง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาต่ำ โดยพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาสูง และพยาบาลที่มีอายุมากกว่า และมีประสบการณ์มากกว่าจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาน้อยกว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยและมีประสบการณ์น้อยกว่า โดยอธิบายว่า บรรยากาศขององค์กร การมีทีมที่ดี รวมถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยอาจทำให้ความ

เหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ และมีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาในระดับสูง และอีกหนึ่งการศึกษาของ Sacco, et al.³⁰ ในปี ค.ศ. 2015 ซึ่งเก็บข้อมูลในพยาบาลชาวอเมริกาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตต่างๆ จำนวน 221 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างทางด้านเพศ อายุ แผนกที่ทำงาน ประเภทของผู้ป่วยที่ดูแลการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการพยาบาล และการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล และพยาบาลที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี จะมีคะแนนความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาสูง มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาต่ำ โดยอธิบายว่าพยาบาลที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี มีความเป็นมืออาชีพและมีประสบการณ์ชีวิตมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย ทำให้มีความสามารถในการปรับตัวจึงมีความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาต่ำ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบงานบ่อยจะมีความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย เช่น การเปลี่ยนหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกที่มีความหลากหลายของประเภทผู้ป่วยจะมีคะแนนความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาต่ำ และมีความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาสูงกว่าพยาบาลที่อยู่ในแผนกที่ดูแลผู้ป่วยหนักประเภทเดียว อาจเนื่องมาจากหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยหลายประเภททั้งผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยทั่วไป จะมีความหลากหลายของการดำเนินโรค และมีความซับซ้อนในการใช้เครื่องมือมากกว่าหอผู้ป่วยที่มีเพียงผู้ป่วยหนักประเภทเดียว และพบว่าพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในการทำงานบ่อยจะมีความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาสูงกว่าพยาบาลที่ทำงานไม่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ทั้งนี้การหมุนเวียนพยาบาลไปปฏิบัติงานต่าง หน่วยงานบ่อยๆ การขาดผู้นำที่เหมาะสม วัฒนธรรมองค์กรที่เปลี่ยนแปลงบ่อย รวมถึงสาเหตุอื่นๆ ทางด้านองค์กร ล้วนส่งผลทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา³⁰

สำหรับในประเทศไทยที่ผ่านมาพบเพียงการศึกษาของ Jehloh¹⁹ ในปี ค.ศ. 2014 ที่ประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล โดยเก็บข้อมูลในพยาบาลวิชาชีพจำนวน 252 คน ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่แผนกหอผู้ป่วยหนักหอผู้ป่วย

อายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ทั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตาในระดับปานกลาง และมีความเครียดหรือความบอบซ้ำทางจิตใจจากการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระดับต่ำ¹⁹ พยาบาลที่ต้องเผชิญกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยบ่อยครั้ง จะเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลมากกว่าพยาบาลในแผนกอื่นๆ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งอาการแยลงอย่างเฉียบพลันมักจะมีอารมณ์ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลอาจมีประสบการณ์ความเศร้าโศกที่สะสม ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายเป็นเวลานานจึงอาจเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลในหน่วยอื่น การดูแลตนเองทางด้านร่างกายให้แข็งแรงและดูแลจิตใจ อารมณ์ให้อยู่ในภาวะสมดุล จะช่วยให้ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้^{31,32}

แนวทางการนำเครื่องมือไปใช้

สำหรับด้านการปฏิบัติงาน วิชาชีพที่มีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของพยาบาล อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานในบริบทที่มีความกดดัน ภาระงานหนักและต้องสัมผัสรับรู้กับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและความสูญเสียของครอบครัวผู้ป่วยซ้ำๆ เป็นเวลานานอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล การใช้เครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาล จะช่วยให้พยาบาลทราบระดับของคุณภาพชีวิตและขีดจำกัดของตนเอง และสามารถนำผลการประเมินที่ได้ไปวางแผนการดูแลตนเองให้อยู่ในภาวะสมดุล เช่น จัดสรรเวลาสำหรับการออกกำลังกาย การฝึกโยคะ³³ และการฝึกสมาธิ³⁴

สำหรับด้านการบริหาร การประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในองค์กรด้วยเครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงทำให้สามารถคัดกรองพยาบาลที่มีความเสี่ยงหรือมีคุณภาพชีวิตต่ำ เพื่อนำผลการประเมินไปวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากร ได้แก่ การบริหารอัตรากำลัง การทำโครงการเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานที่ปฏิบัติงาน³⁵ การให้แรงสนับสนุนทางสังคมหรือส่งเสริมการปรับตัว³⁶ หรือโครงการอื่นที่ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต่อไป

สำหรับด้านกรวิจัยในต่างประเทศมีการนำเครื่องมือ The Professional Quality of Life Scale ฉบับที่ 5 ไปใช้ในงานวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีหน้าที่ดูแลผู้อื่น ทั้งวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและวิชาชีพในสาขาอื่น ๆ ในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเหล่านี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมิน คุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้อื่นได้

สรุป

การใช้เครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล สามารถประเมินความพึงพอใจจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา ความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลด้วยความเมตตา และความรู้สึกเหนื่อยหน่าย รวมถึงทราบระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาบุคลากรในวิชาชีพพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- The professional nursing and midwifery. 1985 Act, 102 120. [internet]. [cited 2018 Mar 2]. Available from: <http://www.thailawonline.com/en/thai-laws/laws-of-thailand/287-the-professional-nursing-and-midwifery-act-be-2528-1985.html>
- Stamm BH. The concise proQOL manual 2010 [Internet]. 2010 [cited 2017 Jul 6]. Available from: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992; 22(4): 116-8.
- Pearlman LA, Saakvitne KW. Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. NY: W.W. Norton & Company; 1995.
- Figley CR, Stamm B. Psychometric review of compassion fatigue self test. Measurement of stress, trauma, and adaptation. In: B.H. Stamm, editor. Measurement of stress, trauma, & adaptation. Lutherville, MD: Sidran Press; 1996.
- Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, et al. Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *J Health Psychol*. 2009; 14(2): 267-77. doi: 10.1177/1359105308100211
- McCann LI, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*. 1990; 3(1): 131-49. doi: 10.1002/jts.2490030110
- Baird K, Kracen AC. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis*. *Couns Psychol Q*. 2006; 19(2): 181-8. doi: 10.1080/09515076000811899
- Stamm B. Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. The Sidran Press; 1995.
- Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. NY: Brunner/Mazel; 1995.
- Showalter SE. 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. *Am J Hosp Palliat Care*. 2010; 27(4): 239-42. doi: 10.1177/1049909109354096
- Boyle D. Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *Online J Issues Nurs*. 2011; 16(1): 2. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man02
- Van Mo MM, Kompanje EJ, Benoit DD, et al. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE*. 2015; 10(8): e0136955. doi: 10.1371/journal.pone.0136955
- Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test [Internet]. 2002 [cited 2017 Jul 6]. Available from: <http://psycnet.apa.org/record/2002-17425-005>

15. Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nurs Health Sci.* 2010; 12(2): 235-43. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
16. LO W, KC A. Concept analysis. In: *Strategies for theory construction in nursing*, editor. 5th ed., New York: Prentice-Hall; 2011.
17. Meadors P, Lamson A, Sira N. Development of an educational module on provider self-care. *J Nurses Staff Dev.* 2010; 26(4): 152-8. doi:10.1097/NND.0b013e3181b1b9e4
18. Kushner J, Ruffin T. Empowering a healthy practice environment. *Nurs Clin North Am.* 2015; 50(1): 167-83. doi: 10.1016/j.cnur.2014.10.013
19. Jehloh L. Compassion fatigue in nurses caring for dying patients in Thailand [Thesis]. [Songkla]: Prince of Songkla University; 2014.
20. Pipe TB, Bortz JJ, Dueck A, et al. Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: A randomized controlled trial. *J Nurs Adm.* 2009; 39(3): 130-7. doi: 10.1097/NNA. 0b013e31819894a0
21. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, et al. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, part II: A quantitative and qualitative study. *Holist Nurs Pract.* 2005; 19(1): 26-35.
22. Alexander GK, Rollins K, Walker D, et al. Yoga for self-care and burnout prevention among nurses. *Workplace Health Saf.* 2015; 63(10): 462-70. doi: 10.1177/2165079915596102
23. Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: A nurse's primer. *Online J Issues Nurs.* 2011; 16(1): 3. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man03
24. Stamm BH. *The ProQOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales.* Baltimore: MD: Sidran Press; 2005.
25. Panuraj, S. (2017). *The Factors Related to Nurses' Caring Behaviors in Providing Care for End-Of-Life Patients.* Master degree, Thammasat University, Pathumthani.
26. Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WW, et al. Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat Med.* 2013; 27(2): 172-8. doi: 10.1177/0269216311431311
27. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, et al. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs.* 2010; 36(5): 420-7. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027
28. Yu H, Jiang A, Shen J. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2016; 57: 28-38. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012.
29. Wu S, Singh-Carlson S, Odell A, et al. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncol Nurs Forum.* 2016; 43(4): 161-9. doi: 10.1188/16.ONF.E161-E169
30. Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, et al. Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Crit Care Nurse.* 2015; 35(4): 32-43. doi: 10.4037/ccn2015392.
31. Boyle DA. Desperate nursewives (Editorial). *Oncol Nurs Forum.* 2006;33(1):11.
32. Bush NJ. Compassion fatigue: Are you at risk? *Oncol Nurs Forum.* 2009;36(1):24-8. doi: 10.1188/09.ONF.24-28
33. Mehrabi T, Azadi F, Pahlavanzadeh S, et al. The effect of yoga on coping strategies among intensive care unit nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2012;17(6):421-4.

34. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: A randomized clinical trial. *JAMA intern med.* 2014; 174(4): 527-33. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.14387
35. Liu YE, While A, Li SJ, et al. Job satisfaction and work related variables in Chinese cardiac critical care nurses. *J Nurs Manag.* 2015; 23(4): 487-97. doi: 10.1111/jonm.12161
36. Liu K, You LM, Chen SX, et al. The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: A nurse questionnaire survey. *J Clin Nurs.* 2012; 21(9-10): 1476-85. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03991.x