

2018

ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ศิริลักษณ์ เตชะชนอิทธิกุล
คณะจิตวิทยา

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>



Part of the [Psychology Commons](#)

Recommended Citation

เตชะชนอิทธิกุล, ศิริลักษณ์, "ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต" (2018). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 2887.

<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/2887>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะ
ของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยา ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2561
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

STRESS, COMPASSION FATIGUE, COMPASSION SATISFACTION, AND WELLNESS AMONG
MENTAL HEALTH PROFESSIONALS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in Psychology
Common Course
Faculty of Psychology
Chulalongkorn University
Academic Year 2018
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต
โดย	น.ส.ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล
สาขาวิชา	จิตวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะจิตวิทยา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐสุดา เต็มพันธ์)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์)	กรรมการ
.....	
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ)	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.เก็จกนก เอื้อวงศ์)	

ศิริลักษณ์ เตชะธนอธิกุล : ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจ
ในการเห็นอกเห็นใจ และสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต. (STRESS,
COMPASSION FATIGUE, COMPASSION SATISFACTION, AND WELLNESS AMONG
MENTAL HEALTH PROFESSIONALS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการ
เห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต
กลุ่มตัวอย่างคือ นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตจำนวน 149 คนอายุเฉลี่ย 33.81 ± 8.79 ปี
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) มาตรการรับรู้ความเครียด 2) มาตรการความเหนื่อยล้าในการเห็นอก
เห็นใจ 3) มาตรการความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และ 4) มาตรการสภาวะแบบ 5 องค์ประกอบ
วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย
พบว่า ความเครียด และความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ มีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะของนัก
วิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = -.47$ และ $-.34$ ตามลำดับ, $p < .001$) ในขณะที่
ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมีค่าสหสัมพันธ์บวกกับสภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = .67$, $p < .001$) โดยที่ความเครียด ความอ่อนล้าในการเห็นอกเห็นใจ และ
ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ สามารถร่วมกันทำนายสภาวะของนักวิชาชีพที่ให้บริการด้าน
สุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของสภาวะในนักวิชาชีพที่
ให้บริการด้านสุขภาพจิตได้ ร้อยละ 47.8 ($R^2 = .478$, $p < .001$) ในขณะที่ตัวแปรความเหนื่อยล้าในการ
เห็นอกเห็นใจ ไม่สามารถทำนายสภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 =$
.478, $p = .346$) ซึ่งความเครียด มีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด ($\beta = -.81$, $p < .01$) ตามมาด้วย ความ
พึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ($\beta = .59$, $p < .001$)

มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา จิตวิทยา
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877626838 : MAJOR PSYCHOLOGY

KEYWORD: MENTAL HEALTH PROFESSIONALS, STRESS, COMPASSION FATIGUE,
COMPASSION SATISFACTION, WELLNESS

Siriluk Techatanaittikul : STRESS, COMPASSION FATIGUE, COMPASSION
SATISFACTION, AND WELLNESS AMONG MENTAL HEALTH PROFESSIONALS.

Advisor: Assoc. Prof. Arunya Tuicomepee, Ph.D.

This study aimed to examine the relationship among stress, compassion fatigue, compassion satisfaction, and wellness in mental health professionals. Participants were 149 mental health professionals in Thailand with mean age of 33.81 ± 8.79 years old. Instruments were *The Perceived Stress Scale*, *the Compassion Fatigue Scale - Short Scale*, *Compassion Fatigue and Satisfaction Self-Test - Compassion Satisfaction Subscale* and *The Five Factor Wellness Inventory: FFWEL*. Pearson's product moment correlation and multiple regression analyses were used to analyze the data. Finding revealed that stress and compassion fatigue were significantly and negatively correlated with wellness ($r = -.47$ and $-.34$ respectively, $p < .001$). Compassion satisfaction was significantly and positively correlated with wellness ($r = .67$, $p < .001$). Stress, compassion fatigue and compassion satisfaction significantly predicted mental health professionals' wellness and accounted for 47.8 percent of the total variance ($R^2 = .478$, $p < .001$). Stress was the most significant predictor of wellness ($\beta = -.81$, $p < .01$) in mental health professionals. While compassion satisfaction was the least significant predictor of wellness ($\beta = .59$, $p < .001$)

Field of Study: Psychology

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถัญญา ต้อยคำภีร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้ความใส่ใจ ดูแล ผู้วิจัยตลอดเวลาเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ และอาจารย์ ดร. จิระสุข สุขสวัสดิ์ในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบเนื้อหาของข้อกระทงในมาตรวัดที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของข้อกระทงในมาตรวัดเพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณิชสุตา เต้พันธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ และรองศาสตราจารย์ ดร. เก็จกนก เอื้อวงศ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการสอบเพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ คุณวัชรชาติ บุญสร้างสม คุณสุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ ดร. ชาร์ล พิกเลย์ ดร. ริชาร์ด อัดัมส์ และ ดร. โจเซฟ บอสคาร์โน ผู้ให้ความอนุเคราะห์ และให้คำแนะนำสำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับนี้ รวมถึงคุณภูว แสงวิวัฒน์ คุณวิภาดา ตันติเอกรัตน์ คุณเพิ่มพูน สานิชวรรณกุล ที่ให้การสนับสนุนและประสานงานในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณนิสิตระดับปริญญาโทและเอกจิตวิทยาการศึกษารุ่น 31 รุ่นพี่และรุ่นน้องจิตวิทยาการศึกษารวมถึงผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกท่านที่มีได้เอื้อนนาม

ขอขอบคุณโครงการทุนวิจัยมหาบัณฑิต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ด้านมนุษยศาสตร์ - สังคมศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2561 และคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

และสุดท้าย ขอกราบขอบพระคุณ คุณเกรียงศักดิ์ เตชะธนอิทธิกุล บิดาผู้ล่วงลับ คุณจำลอง มารดาของผู้วิจัย คุณศิริกุล คีอกซ์ พี่สาวของผู้วิจัย ที่เป็นแรงบันดาลใจ สนับสนุน และให้กำลังใจตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา และขอขอบคุณ ผู้ให้ทุนสนับสนุน ช่วยเหลือ และคอยดูแลอยู่เคียงข้าง เผชิญอุปสรรคและปัญหา รวมถึงเป็นกำลังใจของผู้วิจัยตลอดมา ในช่วงเวลาที่ยากลำบากของชีวิตทั้งการเรียน และการทำงาน

ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
สมมติฐานงานวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. สุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต.....	13
2. ความเครียด (Stress).....	20
3. ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue).....	29
4. ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (compassion satisfaction).....	38
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	48

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	55
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	58
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทางสถิติของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะ ของนักวิชาชีพ.....	61
ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย.....	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	67
สรุปผลวิจัย.....	67
การอภิปรายผล.....	67
ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	74
บรรณานุกรม.....	76
ภาคผนวก.....	86
ภาคผนวก ก.....	87
ภาคผนวก ข.....	93
ภาคผนวก ค.....	104
ประวัติผู้เขียน.....	129

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	อันดับของปัญหาที่ผู้ใช้บริการนำมาปรึกษาปัญหามากที่สุด 5 อันดับแรก	2
ตารางที่ 2	การเติบโตของจำนวนผู้มารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ระหว่าง ปีงบประมาณ 2557 2558 และ 2559 ศูนย์สุขภาพทางจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	3
ตารางที่ 3	องค์ประกอบหลัก 5 ด้าน และองค์ประกอบย่อยในโมเดลสุขภาพแบบองค์รวม	18
ตารางที่ 4	การทำนายของแต่ละลักษณะของผู้ให้บริการช่วยเหลือต่อ ความเหนื่อยล้า ในการเห็นอกเห็นใจ, ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ และ burnout	44
ตารางที่ 5	เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการรับรู้ความเครียด	50
ตารางที่ 6	เกณฑ์การตรวจให้คะแนนเป็นรายชื่อ มาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ	51
ตารางที่ 7	เกณฑ์การตรวจให้คะแนนเป็นรายชื่อ มาตรวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ	52
ตารางที่ 8	เกณฑ์การตรวจให้คะแนนเป็นรายชื่อ มาตรวัดสุขภาพ	53
ตารางที่ 9	แสดงข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง (N = 149)	59
ตารางที่ 10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และค่าคะแนนที่เป็นไปได้ ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	61
ตารางที่ 11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรต่าง ๆ	63
ตารางที่ 12	ค่าสภาวะร่วมเส้นตรงระหว่างตัวแปรสุขภาพกับตัวแปรทำนาย (ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาพ)	64
ตารางที่ 13	การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่ทำนายสุขภาพของนักวิชาชีพ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต	65

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 การเติบโตของจำนวนผู้ใช้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ 1323 ของหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556-2558	2
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
ภาพที่ 3 โมเดลกลล่อสุขภาวะแบบที่ 2 (Myers et al., 2000, p. 253).....	16
ภาพที่ 4 โมเดลตัวตนที่เป็นองค์รวม หรือ ตัวตนที่แบ่งแยกไม่ได้ (Myers & Sweeney, 2004)	17
ภาพที่ 5 โมเดลความเครียด และความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Figley, 2001, อ้างอิงใน Figley Institute, 2012)	34
ภาพที่ 6 แผนภาพคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ (Stamm, 2010).....	40
ภาพที่ 7 โมเดลองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ (Stamm, 2010).....	41

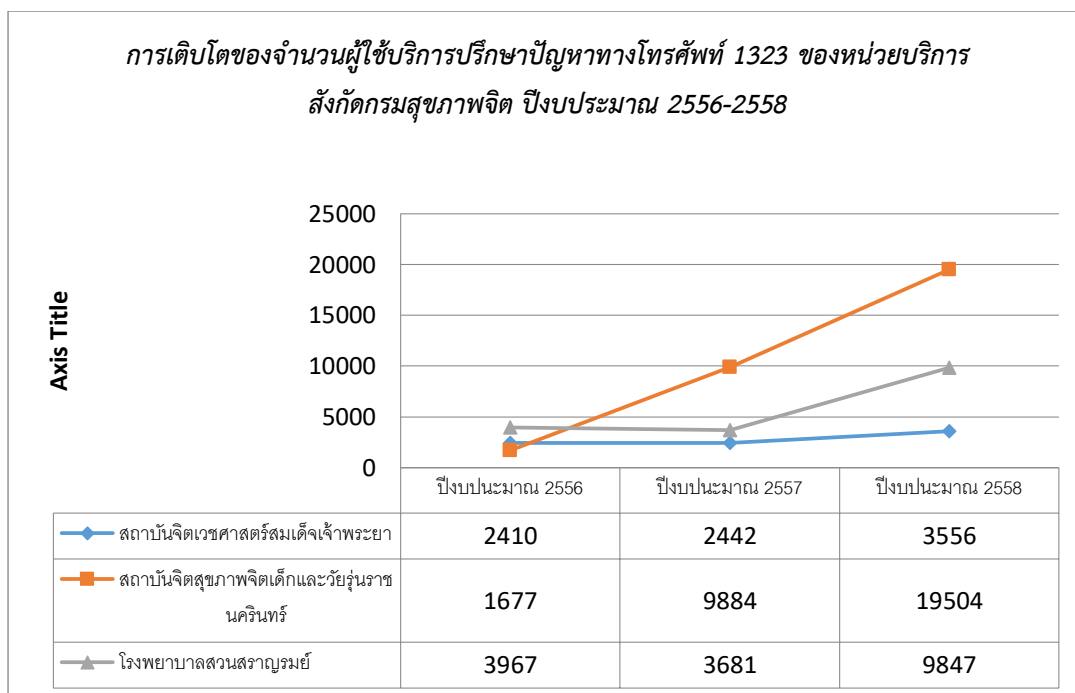
บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีสุขภาพจิตที่ดีนับเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพที่ดีและความอยู่ดีมีสุข ทั้งนี้เมื่อกล่าวถึง “สุขภาพจิต” แล้ว ทั้ง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายในทำนองเดียวกันว่า หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีโดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (กรมสุขภาพจิต, 2558 ; WHO, 2017) อย่างไรก็ตามการใช้ชีวิตของผู้คนในสังคมไทยปัจจุบันในยุคที่สังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉมอย่างต่อเนื่อง เช่น การที่ผู้คนในสังคมสามารถสื่อสารกันได้อย่างไร พรหมแดน เรียนรู้และติดต่อกันได้ทุกมุมโลกไม่ว่าจะอยู่จุดใดของโลกและการที่สังคมขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมทางเทคโนโลยีสารสนเทศ ปรากฏการณ์นี้ก่อให้เกิดผลกระทบมากมายต่อผู้คนในสังคม โดยเฉพาะด้านโดยเฉพาะด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพจิตที่ดีและการอยู่ดีมีสุขของผู้คน

ปัญหาสุขภาพจิตและความอยู่ดีมีสุขคนในสังคมไทยเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงกังวลระดับชาติ ซึ่งเห็นได้จากแนวโน้มของปัญหาที่ไม่เคยหายไปและนับวันจะมีมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558 ที่ระบุว่า การบริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ 1323 ของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต (เช่น สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นต้น) นับวันจะมีจำนวนผู้ที่มาขอรับบริการเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบในปีงบประมาณ 2556-2558 (เดือนตุลาคม ถึงเดือนกันยายน) มีจำนวนผู้รับบริการ 58,966 ครั้ง 60,562 ครั้ง และ 68,149 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งปัญหาด้านความเครียดและความวิตกกังวลเป็นเรื่องที่มีผู้ใช้บริการมาปรึกษามากที่สุด ดังข้อมูลในภาพที่ 1 และ ตารางที่ 1 (กรมสุขภาพจิต, 2558)



ภาพที่ 1 การเติบโตของจำนวนผู้ใช้บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ 1323 ของหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556-2558

ตารางที่ 1

อันดับของปัญหาที่ผู้ใช้บริการนำมาปรึกษาปัญหามากที่สุด 5 อันดับแรก

อันดับที่	ประเภทปัญหา	จำนวน (ครั้ง)
1	ปัญหาความเครียด/วิตกกังวล	17,422
2	โรคทางจิตเวช	14,788
3	ปัญหาเรื่องเพศ	6,085
4	ปัญหาครอบครัว	2,919
5	ปัญหาพฤติกรรม	1,897

ข้อมูลการรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558 สอดคล้องกับข้อมูลการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพผู้ให้บริการทางสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ตัวอย่างเช่น ข้อมูลสถิติของศูนย์สุขภาพจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าจำนวนผู้มารับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเปรียบปีงบประมาณ จำนวนผู้ที่มาขอรับบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (สายด่วนเยียวยาจิตใจ และ การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

แบบรายบุคคลและครอบครัว) ช่วงระหว่างปี 2557-2559 พบว่า จำนวนผู้มารับบริการใน ปีงบประมาณ 2558 มีอัตราเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 128.67 เมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2557 และ ในปีงบประมาณ 2559 มีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 209.02 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2558 รวมทั้งเรื่องราวปัญหาที่มีระดับความซับซ้อน และความรุนแรงมากขึ้น ทำให้มีการมารับบริการมีความ ต่อเนื่องระยะยาวถึง 1102 ครั้ง ในจำนวนผู้มารับบริการ 473 ราย (ศูนย์สุขภาพทางจิต, 2559) ดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2

การเติบโตของจำนวนผู้มารับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ระหว่างปีงบประมาณ 2557 2558 และ 2559 ศูนย์สุขภาพทางจิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเภทบริการ	ปีงบประมาณ (ตุลาคม ถึง กันยายน)	จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ ที่เพิ่มขึ้น	จำนวน (ครั้ง)
1. บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (สายด่วนเยียวยาจิตใจ)	2557	83 ราย	N/A	
	2558	167 ราย	101.2	N/A
	2559	315 ราย	88.62	
2. การให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (แบบรายบุคคลและครอบครัว)	2557	210 ราย	N/A	424
	2558	220 ราย	4.76	562
	2559	473 ราย	11.5	1,102

ข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า การให้บริการด้านสุขภาพจิตและการปรึกษาเชิงจิตวิทยาจัดเป็น แหล่งทรัพยากรที่ช่วยในการรับมือกับความเครียดของผู้คนในสังคมมากขึ้น โดยหากผู้คนที่มารับ บริการสามารถจัดการกับความเครียดและปรับตัวให้มีประสิทธิภาพได้ พวกเขาจะสามารถดำรงชีวิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต (mental health professionals) เป็นนักวิชาชีพให้ การช่วยเหลือที่ทำหน้าที่บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลบำบัดจิตใจผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ใน ประเทศไทยนักวิชาชีพให้บริการทางสุขภาพจิตผู้ปฏิบัติการช่วยเหลือในสถานที่และองค์กร เช่น โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพจิต สถานสงเคราะห์ ต้องทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์

พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักการศึกษาพิเศษ และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการช่วยเหลือเยียวยาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงลักษณะงานเป็นการให้บริการที่เกี่ยวข้องความสัมพันธ์กับเพื่อนมนุษย์ มีความละเอียดอ่อน ต้องมีการร่วมรับรู้ปัญหาในชีวิตของผู้มารับบริการ ในขณะเดียวกัน นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตยังต้องเผชิญกับปัญหาอื่น ๆ ทั้งจากสังคม การทำงาน และปัญหาส่วนบุคคล จึงมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของนักวิชาชีพ และส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ (ปรารธนา เล็กสมบูรณ์, 2554)

บทบาทของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแล บำบัด จิตใจผู้มีปัญหาสุขภาพจิตของผู้ที่มารับบริการมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยการที่นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต จะดูแลผู้มารับบริการด้านสุขภาพจิตได้ดีนั้น พวกเขาจะต้องมีมีสุขภาพและสุขภาพจิตที่ดีด้วย ดังเช่นที่ Lawson และ Myers (2011) ระบุว่าหากนักวิชาชีพช่วยเหลือ มีสุขภาพและสุขภาพจิตที่ดี พวกเขาจะ สามารถอยู่กับผู้มารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังทำให้พวกเขามีพัฒนาการด้านการเป็นนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ดีอีกด้วย

เมื่อกล่าวถึงสุขภาพ (wellness) ในที่นี้หมายถึง ภาวะที่บุคคลสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นสุข ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยบุคคลสามารถเลือกวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและมีความสุข เป็นอยู่ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เขาพัฒนาตนไปจนมีสุขภาพสูงสุดตามศักยภาพของตน คนที่มีสุขภาพจะรู้ว่าตนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความกระฉับกระเฉง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างคล่องแคล่ว นอกจากนี้คนที่มีความสุขจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึกมั่นคงในการดำเนินชีวิต สามารถใช้ความสามารถของตนในการทำงานและรับมือกับปัญหาได้อย่างเต็มที่ มีความหวัง เห็นคุณค่าและความหมายของชีวิต มีหลักยึดเหนี่ยวในการใช้ชีวิต ทั้งนี้เขายังมีความสัมพันธ์กับผู้คนใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน คนรัก และอยู่ร่วมกับผู้คนในสังคมได้อย่างมีความสุข (Myers, Sweeney, & Witmer, 2000) การศึกษาสุขภาพพบว่าปัจจัยทั้งภายในและภายนอกด้านวิชาชีพและด้านส่วนตัวมีผลต่อสุขภาพทั้งทางบวก และทางลบ เปรียบเสมือนต้นไม้ที่มีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกเป็นปรสิตกัดกินต้นไม้ แต่กิ่งก้านสาขาที่มีชีวิตชีวา ดินที่อุดมสมบูรณ์ และรากที่ยังลึก ก็ทำให้ต้นไม้เจริญเติบโตงอกงามได้เช่นกัน (Meyer & Ponton, 2006)

นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และบุคลากรที่ทำหน้าที่ผู้ช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ซึ่งในฐานะผู้ช่วยเหลือทางด้านจิตใจนี้ สิ่งที่มีความสำคัญ คือ การรับฟังผู้อื่นอย่างเข้าใจ และการร่วมรู้สึก (empathy) ของผู้มารับบริการ เสมือนว่าตนเองนั้นมองโลกผ่านสายตา ความคิด ความรู้สึกของผู้มารับบริการ (Rogers, 1980) โดยที่ผู้ที่เลือกเดินในสายอาชีพนี้มักจะเป็นกลุ่มคนที่มินิสัย ชี้สังสาร มีเมตตา เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และมีความปรารถนาอยากจะช่วยให้อีกผู้ที่มีความทุกข์ หลุดพ้นจากความทุกข์อยู่แล้ว ดังนั้นเมื่อต้องทำงานที่ต้องรับรู้เรื่องราว เหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกสงสาร เห็นอกเห็นใจหลาย ๆ ครั้งอย่างต่อเนื่อง บางครั้งก็ช่วยได้ บางครั้งก็ช่วยไม่ได้ เกิดความรู้สึกอึดอัด เหนื่อยล้าทางจิตใจ และมีผลทำให้ผู้ให้บริการบำบัดรู้สึกเกิดอาการหมดแรงสงสาร ที่เรียกว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจนั่นเอง (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016)

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาระบุว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต และนักวิชาชีพช่วยเหลือผู้อื่น มีระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่า ในขณะที่มีระดับความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูงกว่ามาตรฐานคนปกติทั่วไป ซึ่งความอ่อนล้าและความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ นั้นสามารถส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ที่ทำงานได้

นักจิตวิทยาผู้ศึกษาความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในช่วงแรก ๆ ได้แก่ Figley (1995, 2002a) และ Figley Institute (2012) เขาได้ให้ความหมายความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) ว่าหมายถึง ความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ที่ส่งผลต่อการให้บริการความช่วยเหลือของผู้ให้บริการ และ ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเกี่ยวข้องกับการค่อย ๆ เริ่มเฉยชากับเรื่องของผู้มารับบริการ มีความใส่ใจลดน้อยลง เริ่มเกิดความผิดพลาดในการให้ปฏิบัติงาน เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และบรรยากาศที่หดหู่ รวมถึงส่งผลกระทบต่อตารางชีวิตและความสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการเข้าอกเข้าใจ และความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจมักจะเกี่ยวข้องกับการที่ต้องทำงานกับผู้ที่ได้รับความบอบช้ำทางร่างกายและจิตใจ โดยผู้ให้บริการมักจะแบกรับความเจ็บปวด และรู้สึกเหมือนกับที่ผู้รับบริการรู้สึก เพราะว่ามีเมตตาใส่ใจ (empathy and compassion) หรือที่ Figley (1995) เรียกว่า “ราคาที่ต้องจ่ายในการดูแลผู้อื่น (a cost of caring)” (Figley, 1995; Pearlman & Mac Ian, 1995)

ประเด็นที่ตรงกันข้ามกับแนวคิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพจิต คือ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (compassion satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกทางบวก เช่นความพึงพอใจ ความปิติยินดีที่เกิดขึ้นเมื่อตนเองสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ดี บรรลุตามเป้าหมาย หรือทำได้สำเร็จ สำหรับนักวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นนั้น ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจถือเป็นองค์ประกอบหรือเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้สามารถทำงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ Stamm (2002) ชี้ว่า ผู้ที่ทำงานในการช่วยเหลือผู้อื่นสามารถมีประสบการณ์ทางด้านความรู้สึกพึงพอใจ และอ่อนล้าในการช่วยเหลือพร้อม ๆ กันได้ โดยที่หากมีความรู้สึกอ่อนล้าเพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้ความพึงพอใจได้ยากขึ้น (Stamm, 2002, 2005, 2009)

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา เช่น Sprang, Clark, และ Whitt-Woosley (2007) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ (Compassion Satisfaction: ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ) และความเหนื่อยล้าจากการทำงาน (burnout) ในนักวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นทางด้านสุขภาพในรัฐแถบชนบททางตอนใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 1,121 คน โดยการส่งแบบสอบถามไปตามรายชื่อและที่อยู่ของนักวิชาชีพที่มีใบอนุญาตหรือได้รับการรับรองทั้งหมด 5,752 คน ผลการศึกษา พบว่านักวิชาชีพด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นที่ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 45.22 ปี (23-81 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 68.6) มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 13.92 ปี และ ร้อยละ 30 ของผู้มารับบริการมีความโศกเศร้าหลังประสบเหตุการณ์สะเทือนจิตใจ ผลการวิจัยบ่งชี้ว่า ลักษณะพื้นที่ทางเพศของนักวิชาชีพ (นักวิชาชีพเพศหญิง นักวิชาชีพที่ทำงานในแถบชนบทห่างไกล) และ ประเภทวิชาชีพ (เช่น จิตแพทย์) มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจและความเหนื่อยล้าจากการทำงาน มากกว่ากลุ่มอื่น ด้านความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ผลการวิจัยระบุว่า นักวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางเพิ่มเติมในเรื่องการรับมือกับความบอบซ้ำทางจิตใจ เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในการช่วยเหลือสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม Sprang และคณะ (2007) จึงได้เสนอแนะว่า วิธีการป้องกันที่ดี คือการจัดให้มีฝึกอบรมในเรื่องนี้โดยให้เป็นการฝึกอบรมเฉพาะทางลงไปเป็นหลักสูตรตั้งแต่ตอนเรียน อย่างไรก็ตาม Sprang และคณะ (2007) เสนอแนะเพิ่มเติมว่า การศึกษาวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลตัวแปรสำคัญอีกหลายประการ เช่น ประสบการณ์ความ

กอดัน หรือบอบซ้ำทางจิตใจ ของนักวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือ ลักษณะการเผชิญปัญหา รูปแบบ ความบอบซ้ำทางใจ และความถี่และคุณภาพของการรับการนิเทศ ซึ่งประเด็นเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่ควร จะได้นำมาศึกษาต่อยอดในอนาคต ด้วยเหตุนี้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความอ่อนล้า และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจควบคู่ไปกับความกอดันทางจิตใจ ที่เป็น ความเครียดของผู้ช่วยเหลือด้วย

สำหรับการศึกษาวิจัยในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจและ สุขภาวะ ดังตัวอย่างเช่น Killian (2008) ที่ศึกษาความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจและสุขภาวะของ ผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงานช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการถูกทารุณกรรมทางเพศ โดยใช้การวิจัยทั้งเชิง ปริมาณและคุณภาพ ในส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานช่วยเหลือ ผู้รอดชีวิตจากการถูกทารุณกรรมทางเพศในเขตเมืองขนาดใหญ่ของรัฐเท็กซัส ได้แก่ นักสังคม สงเคราะห์ และนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต จำนวน 20 คน (อายุ 28-75 ปี มีประสบการณ์ ในการทำงานเฉลี่ย 8 ปี) ผลการศึกษาพบ 4 ประเด็นหลัก กล่าวคือ ประเด็นแรก เป็น อาการ ความเครียดทางกายและทางจิตใจ เช่นอาการปวดเมื่อย อ่อนล้า ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ นอนไม่หลับ มี ความวิตกกังวล และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวนั้น เหมือนกับ เกณฑ์ของผู้ป่วยโรค PTSD ซึ่ง เป็นผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจตามมา ประเด็นที่สอง ปัจจัยภายในและภายนอก ได้แก่ การรับจำนวนผู้มารับบริการมากเกินไป ประวัติเกี่ยวกับเหตุการณ์สะเทือนใจส่วนตัว การเข้าถึง การนิเทศ ขาดการสนับสนุนของสภาพแวดล้อมในที่ทำงานและสังคม มุมมองที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เปลี่ยนไป และการตระหนักรู้ถึงความต้องการของผู้อื่น ประเด็นที่สาม ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และประเด็นที่สี่ วิธีการเฉพาะจงใจในการดูแลตนเอง ได้แก่ การเข้าหาสังคม การออกกำลังกาย และการมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

นอกจากนี้ในการศึกษาเดียวกัน Killian (2008) ยังได้เสนอแนวการศึกษาเชิงปริมาณ เพิ่มเติม ด้วย การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากประสบการณ์สะเทือนใจ (ความถี่ และ ความรุนแรง) การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม ความอ่อนล้าและความพึงพอใจในการเห็นอก เห็นใจ ความเหนื่อยหน่ายในงาน และคุณภาพชีวิตในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักบำบัดช่วยเหลือ ผู้ที่ผ่านเหตุการณ์สะเทือนทางจิตใจจากศูนย์คุ้มครองเด็ก จำนวน 104 คน ช่วงอายุ 25-64 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.02 ปี ให้ บริการจำนวน 5-40 ราย ต่อสัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า

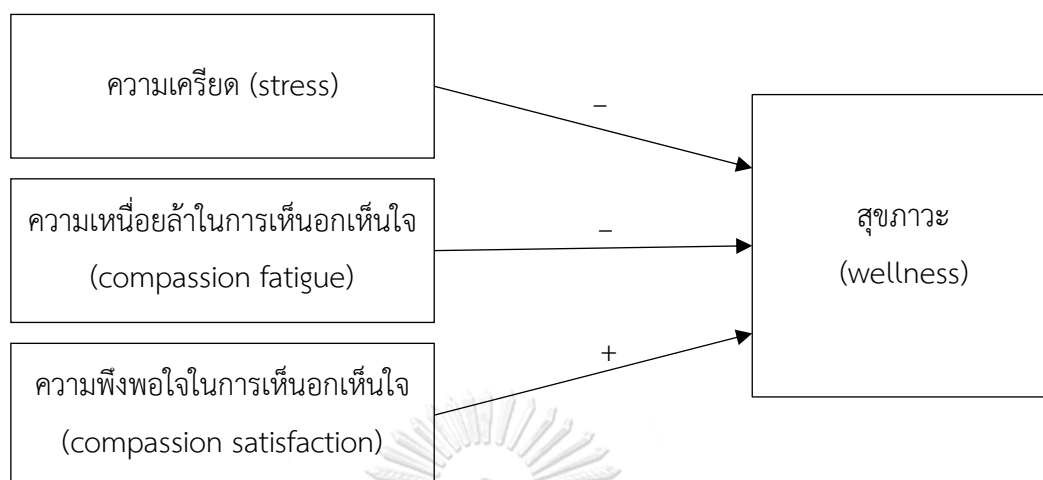
การสนับสนุนของสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ในขณะที่จำนวนชั่วโมงในการทำงานความสัมพันธ์ทางลบกับ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ต่อมาจำนวนชั่วโมงในการทำงาน การขาดศีลธรรมในการทำงาน และความไม่เสถียรทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ พบว่า การทำงานหนัก และประวัติการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ในขณะที่การตระหนักรู้ทางอารมณ์ของตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ ทั้งนี้ Killian (2008) ได้อภิปรายเพิ่มเติมว่าปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคมและประสบการณ์การเผชิญเหตุสะเทือนใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อ ความพึงพอใจและความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจของนักบำบัด อีกทั้งยังแนะนำให้มีการระบุหัวข้อการดูแลตนเอง เช่นการเพิ่มการตระหนักรู้ทางอารมณ์ของตนเอง หรือเทคนิคการคงไว้ซึ่งสุขภาวะลงในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ที่จบไป สามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพในการดูแลผู้มารับบริการได้ในระยะยาว เนื่องจากความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจจะส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ให้บริการ

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ให้ภาพว่านักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต รวมทั้งผู้ที่อยู่ในช่วงการฝึกปฏิบัติจำนวนไม่น้อย มีความเครียดและมีความเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาวะ อันจะทำให้ทั้งการให้บริการและการพัฒนาตนด้านวิชาชีพขาดประสิทธิภาพได้ โดยเฉพาะในปัจจุบันที่จำนวนผู้ขอรับบริการมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยหวังว่าผลจากการศึกษาวิจัยจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการลดความเครียดและพัฒนาสุขภาวะในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต และผู้ที่กำลังฝึกปฏิบัติให้พวกเขาจะสามารถอยู่กับผู้มาปรึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังทำให้พวกเขามีพัฒนาการด้านการเป็นนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ดีอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานงานวิจัย

1. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต
2. ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต
3. ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต
4. ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่เน้นการดูแล พุดคุยปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการบำบัดทางจิตใจเป็นหลัก อันได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการ

ดูแลสุขภาพจิต นักจิตวิทยา และ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นักวิชาชีพ ให้บริการด้านสุขภาพจิตเหล่านี้ ทำงานอยู่ในสถานให้บริการด้านสุขภาพจิต เช่น องค์กร โรงพยาบาล หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ สถานพยาบาล และศูนย์สุขภาพจิต ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 149 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ

ตัวแปรตาม มี 1 ตัวแปร ได้แก่ สุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ความเครียด (stress) หมายถึง สภาวะความไม่สมดุลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทั้งภายในและภายนอกที่ตนเองประเมินว่า เป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามหรือทำอันตราย ส่งผลให้เกิดผลเสีย ต่อสภาวะทางด้านต่าง ๆ จนทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวต่อสิ่งคุกคามนั้น ๆ เพื่อรักษาสมดุลของตนเองไว้ ผ่านการแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ที่แตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล ในงานวิจัยนี้ ความเครียดสามารถวัดได้จากมาตรวัดการรับรู้ความเครียดที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากมาตรวัด The Perceived Stress Scale: PSS ที่พัฒนาโดย Cohen (1994) และฉบับภาษาไทยโดย วัชรชาติ บุญสร้างสม (2556)

ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) หมายถึง อาการความอ่อนล้า เหนื่อยล้าทั้งทางกายและใจ เมื่อต้องดูแลช่วยเหลือและรับฟังเรื่องราวเจ็บปวด เป็นทุกข์ ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจของผู้มารับบริการ ซึ่งส่งผลให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง รวมถึงความใส่ใจที่จะเข้าอกเข้าใจอยากจะช่วยเหลือก็จะลดลงด้วย จนเกิดความชินชาต่อความเจ็บปวดของผู้คน ในงานวิจัยนี้ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ สามารถวัดได้จากมาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจที่ผู้วิจัยปรับปรุงจาก Compassion Fatigue Scale - Short Scale ที่พัฒนาโดย Adams, Boscarino, และ Figley (2006)

ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (compassion satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกทางบวก เช่นความพึงพอใจ ความปิติยินดี ที่เกิดขึ้นเมื่อนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ดี บรรลุตามเป้าหมายหรือทำได้สำเร็จ ในงานวิจัยนี้ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสามารถวัดได้จากมาตรวัดคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากมาตรวัด Compassion Fatigue and Satisfaction Self-Test ที่พัฒนาโดย Stamm (1995)

สุขภาพ (wellness) หมายถึง ภาวะที่บุคคลสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยบุคคลสามารถเลือกวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและมีความเป็นอยู่ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เขาพัฒนาตนไปจนมีสุขภาพสูงสุดตามศักยภาพของตน โดยที่สุขภาพแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ (1) ตัวตนที่สร้างสรรค์ (Creative self) หมายถึง ผลรวมของด้านต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลมีความเฉพาะที่แตกต่างจากผู้อื่น (uniqueness) และทำให้แต่ละบุคคลตีความประสบการณ์ในชีวิตแตกต่างกันไป มีองค์ประกอบย่อย 5 ด้าน ได้แก่ การคิด อารมณ์ การควบคุมตนเอง การทำงาน และการมีอารมณ์ขันเชิงบวก (2) ตัวตนที่เผชิญปัญหา (Coping self) หมายถึง ผลรวมขององค์ประกอบที่ช่วยควบคุมการตอบสนอง ของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตและสามารถรับมือและพิชิตผลกระทบทางลบต่าง ๆ ได้ มีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ได้แก่ การมีความเชื่ออยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง การรับรู้คุณค่าในตนเอง การจัดการความเครียด และการใช้เวลาว่าง (3) ตัวตนที่สัมพันธ์กับสังคม (Social self) หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับภายใต้ความ สัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ เพื่อน บุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด และครอบครัวและญาติมิตร มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน ได้แก่ มิตรภาพกับผู้อื่นและความรัก (4) ตัวตนที่เป็นแก่นแท้สำคัญ (Essential self) หมายถึง แก่นแท้ภายในของตัวบุคคลที่เกี่ยวกับการให้ความหมายต่อชีวิตของตนเองและผู้อื่น มีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ได้แก่ จิตวิญญาณ การดูแล ตนเอง เอกลักษณ์ทางเพศ และเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม (5) ตัวตนที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย (Physical self) หมายถึง กระบวนการทางชีววิทยาและสรีระศาสตร์ที่มีความเกี่ยวพันกับพัฒนาการและความมีประสิทธิภาพในร่างกายของบุคคล มีองค์ประกอบย่อย 2 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ และการออกกำลังกาย

ในงานวิจัยนี้ สุขภาพสามารถวัดได้จากมาตรวัดสุขภาพแบบ 5 องค์ประกอบที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากฉบับที่ สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ (2559) พัฒนามาจากมาตรวัด The Five Factor Wellness Inventory: FFWEL ที่พัฒนาโดย Myers และ Sweeney (2014)

นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต (mental health professionals) หมายถึง นักวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพจิตที่เน้นการดูแลพูดคุยปรึกษาเชิงจิตวิทยาและการบำบัดทางจิตใจเป็นหลัก อันได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต (เช่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์สาขาพัฒนาการเด็ก แพทย์อนุมิติบัตรเวชกรรมป้องกันสาขาสุขาภพจิตชุมชน) นักจิตวิทยา (เช่น นักจิตวิทยาการศึกษา และนักจิตวิทยาคลินิก) และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นักวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพจิตเหล่านี้ ทำงานอยู่ในสถานให้บริการด้านสุขภาพจิต เช่น องค์กร โรงพยาบาล สถานพยาบาล และศูนย์สุขภาพจิต

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ข้อความรู้จากการศึกษาวิจัยนี้ทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต
2. เนื่องจากการมีสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้มารับบริการ ดังนั้นผลการวิจัยในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้มารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
3. นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตได้รับทราบ และตระหนักถึงปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาวะของตนเอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อต่าง ๆ เช่น สุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผู้วิจัยได้นำเสนอนิยามและขอบเขต แนวคิดของสุขภาวะ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ดังนี้

สุขภาวะ (Wellness)

ช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้มีนักจิตวิทยาและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้ให้ความหมายของสุขภาวะไว้ดังนี้ Ardell (1986) กล่าวว่า สุขภาวะ คือ การตระหนักถึงรูปแบบการดำเนินชีวิตในส่วนตัวที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง และป้องกันความเจ็บป่วยหรือโรคเสื่อมทั้งหลาย โดยที่เมื่อมีส่วนหนึ่งในชีวิตได้รับผลทางบวกก็จะส่งผลต่อชีวิตในด้านอื่น ๆ ด้วย นอกจากนี้ Street (1994) ให้นิยามว่า สุขภาวะ หมายถึง ระบบที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันในตัวมนุษย์ (เช่น ร่างกาย จิตใจ สติปัญญา) โดยที่แต่ละส่วนจะมีปฏิริยาตอบสนอง รวมถึงส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน ส่วน Adams, Bezner, และ Steinhardt (1997) ระบุว่าสุขภาวะเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองนั้นมีสุขภาพที่ดีมากกว่าเจ็บป่วย โดยที่มีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน คือ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางด้านปัญญาและการรู้คิด สุขภาวะทางอารมณ์ และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ซึ่งทุกด้านนั้นจะเชื่อมโยงกัน นักจิตวิทยาการปรึกษาผู้พัฒนาแนวคิดสุขภาวะที่เป็นการพัฒนาภายในตัวบุคคล ได้แก่ Myers และคณะ (2000) ได้กล่าวถึง สุขภาวะในลักษณะที่เป็นองค์รวม (Holistic Wellness) ซึ่งหมายถึง ภาวะที่บุคคลสามารถมีสุขภาพสมบูรณ์และสวัสดิภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสม โดยที่มีกระบวนการทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณร่วมกัน เพื่อที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพในแบบที่แต่ละคนพึงจะทำได้ (Myers et al., 2000) บุคคลเมื่อเกิดการตระหนัก และเลือก

รับผิดชอบที่จะเพิ่มคุณภาพ ชีวิตให้กับตนเอง เกิดการใส่ใจที่จะดูแลตนเองมากขึ้น (Hettler, 1984) และส่งผลให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามหน้าที่และความต้องการของตนเองได้ รวมทั้งมีสุขภาพจิตที่ดี จิตใจโปร่งใส มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกมั่นคง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มความสามารถของตนเอง โดยที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับสังคมและบุคคลรอบข้าง (Curry, 2007)

นอกจากนี้ Greenberg (1985) ยังได้อธิบายเพิ่มเติมไว้ว่า สุขภาวะที่ได้นั้นไม่ได้หมายถึงแต่ว่าการที่ไม่รู้สึกเจ็บป่วยแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่งทำให้ความหมายและขอบเขตของ “สุขภาวะ” แตกต่างจาก “สุขภาพ” สุขภาวะไม่ได้เน้นที่ตัวบุคคล ณ จุดใดจุดหนึ่ง แต่หมายถึงบุคคลนั้นตลอดทั้งช่วงชีวิตที่ได้พิจารณาเลือกทางเลือกในการพัฒนาสุขภาวะของตนเอง เมื่อมีสุขภาวะด้านใดด้านหนึ่งดีขึ้นก็จะส่งผลต่อด้านอื่น ๆ ด้วย (holism) ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อ้างอิงความหมายของสุขภาวะตามการศึกษาของ Myers และคณะ (2000) โดยที่มีแนวคิด และโมเดลสุขภาวะแบบ 5 องค์ประกอบของ Myers และ Sweeney (2004) เป็นหลัก ซึ่งจะนำเสนอรายละเอียดในลำดับต่อไป

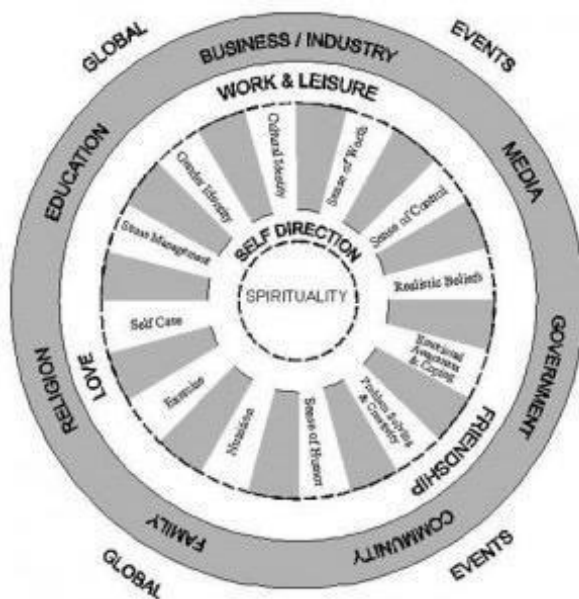
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายแนวคิดที่กล่าวถึงสุขภาวะ อย่างไรก็ตามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจแนวคิดสุขภาวะแบบองค์รวม (Holistic Wellness) ที่พัฒนาโดย Myers และคณะ (2000) เนื่องจากแนวคิดนี้ได้เน้นถึงการมีสุขภาวะที่ครอบคลุมทั้งมิติของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยเน้นที่การพัฒนามิติภายในและศักยภาพของบุคคล โดยแนวคิดนี้มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีจิตวิทยารายบุคคล (Individual Psychology) ของ Adler (1923) ซึ่งเชื่อว่ามนุษย์มีความเป็นปัจเจกบุคคล มีแบบแผนในการใช้ชีวิตแบบเฉพาะตน และมองมนุษย์แบบองค์รวม กล่าวคือ องค์ประกอบของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ สังคม วิญญาณ ล้วนแต่เชื่อมโยงกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (indivisible) ดังนั้นการดูแลแบบองค์รวมจึงต้องเข้าใจแต่ละองค์ประกอบและการเชื่อมโยงเหล่านั้นด้วย

นอกจากนี้ Sweeney และ Witmer (1991) ยังได้คิดค้นโมเดลวงล้อสุขภาวะ (Wheel of Wellness) ขึ้นเป็นครั้งแรกตามแนวคิดงานชีวิต (life task) ทั้ง 5 ด้านของ Adler (1923) อันได้แก่ (1) ด้านสังคม (2) ด้านการทำงาน (3) ด้านความรัก (4) ด้านจิตวิญญาณ และ (5) ด้านการจัดการ

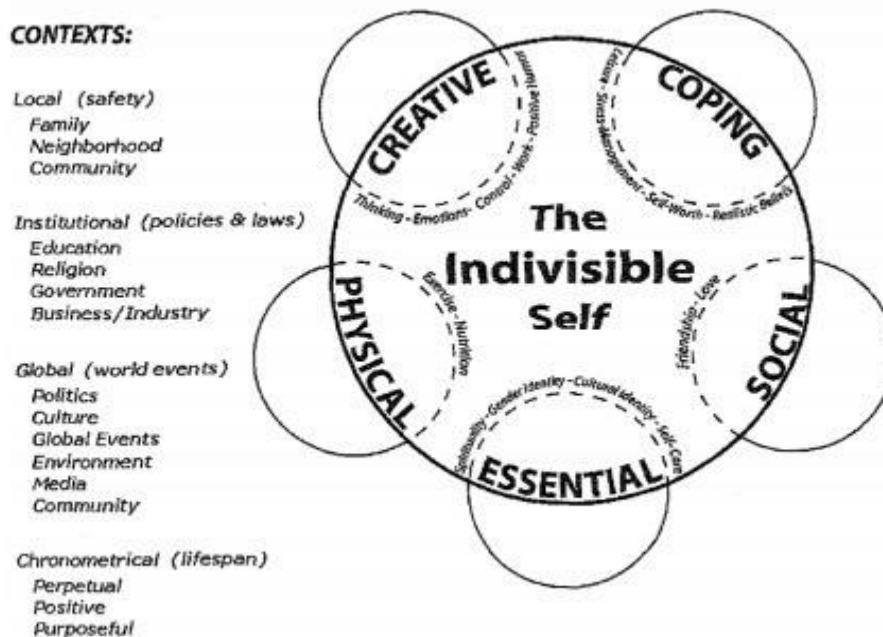
ปัญหา ต่อมา Maslow (1970, อ้างถึงใน Curry, 2007) เสนอว่า มนุษย์พยายามอย่างยิ่งที่จะตระหนักรู้ในตนเองอย่างแท้จริง เพื่อที่จะบรรลุจุดสูงสุดของศักยภาพของตนเอง โดยมีคุณลักษณะบางประการ เช่น การรับรู้ความเป็นจริงอย่างถูกต้อง การยอมรับในตนเอง ผู้อื่น และธรรมชาติ เน้นการแก้ปัญหา มีความเป็นธรรมชาติในความคิดและการกระทำ มีความรู้สึกชื่นชมยินดีอยู่เสมอ มีความสัมพันธ์กับผู้คนและสังคม มีจริยธรรม มีอารมณ์ขัน และมีความคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น ผู้ที่สามารถผสมผสานองค์ประกอบเหล่านี้ได้ จะมีความเข้าใจในตนเองมากขึ้น และส่งผลให้มีทางเลือกในการพัฒนาสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้นด้วย

ดังนั้นงล้อสุขภาพในเริ่มแรก จึงมีองค์ประกอบที่บ่งชี้ถึงการมีสุขภาพที่ดีทั้งหมด 5 ด้าน อันได้แก่ (1) ด้านจิตวิญญาณ (spirituality) (2) ด้านการกำกับตนเอง (self-regulation) ซึ่งแบ่งออกเป็น การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ว่าคุณควบคุมและกำหนดได้ การมีความเชื่ออยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง ความเป็นธรรมชาติและการตอบสนองทางอารมณ์ ไหวพริบสติปัญญา การแก้ปัญหา และความคิดสร้างสรรค์ การมีอารมณ์ขัน และความแข็งแกร่งของร่างกายและโภชนาการ (3) ด้านการทำงาน (work) (4) ด้านความรัก (love) และ (5) ด้านมิตรภาพ (friendship) ต่อมาในปี ค.ศ. 2000 Myers และคณะ (2000) ได้ปรับเปลี่ยนองค์ประกอบงานชีวิต และเพิ่มความชัดเจนในองค์ประกอบย่อยต่าง ๆ มากขึ้น งล้อสุขภาพในแบบที่ 2 ยังคงมี 5 ด้านเหมือนเดิม โดยที่ปรับเปลี่ยน ด้านการทำงาน เป็นด้านการทำงานและการใช้เวลาว่าง (work and leisure) และด้านการกำกับตนเอง เป็นด้านกานำตนเอง (self-direction) ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยใหม่เป็น 12 ด้าน ดังนี้ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การมีความเชื่อมั่นในตนเอง การมีความเชื่ออยู่บนฐานความจริง การตระหนักรู้ในอารมณ์ความรู้สึกในการจัดการปัญหา การแก้ปัญหาและความคิดสร้างสรรค์ การมีอารมณ์ขัน โภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลตนเอง การจัดการความเครียด และประเด็นทางวัฒนธรรม ตามภาพที่ 3



ภาพที่ 3 โมเดลงล้อสุขภาวะแบบที่ 2 (Myers et al., 2000, p. 253)

โมเดลงล้อสุขภาวะของ Myers และคณะ (2000) นั้นจะให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณ (spiritual) ซึ่งอยู่ตรงแกนกลาง เพราะเชื่อว่าองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณเป็นหัวใจหลักสำคัญของ คนที่มีสุขภาพที่ดี ต่อมาในส่วนซี่ล้อคือองค์ประกอบย่อยด้านการนำตนเอง (self-direction) ซึ่งเป็น ตัวเชื่อมไปยังองค์ประกอบทางด้านการทำงานและการใช้เวลาว่าง (work and leisure) ด้านมิตรภาพ (friendship) และด้านความรัก (love) แสดงให้เห็นว่า หากการนำตนทั้ง 12 ด้านเป็นไปได้ดี ก็จะทำให้ องค์ประกอบด้านที่เหลือทั้ง 3 ด้านพัฒนาดีตามไปด้วยแบบองค์รวม นอกจากองค์ประกอบหลักที่ เป็นส่วนสำคัญในการทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีแล้ว Myers และคณะ (2000) ยังให้ความสำคัญกับ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมภายนอกกรอบ ๆ ตัวบุคคลด้วย ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน ศาสนา การศึกษา รัฐบาล และสื่อสารสนเทศ รวมทั้งสถานการณ์โลกอีกด้วย



ภาพที่ 4 โมเดลตัวตนที่เป็นองค์รวม หรือ ตัวตนที่แบ่งแยกไม่ได้ (Myers & Sweeney, 2004)

โมเดลตัวตนที่เป็นองค์รวม หรือ ตัวตนที่แบ่งแยกไม่ได้ (The Indivisible Self Model) ในภาพที่ 4 เป็นโมเดลที่ได้รับการพัฒนาต่อมาจากโมเดลกมลล์สุขภาวะ ซึ่งเป็นโมเดลที่เกิดจากการทดสอบโมเดลกมลล์สุขภาวะ โดยการนำมาตราวัดสุขภาวะ (The Wellness Evaluation of Lifestyle: WEL, Myers, Sweeney, & Witmer, 1996) มาใช้ในการเก็บข้อมูล โมเดลตัวตนที่เป็นองค์รวมหรือตัวตนที่แบ่งแยกไม่ได้นี้ แสดงความเป็นองค์รวมในสุขภาวะของมนุษย์ ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 องค์ประกอบหลัก คือ (1) ตัวตนที่สร้างสรรค์ (2) ตัวตนที่เผชิญปัญหา (3) ตัวตนที่สัมพันธ์กับสังคม (4) ตัวตนที่เป็นแก่นแท้สำคัญ และ (5) ตัวตนที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย องค์ประกอบแต่ละด้านนั้นแยกออกจากกันโดยชัดเจน แต่ก็มีความสัมพันธ์กันผ่านตัวตนที่เป็นองค์รวม มีความหมายว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งเชิงบวกและเชิงลบของสุขภาวะในด้านใดด้านหนึ่ง ย่อมส่งผลต่อด้านอื่น ๆ ซึ่งในแต่ละด้านก็จะมีองค์ประกอบแยกย่อยแตกต่างกันไปตามตารางที่ 3 สิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของบุคคล นอกจากจะมาจากปัจจัยภายในแล้ว ปัจจัยแวดล้อมภายนอกก็มีส่วนเช่นกัน Hattie, Myers, และ Sweeney (2004) ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ อันได้แก่ ชุมชนรอบตัว สถาบันหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสถานการณ์โลก และความต่อเนื่องของวิถีชีวิต ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของบุคคล ซึ่งในทางกลับกันสุขภาวะของบุคคลก็ส่งผลกระทบต่อปัจจัยแวดล้อมเหล่านี้ทั้งทางบวกและทางลบด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 3

องค์ประกอบหลัก 5 ด้าน และองค์ประกอบย่อยในโมเดลสุขภาวะแบบองค์รวม

องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย
1. ตัวตนที่สร้างสรรค์	การคิด อารมณ์ การควบคุม การทำงาน และอารมณ์ขันเชิงบวก
2. ตัวตนที่เผชิญปัญหา	การมีความเชื่ออยู่บนฐานความจริง การรับรู้คุณค่าในตนเอง การจัดการความเครียด และการใช้เวลาว่าง
3. ตัวตนที่สัมพันธ์กับสังคม	มิตรภาพ และความรัก
4. ตัวตนที่เป็นแก่นแท้สำคัญ	จิตวิญญาณ การดูแลตนเอง ประเด็นทางเพศ และประเด็น ทางวัฒนธรรม
5. ตัวตนที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย	โภชนาการ และการออกกำลังกาย

สุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

สุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้มารับบริการของพวกเขา ดังที่ Witmer และ Young (1996) ชี้ให้เห็นความสำคัญของสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษาว่า “นักจิตวิทยาการปรึกษาที่มีสุขภาวะที่ดีย่อมช่วยให้ผู้มารับบริการ มีสุขภาวะที่ดีเช่นกัน” จึงทำให้มีการศึกษามากมาย เช่น นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตช่วงฝึกหัด (Myers, Mobley, & Booth, 2003; Roach & Young, 2007) นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมืออาชีพ (Lawson, 2007; Lawson & Myers, 2011) และนักการศึกษา นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต (Wester, Trepal, & Myers, 2009) ทั้งนี้ในส่วนของสมาคมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาอเมริกัน (American Counseling Association: ACA) ยังได้เล็งเห็นความสำคัญและก่อตั้งหน่วยปฏิบัติการเฉพาะกิจ (Task Force) เพื่อดูแลช่วยเหลือและเสริมสร้างให้เกิดการตระหนักถึงสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะในปี 2003 (Lawson & Venart, 2005) อีกทั้งการศึกษาของ Lawson และ Venart (2005) พบว่า นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต มีความเสี่ยงที่จะเกิดความบกพร่องทางจิตใจและอารมณ์สูงกว่ากลุ่มประชากรอื่น ๆ

ปัจจัยและองค์ประกอบแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ความเชื่อบางประการ (myth beliefs) รวมถึงความไม่สมเหตุสมผลของความคาดหวัง (unrealistic expectations) เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ละเลยการดูแลตนเอง (self-care) และส่งผลทางลบต่อสุขภาพของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตได้ (Yassen, 1995) เช่น (1) ความเชื่อว่านักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตนั้น สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากใคร เพราะนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตถูกฝึกให้สามารถชี้ให้เห็นถึงปัญหาหรือความกังวลใจของผู้รับคำปรึกษา และสามารถช่วยเหลือผู้มารับบริการได้ (2) ความเข้าอกเข้าใจ (empathy) ที่มีต่อผู้มารับบริการที่ทำให้รับรู้สึกมาเป็นของตนเอง (Figley, 1995) (3) ความคาดหวังของตนเองว่าต้องรับผิดชอบในการสร้างสัมพันธภาพทางการบำบัดที่ดี (positive therapeutic relationship) ให้ได้ เพราะจะนำไปสู่ความสำเร็จของการให้บริการ (4) จำนวนงานที่มากเกินไปของหน่วยงานและสถาบัน (caseload) โดยเฉพาะผู้มารับบริการที่มีระดับของปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรง (5) ความคาดหวังในชีวิตประจำวันส่วนตัว เป็นต้น

ในงานวิจัยนี้ จึงนิยามสุขภาพภาวะว่า เป็นภาวะที่บุคคลสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยบุคคลสามารถเลือกวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและมีความเป็นอยู่ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เขาพัฒนาตนไปจนมีสุขภาพภาวะสูงสุดตามศักยภาพของตน โดยแบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ ตัวตนที่สร้างสรรค์ ตัวตนที่เผชิญปัญหา ตัวตนที่สัมพันธ์กับสังคม ตัวตนที่เป็นแก่นแท้สำคัญ และ ตัวตนที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย

ในการปฏิบัติงานนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตจำเป็นต้องมองโลกผ่านสายตาของผู้มารับบริการ ซึมซับความรู้สึกผ่านความเข้าอกเข้าใจ และเชื่อมโยงตนเองผ่านความเจ็บปวดของผู้มารับบริการเมื่อผู้มารับบริการรู้สึกไม่มั่นคงหรืออ่อนแอ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบทำให้ตัวของนักวิชาชีพนั้นมีความอ่อนแอ เปรียบบางเช่นกัน (Lawson, Venart, Hazler, & Kottler, 2007) การที่ต้องเป็นพยานในความทุกข์ทรมาน และสิ้นหวังของผู้อื่น เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลทางลบต่อสุขภาพของนักจิตวิทยาตามมา เช่น ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue), บาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือ (vicarious trauma) และอาการอ่อนล้าหมดแรง (burnout) เมื่อนักวิชาชีพดูแลให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนเอง การกระทำที่สะท้อนและแสดงออกมาก็จะสามารถสื่อให้ผู้มารับบริการรับรู้ได้ว่านักวิชาชีพสามารถช่วยเหลือให้พวกเขามีสุขภาพภาวะที่ดีขึ้นได้เช่นกัน (Witmer &

Granello, 2005; Witmer & Young, 1996) ดังนั้นนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ควรจะเริ่มตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง ไม่ใช่แค่เพื่อผู้มารับบริการเท่านั้น แต่เป็นสิ่งเราทุกคนสมควรจะทำ นอกจากนี้ความบกพร่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของชีวิตของนักวิชาชีพด้วย (professional quality of life)

การที่นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต จะมีสุขภาพที่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังเช่น การจัดการความเครียดที่ดี การมีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจต่ำ และการมีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูง โดยในตอนต่อไป ผู้วิจัยได้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นปัจจัย ด้านความเครียดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ตามลำดับ ดังนี้

2. ความเครียด (Stress)

ความเครียดเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างสูงในวรรณกรรมด้านจิตวิทยาที่ผ่านมา (Iwasaki, MacKay, & Mactavish, 2005) รวมทั้งทางด้านการดูแลสุขภาพ ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านรัฐศาสตร์ ด้านการธุรกิจ และด้านการศึกษา (Lazarus & Folkman, 1984) จึงมีการให้คำนิยามความเครียดไว้มากมาย แตกต่างกันไปตามเป้าหมาย ความเชื่อ และสิ่งที่สนใจ (Lazarus, 1993) ได้แก่

ในช่วงต้นปี คริสต์ศักราชที่ 19 Hooke ใช้คำว่า ภาระ หรือ “load” เพื่อแสดงถึง แรงกระทำจากภายนอก นิยาม ความเครียด หรือ “stress” ว่าเป็นสัดส่วนของแรงกระทำภายในที่เกิดจาก น้ำหนักถ่วงตั้งกล่าวต่อพื้นที่ที่ถูกกระทำ และคำว่า ความตึงเครียด หรือ “strain” คือความผิดปกติ การเปลี่ยนรูป หรือการบิดเบี้ยวของวัตถุ นั้น ๆ (Hinkle, 1977)

Cannon (1932) อธิบายว่า ความเครียด คือ การที่ภาวะสมดุลเกิดความแปรปรวนภายใต้ความเย็น การขาดออกซิเจน น้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น

Selye (1956, 1976) กล่าวว่า ความเครียด คือ อาการที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อข้อเรียกร้อง (demand) หรือสิ่งที่มาคุกคาม (stressor) ที่เป็นสิ่งเร้าทั้งสิ่งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ทางด้านร่างกาย (เช่น เสียง ความร้อน ความเจ็บปวด) และทางด้านจิตวิทยาหรือจิตสังคม (เช่น การสูญเสียคนใกล้ชิด การเลื่อนตำแหน่ง การถูกทำลายความเชื่อมั่น) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ

Lazarus (1966, 1971) และ Lazarus และ Folkman (1984) อธิบายว่า ความเครียด คือ ภาวะที่เคลื่อนจากภาวะปกติมั่นคง ซึ่งเกิดจากการประเมิน (appraisal) ของบุคคลนั้น ๆ ว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง โดยที่ระดับความรุนแรงของการประเมิน และกระบวนการเผชิญความเครียด (coping) นั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบริบทแวดล้อม ซึ่งรูปแบบของความเครียด ได้แก่ (1) ทำอันตราย (2) ความทุกข์ (3) ทำลาย

Pasteur Korch และคณะ (อ้างถึงใน Mason, 1971) นิยามความเครียดทางการแพทย์ว่าเป็นผลรวมของการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เฉพาะเจาะจง ที่เกิดขึ้นจากการทำงานหรือความเสียหาย โดยนิยามตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นว่า “สิ่งคุกคาม” (stressor)

Mason (1975, อ้างถึงใน Aldwin, 1994) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ 3 ลักษณะ ได้แก่ ลักษณะที่หนึ่ง ความเครียดในแนวปฏิภานตอบสนองต่อสิ่งเร้า (stress as a state of the organism) หมายถึง การแสดงออกเมื่อบุคคลได้ตอบสนองต่อสิ่งที่เข้ามาทำอันตรายหรือความทุกข์ ลักษณะที่สอง ความเครียดในแนวของสิ่งที่เข้ามากระทบกับบุคคล (stress as an external event) หมายถึง การที่บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าจากภายนอก (stressor) ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ๆ ลักษณะที่สาม ความเครียดในแนวปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (stress as a transactional between the person and the environment) เป็นแนวคิดที่ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยเกิดการรับรู้และประเมินสิ่งแวดล้อมที่เข้ามากระทบที่ตนเองไม่สามารถจะรับมือได้ เนื่องจาก ศักยภาพที่มีอยู่นั้นน้อยกว่าความรุนแรงของสิ่งแวดล้อม หรือประเมินว่าสิ่งแวดล้อมดังกล่าวจะเข้ามาคุกคาม รวมถึงทำอันตรายต่อตนเอง (วรินทร์ รามสูตร, 2547)

McEwen (2000) กล่าวว่า ความเครียด คือ สิ่งคุกคามทั้งที่เกิดขึ้นจริงและการตีความตามร่างกาย และจิตใจของบุคคลนั้น ๆ รวมกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางกาย (เช่น เหงื่อออก หายใจถี่ กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดศีรษะ) และทางพฤติกรรม (เช่น ปากสั่น มือสั่น พูดเร็ว นอนไม่หลับ)

จรรยา จิตราทร (2547) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึก ไม่สบายใจ คับข้องใจหรือถูกบีบคั้น กดดัน จนทำให้กล้ามเนื้อ ของร่างกายหดตัวซึ่งเกิดขึ้นเป็นปกติในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีทั้งประโยชน์และโทษ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความเครียดที่เกิดขึ้น

จากคำนิยามข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง สภาวะ หรืออาการที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่ตนเองประเมินว่าเป็นสิ่งที่เข้ามาคุกคามหรือทำอันตราย รวมทั้งเหตุการณ์และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ความกดดัน ทุกข์กาย ไม่สบายใจ เป็นต้น จนทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวต่อสิ่งคุกคามนั้น ๆ เพื่อรักษาสมดุลของตนเองไว้ ผ่านการแสดงออกทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ที่แตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

Selye (1976) แพทย์อายุรกรรมต่อมาไร้ท่อได้สร้างทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด (Selye's Stress Theory) ไว้ว่า เมื่อร่างกายได้รับการคุกคามและทำให้เกิดความเครียด สิ่งที่มาคุกคาม (stressor) นั้น อาจมีทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดี เมื่อถูกคุกคามจะทำให้สมดุลของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปและเกิดการตอบสนองต่อสิ่งคุกคามนั้น ๆ รวมถึงเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทางสรีรวิทยาและชีววิทยา (adaptative reaction) จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เรียกว่า “ภาวะการปรับตัว” (general adaptative syndrome) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะแรก คือ *ระยะเตือน หรือ ระยะตื่นตัว (alarm reaction stage)* หมายถึง ระยะที่เริ่มมีสิ่งคุกคาม (stressor) เข้ามา โดยที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม หรือสถานการณ์นั้น ๆ โดยที่การตอบสนองจะเกิดขึ้นภายในเพียงไม่กี่วินาทีจนถึง 48 ชั่วโมง และสามารถแบ่งออกเป็นระยะได้แก่

ระยะช็อก (shock phase) เป็นช่วงแรกของการตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม และเมื่อเกิดความเครียด ร่างกายก็จะเตรียมพร้อมที่จะสู้หรือหนี เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของสมดุลร่างกาย มีการผลิตฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต คือ epinephrine ซึ่งมีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตลดต่ำลง หัวใจอาจหยุดเต้นได้ หากร่างกายไม่พร้อมที่จะมีการปรับตัว ถ้าการเปลี่ยนแปลงยังดำเนินต่อไป พลังงานในร่างกายจะถูกดึงมาใช้จนหมด ภายใน 24-48 ชั่วโมง

ระยะภายหลังช็อก (counter shock phase) เป็นระยะที่ร่างกายพยายามปรับตัวกลับสู่สภาวะสมดุลโดยดึงเอากลไกการต่อสู้ของร่างกายออกมาช่วยเหลือ ระบบต่าง ๆ ของ

ร่างกายเริ่มทำงานประสานกัน อาการที่ตรวจพบคือ หัวใจจะเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว คลื่นไส้อาเจียน ม่านตาขยาย และเหงื่อออกมากผิดปกติ

ระยะต่อต้าน (stage of resistance) หมายถึง ระยะที่มีการปรับตัวอย่างเต็มที่ผ่านวิธีการต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้อาการดีขึ้นหรือหายไป แต่ถ้าหากยังได้รับสิ่งที่มีมากระตุ้นอยู่อาจทำให้เกิดความเครียด และทำให้อวัยวะภายใน (visceral organ) และระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine glands) ทำงานหนัก ส่งผลต่ออาการเจ็บป่วยทางกายกลุ่ม psychophysiological disorders ต่าง ๆ เช่น โรคกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะ ร่างกายก็จะสูญเสียการปรับตัว และเข้าสู่ระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะหมดกำลัง (stage of exhaustion) หมายถึง ระยะที่ไม่สามารถปรับตัวได้เนื่องจากมีความเครียดสูง รุนแรง และนานเกินไป ร่างกายหมดกำลัง อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกลไกการปรับตัวจะล้มเหลวเกิดโรค และอาจเสียชีวิตได้ในที่สุด โดยมีการกลับมาของระยะเตือนช่วงสั้น ๆ เป็นการรวบรวมกำลังเพื่อต่อสู้กับสภาวะนั้นเป็นครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

ทั้งนี้ Selye (1976) ยังได้กล่าวเพิ่มเติมว่า ระบบประสาท (nervous system) และระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine/hormonal system) มีส่วนสำคัญในการทำให้ระบบการทำงานของร่างกายคงที่ ในขณะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามอื่น ๆ (เช่น ความตึงเครียดของเส้นประสาท บาดแผล การติดเชื้อ) ซึ่งระยะคงที่ที่เกิดขึ้นเรียกว่า “ภาวะสมดุล” (homeostasis)

ต่อมา Lazarus และ Folkman (1984) ได้เสนอแนวคิดที่แย้งกับหลักการของ Selye (1976) ที่กล่าวว่าความเครียดเกิดขึ้นจากสิ่งเร้า หรือสิ่งคุกคามภายนอกที่เข้ามาแล้วทำให้ระบบของร่างกายเปลี่ยนแปลงเพื่อรับมือกับความเครียด โดยที่อธิบายว่า ความเครียด เกิดจากการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ แตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล (individual difference) ในเรื่องของตัวแปรด้านแรงจูงใจ (motivational variables) และตัวแปรทางด้านกระบวนการการรับรู้ (cognitive variables) โดยเน้นให้ความสำคัญที่กระบวนการรับรู้ และประเมินด้วยสติปัญญา หรือ cognitive appraisal กล่าวคือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินความสมมูลระหว่างความต้องการ (demands) กับทรัพยากรที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น ส่งผลทำให้การตอบสนองและการเผชิญปัญหาของแต่ละคนแตกต่างกันไป การตัดสินใจภาวะเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด ตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์ ว่ามีผลกระทบต่ออย่างไรต่อบุคคล ซึ่งสามารถประเมินออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 แบบไม่เกิดผลใด ๆ หรือไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (irrelevant) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของตน หรือตนไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น ๆ จึงไม่ก่อให้เกิดการปรับตัวใด ๆ

ลักษณะที่ 2 มีผลดีหรือมีประโยชน์ต่อตนเอง (benign positive) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นส่งผลดีต่อสุขภาวะของตนเอง ซึ่งทำให้บุคคลนั้นรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข เบิกบานใจ หรือรู้สึกสงบอย่างไรก็ตาม การประเมินลักษณะนี้สามารถก่อให้เกิดความรู้สึกผิดหรือความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและบริบทแวดล้อม

ลักษณะที่ 3 เกิดภาวะเครียด (stress) คือ การพิจารณาตัดสินว่าในสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลต้องดิ้นรนประนีประนอมที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังแห่งประนีประนอมที่มีอยู่ ซึ่งส่งผลต่อตนเองในลักษณะในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ดังนี้ (1) เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm and loss) หมายถึง บุคคลได้รับความเสียหายขึ้นแล้ว เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียคนที่รัก การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น (2) เป็นสิ่งคุกคาม (threat) หมายถึง สถานการณ์ที่กำลังจะก่อให้เกิดการสูญเสียหรือเป็นอันตรายแต่ยังไม่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเตรียมตัวในการเผชิญหน้า หรือ เตรียมการรับมือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ล่วงหน้า นับว่าเป็นการปรับตัวที่เป็นจุดเด่นของรูปแบบนี้ (3) เป็นสิ่งท้าทาย (challenge) เช่นเดียวกับรูปแบบที่เป็นสิ่งคุกคาม คือ ร่างกายจะมีความพยายามในการระดมทรัพยากรมาเพื่อใช้ในการเผชิญหน้าและปรับตัว แต่ต่างกันตรงที่จะคัดเลือกสิ่งที่มีศักยภาพในการได้รับ ซึ่งจัดสรรด้วยอารมณ์ทางบวก เช่น ความกระตือรือร้น ความตื่นเต้น ความเบิกบานใจ ในขณะที่รูปแบบที่เป็นสิ่งคุกคาม จะมีจุดศูนย์กลางสิ่งที่มีศักยภาพด้านการทำลาย ซึ่งจัดสรรด้วยอารมณ์ทางลบ เช่น ความกลัว ความกังวล และความโกรธ ทั้งนี้บางสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเป็นได้ทั้งสิ่งที่มีลักษณะคุกคามและท้าทาย เช่น การเลื่อนตำแหน่ง ที่มีทั้งความตื่นเต้นท้าทายในการได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และความกังวลในความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยที่

รูปแบบที่เป็นสิ่งท้าทายจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกที่สามารถควบคุมจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมได้

2. *การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal)* เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือกที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งต้องอาศัยสติปัญญาความรู้ประสบการณ์ในการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน มีความซับซ้อนมากขึ้น เพื่อที่จะหาทางแก้ไขจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งประเมินถึงผลที่จะเกิดขึ้นเมื่อนำวิธีการนั้น ๆ ไปใช้

3. *การประเมินซ้ำ (reappraisal)* เป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการประเมินปฐมภูมิ และการประเมินทุติยภูมิ กล่าวคือ เป็นการประเมินอีกครั้งโดยการใช้ข้อมูลและแหล่งประโยชน์ทั้งจากสิ่งแวดล้อมและภายในบุคคล ในการควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงใหม่ที่เข้ามา เป็นการติดตามประเมินผลวิธีการในการแก้ไขสถานการณ์ที่เคยใช้ไปแล้ว ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมีลักษณะเป็นพลวัต (dynamic) ที่อาจปรับเปลี่ยนได้ หรือเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ Lazarus และ Folkman (1984) ยังชี้ให้เห็นว่า ความเครียด และอารมณ์ความรู้สึกนั้นแตกต่างกันถึงแม้ว่า 3 ใน 4 ของรูปแบบการตอบสนองต่อความเครียดนั้นจะเหมือนกัน การตอบสนองต่ออารมณ์ความรู้สึกก็ตาม แต่ความเครียดจะให้ความรู้สึกของรูปธรรมมากกว่าอารมณ์ความรู้สึกซึ่งเป็นนามธรรมอีกทั้งยังเน้นเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรที่ใช้ในการปรับตัวระบบทางชีวภาพหรือด้านจิตใจของบุคคลหรือสัตว์ที่ถูกรบกวนด้วยความกดดันขั้นรุนแรง

รูปแบบของความเครียด สาเหตุ และผลกระทบ

ความเครียดนั้นสามารถแบ่งได้ตามปรากฏการณ์และกรอบความคิดของแต่ละขอบเขตรวมถึงทฤษฎีและงานวิจัยที่เกิดขึ้น ความเครียดจึงไม่ใช่แค่ สิ่งร้าย การตอบสนอง หรือตัวแปรจัดกระทำ แต่คือ กลุ่มคำสำหรับขอบเขตเพื่อการศึกษา ซึ่งแบ่งออกได้เป็น ความเครียดทางสังคม (sociological stress) หมายถึงกลไกของภัยพิบัติ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับโครงสร้างของสังคม ความเครียดทางกายภาพ (physiological stress) หมายถึง ผลของการทำลายทางกายภาพต่อเนื้อเยื่อและกลไกของร่างกาย (Lazarus, 1966) และความเครียดทางจิตใจ (psychological stress) ซึ่งหมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อม ที่บุคคลนั้น ๆ ประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ต้องตั้ง

แหล่งทรัพยากรออกมาใช้ในการจัดการจำนวนมาก รวมถึงเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ของตนเอง

Sutterly และ Donnelly (1982) ได้แบ่งระดับความเครียดที่เกิดขึ้นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นภาวะความเครียดระดับต่ำ ที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันตามปกติ ซึ่งบุคคลสามารถปรับตัวได้โดยอัตโนมัติ เช่น การเผชิญภาวะการจราจรติดขัด

ระดับที่ 2 เป็นภาวะความเครียดที่เกิดจากการคาดการณ์ไว้แล้ว แต่เป็นระยะสั้น ๆ ซึ่งบุคคลมักจะตระหนักรู้ ซึ่งระดับความเครียดจะสูงกว่าระดับที่ 1 การปรับตัวเพื่อเผชิญหน้ากับความเครียดในระดับนี้ มักจะประสบความสำเร็จ เช่น การไปสัมภาษณ์งาน หรือต้องพบกับบุคคลสำคัญ

ระดับที่ 3 เป็นภาวะเครียดระดับรุนแรงมากขึ้น อยู่ในระดับกลาง เป็นภาวะที่คงอยู่กับบุคคลเป็นเวลานาน ซึ่งบุคคลจะรับรู้ว่าคุณค่ามากกว่าระดับที่ 2 การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกาย จะแสดงถึงความพยายามในการรับมือกับความเครียดที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งเป็นระดับความเครียดที่เริ่มสังเกตและวัดได้

ระดับที่ 4 เป็นภาวะเครียดที่รุนแรงที่สุด บุคคลจะประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายต่อตนเองสูงรู้สึกเหนื่อย หดแรงแท้อแท้ต่อการต่อสู้ ร่างกายจะเริ่มส่งสัญญาณเตือนว่า ไม่สามารถปรับแก้ได้แล้ว หากไม่ได้รับความช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคทางจิต เป็นต้น

ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุมาจากทั้งจากปัจจัยภายใน (endogenous stress) เช่น ความเจ็บปวด ความจำ ความรู้สึกผิด ความคิดความคาดหวัง ความมุ่งหมาย และปัจจัยภายนอก (exogenous stress) เป็นความเครียดที่มักเกิดจาก ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทั้งจากครอบครัวและการทำงาน (Wallace, 1978, อ้างถึงใน Howard, 1996) ทั้งนี้แหล่งความเครียดยังสามารถมาจาก 6 แหล่งหลัก ๆ คือ (1) อาชีพการงาน เช่น ความเครียดของงาน ความเสี่ยง ความไม่มั่นคง ความกดดัน (2) เรื่องส่วนตัว เช่น การไม่มีอิสระ ความเปลี่ยนแปลงในชีวิต ลักษณะนอกที่ไม่เป็นที่ยอมรับ ความเชื่อส่วนบุคคล (3) ครอบครัว เช่น หน้าที่ ความสัมพันธ์ การสูญเสีย (4) สังคม ทางด้านบทบาทหน้าที่ ความขัดแย้ง และการแยกตัวออกจากสังคม (5) เงิน และ (6) สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ เช่น

อากาศ มลภาวะ การย้ายถิ่นฐาน (Selye, 1956, 1976) ความเครียดที่กล่าวมานั้นมีทั้ง ความเครียดที่ดี (eustress) ที่กระตุ้นให้บุคคลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเครียดที่เป็นกลาง (neustress) ที่ไม่ส่งผลใด ๆ ต่อการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านบวกหรือลบ และความเครียดที่ไม่ดี (distress) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล (Seaward, 2009)

ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต (2539) และ จุรณัฐ จิตราท (2547) ยังได้อธิบายว่า ความเครียด มีทั้งประโยชน์และโทษ แต่ความเครียดที่เป็นโทษนั้นเป็นความเครียดชนิดที่เกินความจำเป็น แทนที่จะเป็นประโยชน์กลับกลายเป็นอุปสรรคและอันตรายต่อชีวิต เมื่อเกิดแล้วคงอยู่เป็นประจำ ไม่ลดหรือหายไปตามปกติ หรือเกิดขึ้นโดยไม่มีเหตุการณ์ที่เป็นการคุกคามจริง ๆ ได้แก่

ผลกระทบด้านสรีระ สุขภาพร่างกายจะเลวลงเนื่องจากความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมนซึ่งเป็นชีวเคมีที่สำคัญของร่างกายที่ช่วยควบคุมระบบการทำงานต่าง ๆ ภายในร่างกายทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ปวดหลังอ่อนเพลีย หรือทำให้เกิดโรคทางกายที่มีเหตุมาจากจิตใจ (psychosomatic disease) เช่น หน้ามืดเป็นลมความดันโลหิตสูง หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน ภูมิแพ้ต่าง ๆ โรคกระเพาะ และหากเครียดหนักมากก็อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ หรือไปกระตุ้นให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบ เช่น เบาหวาน

ผลกระทบทางด้านอารมณ์ บุคคลที่ความเครียดจะมีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย หมกมุ่นครุ่นคิดเบื่อหน่าย ใจลอยไม่มีสมาธิและความระมัดระวังในการทำงาน ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ในทางกลับกัน บุคคลอาจจะมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นและความมั่นใจในตนเอง หากตกอยู่ในความเครียดยาวนานและต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดอาการทางจิตจนกลายเป็นโรคทางจิตเภทได้

ผลกระทบทางด้านความคิด บุคคลจะมีความคิดที่ท้อแท้ สิ้นหวัง มีความคิดที่บิดเบือน ไม่สมเหตุสมผล คิดลบต่อตนเอง หรือคิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น

ผลกระทบทางด้านพฤติกรรม มีอาการนอนหลับยาก เริ่มปลีกตัวออกจากสังคม ซึ่งส่งผลทำให้บุคคลต้องเผชิญปัญหา และความเครียดโดยลำพัง มีความก้าวร้าว ทำงานได้น้อยลง บ่อยครั้งที่จะมีการปรับตัวในทางที่ผิดและเป็นอันตรายต่อตนเองเพื่อผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น ต้มเหล้า สูบบุหรี่ ดิยาหรือการพนัน หรืออาจจะฆ่าตัวตายได้

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ บุคคลขาดงาน ส่งผลให้ผลการปฏิบัติงานลดลง หรือไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อเกิดอาการบาดเจ็บก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

กล่าวโดยสรุป ความเครียดว่าเป็นภาวะของอารมณ์หรือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจหรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายหดตัวซึ่งเกิดขึ้นเป็นปกติในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีทั้งประโยชน์และโทษ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งความเครียดนับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาวะที่บกพร่องของบุคคล รวมถึงสุขภาวะของนักศึกษาซึ่งผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

นอกจากปัจจัยความเครียดที่กล่าวไปแล้วข้างต้น นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นหนึ่งในนักวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (caring professions) หรือ ให้ความสนใจความสุขและสุขภาวะของผู้อื่นก่อนเป็นสำคัญ (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016) ดังที่ Rogers กล่าวว่า “ฉันมักจะดูแลและใส่ใจผู้อื่นมากกว่าที่จะใส่ใจตนเองเสมอ แต่ในหลาย ๆ ปีที่ผ่านมา ฉันทำได้ดีขึ้น” (Rogers, 1980, p. 80) เช่นเดียวกับที่ Yalom (2002, p. 252) กล่าวว่า “บ่อยครั้ง พวกเราที่เป็นนักบำบัด มักจะละเลยความสัมพันธ์ส่วนตัวของตนเอง เมื่องานกลายเป็นชีวิต หลังสิ้นสุดการทำงานในแต่ละวัน ซึ่งพวกเราใช้ทั้งกายและใจของเราไปหมดแล้ว พวกเราจะหมดความรู้สึกที่อยากจะปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไปมากกว่านี้” ด้วยเหตุนี้ นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ต้องสร้างความสมดุลของความตึงเครียดระหว่างการให้การได้รับการได้รับ และ การใส่ใจผู้อื่นกับการใส่ใจตนเอง เนื่องด้วยพื้นฐานความเป็นตัวตนและแก่นของการเป็นนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ดี ที่รับรู้และสัมผัสได้ถึงความต้องการของคนรอบตัวและต้องการจะช่วยเหลือผู้คนเหล่านั้น ทำให้รู้สึกผิดเมื่อต้องปฏิเสธที่จะช่วยเหลือ แต่หากตอบรับทั้งหมดก็จะรู้สึกเหนื่อย เพราะในการทำงานช่วยเหลือผู้อื่น การจะมองโลกผ่านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของผู้อื่นเป็นเรื่องที่ไม่ง่าย เหมือนการว่ายทวนกระแสน้ำของความเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งต้องใช้เวลาในการบำบัดช่วยเหลืออย่างยาวนาน สิ่งเหล่านั้นส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อตัวของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตเอง

ในตอนต่อไป ผู้วิจัยได้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องนิยามและขอบเขต รวมถึงแนวคิดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ดังต่อไปนี้

3. ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue)

นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต และนักวิชาการให้ความหมาย ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) ไว้ดังต่อไปนี้

Joinson (1992) ใช้คำว่า “compassion fatigue” หรือ ความเหนื่อยล้าในการช่วยเหลือผู้อื่นเป็นครั้งแรก เพื่ออธิบายอาการ (เหนื่อยล้า หดหู่ ขาดประสิทธิภาพในการทำงาน เฉื่อยชา รวมทั้งอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นโรคทางเดินอาหารและลำไส้) ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลในห้องฉุกเฉินที่ต้องดูแลคนไข้จำนวนมาก รวมถึงต้องตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ซึ่งถือว่าเป็นการสูญเสียความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ (the lost of ability to nurture)

ต่อมา Figley (1995) ได้นำมาใช้ในเชิงจิตวิทยาบำบัด และนิยามคำว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) หมายถึงอาการความเหนื่อยล้าทั้งทางกายและทางจิตใจที่เกิดจากการรับรู้เรื่องราวและเหตุการณ์รุนแรงสะเทือนใจของบุคคลสำคัญ โดยที่ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้น เนื่องมาจากความต้องการจะช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บปวดเหล่านั้น ต่อมาภายหลังในปี 2002 Figley (2002a) ได้อธิบายเพิ่มว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจนั้น คือ ภาวะความตึงเครียดและการหมกมุ่นกับผู้ที่บอบช้ำ (traumatized people) ที่เกิดจากการสัมผัสประสบการณ์เลวร้ายซ้ำ ๆ (re-experiencing) จนเกิดการชินชาต่อการเป็นพยานรับรู้เหตุการณ์เลวร้ายของผู้อื่น ซึ่งถือว่าเป็นหนึ่งในรูปแบบของ ความเครียดทางอ้อมจากบาดแผลทางจิตใจ (secondary traumatic stress) โดยที่เน้นใช้คำว่า compassion fatigue (ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ) เพื่ออธิบายถึง ความเครียดทางอ้อมจากบาดแผลทางจิตใจ (STS) ที่มีการตีตรา (stigmatizing) ที่น้อยกว่า และเกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้อยู่ในภาวะบอบช้ำ ผู้ให้บริการดูแลด้านสุขภาพ รวมถึงนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต (Figley, 2002a)

Pfifferling และ Gilley (2000) นิยามว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจนั้น คือการเหนื่อยล้าหมดแรงทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่มีความเจ็บปวดทางอารมณ์และจิตใจร่วมด้วย

Fernando และ Consedine (2014) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจนั้น คือการที่องค์ประกอบของความเห็นอกเห็นใจ (compassion) มีปัญหา เสมือนว่ามีความเหนื่อยล้ากับ

การมีพฤติกรรมและความรู้สึกมีเห็นอกเห็นใจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีความเห็นอกเห็นใจที่จำกัด หรือลดลงจนกระทั่งหมดไปตามเวลาที่ผ่านไป

นักศึกษาและนักวิจัยจะใช้คำว่า compassion fatigue (ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ) vicarious trauma (VT) secondary traumatic stress (STS) และ burnout เพื่อสื่อถึงกลุ่มอาการความรู้สึกในรูปแบบเดียวกัน โดยที่ STS จะใช้ในการอธิบายทางการแพทย์ได้ดีกว่า ส่วน ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ จะให้ความรู้สึกเข้าใจง่าย หรือใช้ง่ายกว่า (user-friendly) ในการอธิบายประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Figley, 1995; Joinson, 1992)

ได้มีการศึกษาในเรื่องดังกล่าว ความเหมือนและแตกต่างเพื่อที่จะสามารถนิยามความหมายของ “compassion fatigue” ได้อย่างถูกต้องและสามารถนำไปใช้ได้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Coetzee & Klopper, 2010; Figley, 1995, 2002a; Najjar, Davis, Beck-Coon, & Doebbeling, 2009; Sabo, 2011) Newell และ MacNeil (2010) ได้สังเกตเห็นความแตกต่างว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจนั้นเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยการส่งสมความรู้สึกและอาการมาช่วงระยะเวลาหนึ่ง ไม่ใช่การเกิดขึ้นโดยทันทีทันใดเหมือนกับบาดแผลทางจิตใจจากการช่วยเหลือ (vicarious Trauma) และความเครียดทางอ้อมจากบาดแผลทางจิตใจโดยส่วนมาก ในขณะที่ (Figley, 2002b) บอกว่า ความแตกต่างของ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจกับความเหนื่อยหน่ายในงาน (burnout) และความรู้สึกส่วนตัวที่ผู้ให้บริการมีต่อผู้รับบริการ (countertransference) คือ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ จะข้องเกี่ยวกับความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ และเกิดความสับสน รวมถึงมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ปราศจากความช่วยเหลืออย่างแรงกล้า ในขณะที่ Stamm (2002) บอกว่า ทั้งความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความเหนื่อยหน่ายในงานนั้นมีโครงสร้างที่ซ้อนทับกัน โดยที่ความเหนื่อยหน่ายในงาน จะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสิ้นหวัง ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับงานปริมาณที่สูง การไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน และรู้สึกเหมือนกับว่า ความพยายามในงานไม่ได้ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงใดในชีวิต รวมถึงเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากปัญหาที่เกิดจากการทำงาน ส่วนความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ นั้นคือผลลัพธ์ทางตรงของประสบการณ์เฉพาะในนักวิชาชีพช่วยเหลือ รวมถึงนักวิชาชีพให้บริการทางสุขภาพจิต หรือ เรียกได้ว่า เป็นความเสี่ยงรุนแรงสำหรับผู้ทีเลือกจะช่วยเหลือผู้อื่นนั่นเอง (Alkema, Linton, & Davies, 2008)

กล่าวโดยสรุป ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ หมายถึง อาการความอ่อนล้า เหนื่อยล้าทั้งทางกายและใจเมื่อต้องดูแลช่วยเหลือและรับฟังเรื่องราวเจ็บปวด เป็นทุกข์ ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจของผู้มารับบริการ เนื่องจากเป็นคนที่มีความใส่ใจ ความร่วมรู้สึก อยากจะช่วยเหลืออย่างแท้จริง ซึ่งส่งผลให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง รวมถึงความใส่ใจที่จะเข้าอกเข้าใจอยากจะช่วยเหลือก็จะลดลงด้วย จนเกิดความชินชาต่อความเจ็บปวดของผู้คน

แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ

ในปี 1995 Charles R. Figley ได้เสนอโมเดลแบบไม่เป็นทางการ (etiological casual model) ที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) บนสมมติฐานที่ว่า ความร่วมรู้สึก (empathy) นั้น เป็นส่วนประกอบสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่มีประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการช่วยเหลือ รวมทั้งความเจ็บปวดของผู้ให้การดูแลซึ่งถือเป็นราคาที่ต้องจ่ายในการดูแลผู้อื่น หรือ “a cost of caring” และเป็นผลเชิงลบของความร่วมรู้สึกที่เกิดขึ้น (Figley, 1995, 2002a) ต่อมาจึงได้พัฒนาเป็นโมเดลที่ประกอบไปด้วยตัวแปรในการทำนายความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ สำหรับนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้มารับบริการโดยตรง เพื่อประโยชน์สำหรับกลุ่มบุคคลนั้นๆ ในการทำความเข้าใจบาดแผลทางจิตใจของผู้มารับบริการ และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการและประสิทธิภาพในการบำบัด รวมถึงยังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและช่วยเหลือเยียวยา ทั้งหมด 11 ตัวแปร (Figley Institute, 2012) ได้แก่

1. การเผชิญกับความทุกข์ (*exposure to suffering*) หมายถึง การสัมผัส การรับรู้ ความรู้สึกเจ็บปวด ความทุกข์ที่ผู้ที่มารับบริการประสบอยู่จาก เหตุการณ์เครียด กตตันในชีวิต

2. ความใส่ใจที่จะร่วมรู้สึก (*empathic concern*) หมายถึง แรงจูงใจของผู้ให้บริการในการที่จะตอบสนองต่อผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ เพราะหากไม่มีแรงจูงใจที่อยากจะช่วย ถึงจะมีความสามารถในการเข้าใจหรือร่วมรู้สึกจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ ในทางกลับกันหากผู้ให้บริการมีความต้องการแท้จริงที่จะช่วยเหลือ ก็จะสามารถฝึกฝน แสวงหาความรู้เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเต็มที่

3. *ความสามารถในการร่วมรู้สึก (empathic ability)* หมายถึง ความสามารถรับรู้ ความเจ็บปวดความทุกข์ของผู้อื่น โดยความสามารถในการร่วมรู้สึกนี้เป็นหัวใจของการ ช่วยเหลือผู้อื่น และยังเป็นความเสี่ยที่จะก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจอีกด้วย

4. *การตอบสนองอย่างร่วมรู้สึก (empathic response)* หมายถึง ความพยายาม ของผู้ให้บริการในการช่วยเหลือ บรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ของผู้ที่มาใช้บริการ ผ่าน การเข้าใจอย่างร่วมรู้สึกในประสบการณ์ของผู้มารับบริการผ่านมุมมองของผู้รับบริการ ซึ่งจะ ทำให้ได้สัมผัสถึง อารมณ์ต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวด ความโกรธ ความกลัว เป็นต้น

5. *การถอนตัวออกจากสถานการณ์มาเป็นผู้ดู (disengagement / detachment)* หมายถึง ความสามารถของผู้ให้ความช่วยเหลือในการสร้างระยะห่าง หรือ สร้างความสมดุล ด้วยการแยกตนเองออกจากการสัมผัสความทุกข์ของผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่องในระหว่าง การบำบัด ซึ่งผู้บริการจะต้องพยายามที่จะมีสติ และเหตุผลที่จะระลึกไว้ว่าตนเองนั้นจะต้อง ปล่อย (let go) ความคิด ความรู้สึกที่สัมผัสได้จากการทำงานร่วมกับผู้รับบริการออกไปเมื่อ จบการให้บริการ เพื่อที่จะสามารถดำรงชีวิตของตนเองต่อไป ทั้งนี้รวมถึงการดูแลสุขภาพ ของตนเองด้วย

6. *การมีความรู้สึกพึงพอใจหรือประสบความสำเร็จ (sense of satisfaction/ achievement)* หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจหรือประสบความสำเร็จ ในการได้พยายาม ช่วยเหลือของผู้ให้บริการ ที่ต้องพยายามตระหนักถึงจุดที่สิ้นสุดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ บำบัด และจุดเริ่มต้นของหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้มารับบริการอย่างมีเหตุผล

7. *ความเครียดในการเห็นอกเห็นใจ (compassion stress)* หมายถึง ความรู้สึก ตึงเครียด กัดดันทางอารมณ์จากการตอบสนองอย่างร่วมรู้สึก และมีความต้องการอย่างมาก ที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดของผู้รับบริการ เช่นเดียวกับความเครียดอื่น ๆ ที่บุคคลเมื่อ เกิดความตึงเครียดในระดับที่มากพอก็จะส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และคุณภาพ ของการดำรงชีวิตตามปกติ โดยที่หากผู้ให้บริการไม่สามารถจัดการควบคุมความเครียดส่วนนี้ได้ เมื่อร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ อีก 2 ตัวแปร ก็จะพัฒนาไปสู่ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจได้

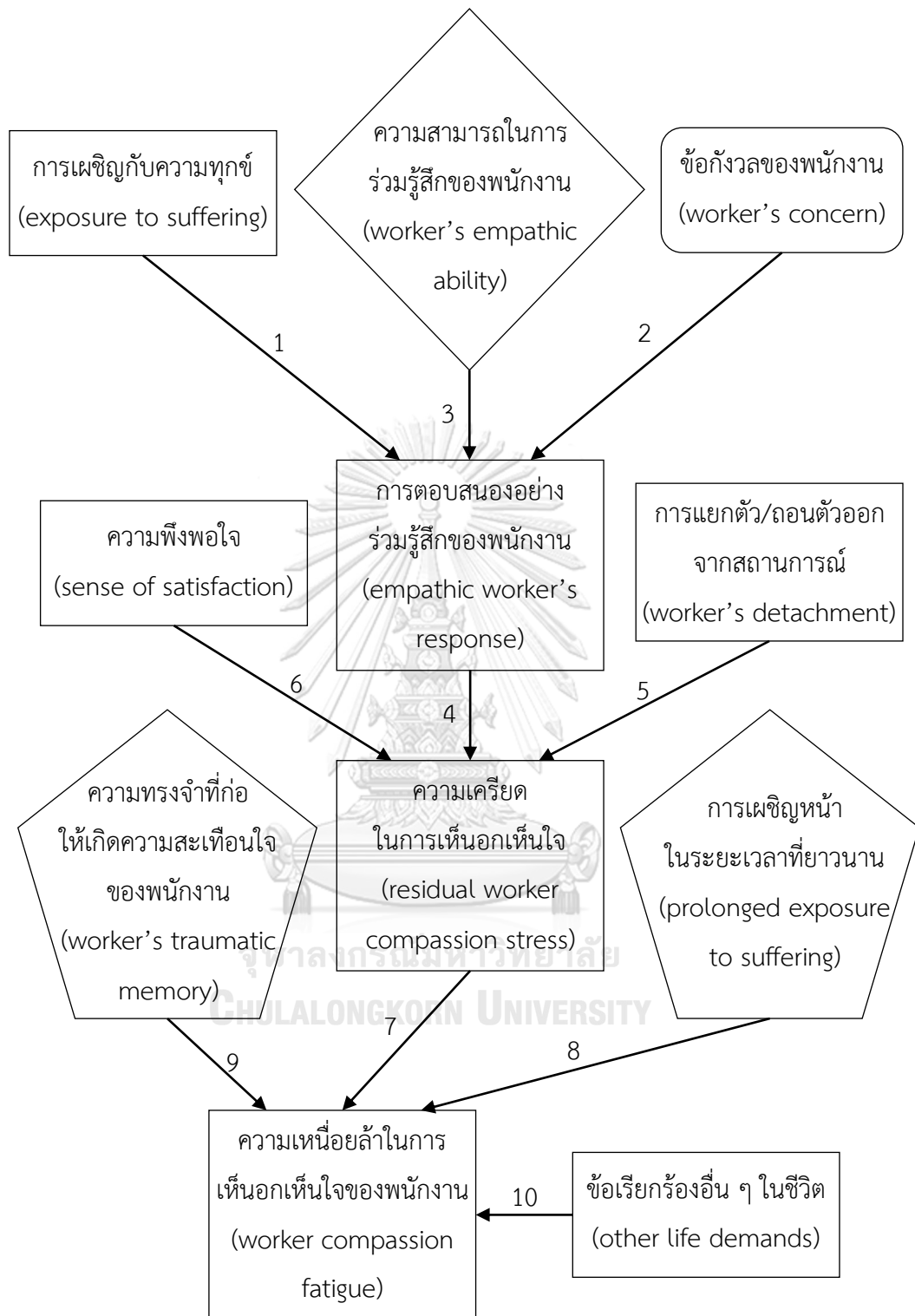
8. การเผชิญหน้าในระยะเวลาที่ยาวนาน (*prolonged exposure*) หมายถึง การที่ผู้ให้บริการมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อการใส่ใจดูแลผู้ที่เจ็บปวดในระยะต่อเนื่องยาวนาน ที่ต้องใช้ทั้งความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าใจอย่างแท้จริง ซึ่งควรจะมีการทิ้งระยะพักการทำงานหน้าที่ในฐานะผู้ให้บริการมืออาชีพ

9. ความจำที่ก่อให้เกิดความสะเทือนใจ (*traumatic memories/recollections*) หมายถึง ความทรงจำที่กระตุ้น (*trigger*) ให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ หรือ ความรู้สึกบอบช้ำทางจิตใจ จนเกิดผลเสียต่อสุขภาพทางจิตเวช เช่น มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะวิตกกังวล ซึ่งความทรงจำนี้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้บริการกับบุคคลอื่น เป็นเหตุการณ์ที่เชื่อมโยงหรือ ผู้รับบริการมีลักษณะคล้ายคลึงกับเหตุการณ์ในอดีตของนักบำบัด โดยที่เหตุการณ์นั้น ๆ จะก่อให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์

10. ความเครียดและข้อเรียกร้องอื่น ๆ ในชีวิต (*life disruption/demands*) หมายถึง เหตุการณ์ที่กดดัน ตึงเครียดที่ผู้ให้บริการประสบอยู่ และทำให้ผู้ให้บริการต้องไปจัดการและรับผิดชอบ เช่น ความเจ็บป่วย สถานะทางเศรษฐกิจ บทบาทหน้าที่ทางสังคม ความรับผิดชอบต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการเกิดความเสี่ยงในการเกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจสูงขึ้น

11. ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (*compassion fatigue*) หมายถึง ภาวะความตึงเครียด และเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์เจ็บปวดสะเทือนใจ โดย (ก) การรับรู้ประสบการณ์นั้นซ้ำ ๆ (*re-experiencing*) (ข) การหลีกเลี่ยงหรือไร้ความรู้สึก (*avoidance/numbing*) และ (ค) การตื่นตัวตลอดเวลา (*persistent arousal*)

ต่อมาได้กลายเป็นโมเดลความเครียด และความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (*compassion stress and fatigue model*) ตามภาพที่ 5



ภาพที่ 5 โมเดลความเครียด และความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ

(Figley, 2001, อ้างถึงใน Figley Institute, 2012)

ข้อมูลจากโมเดลข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า พลังงานทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจาก การตอบสนองอย่างร่วมรู้สึก (empathic response) นั้นทำให้เกิดความเครียดในการช่วยเหลือผู้อื่น (compassion stress) ในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต และนักวิชาชีพช่วยเหลือมีผลกระทบเชิงลบต่ออารมณ์ ร่างกาย และจิตใจ ทั้งนี้ความเครียดในการช่วยเหลือผู้อื่นนั้นจะบรรเทาให้ลดลงได้ หากผู้ที่ช่วยเหลือสามารถสัมผัสถึงความรู้สึกพึงพอใจ/ประสบความสำเร็จ (sense of satisfaction/achievement) และ/หรือ สามารถแยกความรู้สึกออกจากการเผชิญกับความทุกข์ (disengagement/detachment) แต่ก็เพิ่มขึ้นได้ ผ่านตัวแปรทางด้าน การต้องเปิดรับความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง (prolonged exposure) ประสบการณ์บอบช้ำทางจิตใจ (traumatic memories/recollections) และการแทรกแซงของเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (life disruption/demands) จนพัฒนาเป็นความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) ได้เช่นกัน (Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski, & Smith-MacDonald, 2017)

อย่างไรก็ตามนักวิจัยจำนวนมากได้วิเคราะห์กรอบความคิดของดังกล่าว Vachon, Huggard, และ Huggard (2015) เสนอว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ นั้นเริ่มต้นมาจากความตึงเครียดของการร่วมรู้สึก (empathetic strain) ระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับบริการ หรือที่ Klimecki และ Singer (2012) เรียกว่า “empathetic distress fatigue” Jenkins และ Warren (2012) อธิบายว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ นอกเหนือจากที่ Figley Institute (2012) เสนอในโมเดลข้างต้นนั้น คือ การใส่ใจดูแลผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่องยาวนาน สภาพแวดล้อมที่มีความตึงเครียดสูง การใช้ความเป็นตัวเองในการดูแลบำบัดรักษามากเกินไป

สำหรับมาตรวัดความความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจนั้น ในปี 1995 Figley (1995) ได้พัฒนาแบบวัดความอ่อนล้าในการช่วยเหลือด้วยตนเอง (the Compassion Fatigue Self-Test: CF) ขึ้นมาโดยเฉพาะซึ่งสามารถใช้วัดได้ทั้ง ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และ อาการอ่อนล้าหมดแรงจากการทำงาน (job burnout) โดยที่ในรุ่นแรกจะประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งออกเป็นการวัด 2 ตัวแปรหลัก (subscales) คือ วัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ 23 ข้อ และ วัดอาการเหนื่อยล้าจากการทำงาน 17 ข้อ โดยที่เป็นการถามความถี่ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเอง หรือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแบบระดับคะแนน 5 ระดับ 1-5 คะแนน จากไม่เคย ถึง บ่อยมาก (rarely/never to very often) โดยที่มีเกณฑ์การแปลผลแยกกัน 2 ตัวแปร คะแนนต่ำหมายถึงมี

ความเสี่ยงต่ำ คะแนนที่สูงขึ้น คือระดับความเสี่ยงที่เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ ทั้งนี้มีความสอดคล้องภายในที่ .86 ถึง .94 และมี 1 ปัจจัยคงที่ที่แสดงถึง อารมณ์ซึมเศร้า ร่วมกับความรู้สึกเหนื่อยล้า (fatigue) รู้สึกผิดหวังท้อแท้ (disillusionment) และ รู้สึกไร้ค่า (worthlessness)

สัญญาณเตือนถึงการมีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ

แม้ว่าในการศึกษาต่าง ๆ จะไม่พบการพัฒนาปัญหาที่ตามมาของความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ แต่การศึกษาทำความเข้าใจอาการและปัจจัยเสี่ยงก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยเหลือนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต และนักวิชาชีพช่วยเหลืออื่น ๆ รวมถึงผู้มารับบริการได้ ซึ่งสัญญาณเตือน หรืออาการของความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ สามารถแบ่งออกเป็นทางด้านร่างกาย พฤติกรรม จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงส่งผลกระทบต่อความเป็นนักวิชาชีพดูแลช่วยเหลือ การเข้าใจตนเอง และการดำรงอยู่ของสุขภาวะ ดังนี้ (Sinclair et al., 2017)

1. **ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ** มักพบว่าผู้ที่มีความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ จะมีสัญญาณเตือนทางด้านจิตใจ เช่น การมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ ถอยห่างจากความสัมพันธ์ มีภาพลักษณ์ต่อตนเองที่ไม่ดี ความซึมเศร้า ความสามารถในการเข้าอกเข้าใจเห็นใจผู้อื่นลดน้อยลง อกดีต่อโลกและสังคมมนุษย์ ความขุ่นเคือง รู้สึกแย่ต่อการให้บริการช่วยเหลือผู้อื่น ไม่เต็มใจที่จะดูแลใส่ใจ ไม่รู้สึกพึงพอใจหรือรื่นเริง หวาดกลัวกลัวอย่างไม่สมเหตุผล ผล วิตกกังวลสูง ความเสี่ยงส่วนบุคคลเพิ่มขึ้น มีปัญหากับคนใกล้ชิด โดนกระตุ้นทางอารมณ์ง่ายหรือเฉยชา หลีกเลี้ยงแยกตัว สิ้นหวัง ไม่สามารถแยกเรื่องงานกับเรื่องส่วนตัวได้ ไม่สามารถพัฒนาตนเองในการดำรงชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องทำงานได้ สำหรับด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการแสดงออกจะคล้าย ๆ กับด้านจิตใจ กล่าวคือ มีการขาดการตระหนักทางจิตวิญญาณ ขาดความสนใจในการทบทวนความคิดความรู้สึกของตนเอง มีการประเมินตัดสินใจที่แย่ ความสามารถในการเข้าใจหรือหยั่งรู้ลดลง

2. **ด้านร่างกาย** มักพบว่าผู้ที่มีความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ จะมีสัญญาณเตือนทางด้านร่างกาย เช่น การมีความเหนื่อยล้าหมดแรง ปวดศีรษะ ระบบกระเพาะอาหารและลำไส้มีปัญหา ปัญหาสุขภาพการนอน ความเหนื่อยล้าอึดโรย ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และ อาจหมกมุ่นกับความเจ็บป่วยด้านร่างกายได้

3. ด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ มักพบว่า ผู้ที่มีความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ ใช้การดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพย์สารเสพติดเพิ่มขึ้น มักจะมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้คน มักหลีกเลี่ยงการพบเจอผู้รับบริการ การตัดสินใจระหว่างการให้บริการบกพร่อง รวมถึงมีการตอบสนองที่เฉยชาต่อผู้ให้บริการ ที่เรียกว่า “The Silence Response” (Sinclair et al., 2017)

ปัจจัยเสี่ยงต่อที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ

การศึกษาเชิงคุณภาพของ Killian (2008) พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ นั้นได้แก่ ปริมาณงานที่มากเกินไป (high caseload/workaholic) ประวัติบาดแผลทางจิตใจ ส่วนตัวของนักวิชาชีพ (personal history of trauma) การเข้าถึงการนิเทศ (supervision) ที่น้อย สิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานไม่เอื้ออำนวย (supportive work environment) ทักษะคติการมองโลกในเชิงลบ (cynicism) การตระหนักรู้ในความต้องการของตนเอง นอกจากนี้ยังชี้ว่า อาการเครียดจากการทำงาน และการไม่ใส่ใจดูแลตนเอง ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับของความเสี่ยงในการประสบ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจสูง

อีกทั้ง Sprang และคณะ (2007) พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน รวมถึงระดับของบาดแผลทางจิตใจของผู้มารับบริการ มีผลต่อความเสี่ยงของผู้ให้บริการช่วยเหลือในการที่จะประสบกับ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ในระดับที่สูง โดยที่หากเป็นเพศหญิง อายุน้อย ระดับการศึกษาสูง มีประสบการณ์ต่ำ และ/หรือ พบเจอผู้มารับบริการที่มีระดับของบาดแผลทางจิตใจสูงในทางกลับกันในกลุ่มนักวิชาชีพที่ให้บริการช่วยเหลือที่มีอายุมาก จะมีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูงเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม Stamm (2002) กล่าวว่า มีการศึกษาจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่า นักวิชาชีพช่วยเหลือบางส่วน ประสบปัญหาทางด้านความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ สำหรับผู้ที่ยังคงทำงานในการช่วยเหลือผู้อื่นนั้น เป็นเพราะมุมมองในส่วนที่เป็นบวกต่องานที่ทำ กล่าวคือ ผู้ที่ทำงานด้านนี้ได้รับแรงจูงใจจากความรู้สึกพึงพอใจ หรือปลื้มปิติที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น (compassion satisfaction: ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ) ซึ่งความเชื่อมโยงระหว่าง ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และ ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ ไม่ได้ชัดเจนมากแต่ Stamm (2002) ชี้ว่าทั้ง 2 นั้นมีความสมดุลซึ่งกันและกันอยู่ กล่าวคือ ผู้ที่ทำงานช่วยเหลือผู้อื่นสามารถประสบความรู้สึกทั้ง 2 แบบได้ต่อเนื่องกัน เมื่อ

บุคคลมีระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจเพิ่มสูงขึ้น อาจจะทำให้มีอิทธิพลเหนือความสามารถในการรู้สึกพึงพอใจได้ (Bride, Radey, & Figley, 2007)

ดังนั้นในงานศึกษาระดับนี้ ผู้ทำวิจัยเห็นว่าเพื่อความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางด้านความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต การศึกษาตัวแปรทางด้านความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจควบคู่ไปด้วยจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง เพราะหากทำความเข้าใจ compassion fatigue เป็นผลเชิงลบของ “a cost of caring” แล้ว ก็จำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจผลเชิงบวกที่ถือว่าเป็น “ค่าตอบแทน” (payment of caring) เช่นกัน

4. ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (compassion satisfaction)

นักจิตวิทยา และนักวิชาการให้ความหมาย ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (compassion satisfaction) ไว้ดังนี้

Stamm (2005) นิยามคำว่า ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (compassion satisfaction) คือการที่บุคคลได้รับความพึงพอใจเมื่อสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Simon, Pryce, Roff, และ Klemmack (2005) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ก่อให้เกิดความพึงพอใจ และความรู้สึกขอบคุณที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแล และผู้ได้รับการดูแล

Radley และ Figley (2007) เชื่อว่า ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจนั้น เกี่ยวข้องกับการที่นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต หรือผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้อื่น เห็นว่าผู้ที่มารับบริการ เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น และเห็นคุณค่า ตระหนักในผลทางบวกที่เกิดขึ้นจากการร่วมมือเพื่อช่วยเหลือผู้มารับบริการ

Radley และ Figley (2007) ยังได้เพิ่มเติมอีกว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจนั้นรวมถึง การมีอารมณ์ทางบวก มองโลกในเชิงบวก มีสุขภาพที่ดี นำไปสู่การมีชีวิตที่สมดุล ซึ่งทั้งหมดนี้และปัจจัยอื่น ๆ ที่คล้ายกันล้วนเป็นวิธีการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี (Alkema et al., 2008)

แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ

เมื่อกล่าวถึงความเห็นอกเห็นใจ(compassion) โดยทั่วไป หมายถึง ความรู้สึก และการกระทำ ที่มีความเข้าอกเข้าใจและความโศกเศร้าอย่างลึกซึ้งต่อผู้ที่ได้รับความเจ็บปวด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเหลือผู้อื่น (Stamm, 2002)

สำหรับ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ นับเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในความสัมพันธ์ของการให้บริการมนุษย์ และเนื่องด้วยความคิดเชิงทฤษฎี และงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า นักวิชาชีพบางส่วนก็ประสบความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ แต่บางส่วนก็ไม่มีภาวะดังกล่าว ผู้ที่สามารถปฏิบัติงานต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเห็นข้อดีที่หล่อเลี้ยงจิตใจ ความรู้สึกที่กระตุ้นนักวิชาชีพเหล่านั้น คือความรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับจากการให้บริการ เช่น ความภาคภูมิใจที่ได้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นผ่านการทำงาน ความรู้สึกด้านบวกที่มีต่อเพื่อนร่วมงาน หรือต่อความสามารถของตนเองในที่ทำงานหรือต่อสังคม ที่ Stamm (2002) นิยามว่า “compassion satisfaction” (Bride et al., 2007) ต่อมาจึงเกิดการขยายขอบเขตของมาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (CFST) ไปสู่มาตรวัดมาตรวัดความพึงพอใจและความอ่อนล้าในการเห็นอกเห็นใจ (CSFT)

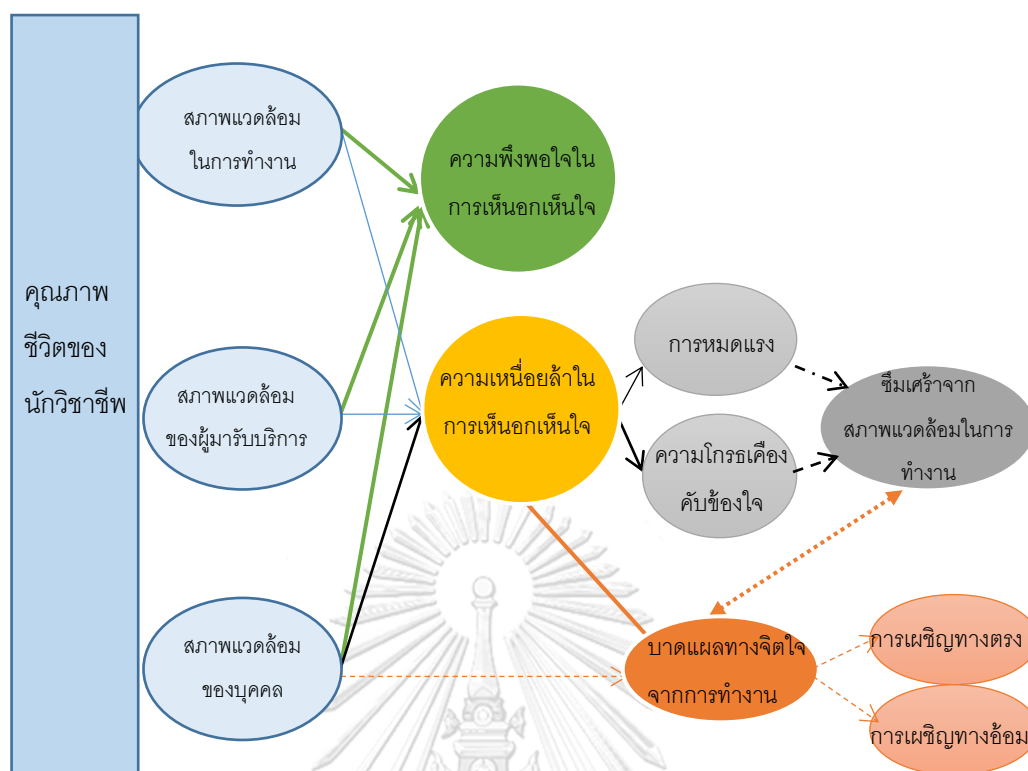
ในปี 1996 Figley และ Stamm (1996) ได้พัฒนาแนวคิดในเรื่องของความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ โดยมองว่าเป็นส่วนประกอบสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของนักวิชาชีพ ต่อมาจึงได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ (Professional Quality of Life) ที่ประกอบไปด้วย (1) การมีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ หรือ ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ) ซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจที่บุคคลได้รับเมื่อทำงานได้ดี (2) ความเหนื่อยล้าในการทำงาน (burnout) แสดงถึงความเหนื่อยล้า ความคับข้องใจ ความโกรธ และความซึมเศร้า ทั้งนี้มักจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยความยากลำบากขององค์กรหรือสถานที่ทำงาน และความเครียดทางอ้อมจากบาดแผลทางจิตใจ (STS) ซึ่งหมายถึงการวัดลักษณะด้านลบที่เกิดขึ้นในการช่วยเหลือผู้อื่น รวมถึงความทุกข์ใจ การไม่เชื่อมต่อกับสิ่งแวดล้อม และอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นจากความกลัวและการทำงานกับผู้ที่มึบาดแผลทางใจทั้งทางตรงและทางอ้อม (Stamm, 2010, อ้างถึงใน Sinclair et al., 2017) ซึ่งลักษณะต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตนักวิชาชีพเหล่านี้มีอิทธิพลต่อคุณภาพในการตัดสินใจและการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้รับบริการ (Killian, 2008; Radley & Figley, 2007; Thomas, 2013)

แนวคิดคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ นี้มีหลักการที่ว่า การช่วยเหลือผู้ที่ช่วยเหลือผู้อื่น หรือ “helping the helpers” นั้น มีผลกระทบทั้งทางด้านบวก คือ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และผลกระทบทางด้านลบ คือ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งแบบออกเป็น 2 ส่วน คือ การเหนื่อยล้าในการทำงาน (burnout) และบาดแผลทางจิตใจทางอ้อม (secondary trauma) อีกทั้งยังมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (Stamm, 2012) ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 แผนภาพคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ (Stamm, 2010)

อย่างไรก็ตามภาพรวมกรอบความคิดของคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพนั้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเนื่องจากมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับทั้งลักษณะของสภาพแวดล้อมที่ทำงาน ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล รวมถึงการเปิดรับความเจ็บปวดของบาดแผลทางใจทั้งทางตรงและทางอ้อมในสถานที่ทำงาน ภาพที่ 7 จะสามารถช่วยอธิบายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพได้



ภาพที่ 7 โมเดลองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ (Stamm, 2010)

โมเดลข้างต้น ในภาพที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (compassion satisfaction) ซึ่งเป็นผลทางด้านจะอยู่ตรงกลาง โดยที่สภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานของคุณภาพแวดล้อมของผู้รับบริการและสภาพแวดล้อมของตัวบุคคลเอง มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการช่วยเหลือ เช่น บุคคลสามารถรู้สึกพึงพอใจเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น ไม่ว่าจะต้องทำงานอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีหรือไม่ก็ตาม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม จะพบว่า ความเครียด เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของนักวิชาชีพ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต (Alkema et al., 2008; Skovholt & Trotter-Mathison, 2016) โดยที่ความเครียดคือ ปฏิกริยาตอบสนอง ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม บุคคลจะรับรู้ และประเมินว่าสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้น ๆ เป็นภัยต่อตนเอง และส่งผลต่อสภาวะของบุคคลนั้น ๆ (Lazarus & Folkman, 1984) นักวิชาชีพเหล่านี้มักจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์เครียดบ่อยครั้งในการทำงานแต่ละวัน ซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียดที่จะต้องเจอผลเสียของความเครียดมากขึ้น ด้วยสถานการณ์ความเครียดที่ต้องเผชิญหน้าบ่อยครั้งนั้นรวมถึง (1) ความตาย (2) ครอบครัวที่โศกเศร้า (3) ความหดหูโศกเศร้าของตนเอง (4) เรื่องราวสะเทือนใจ (5) การเฝ้าสังเกตความเจ็บปวดทางกายขั้นรุนแรงของผู้ป่วย (6) สภาวะ

อารมณ์รุนแรง เช่น อารมณ์โกรธและอารมณ์ซึมเศร้า และ (7) ความเหนื่อยล้าทางกายและอารมณ์ (Payne, 2001, อ้างถึงใน Alkema et al., 2008; Keidel, 2002) ต่อมาจึงเกิดมีการวิจัย และศึกษาในเรื่องวิธีการดูแลตนเอง (self-care strategies) และ ปัจจัยป้องกัน (protective factors) สำหรับการจัดการความเครียดในหมู่นักวิชาชีพ (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016; Vachon et al., 2015) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า ความเครียด และ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ จะไม่ได้หมายถึงภาวะเดียวกัน เนื่องจากมีโครงสร้างที่ไม่เหมือนกัน อีกทั้ง ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ยังเป็นผลที่ตามมาของ ความเครียดที่เกิดจากการเห็นอกเห็นใจนั่นเอง (Figley, 2002a)

ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ เปรียบเสมือนหอกที่ทิ่มแทงสุขภาพของนักวิชาชีพ เนื่องจากการทำงานในแต่ละวันจะต้องใช้ ความเข้าอกเข้าใจ และความมีเมตตากรุณา (compassion) สูง ต้องดูแลผู้มารับบริการและครอบครัวในช่วงเวลาที่มีความตึงเครียดเป็นอย่างมาก รวมถึงต้องรับฟังเรื่องราวและสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด ความโศกเศร้า และความสะเทือนใจ ด้วยปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จึงทำให้นักวิชาชีพมีความเสี่ยงสูงในการที่จะเกิดภาวะความอ่อนล้าในการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการทำงาน ให้บริการเชิงสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตาม การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าอกเข้าใจ ความมีเมตตากรุณาในระยะยาว ไม่ได้ก่อให้เกิดเฉพาะภาวะทางอารมณ์ที่เป็นลบเสมอไป ยังสามารถก่อให้เกิดภาวะความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจได้เช่นกัน (Stamm, 2005) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจในนักวิชาชีพ จะช่วยให้คุณภาพของการทำงานและให้บริการดีขึ้นได้เช่นกัน

เนื่องจาก ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ สามารถเห็นปัจจัยเสี่ยงได้อย่างชัดเจน การสนับสนุนให้เกิดการศึกษา และตระหนักในความอ่อนล้าและความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ รวมถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง จะช่วยป้องกันความบกพร่องและส่งเสริมสุขภาพของนักวิชาชีพได้ (Abendroth & Flannery, 2006; American Counseling Association, 2005; American Mental Health Counselors Association, 2010)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Sprang และคณะ (2007) ได้ศึกษา ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ (compassion satisfaction) และอาการเหนื่อยล้าในงาน (burnout) กับตัวแปรความแตกต่างทางด้านลักษณะส่วนตัว และลักษณะของงานในนักวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น จำนวน 1,121 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพในรัฐแถบชนบททางตอนใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการส่งแบบสอบถามไปตามรายชื่อและที่อยู่ของนักวิชาชีพที่มีใบอนุญาตหรือได้รับการรับรองทั้งหมด 5,752 คน ผลการศึกษา พบว่า นักวิชาชีพด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ที่ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 45.22 ปี ($SD = 10.84$) โดยที่อายุอยู่ในช่วง 23-81 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 68.6) มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 13.92 ปี ($SD = 9.54$) และ ร้อยละ 30 ของผู้มารับบริการ มีความโศกเศร้าหลังประสบเหตุการณ์สะเทือนจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า เพศ ระดับการศึกษา และลักษณะของสถานที่ทำงาน มีผลต่อระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และอาการเหนื่อยล้าในงาน รูปแบบของใบอนุญาตและการได้รับการฝึกเฉพาะทางมีผลต่อระดับความพึงพอใจในการช่วยเหลือ และ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และถิ่นที่ตั้งของที่ทำงานมีผลต่ออาการเหนื่อยล้าในงาน (ตามตารางที่ 4)

ทั้งนี้ Sprang และคณะ (2007) ยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การศึกษานี้เป็นการขยายการศึกษาของระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ และอาการเหนื่อยล้าในงาน ในกลุ่มผู้ให้ความช่วยเหลือทั่วไป และจากหลาย ๆ การศึกษาพบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีการตอบสนองต่อความเครียดมากกว่า ในขณะที่ผู้ที่ทำงานในแถบชนบทจะมีอัตราของอาการเหนื่อยล้าในงานสูงกว่าผู้ที่ทำงานในเขตเมือง เนื่องจากบุคลากรขาดแคลน จึงทำให้จำนวนคนที่ต้องดูแลช่วยเหลือมีจำนวนมากเกินไป (caseload) และห่างไกลจากผู้คน แต่ในทางกลับกันไม่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ เพราะพบว่า อาการเหนื่อยล้าในงานถือได้ว่าเป็นปัจจัยป้องกันที่ขัดขวางการพัฒนาความเข้าใจผู้อื่น (empathy) จึงทำให้ไม่เกิดการส่งผ่านทางความเจ็บปวด นอกจากนี้ จิตแพทย์ยังมีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจสูงกว่าอาชีพทางสุขภาพจิตอื่น ๆ โดยที่ไม่เกี่ยวกับอายุหรือเพศ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของรัฐบาล หรือ องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร ทั้งนี้พบว่า การได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางเกี่ยวกับความบอบช้ำทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ให้ความช่วยเหลือมีความพึงพอใจในการช่วยเหลือสูง และลดความอ่อนล้าในการช่วยเหลือและอาการเหนื่อย

ล้าในงานลง ดังนั้น วิธีการป้องกันที่ดี คือการเพิ่มการฝึกฝนเฉพาะทางลงไปเป็นหลักสูตรตั้งแต่ตอนเรียน เนื่องจากการศึกษานี้จัดทำในรูปแบบของการสำรวจจึงได้รับข้อมูลที่อาจจะยังไม่ครอบคลุมมากพอ ส่วนที่หายไปอาจจะมีผลสำคัญต่อผลการศึกษา และทำให้ไม่ได้รวมในเรื่องของ ประวัติความบอบซ้ำทางจิตใจส่วนตัวของผู้ให้ความช่วยเหลือ ลักษณะการเผชิญปัญหา รูปแบบความบอบซ้ำทางใจ และความถี่และคุณภาพของการรับบริการนิเทศ ซึ่งเป็นปัจจัยที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไปในอนาคต)

ตารางที่ 4

การทำนายของแต่ละลักษณะของผู้ให้บริการช่วยเหลือต่อ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ, ความพึงพอใจในการช่วยเหลือ และ burnout

ตัวแปร	ปัจจัยทำนาย					
	เพศ	ระดับการศึกษา	เป็นนักจิตวิทยาที่มีใบอนุญาต	ลักษณะองค์กร (รัฐ หรือ เอกชน)	ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง	พื้นที่ทำงาน (เมือง หรือ ชนบท)
ความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น	×	×	✓	×	✓	×
ความอ่อนล้าในการช่วยเหลือผู้อื่น	✓	✓	✓	✓	✓	×
ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน	✓	✓	×	✓	×	✓

Lawson (2007) ศึกษาสุขภาพและการทำหน้าที่บกพร่อง (impairment) ของนักจิตวิทยาการปรึกษาของสมาคมนักจิตวิทยาการปรึกษาแห่งสหรัฐอเมริกา (ACA) จำนวน 1000 คน โดยการส่งเอกสารไปตามที่อยู่ที่ได้รับซึ่งประกอบด้วย จดหมายแนะนำวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และแบบสอบถาม Career-Sustaining Behaviors Questionnaire (CSBQ) และ the Professional Quality of Life Scale- ฉบับปรับปรุงรุ่นที่ 3 (Pro-QOL-II-R) รวมถึงข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งมีผู้ตอบรับที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 501 คน ผลการศึกษาพบว่า นักจิตวิทยาการปรึกษาที่ตอบแบบสอบถาม มีอายุเฉลี่ย 48.8 ($SD = 11.23$) ปี เป็นเพศชาย 388 คน เพศหญิง 106 คน และไม่ระบุเพศ 6 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาเฉลี่ย 12.3 ($SD = 9.02$) ปี ส่วนใหญ่จบ

การศึกษาระดับปริญญาโท (ร้อยละ 80) มีใบประกอบวิชาชีพเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษา หรือ เทียบเท่า (ร้อยละ 71) ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้ (1) นักจิตวิทยาการปรึกษามีความพึงพอใจในการทำหน้าที่ของตนเอง และรายงานว่าตนเองมีสุขภาวะที่ดี แต่ในขณะเดียวกันรายงานว่าเพื่อนร่วมงานมีระดับสุขภาวะที่ต่ำ (2) ผู้มารับบริการจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 เป็นผู้ผ่านการมีประสบการณ์ได้รับบาดเจ็บทางจิตใจ (3) นักจิตวิทยาการปรึกษามีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูงกว่ามาตรฐาน มีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจและอาการอ่อนล้าหมดแรงต่ำกว่ามาตรฐาน อย่างไรก็ตามพบว่า ร้อยละ 14 ของนักจิตวิทยาการปรึกษาโดยเฉพาะที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน และบริบทโรงเรียน K-12 มีระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจและอาการอ่อนล้าหมดแรงจุดตัด ร้อยละ 10.8 และ 5.2 ตามลำดับ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาวะได้ (4) เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการนิเทศ กับระดับของความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจและอาการอ่อนล้าหมดแรง พบว่ากลุ่มผู้ที่ได้รับการนิเทศมากกว่า มีระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจและอาการอ่อนล้าหมดแรงสูงกว่า ซึ่งเป็นไปได้ว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพของตนเองมีความเครียด จะตระหนัก และแสวงหาความช่วยเหลือมากกว่า (5) ผู้ที่มีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการทำงานที่ยั่งยืนจะมีระดับอาการอ่อนล้าหมดแรงต่ำ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูง ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เครื่องมือที่เป็นการประเมินด้วยตนเองที่เน้นสุขภาวะ และความพึงพอใจเป็นหลัก ซึ่งอาจยังไม่ครอบคลุมการมีสุขภาวะแบบองค์รวม

Killian (2008) ได้ศึกษาความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจและสุขภาวะของผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงานช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการถูกทารุณกรรมทางเพศ โดยใช้การวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ในส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการถูกทารุณกรรมทางเพศในเขตเมืองขนาดใหญ่ของรัฐเท็กซัส ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ และนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต จำนวน 20 คน (อายุ 28-75 ปี) มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 8 ปี ผลการศึกษาพบ 4 ประเด็นหลัก กล่าวคือ (1) อาการความเครียดทางกายและทางจิตใจ เช่นอาการปวดเมื่อย เหนื่อยล้า ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์นอนไม่หลับ มีความวิตกกังวล และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวนั้น เหมือนกับเกณฑ์ของผู้ป่วยโรค PTSD ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจตามมา ซึ่งมีผลมาจาก (2) ปัจจัยภายในและภายนอก ได้แก่ การรับจำนวนผู้มารับบริการมากเกินไป ประวัติเกี่ยวกับเหตุการณ์สะเทือนใจส่วนตัว การเข้าถึงการนิเทศ ขาดการสนับสนุนของสภาพแวดล้อมในที่ทำงานและสังคม มุมมองที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เปลี่ยนไป และการ

ตระหนักรู้ถึงความต้องการของผู้อื่น (3) ความเข้าใจในการดูแลตนเอง (4) วิธีการเฉพาะจงใจในการดูแลตนเอง ได้แก่ การเข้าหาสังคม การออกกำลังกาย และการมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จากนั้นเป็นการศึกษาเชิงปริมาณด้วยการสำรวจ นักบำบัดช่วยเหลือผู้ผ่านเหตุการณ์สะเทือนทางจิตใจจากศูนย์คุ้มครองเด็ก จำนวน 104 คน (อายุ 25-64 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 9.02 ปี ให้บริการจำนวน 5-40 ราย ต่อสัปดาห์) โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Index) (McCubbin, Patterson, & Glynn, 1982) มีการประเมินความถี่ ความรุนแรง ความเครียดที่เกิดขึ้นของประสบการณ์ที่สะเทือนจิตใจที่ผ่านมา ประเมินการเผชิญปัญหา (28-item Brief COPE; Carver, 1997) คุณภาพชีวิตในการทำงาน (Professional Quality of Life III) ความอ่อนล้าและความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Fatigue and Satisfaction Subscales, R-III) ความเหนื่อยหน่ายในงาน (The Maslach Burnout Inventory) ผลการศึกษาพบว่า (ก) การสนับสนุนทางสังคม และอำนาจในการควบคุม มีผลทางบวกกับความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจในขณะที่ จำนวนชั่วโมงในการทำงานมีผลทางลบ (ข) การทำงานหนัก การขาดศีลธรรมในการทำงาน และความไม่เสถียรทางอารมณ์มีผลทางบวกกับ อาการเหนื่อยล้าในงาน (ค) การทำงานหนัก และประวัติการเผชิญเหตุการณ์สะเทือนจิตใจมีผลทางบวกกับ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ในขณะที่การตระหนักรู้ทางอารมณ์ของตนเองมีผลทางลบซึ่งผู้ทำการศึกษาได้อภิปรายเพิ่มเติมว่าปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคม และ ประสบการณ์การเผชิญเหตุสะเทือนใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจและความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจของนักบำบัด อีกทั้งยังแนะนำให้มีการระบุหัวข้อการดูแลตนเอง เช่น การเพิ่มการตระหนักรู้ทางอารมณ์ของตนเอง หรือเทคนิคการคงไว้ซึ่งสุขภาวะ ลงในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ที่จบไปสามารถดำรงไว้ซึ่งคุณภาพในการดูแลผู้มารับบริการได้ในระยะยาว เนื่องจากความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจจะส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ให้บริการ

ต่อมา Craig และ Sprang (2010) ได้สำรวจผลกระทบในการใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidenced-based practices) ต่อความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจของนักบำบัดรักษาเฉพาะทางด้านบาดแผลทางจิตใจ จำนวน 532 คน รวมถึงนักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยาที่มีใบประกอบวิชาชีพ จากกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มจำนวนทั้งหมด 2000 คนจากองค์กรความร่วมมือนักสังคมสงเคราะห์ระดับชาติ (NASW) โดยที่มีเกณฑ์การคัดเลือกคือจบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ซึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 34 และเป็นเพศ

หญิง ร้อยละ 65 อายุเฉลี่ย 53.2 ปี (27-83 ปี) มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 22.9 ($SD = 9.28$) ปี ผลการศึกษาพบว่า การใช้การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยลดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจอาการเหนื่อยล้าหมดแรงลง และเพิ่มความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้ยังพบอีกว่า อายุ และประสบการณ์ในการทำงาน ไม่ได้มีผลต่อการมีอาการอ่อนล้าหมดแรง ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจทั้งหมด โดยที่อายุ และ ประสบการณ์ในการเป็นนักวิชาชีพที่น้อยจะมีระดับอาการเหนื่อยล้าหมดแรงสูง แต่เมื่อมีการใส่ตัวแปรอาการความเครียดหลังจากเหตุการณ์สะเทือนใจ อายุ ไม่ส่งผลต่อการทำนายความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ในขณะที่ประสบการณ์ทางด้านคลินิกไม่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ แต่สามารถทำนายความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจได้

Ray และคณะ (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ของ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ สภาพการทำงาน และอาการอ่อนล้าหมดแรง ในนักวิชาชีพผู้ดูแลสุขภาพจิตแนวหน้า อันได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา จิตแพทย์ ผู้จัดการดูแลผู้ป่วย และ เจ้าหน้าที่สุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 430 คน คัดเลือกรายสะดวกจากสถานที่ 3 แห่งในเมืองออนตาริโอตะวันตกเฉียงใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 138 คน และเพศชาย 31 คน ที่มีอายุเฉลี่ย 43.8 ($SD = 11.61$) ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา (ร้อยละ 42) และปริญญาตรี (ร้อยละ 36.7) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพจิตเฉลี่ย 13.98 ปี ($SD = 11.45$) ผลการศึกษาพบว่า (1) สภาพแวดล้อมในการทำงานทั้ง 6 (จำนวนงาน การควบคุม รางวัลสังคม คุณค่า และความยุติธรรม) มีผลต่อระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ โดยที่นักวิชาชีพผู้ดูแลสุขภาพจิตแนวหน้ามีระดับความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูง และมีระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจต่ำ (2) ทั้งปัจจัยส่วนตัว และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ในการทำงาน มีผลต่อการพัฒนาอาการเหนื่อยล้าหมดแรง นอกจากนี้ถึงแม้ บุคคลที่จะมีประสบการณ์ทางด้านบาดแผลทางจิตใจ หรือไม่มี ไม่ได้ส่งผลแตกต่างในระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจอย่างมีนัยยะสำคัญ ถึงแม้ว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ทางด้านบาดแผลทางจิตใจ จะมีระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจสูงกว่า

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 อย่างไม่จำกัด เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจบทบาทของการให้บริการด้านสุขภาพจิตที่เน้นการดูแล พุดคุยปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการบำบัดทางจิตใจเป็นหลักผู้วิจัยจึงจำกัดขอบเขตโดยศึกษาเฉพาะนักวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่เน้นการดูแล พุดคุยปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการบำบัดทางจิตใจเป็นหลัก อันได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นักวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพจิต เหล่านี้ ทำงานอยู่ในสถานให้บริการด้านสุขภาพจิต เช่น องค์กร โรงพยาบาล หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขสถานพยาบาล และศูนย์สุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง นักวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่เน้นการดูแล พุดคุยปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการบำบัดทางจิตใจเป็นหลัก อันได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นักวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพจิต เหล่านี้ ทำงานอยู่ในสถานให้บริการด้านสุขภาพจิต เช่น องค์กร โรงพยาบาล หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ สถานพยาบาล และศูนย์สุขภาพจิต ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 149 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงถึงข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple regression analysis) ที่กำหนดเกณฑ์ว่า ตัวแปร 1 ตัวควรมีการกำหนดขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 20 คน (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีตัวแปรอิสระ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ความเครียด ความอ่อนล้าในการเห็นอกเห็นใจ และ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งต้องมีกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 60 ขึ้นไป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 149 คน ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างแบบรายสะดวก (convenient sampling) โดยการคำนึงถึงการกระจายในปัจจุบันด้านเพศ อายุงาน และประเภทของนักวิชาชีพ และที่สำคัญกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่

(1) นักวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพจิต ทั้งเพศชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลพูดคุยปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการบำบัดทางจิตใจเป็นหลัก อันได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยาการปรึกษา/นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และเจ้าหน้าที่ ที่เน้นการให้บริการเชิงให้คำปรึกษา

(2) ปฏิบัติงาน ในสถานให้บริการด้านสุขภาพจิต เช่น องค์กร โรงพยาบาล ทั้งเอกชนและรัฐบาลหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ สถานพยาบาล และศูนย์สุขภาพจิต

เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ที่รายงานตนเองว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล เป็นต้น หรือ ได้รับยา การรักษา และ/หรือ การบำบัด ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้รักษา หรือนักจิตวิทยาอยู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน ประเภทงานทางสุขภาพจิตที่ให้บริการ เป็นต้น) มาตรการรับรู้ความเครียด มาตรการความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ มาตรการความพึงพอใจในการช่วยเหลือ มาตรการสุขภาพ โดยมียละเอียดดังต่อไปนี้

1. มาตรการรับรู้ความเครียด ผู้วิจัยได้ใช้มาตรการรับรู้ความเครียดฉบับภาษาไทย ที่แปลและเรียบเรียงโดย วัชราวดี บุญสร้างสม (2556) จากมาตรวัดต้นฉบับ The Perceived Stress Scale : PSS ของ Cohen (1994) มาตรการรับรู้ความเครียดประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยเป็นมาตรวัดที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง ในแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็น 5 ระดับคะแนน ผู้ตอบ

สามารถเลือกตอบได้ตั้งแต่ 0-4 คะแนน (0 คือ ไม่เคยเลย และ 4 คือ บ่อยมาก) วิชราวดี บุญสร้างสม (2556) รายงานค่าความเที่ยงของมาตรวัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 81 คน เท่ากับ .80 สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ตารางที่ 5

เกณฑ์การให้คะแนนมาตรวัดการรับรู้ความเครียด

คำตอบ	คะแนน	
	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่เคยเลย	0	4
เกือบไม่เคย	1	3
บางครั้ง	2	2
ค่อนข้างบ่อย	3	1
บ่อยมาก	4	0

2. มาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ผู้วิจัยพัฒนามาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจฉบับภาษาไทย มาจากมาตรวัดต้นฉบับ the Compassion Fatigue Scale - Short Scale ที่พัฒนาโดย Adams และคณะ (2006) มาตรวัดต้นฉบับมี 2 องค์ประกอบย่อย โดยองค์ประกอบที่ 1 และ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และ 8 ข้อตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ โดยเป็นมาตรวัดที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง ในแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็น ระดับคะแนน 10 ระดับ (point scale) ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้ตั้งแต่ 1-10 คะแนน (1 คือ ไม่เคยเลย และ 10 คือ บ่อยมาก) ซึ่ง Adams และคณะ ได้รายงานค่าความเที่ยงของมาตรวัดแบ่งตามองค์ประกอบย่อย ดังนี้ ด้านบาดแผลทางจิตใจทางอ้อม = .80 และ ด้านอาการเหนื่อยล้าหมดแรง = .90

สำหรับเกณฑ์การตรวจให้คะแนนเป็นรายข้อ ซึ่งให้คะแนนรายข้อตามความหมายของระดับความมั่นใจของผู้ตอบในแต่ละข้อ ดังนี้

ตารางที่ 6

เกณฑ์การตรวจให้คะแนนเป็นรายข้อ มาตรฐานความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ

ระดับความเห็น	ไม่เคยเลย/เกือบไม่เคย										บ่อยมาก
คะแนน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

คะแนนที่ได้รับจากการทดสอบจะนำมาแปลผลดังนี้ ผู้ที่ได้ค่าคะแนนจากมาตรวัดในระดับมาก หมายถึง มีระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจสูง และผู้ที่ได้ค่าคะแนนจากมาตรวัดในระดับที่น้อย หมายถึง มีระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจต่ำ โดยคิดคะแนนรวมกันทั้ง 2 องค์ประกอบ

3. มาตรฐานความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ

ผู้วิจัยพัฒนามาตรวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจฉบับภาษาไทยมาจากมาตรวัดต้นฉบับ the Compassion Satisfaction Subscale ของ Compassion Fatigue and Satisfaction Self-test ของ Figley และ Stamm (1996) มาตรฐานต้นฉบับประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และ ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ช่วยเหลือและสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยเป็นมาตรวัดที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองในแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็น ระดับคะแนน 6 ระดับ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้ตั้งแต่ 0-5 คะแนน (0 คือ ไม่เคยเลย และ 5 คือ บ่อยมาก) โดย Figley และ Stamm (1996) รายงานค่าความเที่ยงของมาตรวัดมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha reliability coefficient) ของความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ = .87 สำหรับเกณฑ์การตรวจให้คะแนนเป็นรายข้อตามการรับรู้ของผู้ตอบในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ดังนี้

ตารางที่ 7

เกณฑ์การตรวจให้คะแนนเป็นรายข้อ มาตรฐานความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ

คำตอบ	คะแนน
	ข้อคำถามทางบวก
ไม่เคย	0
เกือบไม่เคย	1
บางครั้ง	2
ค่อนข้างบ่อย	3
บ่อย	4
บ่อยมาก	5

4. มาตรฐานสุขภาวะ ผู้วิจัยได้ใช้มาตรฐานสุขภาวะ 5 องค์ประกอบฉบับภาษาไทย ที่พัฒนา มาตรฐานโดย สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ (2559) จากมาตรฐานฉบับ The Five Factor Wellness Inventory: FFWEL ของ Myers และ Sweeney (2014) โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน มีข้อคำถาม ทั้งหมด 69 ข้อ มาตรฐานนี้เป็นมาตรฐานที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเอง ในแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็น ระดับคะแนน 4 ระดับ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้ตั้งแต่ 1-4 คะแนน (1 คือ ไม่ตรงเลย และ 4 คือ ตรงมากที่สุด) สุววุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์ รายงานค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิต นักศึกษา ปริญญาตรี จำนวน 93 คน โดยมาตรฐานทั้งฉบับมีค่าความเที่ยง = .94 และเมื่อแยกองค์ประกอบย่อย มีค่าความเที่ยงดังนี้ ตัวตนที่สร้างสรรค์ = .93 ตัวตนที่เผชิญปัญหา = .92 ตัวตนที่สัมพันธ์กับสังคม = .94 ตัวตนที่เป็นแกนแท้สำคัญ = .91 และตัวตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย = .90 สำหรับเกณฑ์ การให้คะแนน ดังนี้

ตารางที่ 8

เกณฑ์การตรวจให้คะแนนเป็นรายข้อ มาตรการสุขภาวะ

คำตอบ	คะแนน	
	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่ตรงเลย	1	4
ค่อนข้างไม่ตรง	2	3
ค่อนข้างตรง	3	2
ตรงมากที่สุด	4	1

ด้านการพัฒนามาตรวัด

ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัด มีดังต่อไปนี้

(1) ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และมาตรวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ จากงานวิจัยที่ผ่านมา เช่น Figley (1995) และ Figley และ Stamm (1996) เพื่อกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคำถามจากมาตรวัด the Compassion Fatigue Scale - Short Scale ที่พัฒนาโดย Adams และคณะ (2006) และ Compassion Satisfaction Subscale ของ Compassion Fatigue and Satisfaction Self-test ที่พัฒนาโดย Figley และ Stamm (1996) ไปแปลเป็นภาษาไทยเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทและกลุ่มตัวอย่าง

(2) ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้ ไปตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร และความเหมาะสมทางภาษาของมาตรวัด โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิรวม 3 ท่าน (ดังภาคผนวก ข) เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของมาตรวัด (content validity) โดยมีความตรงเชิงเนื้อหา (Item Objective Congruence Index - IOC) ที่มากกว่า .33 ขึ้นไป

ในมาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ข้อคำถามต้นฉบับทั้งหมด 13 ข้อ และที่สร้างเพิ่มเติม 7 ข้อ ผลของการพิจารณา พบว่ามีจำนวน 19 ข้อ มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม (IOC: Item Objective Congruence Index) ของผู้ทรงคุณวุฒิ ตั้งแต่ 0.50 ถึง 1 ผู้วิจัยจึงได้คงข้อคำถามทั้งหมดไว้ โดยมีการปรับภาษา เพื่อความเหมาะสมจำนวน 3 ข้อ (ดังภาคผนวก ข) และมี

1 ข้อที่มีค่า IOC เท่ากับ 0 จึงได้ทำการปรับสำนวนภาษาใหม่ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้คงข้อคำถามทั้งหมดไว้

ในมาตรวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ข้อคำถามต้นฉบับทั้งหมด 26 ข้อ และที่สร้างเพิ่มเติม 9 ข้อ ผลของการพิจารณา พบว่า 31 ข้อ ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยาม (IOC: Item Objective Congruence Index) ของผู้ทรงคุณวุฒิ ตั้งแต่ 0.5 ถึง 1 ผู้วิจัยจึงได้คงข้อคำถามทั้งหมดไว้ โดยมีการปรับภาษา เพื่อความเหมาะสมจำนวน 7 ข้อ และมี 4 ข้อที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.33 ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับสำนวนภาษาใหม่ จำนวน 3 ข้อ และตัดทิ้ง 1 ข้อ ในองค์ประกอบย่อยที่เป็นด้านเกี่ยวกับตนเอง เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่สร้างเพิ่ม และไม่เกี่ยวข้องกับนิยามมาตรวัด (รายละเอียดดังภาคผนวก ข) หลังจากนั้นจึงคงข้อคำถามไว้ทั้งหมด 34 ข้อ

(3) ผู้วิจัยนำมาตรวัดความเหนียวแน่นในการเห็นอกเห็นใจ และมาตรวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจที่ได้ ไปทดลองใช้กับนักวิชาชีพผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพจิต จำนวน 60 คน มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในมาตรวัด (corrected item-total correlation) โดยแยกวิเคราะห์รายด้าน โดยการเปรียบเทียบค่า r วิฤติของสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ข้อคำถามจะต้องมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์สูงกว่าค่า r วิฤติ ($r = .25, df = 58, p < .05$)

(4) ผู้วิจัยคำนวณหาความเที่ยง (Reliability) ของมาตรวัดโดยรวมทุกด้านด้วยวิธีสอดคล้องภายใน (Internal consistency) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

เมื่อผู้วิจัยนำมาตรวัดภาษาไทยทั้ง 2 ฉบับ ไปใช้กับเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตจำนวน 60 คน จากนั้นได้วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (CITC: Corrected item-total correlation) คำนวณค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่ามาตรวัดความเหนียวแน่นในการเห็นอกเห็นใจ ข้อคำถามมีค่า CITC ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด และมีความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัดทั้งฉบับเท่ากับ .95 โดยมีองค์ประกอบด้านบาดแผลทางจิตใจทางอ้อม เท่ากับ .81 และ ด้านอาการเหนียวแน่นหมดแรง เท่ากับ .93 และพบว่าในส่วนของมาตรวัด

ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ข้อคำถามมีค่า CITC ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด และมีความเที่ยงแบบ สอดคล้องภายในของมาตรวัดทั้งฉบับเท่ากับ .94 โดยมีด้านเกี่ยวกับตนเอง เท่ากับ .92 และด้าน เกี่ยวกับการเป็นผู้ช่วยเหลือ และ สภาพแวดล้อมในการช่วยเหลือ เท่ากับ .88 (รายละเอียดตั้ง ภาคผนวก ค)

ผู้วิจัยนำมาตรวัดฉบับภาษาไทยไปใช้ในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 149 คน และ นำไปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งชุด (CITC: Corrected item-total correlation) คำนวณค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัด ด้วย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่า มาตรวัดความเหนื่อยล้าในการ เห็นอกเห็นใจ มีความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัดทั้งฉบับเท่ากับ .93 โดยมีองค์ประกอบ ด้านบาดแผลทางจิตใจทางอ้อม เท่ากับ .82 และ ด้านอาการเหนื่อยล้าหมดแรง เท่ากับ .91 และ พบว่าในส่วนของมาตรวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ มีความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของ มาตรวัดทั้งฉบับเท่ากับ .95 โดยมีด้านเกี่ยวกับตนเอง เท่ากับ .92 และด้านเกี่ยวกับการเป็นผู้ ช่วยเหลือ และ สภาพแวดล้อมในการช่วยเหลือ เท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และแบบสอบถามออนไลน์ รวม ทั้งสิ้น 149 ฉบับ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นเรื่องต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในกลุ่มสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. เมื่อได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในคน เพื่อให้ดำเนินการ วิจัย ในวันที่ 31 ตุลาคม 2560 ภายใต้หมายเลขโครงการวิจัย COA 145.1/60 (ตั้งภาคผนวก ก) ผู้วิจัยจึงทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ไปยังหน่วยงาน และสถานให้บริการ ด้านสุขภาพจิต เช่น องค์กร โรงพยาบาล ทั้งเอกชนและรัฐบาล หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่ให้ ความร่วมมือ เช่น สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นต้น

3. เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุญาตจากหน่วยงานที่ติดต่อ หรือ การบอกต่อโดยนักวิชาชีพ ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ตอบแบบสอบถามนี้แล้ว ผู้วิจัยจึงจะได้ติดต่อผู้ที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย

4. หากกลุ่มตัวอย่างแจ้งความจำนงว่าสนใจเข้าร่วมงานวิจัยด้วยการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เมื่อพบว่าผู้สนใจมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผ่านสองช่องทาง กล่าวคือ

ช่องทางที่ 1 การเก็บแบบแบบกระดาษให้กลุ่มตัวอย่างเขียนตอบ

ช่องทางที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลแบบผ่านช่องทางออนไลน์ โดยผู้วิจัยขอให้ผู้สนใจตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป มาตรการรับรู้ความเครียด มาตรการความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ มาตรการความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และมาตรการสุขภาพแบบ 5 องค์ประกอบ จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลาทำประมาณ 30-45 นาที โดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและแจ้งสิทธิของผู้ให้ข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ซึ่งมีการขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีที่หนึ่ง โดยการให้เซ็นยินยอมในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และในวิธีที่สอง โดยการให้เลือกกดยินยอมในแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งจะมีข้อความขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนเข้าสู่หน้าการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ตอบครบถ้วนและสามารถนำไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติข้อมูลวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบสมมติฐานการวิจัย คือ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาพของ

นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยนี้เพื่อขอรับพิจารณาอนุมัติให้สามารถดำเนินการวิจัยได้จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาและข้อมูลในแบบสอบถาม ประโยชน์ที่จะได้รับจากการตอบแบบสอบถาม และขอความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยทั้งแบบกระดาษและออนไลน์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยได้ซักถามจนเข้าใจ

ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างได้มีการเก็บไว้เป็นความลับและไม่เปิดเผย แบบสอบถามที่เป็นกระดาษ เมื่อตอบเสร็จแล้วจะถูกเก็บใส่ซองทันที โดยไม่อนุญาตให้คนอื่นมาอ่าน เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยจะมีการทำลายแบบสอบถามดังกล่าวทั้งหมด สำหรับแบบสอบถามออนไลน์ จะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลผลการตอบแบบสอบถามได้ โดยไม่อนุญาตให้ผู้อื่นมาอ่าน และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะถูกลบออกทั้งหมดเช่นกัน

การนำเสนอผลการวิจัยมีการเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มีข้อมูล ใดนำไปสู่การระบุตัวตนได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยยังแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของตนในการที่ขอยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีการตอบสมบูรณ์จำนวน 149 ฉบับ จากทั้งหมด 160 ฉบับ ซึ่งแบ่งออกเป็น ช่องทางที่ 1: การเก็บแบบกระดาษ 91 ฉบับ โดยมี 11 ฉบับที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รวมในเกณฑ์คัดเข้า เช่น นักสังคมสงเคราะห์ (ร้อยละ 3.29) หรือ แบบสอบถามมีความไม่สมบูรณ์ โดยตอบไม่ครบทุกข้อ (ร้อยละ 8.79) เป็นต้น และ ช่องทางที่ 2: การเก็บแบบออนไลน์ 69 ฉบับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทางสถิติของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพ และ ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต จำนวน 149 คน มีอายุเฉลี่ย 33.81 ± 8.79 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.47) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 47.65) ปริญญาโท (ร้อยละ 41.61) และปริญญาเอก (ร้อยละ 10.74) อาชีพจิตแพทย์ (ร้อยละ 7.38) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต (ร้อยละ 7.38) นักจิตวิทยา (ร้อยละ 68.46) พยาบาลจิตเวช (ร้อยละ 16.78) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9

แสดงข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 149$)

ข้อมูลเบื้องต้น	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	105	70.47
ชาย	44	29.53
อายุ		
20- 30 ปี	62	41.61
31 - 40 ปี	56	37.58
41- 50 ปี	16	10.74
50 ปีขึ้นไป	13	8.73
ไม่ระบุอายุ	2	1.34
$M = 33.81, SD = 8.79, \text{ค่าต่ำสุด-สูงสุด} = 23-61 \text{ ปี}$		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	71	47.65
ปริญญาโท	62	41.61
ปริญญาเอก	16	10.74
วิชาชีพ		
จิตแพทย์	11	7.38
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต	11	7.38
นักจิตวิทยา	102	68.46
พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	25	16.78
อายุงาน		
ต่ำกว่า 1 ปี	8	5.37
1-10 ปี	114	76.51

ข้อมูลเบื้องต้น	จำนวน	ร้อยละ
11-20 ปี	14	9.39
21-30 ปี	6	4.03
31 ปีขึ้นไป	6	4.03
ไม่ระบุ	1	0.67
$M = 7, SD = 8.03, \text{ค่าต่ำสุด-สูงสุด} = 1 \text{ เดือน} - 38 \text{ ปี} 9 \text{ เดือน}$		
จำนวนผู้มารับบริการต่อสัปดาห์		
1-3 ราย	22	14.77
4-6 ราย	24	16.11
7-10 ราย	15	10.07
10 รายขึ้นไป	75	50.34
ไม่ระบุ	13	8.71
จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการด้านการพูดคุยปรึกษาหรือบำบัดทางใจต่อสัปดาห์		
1-15 ชั่วโมง	88	59.06
16-30 ชั่วโมง	16	10.74
31-45 ชั่วโมง	20	13.42
46-60 ชั่วโมง	6	4.03
61-75 ชั่วโมง	1	0.67
76 ชั่วโมง ขึ้นไป	1	0.67
ไม่ระบุ	17	11.41
$M = 17.02, SD = 17.49, \text{ค่าต่ำสุด-สูงสุด} = 1 - 120 \text{ ชั่วโมง}$		

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทางสถิติของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานทางสถิติของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพ พบว่า คะแนนความเครียด และความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ($M = 13.01 \pm 5.56$ และ 46.81 ± 22.48 ตามลำดับ) ส่วน คะแนนความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($M = 123.40 \pm 20.77$ และ 226.73 ± 20.51 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด และค่าคะแนนที่เป็นไปได้ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปร	M	SD	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้
1 ความเครียด	13.01	5.56	1-27	0-40
2 ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ	46.81	22.48	20-141	20-200
2.1 ด้านบาดแผลทางจิตใจทางอ้อม	17.89	9.00	8-55	8-80
2.2 ด้านอาการเหนื่อยล้าหมดแรง	28.93	14.44	12-86	12-120
3 ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ	123.40	20.77	62-165	0-170
3.1 ด้านเกี่ยวกับตนเอง	73.13	12.43	34-97	0-100
3.2 ด้านเกี่ยวกับการเป็นผู้ช่วยเหลือ และสภาพแวดล้อมในการช่วยเหลือ	50.27	9.89	25-70	0-70

ตัวแปร	M	SD	ค่าต่ำสุด- สูงสุด	ค่าคะแนน ที่เป็นไปได้
4 สุขภาวะ	226.73	20.51	167-274	69-276
4.1 ตัวตนที่สร้างสรรค์	63.54	6.75	46-80	20-80
4.2 ตัวตนที่เผชิญปัญหา	53.31	5.63	39-64	16-64
4.3 ตัวตนที่สัมพันธ์กับสังคม	35.19	3.97	24-40	10-40
4.4 ตัวตนที่เป็นแก่นแท้สำคัญ	54.32	5.51	39-64	16-64
4.5 ตัวตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย	20.37	4.38	7-28	7-28

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า นักวิชาชีพสุขภาพจิตมีระดับความเครียด และความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในระดับต่ำ ขณะเดียวกันมีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะในระดับปานกลางค่อนข้างสูงทั้ง 2 ตัวแปร

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุในการทดสอบสมมติฐาน และมีผลการทดสอบสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความเครียดมีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = -.47, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า นักวิชาชีพที่มีความเครียดต่ำ จะมีสุขภาวะอยู่ในระดับที่สูง

สมมติฐานที่ 2 ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจมีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = -.34, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า นักวิชาชีพที่มีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจต่ำ จะมีสุขภาวะอยู่ในระดับที่สูง

สมมติฐานที่ 3 ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมีค่าสหสัมพันธ์บวกกับสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = .67, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า นักวิชาชีพที่มีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูง จะมีสุขภาวะอยู่ในระดับที่สูงเช่นเดียวกัน

สำหรับผลของการทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามสมมติฐานข้อ 1-3 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรต่าง ๆ

มาตรวัด	1	2	3	4
1. ความเครียด	-	.504**	-.467**	-.465**
2. ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ		-	-.501**	-.341**
3. ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ			-	.667**
4. สุขภาวะแบบ 5 องค์ประกอบ				-
ค่าคะแนนเฉลี่ย	13.01	46.81	123.40	226.73
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.56	22.48	20.77	20.51
ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ (ค่าคะแนนต่ำสุด – สูงสุด)	0-40	20-200	0-170	69-276

** $p < .001$

สมมติฐานข้อที่ 4 ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ก่อนทำการทดสอบสมมติฐานในครั้งนี ผู้วิจัยได้ทดสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ซึ่งประกอบด้วยค่าความคลาดเคลื่อน (Tolerance) และค่าปัจจัยปรับความแปรปรวนเพื่อ (Variance Inflation Factor : VIF) เมื่อตรวจสอบปัญหาสหสัมพันธ์ร่วมเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Muticonlinearity) โดยพิจารณาพบว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 3 ตัวแปร มีค่าความคลาดเคลื่อน (Tolerance) มากกว่า 0.10 และมีค่าปัจจัยปรับความแปรปรวนเพื่อ (Variance Inflation Factor : VIF) น้อยกว่า 10 ดังนั้นตัวแปรทำนายทั้ง 3 จึงเป็นอิสระต่อกันและไม่ทำให้เกิดปัญหาสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย (Hair et al., 2010) (รายละเอียดดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 12

ค่าสถานะร่วมเส้นตรงระหว่างตัวแปรสุขภาวะกับตัวแปรทำนาย (ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะ)

ตัวแปร	ภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity)	
	Tolerance	VIF
ความเครียด	.685	1.46
ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ	.656	1.52
ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ	.687	1.46

ต่อมาผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 คือ ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ พบว่า ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 44.26, p < .001$) โดยร่วมกันทำนายความแปรปรวน

ของสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 47.8 ($R^2 = .478, p < .001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) ของตัวแปรแต่ละตัวแปรทำนาย พบว่า ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ มีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด ($\beta = .60, p < .001$) ตามมาด้วยความเครียด ($\beta = -.22, p < .01$) ในขณะที่ความเหน้อยล้าในการเห็นอกเห็นใจไม่สามารถทำนายสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตในการวิจัยนี้ได้ ($\beta = .07, ns$) รายละเอียดดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่ทำนายสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ตัวแปร	B	SEB	β	F	R	R^2	Adjusted R^2
ค่าคงที่	161.26	11.43	-	44.26	.69**	.48**	.47**
ความเครียด	-.81	.27	-.22*				
ความเหน้อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ	.06	.07	.07				
ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ	.59	.07	.60**				

* $p < .01$. ** $p < .001$. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 13 สามารถนำมาเขียนเป็นสมการการทำนายสภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตในรูปแบบคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการในรูปแบบคะแนนดิบ คือ

$$\text{สุขภาวะ} = 161.26 - .81^{**} (\text{ความเครียด}) + .06 (\text{ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ}) + .59^{**} (\text{ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ})$$

สมการในรูปแบบมาตรฐาน คือ

$$\text{สุขภาวะ} = .60^{**} (\text{ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ}) - .22^* (\text{ความเครียด}) + .07 (\text{ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ})$$

$$*p < .01 \quad **p < .001$$

จากสมการทำนายที่ได้จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานของตัวแปรที่ใช้วิธีการใส่ตัวแปรเข้าสู่สมการถดถอยเชิงพหุ โดยการใส่ตัวแปรพร้อมกัน สามารถแปลความได้ว่า

1. หากคะแนนมาตรฐานความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาวะเพิ่มขึ้น .60 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการให้คงที่
2. หากคะแนนมาตรฐานความเครียดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาวะลดลง .22 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการให้คงที่
3. หากคะแนนมาตรฐานความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาวะเพิ่มขึ้น .07 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการให้คงที่

จากสมการทำนายสามารถกล่าวได้ว่า นักวิชาชีพสุขภาพจิตที่มีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูง และมีความเครียดต่ำ มีแนวโน้มจะมีสุขภาวะที่ดี ในขณะที่นักวิชาชีพสุขภาพจิตที่มีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจต่ำ และมีความเครียดสูง จะมีแนวโน้มจะมีสุขภาวะที่ไม่ดีเช่นเดียวกัน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่าง คือ นักวิชาชีพทางสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช และบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา จำนวน 149 คน อายุเฉลี่ย 33.81 ± 8.79 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ มาตรการรับรู้ความเครียด มาตรการความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ มาตรการความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และ มาตรการสุขภาวะแบบ 5 องค์ประกอบ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ความเครียด และความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ มีค่าสหสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = -.47$ และ $-.34$ ตามลำดับ, $p < .001$) ในขณะที่ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมีค่าสหสัมพันธ์บวกกับสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = .67$, $p < .001$) โดยที่ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 44.26$, $p < .001$) โดยร่วมกันทำนายความแปรปรวนสุข โดยที่ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ มีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด ($\beta = .60$, $p < .001$) ตามมาด้วย ความเครียด ($\beta = -.22$, $p < .01$) ในขณะที่ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจไม่สามารถทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตในการวิจัยนี้ได้ ($\beta = .07$, ns)

การอภิปรายผล

นักวิชาชีพให้การช่วยเหลือที่ทำหน้าที่บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน และดูแล บำบัดจิตใจ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต (ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการช่วยเหลือเยียวยาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงลักษณะงานเป็นการให้บริการที่เกี่ยวข้องความสัมพันธ์

กับเพื่อนมนุษย์ มีความละเอียดอ่อน ต้องมีการร่วมรับรู้ปัญหาในชีวิตของผู้มารับบริการ ในขณะเดียวกันยังต้องเผชิญกับปัญหาอื่น ๆ ทั้งจากสังคม การทำงาน และปัญหาส่วนบุคคล จึงมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของนักวิชาชีพ และอาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการในที่สุด ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย เก็บข้อมูลในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่เน้นการดูแล พูดคุยปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการบำบัดทางจิตใจเป็นหลัก ในผู้มารับบริการที่ประสบเหตุการณ์เครียดที่รบกวนใจ อันส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเอง หรือก่อให้เกิดความสะเทือนใจ ไม่ว่าจะเป็นการเลิกกับคนรัก ความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้าง ปัญหาทางการเรียนหรือการทำงาน คนใกล้ตัวเสียชีวิตหรือความเจ็บป่วยทั้งของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งข้อค้นพบจากการวิจัยนี้สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาพของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ด้านความเครียดของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ในการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียด เท่ากับ 13.01 ± 5.56 คะแนน (ช่วงค่าคะแนน 0-40 คะแนน) แสดงให้เห็นว่า นักวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความเครียดในระดับค่อนข้างต่ำ และสามารถอภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ และประเมินสิ่งต่าง ๆ หรือสถานการณ์ที่เข้ามาในชีวิตว่า ไม่ใช่สิ่งที่เข้ามากระทบแบบคุกคาม และเป็นอันตรายต่อตนเอง รวมถึงอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่มีระดับการศึกษา ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป โดยมากกว่าร้อยละ 50 เป็นนักวิชาชีพที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทและเอก หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งจะมีประสบการณ์ และสามารถรักษาสมดุลในชีวิตได้ดีกว่า

ในทำนองเดียวกับระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจต่ำ และมีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูง แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาแนะนำเสนอว่า บทบาทในวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่จะมุ่งให้ความช่วยเหลือผู้อื่น หรือให้ความใส่ใจความสุขและสุขภาพของผู้อื่นก่อนเป็นสิ่งสำคัญ (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016) ดังที่ Rogers กล่าวว่า “ฉันมักจะดูแลและใส่ใจผู้อื่นมากกว่าที่จะใส่ใจตนเองเสมอ แต่ในหลาย ๆ ปีที่ผ่านมา ฉันทำได้ดีขึ้น” (Rogers, 1980, p. 80) จนทำให้ นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

จำนวนไม่น้อยเกิดความอ่อนล้า เหนื่อย เกินกว่าจะทำงานช่วยเหลือผู้อื่นด้วยใจเมตตา อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ให้ภาพว่า นักวิชาชีพผู้ให้บริการสุขภาพจิตที่ตอบสนองสอบถามสามารถรักษาความสมดุลของความตึงเครียดระหว่างการให้การได้รับ และ การใส่ใจผู้อื่นกับการใส่ใจตนเองได้ดี ซึ่งสนับสนุนข้อค้นพบที่ผ่านมา เช่นการศึกษาของ Stamm (2002) ระบุว่า การมีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูง นับเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของนักวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ โดยความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจนี้ เป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางบวก เช่นความพึงพอใจ ความปีติยินดีที่เกิดขึ้นเมื่อตนเองสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ดี บรรลุตามเป้าหมาย หรือ ทำได้สำเร็จ สำหรับนักวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นนั้น ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ นอกจากจะทำให้มีความความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจต่ำแล้ว ยังถือเป็นองค์ประกอบ หรือ เป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้สามารถทำงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกด้วย (Stamm, 2002, 2005, 2009)

สำหรับสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ในการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะใน 5 ด้าน (ได้แก่ ตัวตนที่สร้างสรรค์ ตัวตนที่เผชิญปัญหาตัวตนที่สัมพันธ์กับสังคม ตัวตนที่เป็นแก่นแท้สำคัญ และ ตัวตนที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย) เท่ากับ 226.73 ± 20.51 คะแนน (ช่วงค่าคะแนน 69-274 คะแนน) แสดงถึงว่านักวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่างนี้มีสุขภาวะที่ดี โดยตามหลักการของ Myers และคณะ (2000), Myers และคณะ (2003), และ Myers และ Sweeney (2004) สามารถกล่าวได้ว่า บุคคลเหล่านี้สามารถมีสุขภาพสมบูรณ์และสวัสดิภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสม โดยที่มีกระบวนการทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณร่วมกัน เมื่อมีสุขภาวะด้านใดด้านหนึ่งดี จะส่งผลให้ด้านอื่น ๆ ดีตามไปด้วยแบบองค์รวม เพื่อที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพในแบบที่แต่ละคนพึงจะทำได้ รวมทั้งมีสุขภาพจิตที่ดี จิตใจโปร่งใส มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกมั่นคง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มความสามารถของตนเอง โดยที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับสังคม และบุคคลรอบข้าง ซึ่งข้อค้นพบนี้ตรงกับการศึกษาของ Lawson (2007) ที่สำรวจพบว่า นักวิชาชีพผู้ให้บริการสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา มีระดับสุขภาวะที่ดี ซึ่งทำให้พวกเขาสามารถอยู่กับผู้มารับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังทำให้พัฒนาการด้านการเป็นนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ดีอีกด้วย

ประเด็นที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ในประเด็นที่ 2 นี้ผู้วิจัยได้อภิปรายข้อค้นพบ ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

2.1) สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผลการวิจัยที่ได้ สนับสนุนสมมติฐาน โดยพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = -.47, p < .001$) โดยมีขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (Cohen, 1977) ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่มีความเครียดต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาวะที่ดี ตามลักษณะความสัมพันธ์แบบผกผันที่ได้จากการการศึกษานี้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าหากนักวิชาชีพมีการรับรู้ความเครียดต่ำ จะทำให้สามารถรักษาสมดุลในชีวิต และการทำงานของตนเองได้ และในทางกลับกันจะส่งผลช่วยให้ตนเองมีสุขภาวะที่ดี เพราะสามารถใส่ใจกับการดูแลตนเองและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Seaward (2009) ที่บอกว่า ความเครียดที่ดี (eustress) จะส่งผลกระทบทางบวกต่อสุขภาวะของบุคคล กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ หากนักวิชาชีพผู้ให้บริการสุขภาพจิตมีความเครียดเกิดขึ้น แต่สามารถปรับตัวเพื่อรับมือกับสิ่งที่ตนเองประเมินว่า เป็นสิ่งคุกคามได้ จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการมีสุขภาวะที่บกพร่องของตนเอง และไม่ส่งผลเสียต่อทั้งทางร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด

2.2) สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผลการวิจัยที่ได้ สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = -.34, p < .001$) โดยมีขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (Cohen, 1977) ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่มีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาวะที่ดี ตามลักษณะความสัมพันธ์แบบผกผันที่ได้จากการการศึกษานี้ กล่าวได้ว่า เมื่อนักวิชาชีพมีอาการ

และปัจจัยเสี่ยงของความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ทั้งทางด้านบาดแผลทางจิตใจทางอ้อม และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง จะส่งผลต่อสภาวะของนักวิชาชีพโดยตรง หากนักวิชาชีพมีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจสูง ก็จะทำให้มีสภาวะที่แย่ง หรือ เจ็บป่วยทั้งกายและใจได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Killian (2008) ที่ศึกษาความอ่อนล้าในการช่วยเหลือผู้อื่น และสภาวะของผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงานช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการถูกทารุณกรรมทางเพศ พบว่าประเด็นด้านความเข้าใจ และวิธีที่ใช้ในการดูแลตนเอง รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม การออกกำลังกาย และการมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจของนักวิชาชีพ หากนักวิชาชีพมีความเข้าใจในเรื่องของสภาวะ และมีการดูแลตนเองที่ไม่ดี ก็จะมีความเสี่ยงต่อการมีสภาวะที่บกพร่อง ตามหลักสภาวะแบบองค์รวมของ Myers และ Sweeney (2004) อันได้แก่ ตัวตนที่สร้างสรรค์ ตัวตนที่เผชิญปัญหา ตัวตนที่สัมพันธ์กับสังคม ตัวตนที่เป็นแก่นแท้สำคัญและตัวตนที่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยอื่น ๆ ที่สนับสนุนข้อค้นพบนี้ เช่น งานวิจัยที่ Stamm (2012) ได้นำเสนอไว้ว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ เป็นหนึ่งในผลกระทบทางด้านลบต่อ สภาวะ และคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพ และทำการพัฒนามาตรวัดคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพรุ่นที่ 5 (Professional Quality of Life Scale 5: ProQOL5) ที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน (Sinclair et al., 2017)

2.3) สมมติฐานการวิจัยที่ 3 ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผลการวิจัยที่ได้ สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดย ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = .67$, $p < .001$) โดยมีขนาดความสัมพันธ์ระดับสูง (Cohen, 1977) ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่านักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่มีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูง มีแนวโน้มที่จะมีสภาวะที่ดีตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Alkema และคณะ (2008) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลตนเอง ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ในกลุ่มนักวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพบว่า ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใส่ใจดูแลตนเอง เมื่อนักวิชาชีพมีการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยของการมีสภาวะที่ดี จะช่วยเพิ่มความพึงพอใจของในการเห็นอกเห็นใจของนักวิชาชีพนั้น ๆ

ให้มีระดับสูงยิ่งขึ้นด้วย และ Kraus (2005) ที่ศึกษาในนักวิชาชีพผู้ให้บริการสุขภาพจิตกับวัยรุ่น ผู้กระทำผิดทางเพศ ที่พบว่า ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใส่ใจดูแลสุขภาวะของตนเอง

2.4) สมมติฐานการวิจัยที่ 4 ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผลการทดสอบสมมติฐาน สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน โดยผลการวิจัย พบว่า ความเครียด ความอ่อนล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของนักวิชาชีพที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตได้ร้อยละ 47.8 ($R^2 = .478$, $p < .001$) ในขณะที่ตัวแปรความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ไม่สามารถทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .478$, $p = .346$) ซึ่งตัวแปรความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจมีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด ($\beta = .60$, $p < .001$) ตัวแปรความเครียดมีน้ำหนักมีน้ำหนักในการทำนายรองลงมา ($\beta = -.22$, $p < .01$)

ผลของการวิจัยแสดงให้เห็นว่า นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่มีความเครียดต่ำ หรือมีความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจสูง มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาวะอยู่ในระดับที่สูงตามไปด้วย โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Alkema และคณะ (2008) และ Stamm (2002) ที่บอกว่า การมองโลกในเชิงบวก การดูแลและใส่ใจในตนเอง นำไปสู่การมีชีวิตที่สมดุล เป็นปัจจัยในความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และส่งผลให้นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมีสุขภาวะที่ดี

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ ข้อค้นพบในการวิจัยที่พบว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ไม่สามารถทำนายสุขภาวะของนักวิชาชีพสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ก็อาจได้ว่า เนื่องจากการร่วมกันทำนายของตัวแปรต้นสามตัว ได้แก่ ความเครียด ความอ่อนล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งตัวแปรความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจนั้น เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายน้อยกว่าตัวแปรอื่น ๆ ($\beta = .07$, $p = .346$) ทำให้ไม่สามารถทำนายตัวแปรตามได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่ออยู่ในบริบทการทำนายร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปได้ว่า ตัว

แปรความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจนั้น อาจจะมีความทับซ้อนกับตัวแปรความเครียด และยังเป็นตัวแปรที่เป็นผลทางลบของความรู้สึกเห็นอกเห็นใจในการช่วยเหลือผู้อื่นซึ่งจะตรงข้ามกับตัวแปรความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจที่เป็นผลทางบวก จึงทำให้ไม่สามารถทำนายสุขภาวะด้วยตัวแปรเดียวได้ รวมถึงทำให้เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายต่ำสุดอีกด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัย

ถึงแม้ว่าผลการวิจัยนี้จะสามารถแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของ ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจ และเตรียมความพร้อมให้กับนักวิชาชีพ เพื่อจะสามารถให้บริการผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อยอย่างมากทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ อย่างไรก็ตามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบรายสะดวก ผู้ตอบแบบสอบถามจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตในประเทศไทยได้ และยังไม่ได้สำรวจถึงปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลถึงระดับของตัวแปรต่าง ๆ ข้างต้น เช่น บาดแผลทางจิตใจส่วนตัวของนักวิชาชีพ ประสบการณ์ในการทำงาน การได้รับการนิเทศ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และประเด็นปัญหาของผู้รับบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ อย่างที่ Lawson (2007) ที่ทำการศึกษาสุขภาวะและความบกพร่องในนักจิตวิทยาการปรึกษาที่เป็นสมาชิกของสมาคมนักจิตวิทยาการปรึกษาแห่งสหรัฐอเมริกา (ACA) ได้ระบุว่า เป็นไปได้อย่างมากที่ นักวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยจะเป็นกลุ่มที่ “สุขภาวะดีกว่า” (more well) ที่พอจะมีเวลาให้ความร่วมมือในงานวิจัย ข้อจำกัดข้างต้นเหล่านี้ จึงเป็นข้อควรคำนึงในการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็นข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และ ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ข้อมูลจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะแบบองค์รวมของนักวิชาชีพผู้ให้บริการ สุขภาพจิต โดยที่ความเครียดและความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับของ สุขภาวะ ดังนั้นจึงนำเสนอให้นักวิชาชีพให้ความสนใจกับสุขภาวะของตนเอง และองค์กรต่าง ๆ ควร ตระหนัก ให้มีความสำคัญกับการส่งเสริม ป้องกันสุขภาวะของนักวิชาชีพ โดยการเพิ่มการฝึกปฏิบัติใน การรับมือกับความเครียด ความเหนื่อยล้า ก่อนที่นักวิชาชีพจะประสบปัญหาสุขภาวะบกพร่อง ตามที่ ได้มีการศึกษามากมายชี้ให้เห็นว่า นักวิชาชีพที่มีปัญหาด้านสุขภาวะ จะไม่สามารถให้บริการได้อย่าง เต็มความสามารถของตน และส่งผลโดยตรงกับผู้มารับบริการ

นอกจากนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนามาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และมาตรวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจฉบับภาษาไทยขึ้นมา ซึ่งมีความตรงและความเที่ยงอยู่ ในเกณฑ์ดี มีความเหมาะสมที่จะนำไปศึกษาวิจัยต่อไป และสามารถนำไปใช้ในการทำความเข้าใจ รวมถึงการออกแบบในการดูแลสุขภาวะของนักวิชาชีพได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในเรื่องของการเก็บข้อมูลที่เป็นการประเมินตนเอง (self-report) นั้น อาจจะต้องใช้การ ประเมินจากบุคคลรอบข้างเพื่อประกอบกันด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำมากขึ้น เนื่องด้วยจากการ ทบทวนวรรณกรรม พบว่า นักวิชาชีพมักจะสังเกตความเครียด หรือ ความเหนื่อยล้า ความบกพร่อง ของผู้อื่นได้ชัดเจนกว่าของตนเอง (Lawson, 2007)

จากการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ และข้อมูลสะท้อนกลับจากการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า จำนวนข้อกระทงนั้น มีจำนวนค่อนข้างมาก ซึ่งอาจส่งผลต่อการตอบรับ และทำแบบสอบถามได้ จึง

เสนอแนะว่า ในการศึกษาวิจัยครั้งหน้า อาจจะต้องพัฒนาข้อกระทงให้มีความกระชับเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งต่อไปนั้น หากเป็นไปได้ควรเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่จำแนกตามประเภทของวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เป็นต้น เพื่อให้สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการหาแนวทางการพัฒนาสุขภาวะของแต่ละวิชาชีพได้อย่างเจาะจง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การศึกษารังต่อไปควรจะมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นและมีความหลากหลายมากขึ้น โดยที่มีการกระจายทางด้านลักษณะพื้นที่ทำงาน (สังคมเมือง หรือ แถบชนบทห่างไกล) และดูถึงระยะเวลาของประสบการณ์ในการให้บริการช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อที่จะสามารถดูถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะ และสามารถนำไปต่อยอดในการคิดค้นวิธี หรือ มาตรการในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาวะของนักวิชาชีพได้ รวมถึงเพิ่มเติมการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติ เช่น การวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงโครงสร้าง เพื่อให้สามารถอธิบายถึงนิยามขอบเขตที่สำคัญ รวมทั้ง สามารถนำไปประยุกต์ในการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ในเรื่องนี้ต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2539). รายงานวิจัย ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย. นนทบุรี:

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2558). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ: งานพิมพ์.

คัดมาจาก <http://www.dmh.go.th/ebook/files/รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต%20ปี2558.pdf>

จรรยา จิตราทร. (2547, 5 เมษายน). ความเครียด. คัดมาจาก <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=672>

ปรารธนา เล็กสมบุรณ์. (2554). ความเครียดในงาน การเผชิญปัญหา และความเหนื่อยหน่ายในงานของผู้ปฏิบัติการช่วยเหลือในสถานสงเคราะห์ของรัฐบาล : การวิจัยแบบผสมวิธี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรินทร์ รามสูต. (2547). แหล่งความเครียดของนิสิตปริญญาตรีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.  CHULALONGKORN UNIVERSITY

วัชรชาติ บุญสร้างสม. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดและความสุขในนิสิตนักศึกษา มหาวิทยาลัย โดยมีความเมตตากรุณาต่อตนเองเป็นตัวแปรส่งผ่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุภย์สุขภาวะทางจิต. (2559). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2559. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์. (2559). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลแบบออนไลน์แนว
 อัถติภาวนิยม-มนุษยนิยมต่อสุขภาวะของนิสิตนักศึกษาปริญญาตรีที่มีบุคลิกภาพแบบ
 ไม่นั่นคงทางอารมณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา
 การปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study
 of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.

Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and
 psychological distress among social workers: A validation study. *American
 Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.

Adams, T., Bezner, J., & Steinhardt, M. (1997). The conceptualization and measurement
 of perceived wellness: Integrating balance across and within dimensions.
American Journal of health promotion, 11(3), 208-218.

Adler, A. (1923). *The practice and theory of individual psychology* (P. Radin, Trans.).
 London: Routledge & Kegan Paul.

Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New
 York, NY: Guilford Press.

Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between
 self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among
 hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*,
 4(2), 101-119.

American Counseling Association. (2005). *ACA code of ethics*. Alexandria, VA: Author.

American Mental Health Counselors Association. (2010). *Principles for AMHCA code of
 ethics*. Retrieved from <http://www.amhca.org/?page=codeofethics>

- Ardell, D. B. (1986). *High level wellness: An alternative to doctors, drugs, and disease*. Berkeley, CA: Ten Speed Press.
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal, 35*(3), 155-163.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. NY: W. W. Norton.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100.
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences, 12*(2), 235-243.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). NY: Academic Press.
- Cohen, S. (1994). *Perceived Stress Scale*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, and Coping, 23*(3), 319-339.
- Curry, J. (2007). *An investigation of the relationship between counseling self-efficacy and counselor wellness among counselor education students* (Doctoral Dissertation, University of Central Florida, Orlando, FL).
- Fernando, A. T., & Consedine, N. S. (2014). Beyond compassion fatigue: the transactional model of physician compassion. *Journal of Pain and Symptom Management, 48*(2), 289-298.
- Figley Institute. (2012). *Basic of compassion fatigue*. Retrieved from http://www.figleyinstitute.com/documents/Workbook_AMEDD_SanAntonio_2012

July20_RevAugust2013.pdf

- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Baltimore, MD: The Sidran Press.
- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology, 58*(11), 1433-1441.
- Figley, C. R. (Ed.) (2002b). *Treating compassion fatigue*. NY: Brunner-Routledge.
- Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of Compassion Fatigue Self-Test. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 127-130). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Greenberg, J. S. (1985). Health and wellness: A conceptual differentiation. *Journal of School Health, 55*(10), 403-406.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper saddle River, NJ: Pearson Education International.
- Hattie, J. A., Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2004). A factor structure of wellness: Theory, assessment, analysis, and practice. *Journal of Counseling and Development, 82*(3), 354-364.
- Hettler, B. (1984). Wellness: Encouraging a lifetime pursuit of excellence. *Health Values: Achieving High Level Wellness, 8*(4), 13-17.
- Hinkle, L. E., Jr. (1977). The concept of "stress" in the biological and social sciences. In Z. J. Lipowski, D. R. Lipsitt, & P. C. Whybrow (Eds.), *Psychosomatic medicine: Current trends and clinical implications*. New York: Oxford University Press.
- Howard, B. K. (1996). *Psychosocial stress*. CA: Academic Press.

- Iwasaki, Y., MacKay, K., & Mactavish, J. (2005). Gender-based analyses of coping with stress among professional managers: Leisure coping and non-leisure coping. *Journal of Leisure Research, 37*(1), 1-28.
- Jenkins, B., & Warren, N. A. (2012). Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical Care Nursing Quarterly, 35*(4), 388-395.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing, 22*(4), 116, 118-119, 120.
- Keidel, G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 19*(3), 200-205.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology, 14*(2), 32-44.
- Klimecki, O., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp. 368-383). New York, NY: Oxford University Press.
- Kraus, V. I. (2005). Relationship between self-care and compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among mental health professionals working with adolescent sex offenders. *Counseling and Clinical Psychology Journal, 2*(1), 81-88.
- Lawson, G. (2007). Counselor wellness and impairment: A national survey. *Journal of Humanistic Counseling, Education, and Development, 46*(1), 20-34.
- Lawson, G., & Myers, J. E. (2011). Wellness, professional quality of life, and career-sustaining behaviors: What keeps us well? *Journal of Counseling and Development, 89*(2), 163-171.

- Lawson, G., & Venart, B. (2005). Preventing counselor impairment: Vulnerability, wellness, and resilience. In G. R. Waltz & R. K. Yep (Eds.), *VISTAS: Compelling perspectives on counseling* (pp. 243-246). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Lawson, G., Venart, E., Hazler, R. J., & Kottler, J. A. (2007). Toward a culture of counselor wellness. *Journal of Humanistic Counseling, Education, and Development*, 46(1), 5-19.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1971). The concepts of stress and disease. In L. Levi (Ed.), *Society, stress and disease: The psychosocial environment and psychosomatic disease* (Vol. 1, pp. 53-58). London: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. NY: Springer.
- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of 'non-specificity' in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- McCubbin, H. I., Patterson, J. M., & Glynn, T. (1982). *Social Support Index (SSI)*. Madison, WI: University of Wisconsin System.
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1-2), 172-189.
- Meyer, D., & Ponton, R. (2006). The healthy tree: A metaphorical perspective of counselor well-being. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(3), 189-201.
- Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2004). The indivisible self: An evidence-based model of

- wellness. *Journal of Individual Psychology*, 60(3), 234-245.
- Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2014). *Five Factor Wellness Inventory (FFWEL)* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Mindgarden.
- Myers, J. E., Mobley, K., & Booth, C. S. (2003). Wellness of counseling students: Practicing what we preach. *Counselor Education and Supervision*, 42(4), 264-274.
- Myers, J. E., Sweeney, T. J., & Witmer, J. M. (1996). *The wellness evaluation of lifestyle* (5th ed.). Palo Alto, CA: MindGarden.
- Myers, J. E., Sweeney, T. J., & Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and Development*, 78(3), 251-266.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Doebbeling, C. C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277.
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 57-68.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565.
- Pfifferling, J., & Gilley, K. (2000). Overcoming compassion fatigue. *Family Practice Management*, 7(4), 39-45.
- Radley, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social*

Work Journal, 35(3), 207–214.

Roach, L. F., & Young, M. E. (2007). Do counselor education programs promote wellness in their students? *Counselor Education and Supervision*, 47(1), 29-45.

Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), Manuscript 1.

Seaward, B. (2009). *Managing stress: Principles and strategies for health and wellbeing* (6th ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. NY: McGraw-Hill.

Selye, H. (1976). Stress without distress. In G. Serban (Ed.), *Psychopathology of human adaptation* (pp. 137-146). Boston, MA: Springer.

Simon, C., Pryce, J., Roff, L., & Klemmack, D. (2005). Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), 1-14.

Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24.

Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions* (3rd ed.). NY: Routledge.

Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259-280.

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.), *Psychosocial stress series, no. 24. Treating compassion fatigue* (pp. 107-119). New York, NY: Brunner-Routledge.

Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL manual. The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales*. Baltimore, MD: Sidran.

Stamm, B. H. (2009). *The ProQOL manual*. Boise, IA: Sidran Press.

Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2nd ed.): Pocatello.

Stamm, B. H. (2012). Helping the helpers: Compassion satisfaction and compassion fatigue in self-care, management, and policy. In A. D. Kirkwood & B. H. Stamm (Eds.), *Resources for community suicide prevention. [CD]*. Meridian and Pocatello, ID: Idaho State University.

Stamm, B. H. (Ed.) (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore, MD: The Sidran Press.

Street, S. (1994). The school counselor practices wellness. *School Counselor*, 41(3), 171-179.

Sutterly, D. C., & Donnelly, G. F. (1982). *Coping with stress*. Rockville, MD: Aspen.

Sweeney, T. J., & Witmer, J. M. (1991). Beyond social interest: Striving toward optimum health and wellness. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice*, 47(4), 527-540.

Thomas, J. (2013). Association of personal distress with burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among clinical social workers. *Journal of Social Service Research*, 39(3), 365-379.

Vachon, M. L. S., Huggard, P. K., & Huggard, J. (2015). Reflections on occupational stress

in palliative care nursing: Is it changing? In B. R. Ferrell, N. Coyle, & J. Paice (Eds.), *Oxford textbook of palliative nursing* (4th ed., pp. 969-986). New York, NY: Oxford University Press.

Wester, K. L., Trepal, H. C., & Myers, J. E. (2009). Wellness of counselor educators: An initial look. *Journal of Humanistic Counseling, Education, and Development*, 48(1), 91-109.

Witmer, J. M., & Granello, P. F. (2005). Wellness in counselor education and supervision. In J. E. Meyers & T. J. Sweeney (Eds.), *Counseling for wellness: Theory, research, and practice* (pp. 261-271). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Witmer, J. M., & Young, M. E. (1996). Preventing counselor impairment: A wellness approach. *Journal of Humanistic Counseling, Education, and Development*, 34(3), 141-155.

Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York, NY: HarperCollins.

Yassen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. In C. R. Figley (Ed.), *Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 178-208). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

- 1) ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

คณะจิตวิทยา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขรับที่: 2790

วันที่: 3 พฤศจิกายน 2560 เวลา 10:27



บันทึกข้อความ



ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202-1 โทร.0-2218-3202-1 วันที่ 31 ตุลาคม 2560

ที่ จว 961 /2560

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในกรณีนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 145.1/60 เรื่อง ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสถานะของนักศึกษาซึ่งผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต (STRESS, COMPASSION FATIGUE, COMPASSION SATISFACTION, AND WELLNESS AMONG MENTAL HEALTH PROFESSIONALS) ของ นางสาวศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ดร. นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน คณบดีบริหาร
จึงเรียนมาเพื่อโปรด
 ทราบ
 พิจารณา
ลงชื่อ: *อ.ป.ก.*

ایشان کوئے کونسل (جی.سی.ای.سی.ای)
گهتو ٲونگرازم رکاگھن دورسٲا ٲو
ٲنهنو ٲوٲاٲر (ٲنٲرٲرٲر) اٲگھن گونگھ ٲو
ٲنٲرٲر
ٲ ٲنٲر. 6ٲ

เรียน จันทน์อวตาร
โปรดพิจารณา
แหว: ٲ(๲) ๲งคณ กอ ٲ
Ok ๲ง
๲๲๲๲

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 202/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 145.1/60 : ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวศิริลักษณ์ เตชะชนอธิติกุล

หน่วยงาน : คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลักของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 25 ตุลาคม 2560

วันหมดอายุ : 24 ตุลาคม 2561

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม

เงื่อนไข

1. ข้าราชการรับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล นิสิตระดับมหาบัณฑิตศึกษา สาขาจิตวิทยา การปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 7 อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ถนน พระราม 1 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์มือถือ 08-2630-3003 E-mail : siriluk.techatanaittikul@gmail.com

- ผู้วิจัยมีความยินดี ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย โดยที่ก่อนท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่จะให้ท่านรับทราบถึงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการทำการวิจัยในครั้งนี้ ขอให้ท่านกรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้ และท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือสอบถามข้อมูลที่ไม่ชัดเจนจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
- โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะ ของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต
- ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจาก ท่านเป็นหนึ่งในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต จำนวน 200 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้
 เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่
 (1) นักวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพจิต ทั้งเพศชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานด้านการดูแล พุดคุย ปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการบำบัดทางจิตใจเป็นหลัก อันได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
 (2) เป็นผู้ปฏิบัติงาน ในสถานให้บริการด้านสุขภาพจิต เช่น องค์กร โรงพยาบาล ทั้งเอกชนและรัฐบาล หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ สถานพยาบาล และศูนย์สุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2560
 เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ที่รายงานตนเองว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น โรควิตกกังวล เป็นต้น หรือ ได้รับยา การรักษา และ/หรือ การบำบัด ภายใต้การควบคุมจากแพทย์ และนักจิตวิทยาอยู่

4. กระบวนการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

4.1. ผู้วิจัยจะได้อธิบายความร่วมมือนอกจากผู้ที่สนใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยติดต่อผ่านหน่วยงานของท่าน หรือ การบอกต่อโดยนักวิชาชีพให้บริการด้านสุขภาพจิตที่ตอบแบบสอบถามนี้แล้ว เมื่อท่านแสดงความสนใจ ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยให้ทราบในเบื้องต้น และขอความสมัครใจจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยและตอบคำถามต่างๆ ให้ท่านเข้าใจ พร้อมทั้งให้ท่านได้อ่านข้อมูลสำหรับผู้ร่วมการวิจัย

4.2. จากนั้นผู้วิจัยขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป มาตรฐานวัดการรับรู้ความเครียด มาตรฐานวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ มาตรฐานวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และมาตรฐานวัดสุขภาวะแบบ 5 องค์ประกอบ จำนวน 1 ครั้ง โดยใช้เวลาทำประมาณ 30-45 นาที โดยไม่มีการระบุชื่อของท่านในแบบสอบถามดังกล่าว โดยการ

1/2


 เลขที่โครงการวิจัย..... 145.1/60
 วันที่รับรอง..... 25 ต.ค. 2560
 วันหมดอายุ..... 24 ต.ค. 2561

ตอบแบบสอบถาม ท่านสามารถเลือกตอบได้ 2 ช่องทางคือ ช่องทางที่ 1 แบบกระดาษเขียนตอบ และ ช่องทางที่ 2 แบบผ่านช่องทางออนไลน์

4.3. เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จ แบบสอบถามนี้จะไม่มีใครสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ยกเว้นผู้วิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มี ข้อมูลใดนำไปสู่การระบุตัวตนได้ และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามจะถูกลบออกทั้งหมดเช่นกัน

5. การวิจัยนี้ มีความเสี่ยงของการเข้าร่วมการวิจัยอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากเป็นการตอบคำถามที่เป็นการสำรวจตนเองในกลุ่มนักวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ขณะตอบแบบสอบถาม หากท่านอาจจะเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือสับสนใจ เพราะเป็นการถามถึงเรื่องราวส่วนตัวที่ท่านอาจจะเคยรู้สึกไม่สบายใจในอดีตหรือปัจจุบัน ในกรณีที่ผู้วิจัยสังเกตพบว่าท่านรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามทันที และจะขออนุญาตนัดหมายตอบแบบสอบถามใหม่ภายหลัง เมื่อท่านรู้สึกสบายใจแล้ว หากท่านยังประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

6. ประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยนี้คือ ตัวท่านจะได้รับทราบข้อมูล และตระหนักถึงภาวะความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสภาวะของตนเอง โดยที่ผู้วิจัยแจ้งผลของการตอบแบบสอบถามที่ท่านได้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยให้เกิดความรู้และความเข้าใจใน อันจะนำไปใช้ในการศึกษา เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ซึ่งจะมีผลต่อการช่วยเหลือผู้มารับบริการ

7. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านครั้งนี้ ไม่มีค่าชดเชยการเสียเวลาหรือค่าเดินทางมอบให้ แต่ขอบอบของที่ ระลึก คือท่านจะได้รับของที่ระลึกจากผู้วิจัยเป็น ปากกา จำนวน 1 ด้าม ทั้งนี้ การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นไปโดยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ข้างต้น

9. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 E-mail: ecca@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย..... 145.1/60
 *วันที่รับรอง..... 25 ต.ค. 2560
 วันหมดอายุ..... 24 ต.ค. 2561

AF 05-07

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาพของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

ชื่อผู้วิจัย นางสาวศิริลักษณ์ เตชะธนอติกุล

ที่อยู่ติดต่อ เลขที่ 856 ซ. จรัญฯ 89 ถ. จรัญสนิทวงศ์ แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700

โทรศัพท์ (บ้าน) -

(มือถือ) 08-2630-3003

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถาม จำนวน 1 ครั้ง ในเวลา 30-45 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อข้าพเจ้า ตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถ.พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330

โทรศัพท์ 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวศิริลักษณ์ เตชะธนอติกุล)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

.....

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย.....

145-1/60

ลงชื่อ.....

(...รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณญา ดุ้ยคำภีร์..)

พยาน

วันที่รับรอง..... 25 ต.ค. 2560

วันหมดอายุ..... 24 ต.ค. 2561



ภาคผนวก ข

1. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ และผลการวิเคราะห์การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัด
2. แบบสอบถาม และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผลการวิเคราะห์

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยนำแบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของแบบวัด (Content Validity) โดยใช้วิธี IOC (Index of item objective congruence)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ลำดับ	รายนาม	สังกัด
1	รศ. ดร. อรัญญา ต้อยคำภีร์	คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
2	ผศ.ดร. กุลยา พิสิทธิ์สังขการ	คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
3	อาจารย์ ดร. จิระสุข สุขสวัสดิ์	สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อกระทง

ข้อคำถามของแบบวัดจะต้องผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.33 ขึ้นไป

1. มาตรการวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ

1.1) ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในองค์ประกอบที่ 1 บาดแผลทางจิตใจทางอ้อม (secondary trauma)

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ Adams และคณะ (2006)	ข้อความโดยผู้วิจัยเรียบเรียง จากต้นฉบับและสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
1	I have had flashbacks connected to my clients.	ฉันเห็นภาพสะท้อนใจ เหมือนกับผู้มารับบริการที่ดูแลอยู่	ลบ	1 (คัดเลือก)
2	I experience troubling dreams similar to those of a client of mine.	ฉันมักฝันร้ายในเรื่องที่ผู้มารับบริการประสบ หรือเล่าให้ฟัง	ลบ	1 (คัดเลือก)
3	I have experienced intrusive thoughts after working with especially difficult client/patients.	ฉันมักจะมีความคิดรบกวนใจ หลังจากดูแลผู้มารับบริการที่มีปัญหาที่แก้ไขยาก	ลบ	1 (คัดเลือก)
4	I have suddenly and involuntarily recalled a frightening experience while working with a client/patient.	ขณะดูแลผู้มารับบริการ ฉันอยู่ๆก็นึกหวนใจ กลัวว่าจะเกิดเรื่องร้ายต่างๆ ผุดขึ้นมาในใจ แบบปัจจุบันทันด่วน	ลบ	0.66 (คัดเลือกโดยปรับแก้ไข)
		<u>ปรับข้อกระทงเป็น</u> ขณะดูแลผู้มารับบริการ ฉันก็นึกย้อนถึงประสบการณ์ที่น่ากลัว โดยไม่ได้ตั้งใจ		
5	I am losing sleep over a client's traumatic experiences.	ฉันนอนไม่หลับ เพราะคิดหมกมุ่นถึงเรื่องของผู้มารับบริการที่ดูแล	ลบ	0.66 (คัดเลือกโดยปรับแก้ไข)
		<u>ปรับข้อกระทงเป็น</u> ฉันนอนไม่หลับ เพราะคิดหมกมุ่นถึงประสบการณ์เลวร้ายของผู้มารับบริการที่ดูแล		

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ Adams และคณะ (2006)	ข้อความโดยผู้วิจัยเรียบเรียง จากต้นฉบับและสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
6	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกตกใจง่าย ภายหลังจากที่ ดูแลผู้มารับบริการ	ลบ	1 (คัดเลือก)
7	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกตึงเครียดสะสมมาจากการ การรับฟังเรื่องราวของผู้มารับ บริการ	ลบ	0.66 (คัดเลือก)
8	สร้างเพิ่มเติม	ฉันหลีกเลี่ยงที่จะนึกถึง เรื่องราวปัญหาของผู้มารับ บริการ	ลบ	0.66 (คัดเลือก)

1.2). ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในองค์ประกอบที่ 2 อาการ
เหนื่อยล้าหมดแรง (burnout)

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ Adams และคณะ (2006)	ข้อความโดยผู้วิจัยเรียบเรียง จากต้นฉบับและสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
1	I have felt trapped by my work.	ฉันรู้สึกเหมือนติดกับดัก แก้ปัญหาไม่ได้ <u>ปรับข้อกระทง</u> <u>เป็น</u> ฉันรู้สึกเหมือนติดอยู่กับ การทำงาน ในการช่วยเหลือผู้ มารับบริการ	ลบ	0.66 (คัดเลือกโดย ปรับแก้ไข)
2	I have thoughts that I am not succeeding in achieving my life goals	ฉันมีความคิดว่าฉันไม่สามารถ บรรลุเป้าหมายของชีวิตได้	ลบ	1 (คัดเลือก)
3	I feel that I am a “failure” in my work	ฉันรู้สึกว่า ฉันเป็นคนที่ล้มเหลว ในงานของตนเอง	ลบ	0.66 (คัดเลือก)
4	I have feel a sense of hopelessness associated with working with clients/patients.	ฉันรู้สึกได้ถึงความสิ้นหวัง เมื่อ ทำงานข้องเกี่ยวกับผู้มารับ บริการ	ลบ	1 (คัดเลือก)
5	I have frequently felt weak, tired or rundown as a result of my work as a caregiver.	ฉันรู้สึกอ่อนแอ เหนื่อย หรือ หมดแรงบ่อยครั้ง จากการ ทำงานในฐานะผู้ให้ความ ช่วยเหลือ	ลบ	1 (คัดเลือก)
6	I have felt depressed as a result of my work.	ฉันรู้สึกหดหู่ เศร้า จากการ ทำงานของฉัน	ลบ	1 (คัดเลือก)
7	I feel I am unsuccessful at separating work from my personal life.	ฉันรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จ ในการแยกแยะเรื่องงานออก จากชีวิตส่วนตัว	ลบ	1 (คัดเลือก)

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ Adams และคณะ (2006)	ข้อความโดยผู้วิจัยเรียบเรียง จากต้นฉบับและสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
8	I have a sense of worthlessness, disillusionment, or resentment associated with my work.	ฉันสัมผัสได้ถึงความไร้ค่า ความผิดหวัง ความขุ่นเคืองใจ เกี่ยวกับงานของฉัน	ลบ	1 (คัดเลือก)
9	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง และ อยากถอยห่างจากผู้คน	ลบ	0.66 (คัดเลือก)
10	สร้างเพิ่มเติม	ฉันใส่ใจกับสวัสดิภาพของผู้มา รับบริการน้อยลง	ลบ	1 (คัดเลือก)
11	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกเหมือนว่า ไม่มีใครที่จะ พูดคุยหรือรับฟัง เมื่อมีความตึง เครียดสูงจากการทำงาน	ลบ	0.66 (คัดเลือก)
12	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ไม่มีหนทางแก้ไข	ลบ	1 (คัดเลือก)

2. มาตรการวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ

2.1) ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในองค์ประกอบที่ 1 ด้าน เกี่ยวกับตนเอง (Items About You)

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ Figley และ Stamm (1996)	ข้อความโดยผู้วิจัยเรียบเรียงจาก ต้นฉบับและสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
1	I am happy.	ฉันมีความสุข	บวก	1 (คัดเลือก)
2	I find my life satisfying.	ฉันพบว่าชีวิตของฉันน่าพึงพอใจ	บวก	1 (คัดเลือก)
3	I have beliefs that sustain me.	ฉันมีความเชื่อที่ฉันยึดเหนี่ยวอยู่/ ฉันมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ	บวก	1 (คัดเลือก)
4	I find that I learn new things from those I care for.	ฉันพบว่าฉันเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จากผู้ที่ฉันดูแล	บวก	1 (คัดเลือก)
5	I feel connected to others.	ฉันรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่น <u>ปรับ</u> <u>ข้อความเป็น</u> ฉันรู้สึกเชื่อมโยงกับผู้อื่น	บวก	0.33 (คัดเลือกโดย ปรับแก้ไข)
6	I feel calm.	ฉันรู้สึกสงบ	บวก	1 (คัดเลือก)
7	I believe that I have a good balance between my work and my free time.	ฉันเชื่อว่า ฉันรักษาสสมดุลระหว่างงาน และเวลาว่างของตัวเองได้ดี	บวก	1 (คัดเลือก)
8	I am the person I always wanted to be.	ฉันเป็นคนี่ฉันอยากจะเป็นมาตลอด	บวก	1 (คัดเลือก)
9	I have good peer support when I need to work through a highly stressful experience.	ฉันมีเพื่อนที่ดีคอยสนับสนุนเมื่อฉันต้องทำงานที่ยาก ดึงเครียดให้ลุล่วง <u>ปรับข้อความเป็น</u> ฉันมีการสนับสนุนที่ดีจากเพื่อนเมื่อฉันต้องทำงานที่ยาก ดึงเครียดให้ลุล่วง	บวก	0.33 (คัดเลือกโดย ปรับแก้ไข)

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ Figley และ Stamm (1996)	ข้อความโดยผู้วิจัยเรียบเรียงจาก ต้นฉบับและสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
10	Working with those I help brings me a great deal of satisfaction.	การทำงานร่วมกับผู้ที่ฉันช่วยเหลือนำมาซึ่งความรู้สึกพึงพอใจเป็นอย่างมาก	บวก	0.66 (คัดเลือก)
11	I feel invigorated after working with those I help.	ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวาหลังจากการทำงานร่วมกับผู้ที่ฉันช่วยเหลือ	บวก	0.66 (คัดเลือก)
12	I have happy thoughts about those I help and how I could help them.	ฉันมีความคิดที่เป็นสุขเกี่ยวกับผู้ที่ฉันช่วยเหลือ และการที่สามารถช่วยเหลือพวกเขาเหล่านั้นได้	บวก	1 (คัดเลือก)
13	I have joyful feelings about how I can help the victims I work with.	ฉันมีความรู้สึกเบิกบาน มีชีวิตชีวา เมื่อฉันสามารถช่วยเหลือผู้มารับบริการได้ <u>ปรับข้อความเป็น</u> ฉันมีความรู้สึกเบิกบานใจ หรือปลาบปลื้มใจ เมื่อฉันสามารถช่วยเหลือผู้มารับบริการได้	บวก	1 (คัดเลือกโดย ปรับแก้ไข)
14	I think that I might be positively “inoculated” by the traumatic stress of those I help.	ฉันคิดว่าฉันอาจจะได้รับภูมิคุ้มกันเชิงบวก โดยความเครียดจากบาดแผลทางจิตใจของผู้ที่ฉันช่วยเหลือ <u>ปรับ</u> ข้อความเป็น ฉันคิดว่าฉันอาจจะได้รับภูมิคุ้มกันเชิงบวก จากความเครียดจากบาดแผลทางจิตใจของผู้ที่ฉันช่วยเหลือความเครียดจากบาดแผลทางจิตใจของผู้ที่ฉันช่วยเหลือ	บวก	1 (คัดเลือกโดย ปรับแก้ไข)

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ Figley และ Stamm (1996)	ข้อความโดยผู้วิจัยเรียบเรียงจาก ต้นฉบับและสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
15	Some people I help are particularly enjoyable to work with.	ฉันพบว่าผู้มารับบริการบางคน ที่ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจในการทำงานด้วย <u>ปรับข้อความเป็น</u> ฉันพบว่าผู้มารับบริการบางคน ที่ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจในการทำงานด้วยเป็นพิเศษ	บวก	1 (คัดเลือกโดยปรับแก้ไข)
16	สร้างเพิ่มเติม	ฉันมีอารมณ์ที่มั่นคง	บวก	1 (คัดเลือก)
17	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกว่าชีวิตฉันมีความหมายเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น	บวก	1 (คัดเลือก)
18	สร้างเพิ่มเติม	ฉันภูมิใจในตนเองไม่ว่าทำงานในสถานการณใด	บวก	0.66 (คัดเลือก)
19	สร้างเพิ่มเติม	ฉันมีความกระตือรือร้นในการทำงาน	บวก	1 (คัดเลือก)
20	สร้างเพิ่มเติม	ฉันเชื่อว่าคนเราจะเติบโตจากการทำงาน	บวก	0.33 (ตัดข้อความออกเนื่องจากเป็นการสร้างเพิ่ม และไม่เกี่ยวกับนิยาม)

2.2) ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในองค์ประกอบที่ 2 ด้าน
 เกี่ยวกับการเป็นผู้ช่วยเหลือ และ สภาพแวดล้อมในการช่วยเหลือ (Items About Being a
 Helper and Your Helping Environment)

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ Figley และ Stamm (1996)	ข้อความโดยผู้วิจัยเรียบเรียงจาก ต้นฉบับและสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
1	I like my work as a helper.	ฉันชอบงานของฉันในฐานะผู้ ช่วยเหลือ	บวก	1 (คัดเลือก)
2	I feel like I have the tools and resources that I need to do my work as a helper.	ฉันรู้สึกว่ามีเครื่องมือ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่ฉันต้องการในการ ทำงานในฐานะผู้ช่วยเหลือ	บวก	1 (คัดเลือก)
3	I have thoughts that I am a “success” as a helper.	ฉันมีความคิดว่า ฉันเป็นผู้ประสบ “ความสำเร็จ” ในฐานะผู้ช่วยเหลือ	บวก	1 (คัดเลือก)
4	I enjoy my co-workers.	ฉันสนุกสานกับเพื่อนร่วมงานของ ฉัน <u>ปรับข้อความเป็น</u> ฉันชอบ ทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานของฉัน	บวก	1 (คัดเลือก)
5	I depend on my co-workers to help me when I need it.	ฉันสามารถพึ่งพาเพื่อนร่วมงานของ ฉันเมื่อฉันต้องการให้พวกเขา ช่วยเหลือ	บวก	1 (คัดเลือก)
6	My co-workers can depend on me for help when they need it.	เพื่อนร่วมงานของฉันสามารถพึ่งพา ฉันได้เมื่อพวกเขาต้องการให้ฉันช่วย	บวก	1 (คัดเลือก)
7	I trust my co-workers.	ฉันเชื่อในผู้ร่วมงานของฉัน <u>ปรับข้อความเป็น</u> ฉันเชื่อมั่นใน ผู้ร่วมงานของฉัน	บวก	1 (คัดเลือกโดย ปรับแก้ไข)
8	I am pleased with how I am able to keep up with helping technology.	ฉันรู้สึกพอใจที่ฉันสามารถติดตาม เทคโนโลยีการช่วยเหลือได้ทัน	บวก	1 (คัดเลือก)

ข้อ	ข้อความต้นฉบับ Figley และ Stamm (1996)	ข้อความโดยผู้วิจัยเรียบเรียงจาก ต้นฉบับและสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
9	Although I have to do paperwork that I don't like, I still have time to work with those I help.	ถึงแม้ว่าฉันจะต้องทำงานเอกสารที่ฉันไม่ชอบ ฉันยังมีเวลาสำหรับทำงานร่วมกับผู้ที่ฉันช่วยเหลือ <u>ปรับข้อความเป็น</u> ฉันเชื่อมั่นในผู้ร่วมงานของฉัน	บวก	1 (คัดเลือกโดยปรับแก้ไข)
10	I am pleased with how I am able to keep up with helping techniques and protocols.	ฉันรู้สึกพอใจที่ฉันสามารถติดตามเทคนิคการช่วยเหลือ และกฎเกณฑ์ต่างๆ ได้ทัน <u>ปรับข้อความเป็น</u> ฉันรู้สึกพอใจที่ฉันสามารถติดตามวิธีการช่วยเหลือใหม่ๆ ได้ทัน	บวก	0.33 (คัดเลือกโดยปรับแก้ไข)
11	I plan to be a helper for a long time.	ฉันวางแผนที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือในระยะยาว	บวก	1 (คัดเลือก)
12	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ดี	บวก	1 (คัดเลือก)
13	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกว่าการทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือทำให้เกิดการเรียนรู้ และการพัฒนาตนเองที่ดี	บวก	0.66 (คัดเลือกโดยย้ายไปไว้ด้านย่อยที่ 1)
14	สร้างเพิ่มเติม	ฉันคิดว่าบรรยากาศในสถานที่ทำงานเอื้อให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงาน	บวก	1 (คัดเลือก)
15	สร้างเพิ่มเติม	ฉันได้รับการสนับสนุนที่ดีจากที่ทำงาน	บวก	1 (คัดเลือก)



ภาคผนวก ค

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. มาตรวัดการรับรู้ความเครียด

ข้อความ / ด้าน	ผลการวิเคราะห์		
	ทั้งหมด		
	M	SD	CITC
Total ทั้งหมด		.865	
1. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรู้สึกอารมณ์เสียเพราะมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น	1.82	.701	.320
2. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรู้สึกไม่สามารถจัดการกับสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต	1.15	.954	.702
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรู้สึกเครียดและกระวนกระวายใจ	1.98	.873	.666
4. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถในการแก้ปัญหาส่วนตัว (-)	1.15	.880	.578
5. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรู้สึกว่าสิ่งต่างๆเป็นไปตามที่ต้องการ (-)	1.45	.723	.551
6. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันไม่สามารถเผชิญกับสิ่งที่ต้องทำ	1.08	.829	.643
7. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันสามารถจัดการกับเรื่องต่างๆที่มารบกวนชีวิตได้ (-)	1.15	.709	.651
8. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันสามารถทำทุกสิ่งทุกอย่างได้ตามที่กำหนด (-)	1.32	.651	.383
9. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรู้สึกโกรธเพราะสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของฉัน	1.53	.911	.617
10. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรู้สึกว่ามีความยุ่งยากมากจนไม่สามารถเอาชนะได้	1.32	.911	.648

2. มาตรการวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ

ข้อคำถาม / ด้าน	ผลการวิเคราะห์			
	M	SD	CITC	
			2 ด้าน ย่อย	ทั้ง ฉบับ
Total ทั้งฉบับ				.946
ด้านที่ 1 บาดแผลทางจิตใจทางอ้อม (secondary trauma)				.813
3. ฉันเห็นภาพเหตุการณ์สะเทือนใจ เหมือนกับ ผู้มารับ บริการที่ดูแลอยู่	2.68	1.882	.233	.341
5. ฉันฝันร้ายถึงเรื่องราวที่ผู้มารับบริการประสบ หรือเล่า ให้ฟัง	1.25	.751	.508	.526
8. ฉันมีความคิดรบกวนใจหลังจากดูแลผู้รับบริการ โดยเฉพาะรายที่อาการหนัก	3.67	2.433	.685	.706
10. ขณะดูแลผู้มารับบริการ ฉันก็นึกย้อนถึง ประสบการณ์ ที่น่ากลัวโดยไม่ได้ตั้งใจ	1.88	1.303	.612	.630
12. ฉันนอนไม่หลับ เพราะคิดหมกมุ่นถึงประสบการณ์ เลวร้าย ของผู้มารับบริการที่ดูแล	1.55	1.371	.622	.700
14. ฉันรู้สึก รู้สึกไม่สดชื่น ไม่ร่าเริง ภายหลังจากที่ดูแลผู้มา รับบริการ	2.72	2.263	.746	.817
15. ฉันรู้สึก โทษตัวเองหรือ รู้สึกผิด มากกว่าปกติที่ ช่วยเหลือผู้รับบริการให้ดีขึ้นไม่ได้	2.38	2.018	.809	.873
20. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึง หรือ นึกถึงเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับผู้มารับบริการ	2.93	2.603	.349	.342
ด้านที่ 2 อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (burnout)				.933
1. ฉันรู้สึกเหมือนติดอยู่กับการทำงาน ในการช่วยเหลือผู้ มารับบริการ	4.17	2.218	.659	.645

ข้อคำถาม / ด้าน	ผลการวิเคราะห์			
	M	SD	CITC	
			2 ด้าน ย่อย	ทั้ง ฉบับ
2. ฉันมีความคิดว่า ฉันไม่สามารถบรรลุเป้าหมายต่างๆ ในชีวิตได้	2.62	1.627	.608	.611
4. ฉันรู้สึกว่าเป็น "คนที่ล้มเหลว" ในงานที่ทำอยู่	2.45	2.037	.677	.675
6. ฉันรู้สึกสิ้นหวัง ในการดูแล ช่วยเหลือผู้มารับบริการ	2.22	1.708	.761	.806
7. ฉันรู้สึก อ่อนล้า หหมดเรี่ยวแรง บ่อยครั้ง จากการ ทำงาน ในการดูแล ช่วยเหลือผู้มารับบริการ	4.20	2.510	.713	.729
9. ฉันรู้สึก หตู่ เศร้าใจจากการทำงาน ในการดูแล ช่วยเหลือผู้มารับบริการ	2.60	1.993	.708	.775
11. ฉันรู้สึกว่าตนไม่ประสบความสำเร็จในการแยกแยะ เรื่องงานออกจากชีวิตส่วนตัว	2.42	2.065	.677	.655
13. ฉันรู้สึก ไร้ค่า ผิดหวัง ขุ่นเคืองใจ จากการทำงาน ใน การดูแล ช่วยเหลือผู้มารับบริการ	2.08	1.934	.845	.860
16. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง และอยากถอยห่างจากผู้คน	2.47	2.221	.838	.825
17. ฉันใส่ใจกับทุกความสุขของผู้มารับบริการน้อยลง	2.47	1.672	.685	.668
18. ฉันรู้สึกเหมือนว่า ตนเองไม่มีคนที่จะพูดคุย หรือรับ ฟัง เมื่อเกิดความเครียดจากการทำงาน ในการดูแล ช่วยเหลือผู้มารับบริการ	2.55	2.251	.663	.649
19. ฉันรู้สึกว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ไม่มีหนทางแก้ไข	1.93	1.745	.725	.718

3. มาตรการวัดความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ

ข้อความ / ด้าน	ผลการวิเคราะห์			
	M	SD	2 ด้าน ย่อย	ทั้ง ฉบับ
Total ทั้งฉบับ				.937
ด้านที่ 1 ด้านเกี่ยวกับตนเอง (Items About You)				.922
1. ฉันมีความสุข	3.62	0.993	.473	.440
2. ฉันพบว่าชีวิตของฉันน่าพึงพอใจ	3.48	0.983	.653	.576
3. ฉันมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ	4.10	0.986	.436	.422
4. ฉันพบว่าฉันเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จากผู้ที่ฉันดูแล	3.92	1.124	.568	.499
5. ฉันรู้สึกเชื่อมโยงกับผู้อื่น	3.58	1.078	.496	.492
6. ฉันรู้สึกสงบ	3.15	1.039	.624	.578
7. ฉันเชื่อว่า ฉันรักษาสมดุลระหว่างงานและเวลาว่างของ ตัวเองได้ดี	3.17	1.152	.395	.422
8. ฉันเป็นคนที่คุณอยากจะเป็นมาตลอด	3.27	1.103	.734	.693
9. ฉันมีการสนับสนุนที่ดีจากเพื่อนเมื่อฉันต้องทำงานที่ยาก ตึงเครียดให้ลุล่วง	3.93	1.133	.423	.507
10. การทำงานร่วมกับผู้ที่ฉันช่วยเหลือนำมาซึ่งความรู้สึกพึง พอใจเป็นอย่างมาก	3.52	1.000	.795	.794
11. ฉันรู้สึกมีชีวิตชีวาหลังจากการทำงานร่วมกับผู้ที่ฉัน ช่วยเหลือ	3.25	1.114	.702	.729
12. ฉันมีความคิดที่เป็นสุขเกี่ยวกับผู้ที่ฉันช่วยเหลือ และการ ที่สามารถช่วยเหลือพวกเขาเหล่านั้นได้	3.72	0.958	.757	.710
13. ฉันมีความรู้สึกเบิกบานใจ หรือปลื้มใจ เมื่อฉัน สามารถช่วยเหลือผู้มารับบริการได้	4.00	0.974	.730	.637

ข้อคำถาม / ด้าน	ผลการวิเคราะห์			
	M	SD	2 ด้าน ย่อย	ทั้ง ฉบับ
14. ฉันคิดว่าฉันอาจจะได้รับภูมิคุ้มกันเชิงบวก จาก ความเครียดจากบาดแผลทางจิตใจของผู้ที่ฉันช่วยเหลือ	3.10	1.399	.534	.424
15. ฉันพบว่าผู้มีผู้มารับบริการบางคน ที่ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจ ในการทำงานด้วยเป็นพิเศษ	2.52	1.321	.458	.451
16. ฉันมีอารมณ์ที่มั่นคง	3.27	0.954	.529	.539
17. ฉันรู้สึกว่าชีวิตฉันมีความหมายเมื่อได้ช่วยเหลือผู้อื่น	4.12	0.885	.512	.426
18. ฉันภูมิใจในตนเองไม่ว่าทำงานในสถานการณ์ไหน	3.83	1.076	.720	.668
19. ฉันมีความกระตือรือร้นในการทำงาน	3.22	1.043	.651	.608
20. ฉันรู้สึกว่าการทำงานเป็นผู้ช่วยเหลือทำให้เกิดการเรียนรู้ และการพัฒนาตนเองที่ดี	4.02	0.983	.674	.629
ด้านที่ 2 ด้านเกี่ยวกับการเป็นผู้ช่วยเหลือ และสภาพแวดล้อมในการช่วยเหลือ			.884	
(Items About Being a Helper and Your Helping Environment)				
21. ฉันชอบงานของฉันในฐานะผู้ช่วยเหลือ	3.87	1.127	.398	.608
22. ฉันรู้สึกว่า ฉันมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่ฉัน ต้องการในการทำงานในฐานะผู้ช่วยเหลือ	3.20	1.162	.577	.595
23. ฉันมีความคิดว่า ฉันเป็นผู้ประสบ “ความสำเร็จ” ใน ฐานะผู้ช่วยเหลือ	3.13	1.112	.498	.703
24. ฉันชอบทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานของฉัน	3.33	1.230	.673	.502
25. ฉันสามารถพึ่งพาเพื่อนร่วมงานของฉันเมื่อฉันต้องการให้ พวกเขาช่วยเหลือ	3.50	1.157	.633	.462
26. เพื่อนร่วมงานของฉันสามารถพึ่งพาฉันได้เมื่อพวกเขา ต้องการให้ฉันช่วย	3.72	0.825	.377	.366
27. ฉันเชื่อมั่นในผู้ร่วมงานของฉัน	3.55	1.185	.591	.396

ข้อความ / ด้าน	ผลการวิเคราะห์			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	2 ด้าน ย่อย	ทั้ง ฉบับ
28. ฉันรู้สึกพอใจที่ฉันสามารถติดตามวิธีการช่วยเหลือใหม่ๆ ได้ทัน	3.13	1.081	.508	.536
29. ถึงแม้ว่าฉันจะต้องทำงานเอกสารที่ฉันไม่ชอบ ฉันยังมี เวลาสำหรับทำงานร่วมกับผู้ที่ฉันช่วยเหลือ	3.35	1.022	.455	.345
30. ฉันรู้สึกพอใจที่ฉันสามารถติดตามเทคนิคการช่วยเหลือ และระบบต่างๆได้ทัน	2.95	1.048	.593	.557
31. ฉันวางแผนที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือในระยะยาว	3.60	1.224	.402	.493
32. ฉันรู้สึกว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ดี	3.43	1.170	.769	.555
33. ฉันคิดว่าบรรยากาศในสถานที่ทำงานเอื้อให้เกิด ประโยชน์ต่อการทำงาน	3.47	1.200	.643	.492
34. ฉันได้รับการสนับสนุนที่ดีจากที่ทำงาน	3.35	1.246	.647	.466

4. มาตรการวัดสุขภาวะ

ข้อคำถาม / ด้าน	ผลการวิเคราะห์				
	M	SD	CITC		
			17 ด้าน ย่อย	5องค์ ประกอบ	ทั้งฉบับ
Total Wellness ทั้งฉบับ					.947
1. Creative Self					.874
1.1) Thinking					.625
1. เมื่อมีปัญหาฉันจะสำรวจทางเลือกและ ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ก่อนลงมือแก้ไข ปัญหา	3.25	0.508	.437	.405	.346
18. ฉันหาทางกระตุ้นความคิด และเพิ่ม การทำงานรูใหม่ๆ	3.03	0.736	.263	.284	.235
35. ฉันหาทางออกที่สร้างสรรค์ให้กับ ปัญหาต่างๆ ได้	3.02	0.567	.606	.600	.512
52. ฉันใช้จินตนาการ ทักษะ และความรู้ที่ มีในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี	3.28	0.585	.386	.521	.489
1.2) Emotion					.781
2. ฉันแสดงอารมณ์ด้านบวกเช่น ดีใจ สุขใจ และ อารมณ์ด้านลบ เช่น หงุดหงิด โกรธ เกลียดชัง ได้อย่างเหมาะสม	3.20	0.514	.545	.413	.398
19. ฉันรู้ตัวเสมอ ว่าขณะนี้ฉันรู้สึกอย่างไร	3.18	0.596	.601	.431	.486
36. ฉันบอกความรู้สึกของฉันให้ผู้อื่นรับรู้ได้	3.13	0.747	.517	.543	.579
53. ฉันรู้ตัวชัดเจนเสมอ เมื่อมีอารมณ์ด้าน บวก เช่น ดีใจ สุขใจ หรือ อารมณ์ ด้านลบ เช่น หงุดหงิด โกรธ เกลียดชัง	3.38	0.613	.730	.616	.667

ข้อคำถาม / ด้าน	ผลการวิเคราะห์				
	M	SD	CITC		
			17 ด้าน ย่อย	5องค์ ประกอบ	ทั้งฉบับ
1.3) Control			.537		
3. ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถควบคุมและจัดการสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม	3.23	0.533	.420	.602	.576
20. ฉันมักประสบผลสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งไว้	3.02	0.537	.487	.590	.555
37. ฉันมีการวางแผนเพื่อให้บรรลุสิ่งที่ต้องการในชีวิต	3.08	0.809	.295	.499	.437
54. ฉันไม่กล้าบอกให้คนอื่นรู้ถึงสิ่งที่ฉันต้องการ	2.82	0.770	.195	.368	.394
1.4) Work			.724		
5. ฉันจัดการสิ่งที่มากระทบกับการทำงานและการทำงานกิจกรรมได้อย่างลงตัว	3.03	0.581	.524	.556	.547
21. ฉันได้ใช้ทักษะและความสามารถที่มีอย่างเต็มที่ทั้งกับการทำงานและการทำงานกิจกรรม	3.20	0.576	.371	.409	.437
38. คนรอบตัวฉันที่ทำงานให้การยอมรับและชื่นชมในตัวฉัน	3.13	0.596	.426	.439	.532
55. ฉันมีเงินเพียงพอที่จะใช้จ่ายในสิ่งที่จำเป็น	3.22	0.783	.547	.507	.555
69. ฉันเพลิดเพลินกับการทำงานและการทำงานกิจกรรมในที่ทำงาน	3.22	0.585	.577	.581	.608

ข้อคำถาม / ด้าน	ผลการวิเคราะห์				
	M	SD	CITC		
			17 ด้าน ย่อย	5องค์ ประกอบ	ทั้งฉบับ
1.5) Positive Humor			.710		
4. ฉันยิ้มและหัวเราะกับตัวเองได้	3.37	0.610	.431	.462	.461
22. ฉันเป็นคนมีอารมณ์ขัน	3.02	0.792	.608	.425	.354
39. ฉันใช้อารมณ์ขันในการพลิกมุมมอง เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ	2.77	0.789	.571	.433	.315
2. Coping Self			.892		
2.1) Realistic Belief			.785		
6. บ่อยครั้งที่ฉันไม่มีความสุขเพราะผิดหวัง กับสิ่งต่างๆ	2.72	0.761	.683	.636	.383
23. ฉันมักด่วนตัดสินสิ่งต่างๆ ในแง่ร้าย ทั้งที่จริงมันไม่ได้เป็นเช่นนั้น	2.88	0.804	.421	.376	.284
40. ฉันต้องทำทุกอย่างให้สมบูรณ์แบบ ไร้มติ มิฉะนั้นจะถือว่าชีวิตล้มเหลว	2.95	0.790	.680	.632	.316
56. คนทุกคนต้องรักฉัน	3.22	0.804	.608	.452	.198
68. ฉันเข้าใจธรรมชาติว่าชีวิตก็มีสมหวัง บ้างผิดหวังบ้างเป็นธรรมดา	3.65	0.515	.458	.700	.578
2.2) Self-Worth			.768		
7. ฉันพอใจในสิ่งที่ตัวเองเป็น ซึ่งไม่ จำเป็นต้องเหมือนใคร	3.43	0.621	.654	.606	.413
24. ฉันยอมรับในรูปลักษณ์ที่ฉันเป็นได้แม้ มันจะไม่สมบูรณ์แบบก็ตาม	3.37	0.581	.500	.435	.403
45. ฉันเป็นคนที่มีคุณค่า	3.55	0.534	.481	.573	.644

ข้อคำถาม / ด้าน	ผลการวิเคราะห์				
	M	SD	CITC		
			17 ด้าน ย่อย	5องค์ ประกอบ	ทั้งหมด ทั้งฉบับ
58. ฉันชอบตัวเองแม้ฉันจะไม่ใช้คนที่ สมบูรณ์แบบ	3.48	0.537	.651	.671	.597
2.3) Stress Management			.748		
8. ฉันพอใจในวิธีการที่ฉันใช้รับมือกับ ความเครียดของตนเอง	3.17	0.693	.583	.544	.456
25. ฉันสามารถรับมือกับความเครียดที่ เกิดขึ้นได้	3.23	0.593	.629	.687	.598
43. ฉันสามารถรับมือกับความคิดแง่ๆ ที่ ทำให้ฉันเครียดได้	3.08	0.561	.531	.559	.623
2.4) Leisure			.856		
9. ฉันเห็นความสำคัญของการทำงาน อดิเรกเพื่อการผ่อนคลาย	3.57	0.563	.696	.541	.559
26. การทำกิจกรรมยามว่างเป็นส่วนหนึ่งใน ชีวิตที่ทำให้ฉันมีความสุข	3.57	0.593	.805	.574	.654
41. ฉันหาเวลาทำกิจกรรมพักผ่อนที่ฉันชอบ	3.45	0.649	.681	.480	.486
57. ฉันพึงพอใจกับกิจกรรมยามว่างที่ฉันทำ อยู่	3.30	0.646	.604	.527	.528
3. Social Self			.894		
3.1) Friend			.815		
10. ฉันมีเพื่อนที่พร้อมจะช่วยเหลือทุก อย่างเมื่อฉันเดือดร้อน	3.47	0.724	.647	.595	.468
27. ฉันมีเพื่อนหรือญาติพี่น้องที่พร้อมจะ ช่วยเหลือยามที่ฉันต้องการ	3.38	0.715	.559	.521	.344

ข้อคำถาม / ด้าน	ผลการวิเคราะห์				
	M	SD	CITC		
			17 ด้าน ย่อย	5องค์ ประกอบ	ทั้งฉบับ
42. ฉันสามารถสร้างและรักษา ความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ฉันชอบพอได้	3.38	0.585	.559	.464	.507
59. ฉันมีเพื่อนที่ฉันสามารถขอความ ช่วยเหลือได้ในเวลาที่ฉันต้องการข้อมูล บางอย่าง	3.55	0.594	.729	.685	.491
66. ฉันไม่มีใครที่ไว้วางใจได้เลย	3.53	0.700	.561	.719	.671
3.2) Love			.880		
15. ฉันมีคนใกล้ชิดอย่างน้อย 1 คนที่พร้อม จะร่วมทุกข์ร่วมสุขกันตลอดไป	3.50	0.725	.685	.669	.490
30. ฉันมีคนอย่างน้อย 1 คนที่สนใจในชีวิต ความเป็นอยู่และความเป็นไปในของฉัน	3.67	0.655	.792	.641	.432
44. มีคนอย่างน้อย 1 คนที่ฉันรู้สึกใกล้ชิด สนิทสนมด้วย	3.68	0.567	.808	.745	.630
62. มีบุคคลอย่างน้อย 1 คนที่ฉันจะบอก เล่าถึงความคิดและความรู้สึกส่วนตัว ของฉัน	3.58	0.645	.745	.730	.614
67. ฉันไม่มีใครที่รักและผูกพันใกล้ชิดด้วย	3.65	0.659	.572	.624	.656
4. Essential Self				.820	
4.1) Spiritual			.719		
11. ฉันเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือ ปฏิบัติธรรมเพื่อขัดเกลาจิตใจ	2.60	1.028	.489	.287	.320
28. ฉันมีความเชื่อหรือศรัทธาในจิตใจเป็น เครื่องนำทางชีวิต	3.23	0.871	.566	.593	.620

ข้อคำถาม / ด้าน	ผลการวิเคราะห์				
	M	SD	CITC		
			17 ด้าน ย่อย	5องค์ ประกอบ	ทั้งฉบับ
46. ฉันนำหลักปรัชญาหรือคำสอนทางศาสนามาใช้ประกอบการดำเนินชีวิต	3.33	0.705	.688	.681	.751
60. ฉันหมั่นขัดเกลาและพัฒนาจิตใจอยู่เสมอ	3.40	0.588	.366	.383	.461
4.2) Self-Care			.523		
12. ฉันไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์	3.15	0.988	.462	.268	.170
29. ฉันไม่สูบบุหรี่	3.83	0.493	.343	.357	.276
47. ฉันนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ	2.92	0.720	.214	.189	.260
61. ฉันไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด	3.85	0.360	.423	.330	.215
4.3) Gender Identity			.712		
13. ฉันพอใจในเพศวิถีที่ฉันเป็น	3.73	0.482	.456	.388	.321
31. การเป็นผู้ชาย/ผู้หญิง เป็นผลดีต่อชีวิตของฉัน	3.32	0.833	.519	.478	.333
48. แรงสนับสนุนของผู้คนรอบตัวทำให้ฉันรู้สึกมั่นคงในวิถีทางเพศของตัวเอง	3.42	0.671	.643	.493	.383
63. ฉันอยู่ร่วมกับเพื่อนเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศได้อย่างสบายใจ	3.65	0.547	.445	.689	.614
4.4) Culture Identity			.748		
14. วัฒนธรรมของฉันส่งเสริมให้ฉันมีคุณภาพชีวิตที่ดี	3.20	0.732	.508	.482	.584
32. ฉันได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างที่เคารพและให้เกียรติในเชื้อชาติ ภาษา สีมิว และวัฒนธรรมของฉัน	3.58	.619	.620	.644	.565

ข้อคำถาม / ด้าน	ผลการวิเคราะห์				
	M	SD	CITC		
			17 ด้าน ย่อย	5องค์ ประกอบ	ทั้งหมด ฉบับ
49. ฉันภูมิใจในชาติกำเนิดและวัฒนธรรม ประเพณีของฉัน	3.58	0.619	.620	.578	.565
64. ฉันอยู่ร่วมกับผู้คนจากต่างวัฒนธรรมได้ อย่างสบายใจ	3.38	0.5640	.411	.310	.361
5. Physical Self				.851	
5.1) Nutrition			.906		
16. ฉันรับประทานอาหารที่มีกากใย วิตามิน เกลือแร่ในแต่ละวัน	2.88	0.865	.383	.672	.494
33. ฉันพอใจในปริมาณและคุณภาพประโยชน์ ของอาหารที่ฉันรับประทานในแต่ละวัน	2.88	0.739	.701	.527	.419
50. ฉันกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ	2.90	0.706	.824	.670	.408
65. ฉันรับประทานผัก ผลไม้ และธัญพืช เป็นประจำทุกวัน	2.78	0.940	.827	.612	.320
5.2) Exercise			.922		
17. ฉันออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที ต่อครั้ง 3 ครั้งต่อสัปดาห์	2.55	1.064	.876	.588	.237
34. ฉันทำกิจกรรมสร้างความยืดหยุ่นให้กับ ร่างกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์	2.60	0.995	.856	.633	.297
51. ฉันชอบออกกำลังกายให้ร่างกายมีความ แข็งแรงอยู่เสมอ	2.80	0.898	.808	.630	.302

แบบสอบถาม

สำหรับนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

แบบสอบถามนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง *ความเครียด ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และสุขภาวะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต* โดยนิสิตผู้วิจัย นางสาว ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล ซึ่งเป็นนิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบสอบถามนี้จะใช้เวลาตอบประมาณ 30 - 45 นาที ขณะตอบแบบสอบถาม หากท่านรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้น ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ

ก่อนการตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ นิสิตผู้วิจัยจึงขอให้ท่านตอบคำถามเพื่อการคัดกรองดังต่อไปนี้

ท่านเป็นนักวิชาชีพผู้มีประสบการณ์ให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่เน้นการดูแล พุดคุยปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการบำบัดทางจิตใจเป็นหลัก ในผู้มารับบริการ ที่ประสบกับเหตุการณ์เครียดที่รบกวนใจ อันส่งผลต่อความเชื่อมั่นในตนเอง หรือก่อให้เกิดความสะเทือนใจ (ตัวอย่าง เช่น การเลิกกับคนรัก การทะเลาะไม่ลงรอยกันของคนในบ้าน มีเรื่องขัดแย้งกับเพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน การหย่าร้าง มีปัญหาทางการเรียนหรือการทำงาน สมาชิกในครอบครัวหรือคนสำคัญในชีวิตเสียชีวิต ความเจ็บป่วยของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น)

() ใช่ () ไม่ใช่

หากตอบ “ไม่ใช่” ขอให้ท่านยุติการทำแบบสอบถามทันที

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง อายุ..... ปี
2. การศึกษาสูงสุด
 ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก
3. หน่วยงานสังกัด (ถ้ามี)
 สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลเอกชน ศูนย์สุขภาพจิต หน่วยงานการศึกษา
 อื่นๆ ระบุ
4. ตำแหน่งงาน / ประเภทของนักวิชาชีพ
 จิตแพทย์
 นักจิตวิทยา (เช่น นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาคลินิก)
 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต (เช่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์สาขาพัฒนาการเด็ก แพทย์อนุมัติบัตรเวชกรรมป้องกันสาขาสุขภาพจิตชุมชน)
 พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต (เช่น พยาบาลจิตเวชทั่วไป (PG) พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (PG เด็ก) พยาบาล ป.โท สุขภาพจิตและจิตเวช)
 อื่นๆ ระบุ
5. อายุงานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต ปีเดือน
6. จำนวนชั่วโมง ที่ให้บริการด้านการพูดคุยปรึกษา หรือ บำบัดทางจิตใจ ...ชั่วโมง ต่อสัปดาห์

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียด

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย “ X ” เพื่อเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละ ข้อ และโปรดตอบทุกข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

0 = ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
1 = เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน
2 = บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
3 = บ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
4 = บ่อยมาก	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ	ไม่เคย (0)	เกือบไม่ เคย (1)	บางครั้ง (2)	บ่อย (3)	บ่อย มาก (4)
1. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรู้สึก อารมณ์เสียเพราะมีเหตุการณ์ที่ไม่ คาดคิดเกิดขึ้น	0	1	2	3	4
2. ในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันรู้สึกไม่ สามารถจัดการกับสิ่งที่มีความสำคัญใน ชีวิต	0	1	2	3	4
3.	0	1	2	3	4
4.	0	1	2	3	4
5.	0	1	2	3	4
6.	0	1	2	3	4
7.	0	1	2	3	4
8.	0	1	2	3	4
9.	0	1	2	3	4
10.	0	1	2	3	4

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การทำงานและชีวิตของท่าน ชุดที่ 1

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย “ X ” ในช่องตัวเลข เพื่อเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียง
เครื่องหมายเดียว โดยการเลือกให้คะแนนตามระดับความรู้สึกจาก 1 คะแนน ถึง 10 คะแนน

ฉันรู้สึก “เหมือนติดอยู่กับที่” ในการทำงานช่วยเหลือผู้มารับบริการ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

2. ฉันมีความคิดว่า “ฉันไม่สามารถบรรลุเป้าหมายต่างๆ ในชีวิตได้”

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

3.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

4.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

5.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

6.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

7.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

8.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

9.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

11.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

12.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

13.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

14.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

15.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

16.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

17.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

18.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

19.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

20.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เคยเลย

เคยและไม่เคยพอๆกัน

บ่อยมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์การทำงานและชีวิตของท่าน ชุดที่ 2

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย “ X ” เพื่อเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ และโปรดตอบทุกข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

0 = ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
1 = เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นประมาณ 1-2 ครั้งใน 1 เดือน
2 = บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
3 = ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง
4 = บ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นสัปดาห์ละ 5-6 ครั้ง
5 = บ่อยมาก	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำทุกวัน

ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ฉัน...	ไม่เคย	เกือบไม่เคย	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อย	บ่อยมาก
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. ฉันมีความสุข	0	1	2	3	4	5
2. ฉันพบว่าชีวิตของฉันน่าพึงพอใจ	0	1	2	3	4	5
3.	0	1	2	3	4	5
4.	0	1	2	3	4	5
5.	0	1	2	3	4	5
6.	0	1	2	3	4	5
7.	0	1	2	3	4	5

ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ฉัน...	ไม่ เคย (0)	เกือบ ไม่ เคย (1)	บาง ครั้ง (2)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	บ่อย (4)	บ่อย มาก (5)
8.....	0	1	2	3	4	5
9.....	0	1	2	3	4	5
10.....	0	1	2	3	4	5
11.....	0	1	2	3	4	5
12.....	0	1	2	3	4	5
13.....	0	1	2	3	4	5
14.....	0	1	2	3	4	5
15.....	0	1	2	3	4	5
16.....	0	1	2	3	4	5
17.....	0	1	2	3	4	5
18.....	0	1	2	3	4	5
19.....	0	1	2	3	4	5
20.....	0	1	2	3	4	5
21.....	0	1	2	3	4	5
22.....	0	1	2	3	4	5
23.....	0	1	2	3	4	5
24.....	0	1	2	3	4	5
25.....	0	1	2	3	4	5

ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ฉัน...	ไม่เคย (0)	เกือบ ไม่เคย (1)	บางครั้ง ครั้ง (2)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	บ่อย (4)	บ่อย มาก (5)
26.	0	1	2	3	4	5
27.	0	1	2	3	4	5
28.	0	1	2	3	4	5
29.	0	1	2	3	4	5
30.	0	1	2	3	4	5
31.	0	1	2	3	4	5
32.	0	1	2	3	4	5
33.	0	1	2	3	4	5
34.	0	1	2	3	4	5

ตอนที่ 5 แบบสอบถามสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย “ X ” เพื่อเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ และโปรดตอบทุกข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- 1 = ไม่ตรงเลย หมายถึง ไม่ตรง หรือแทบจะไม่ตรงสำหรับฉัน
- 2 = ค่อนข้างไม่ตรง หมายถึง มักจะไม่ตรงกับตัวฉัน
- 3 = ค่อนข้างตรง หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงสำหรับฉันบางครั้ง
- 4 = ตรงมากที่สุด หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงสำหรับฉันเกือบทั้งหมด หรือ

ตลอดเวลา

ข้อคำถาม	ไม่ตรงเลย (1)	ค่อนข้างไม่ตรง (2)	ค่อนข้างตรง (3)	ตรงมากที่สุด (4)
1. เมื่อมีปัญหาฉันจะสำรวจทางเลือกและผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ก่อนลงมือแก้ไขปัญหา	1	2	3	4
2. ฉันแสดงอารมณ์ด้านบวกเช่น ดีใจ สุขใจ และอารมณ์ด้านลบ เช่น หงุดหงิด โกรธ เกลียดชัง ได้อย่างเหมาะสม	1	2	3	4
3.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.	1	2	3	4
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
.....	1	2	3	4
.....	1	2	3	4
.....	1	2	3	4

ข้อความ	ไม่ตรง เลย (1)	ค่อนข้าง ไม่ตรง (2)	ค่อนข้าง ตรง (3)	ตรงมาก ที่สุด (4)
.....	1	2	3	4
.....	1	2	3	4
.....	1	2	3	4
69. ฉันเพลิดเพลินกับการทำงานและการทำกิจกรรม ต่างๆในชีวิต	1	2	3	4



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	น.ส.ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล
วัน เดือน ปี เกิด	12 พฤศจิกายน 2528
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมปลายจากโรงเรียนเขมะสิรินุสรณ์ กรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2547 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2551 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการ ปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2558

