



ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อ
ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครอง
และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

THE EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIOR PSYCHOLOGICAL COUNSELING PROGRAM
ON COMPASSION FATIGUE IN CAREGIVERS OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL

จิราวรรณ ธงสะอาด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2564

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อ
ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครอง
และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ



ปริญญาานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

THE EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIOR PSYCHOLOGICAL COUNSELING PROGRAM
ON COMPASSION FATIGUE IN CAREGIVERS OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL
DISABILITY IN THE HOME FOR PROTECTION AND DEVELOPMENT FOR PERSONS
WITH DISABILITIES



JIRAWAN THONGSARD

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF ARTS
(Applied Psychology)

Graduate School, Srinakharinwirot University

2021

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญาานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความ
เหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนา

คุณภาพชีวิตคนพิการ

ของ

จิราวรรณ ธงสะอาด

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญาานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน

(อาจารย์ ดร.สุพัทธ์ แสนแจ่มใส)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนายศ สุมาลัยโรจน์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ)

| | |
|------------------|--|
| ชื่อเรื่อง | ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัด ความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแล เด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ |
| ผู้วิจัย | จิราวรรณ ธงสะอาด |
| ปริญญา | ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต |
| ปีการศึกษา | 2564 |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | อาจารย์ ดร. สุพัทธ แสงแจ่มใส |

การได้รับรู้เรื่องราวความบอบซ้ำและเจ็บปวดจากบุคคลอื่น อาจเป็นการส่งต่อความทุกข์
ในรูปแบบหนึ่งโดยที่บุคคลไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง รวมถึงประสบการณ์จากการดูแล
หรือช่วยเหลือที่ต้องใช้แรงกายแรงใจอย่างมากอาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ซึ่ง
ส่งผลกระทบต่อชีวิตการทำงานและส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวได้ในที่สุด งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความ
เหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครอง
และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 8 คน
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และโปรแกรมการให้
คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม จำนวน 6 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ
ทดสอบแมน - วิทนีเย ยู และสถิติทดสอบวิลคอกชัน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจาก
การเห็นอกเห็นใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ .01 และคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับก่อน
และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการ
ให้คำปรึกษา ที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ในกลุ่มบุคคลที่
ทำงานช่วยเหลือเด็กที่มีความพิการ

คำสำคัญ : ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ, โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิด
การปรับความคิดและพฤติกรรม, ผู้ดูแล, เด็กพิการทางสมองและปัญญา

Title THE EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIOR PSYCHOLOGICAL
COUNSELING PROGRAM ON COMPASSION FATIGUE
IN CAREGIVERS OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL
DISABILITY IN THE HOME FOR PROTECTION AND DEVELOPMENT
FOR PERSONS WITH DISABILITIES

Author JIRAWAN THONGSARD

Degree MASTER OF ARTS

Academic Year 2021

Thesis Advisor Supat Sanjamsai

Exposure to the trauma of other people may be a way of taking on suffering that does not require the individual to go through the experience directly. The experience of caring or helping others requires a lot of physical and mental effort and can result in compassion fatigue. This affects work life and ultimately, personal life. The aim of this research is to study the effects of a cognitive behavioral psychological counseling program on compassion fatigue among caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities with a sample group of 16 caregivers divided equally into an experimental group and a control group (eight caregivers per group). The research tools included a compassion fatigue scale and six sessions of a cognitive behavioral psychological counseling program. The data was analyzed using the Mann-Whitney U test and the Wilcoxon signed-rank test. The results showed that the mean compassion fatigue score of the experimental group, after participating in the program, was significantly different from that of the control group at $p < .01$. The mean compassion fatigue scores of the experimental group, before and after participating in the program, were statistically different at $p < 0.1$, suggesting that the designed counselling program was able to help reduce compassion fatigue among those working to help children with disabilities.

Keyword : Compassion fatigue, Cognitive behavioral psychological counseling program, Caregivers, Children with intellectual disabilities

กิตติกรรมประกาศ

ครั้งหนึ่งความพยายามจะเรียนต่อปริญญาโทจิตวิทยาการปรึกษาเคยเป็นความรู้สึกที่หนักหนาสาหัส ต้องพบเจอกับความผิดหวังร้ายแรงราวกับโลกถล่มลงมา จากวันนั้นจนถึงวันนี้ความรู้สึกนั้นก็ยังคงชัดเจนอยู่ในใจ ในวันที่ขาทั้งสองข้างแทบไม่มีแรงที่จะพยุงร่างกายไว้ ในวันที่หัวใจเต้นแรงเหมือนจะหลุดออกมา ในวันที่รู้สึกว่าความพยายามที่ผ่านมาสูญเปล่าเลือนลางจางหายไปกับสายลม กาลเวลาผ่านไป จนถึงวันที่แบกเอาความรู้สึกและความคิดที่หนักอึ้งเหล่านั้นไว้ไม่ให้ไหลอีกต่อไปแล้ว ความรู้สึกผิดหวัง ความรู้สึกเค็งคว้าง หรือแม้แต่การด้อยค่าความพยายามของตัวเองจากความไม่สำเร็จนั้นหนักเกินที่ต้องแบกไว้แล้วใช้ชีวิตต่อไป จนกระทั่งความพยายามกับความสำเร็จเข้ามาคู่กัน ซึ่งทำให้ได้พบเจอเหล่าบุคคลที่มีความหลงใหลและเป้าหมายที่คล้ายกัน ได้พบเจอเหล่าบุคคลที่พร้อมจะเดินทางเคียงข้างกัน และพบเจอบุคคลที่กล้าเรียกได้เต็มปากว่าเป็นครูบาอาจารย์ ช่างเป็นช่วงชีวิตที่มีความสุขล้นกับการมีบุคคลรอบข้างที่ดีที่เปิดใจ รับฟัง ยอมรับ ตัดเตียน สนับสนุน พันฝ่า ชี้แนะ ฯลฯ บุคคลเหล่านี้ทำให้สิ่งที่แบกมาอย่างหนักนั้นเบาลง เหมือนถ้าในวันนั้นที่คิดว่าความพยายามที่ผ่านมาสูญเปล่าเลือนลางจางหายไปกับสายลม ในวันนี้ความทุกข์ก็เลือนลางจางหายไปกับสายลมแล้วเช่นกัน ตั้งแต่นั้นมา ทั้งบุคคลรอบข้าง การเรียน การใช้ชีวิตก็ได้หล่อหลอมจนทำให้ตระหนักรู้ว่า อย่าเอาความไม่สำเร็จมาด้อยค่าความพยายามของตัวเองเลย ทุกความพยายามล้วนมีค่า ต่อให้ไม่ประสบผลสำเร็จก็ไม่ได้หมายความว่าไม่พยายามยาม ขอขอบคุณอะไรก็ตามที่ทำให้พวกเรามาเจอกัน และขอบคุณตัวฉันที่พยายามมากเหลือเกิน

ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากความกรุณาของ อ.ดร.สุพัทธ แสนแจ่มใส อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ผู้ทุ่มเท คอยให้คำปรึกษา ชี้แนะ เต็มเต็มส่วนบกพร่อง เป็นเกียรติอย่างสูงที่ได้อยู่ภายใต้ความดูแลของอาจารย์ ขอขอบพระคุณ อ.ดร.รัก ชุณหากาญจน์ ผศ.ดร.สิทธิชัย ทองวร และ คุณไกรสร แก้วพิพัฒน์ ที่ให้เกียรติเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามและโปรแกรมการให้คำปรึกษาในปริญญาานิพนธ์ครั้งนี้ รวมถึง ผศ.ดร.ธนยศ สุมาลย์โรจน์ ที่ให้เกียรติมาเป็นมาเป็นประธานสอบปริญญาานิพนธ์และชี้แจงให้เห็นว่าปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณค่าทั้งต่อตัวผู้นิพนธ์และต่อสังคมเพียงใด และผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตบ้านราชวดี (ชาย) ที่สละเวลาอันมีค่าเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้และคุณค่าเชิงวิชาการ

สุดท้ายนี้ความพยายามทั้งหมดที่ผ่านมาเดินทางมาจนถึงปลายอุโมงค์ที่มีแสงส่องสว่าง อันมีเหล่าบุคคลอันเป็นที่รักทั้งบิดา มารดา พี่น้องสายเลือดเดียวกัน พี่น้องต่างสายเลือด มิตรสหาย รวมถึงอนาคตที่ยืนรอปรบมือและร่วมยินดีให้กับคนที่เดินมาพร้อมกับคุณค่าแห่งความพยายาม

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ | ช |
| สารบัญตาราง..... | ญ |
| สารบัญรูปภาพ | ฎ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ภูมิหลัง | 1 |
| คำถามการวิจัย..... | 10 |
| ความมุ่งหมายของงานวิจัย..... | 10 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 11 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 11 |
| นิยามเชิงปฏิบัติการ | 12 |
| บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม..... | 13 |
| 1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ..... | 14 |
| 1.1 ความหมายของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ | 14 |
| 1.2 องค์ประกอบของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ..... | 15 |
| 1.3 การวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ | 17 |
| 1.4 แนวทางในการลดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ | 19 |
| 2. เอกสารที่เกี่ยวข้องและแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา | 20 |
| 2.1 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา | 20 |

| | |
|---|----|
| 2.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา | 22 |
| 2.3 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา | 22 |
| 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความเห็น้อยล้ำจาก การเห็นอกเห็นใจ | 23 |
| 3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม | 26 |
| 3.1 ความหมายของทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม | 26 |
| 3.2 องค์ประกอบของทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม | 26 |
| 3.3 หลักการของทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม | 27 |
| 3.4 การให้คำปรึกษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม..... | 30 |
| 3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความเห็น้อย ล้ำจากการเห็นอกเห็นใจ..... | 31 |
| 4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและการดูแลผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญา | 32 |
| 4.1 แนวทางการดูแลฟื้นฟูเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา..... | 33 |
| 4.3 การดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) | 36 |
| 4.4. ผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา | 39 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย | 40 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 41 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 42 |
| 1.การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 43 |
| 3.การเก็บรวบรวมข้อมูล | 55 |
| 4.การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 56 |
| บทที่ 4 ผลการศึกษา | 58 |
| 1.สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล | 58 |

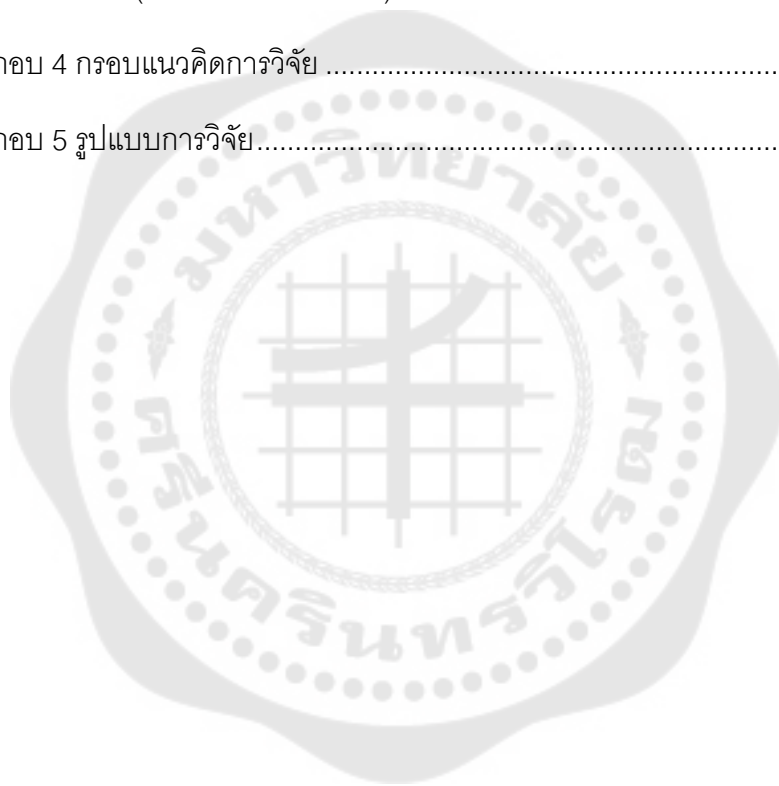
| | |
|---|----|
| 2.ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | 59 |
| บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 62 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 62 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 63 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 63 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 65 |
| อภิปรายผล | 66 |
| ข้อจำกัดในงานวิจัย..... | 69 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้..... | 69 |
| ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป..... | 69 |
| บรรณานุกรม | 71 |
| ภาคผนวก ก | 80 |
| ภาคผนวก ข | 83 |
| ภาคผนวก ค | 87 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 90 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|---|------|
| ตาราง 1 มาตราวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ..... | 18 |
| ตาราง 2 รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ..... | 46 |
| ตาราง 3 แสดงผลการประเมินภาพรวมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ..... | 52 |
| ตาราง 4 ตารางแสดงผลการประเมินความสอดคล้องของรายครั้งของโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ..... | 53 |
| ตาราง 5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... | 59 |
| ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับความความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 59 |
| ตาราง 7 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม..... | 60 |
| ตาราง 8 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม..... | 61 |
| ตาราง 9 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม..... | 61 |

สารบัญรูปภาพ

| | หน้า |
|--|------|
| ภาพประกอบ 1 แบบจำลองรูปแบบความคิดอย่างง่าย (Cognitive Model) | 27 |
| ภาพประกอบ 2 แบบจำลองรูปแบบความคิดของเบค (Beck's Cognitive Model)..... | 27 |
| ภาพประกอบ 3 แบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและ ปฏิกิริยาทางร่างกาย (Interactional Model)..... | 28 |
| ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย | 41 |
| ภาพประกอบ 5 รูปแบบการวิจัย..... | 42 |



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

สภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน มีรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยรายไตรมาสที่แสดงให้เห็นถึงอัตราผู้พิการในประเทศไทยมีมากขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มที่จะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต ซึ่งปัจจุบันคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการมีมากกว่า 2 ล้านราย (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2564) ซึ่งตัวเลขที่กล่าวมานั้นยังมีผู้พิการที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนคนพิการอีกมาก ที่ยังรอคอยความช่วยเหลือจากภาครัฐที่อาจเข้าไม่ถึงคนพิการกลุ่มนี้ (ธัญพร มัทวานุกุล, 2564b) และกลุ่มคนพิการร้อยละ 21.2 มีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือสวัสดิการรัฐแต่ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือ โดยเฉพาะการสนับสนุนผู้ช่วยเหลือคนพิการเป็นความช่วยเหลือที่ผู้พิการต้องการมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) แต่ในขณะเดียวกันความช่วยเหลือจากภาครัฐก็ถือเป็นความช่วยเหลือที่เกินกำลังอย่างปฏิเสธไม่ได้ ซึ่งสิ่งนี้ก็มีผลกระทบต่อบุคลากรของรัฐและตัวผู้รับความช่วยเหลือจากรัฐเองเช่นกัน เนื่องจากผู้พิการเป็นลักษณะของบุคคลที่มีความจำเพาะในความผิดปกติในด้านต่าง ๆ จึงส่งผลกระทบต่อการใช้ความช่วยเหลือที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะอาการความพิการที่เกิดขึ้น

เมื่อพิจารณาเฉพาะลักษณะความบกพร่องทางสติปัญญาหรือความพิการประเภทที่ 5 ตามประกาศของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555 หมายถึง “การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเขาวงปีญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงอาการก่อนอายุ 18 ปี และความบกพร่องทางพัฒนาการในระดับรุนแรงและเป็นเรื้อรัง” (ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555) โดยคนไทยกว่า 1 ล้านคน มีสติปัญญาบกพร่อง (นิตยา, บุญกร, ทองเพชร และ กาญจนา, 2561) และความบกพร่องทางสติปัญญานี้สามารถพบได้ในร้อยละ 1-3 ของประชากร (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคนอื่นๆ, 2557) สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ซึ่งการมีฐานะยากจน การเลี้ยงดู การขาดการกระตุ้นที่เหมาะสม ขาดสารอาหาร ปัญหาทางจิตสังคม ก็สามารถเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางสติปัญญาในเด็กเช่นกัน โดยความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ลักษณะคือ ลักษณะที่หนึ่ง คือ สติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ คือ มีเขาวงปีญญาหรือ IQ ต่ำกว่า 70 ลักษณะที่ 2 มีความบกพร่อง

ไม่สามารถปรับตัวในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 2 ทักษะ ดังนี้ การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิตในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการเรียน การรู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน การควบคุมตนเอง การทำงาน การใช้เวลาว่าง และการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย และลักษณะสุดท้ายคือเริ่มมีอาการก่อนอายุ 18 ปี (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2560) ความบกพร่องด้านสติปัญญาแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามความรุนแรงของอาการที่แสดงออกตาม DSM-5 คือระดับเล็กน้อย (Mild) IQ จะอยู่ในช่วง 50-70, ระดับปานกลาง (Moderate) IQ จะอยู่ในช่วง 35-49, ระดับรุนแรง (Severe) IQ จะอยู่ในช่วง 20-34 และระดับรุนแรงมาก (Profound): IQ น้อยกว่า 20 (สุรางค์ เชื้ออวณิชชากร, ม.ป.ป) ซึ่งระดับความรุนแรง (Severe) เป็นต้นไปนั้น ตาม DSM-5 พลิสรา อังศ์สิงห์ และ ศิริไชย หงสงวนศรี (2558) ระบุว่าความรุนแรงระดับนี้จะมีอาการจำกัดด้านภาษาและแนวคิดหลายด้าน มีปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางจิตเวชร่วมด้วยและมักพบลักษณะรูปแบบการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ (Stereotypic Movement) การทำร้ายตัวเอง และอาการคล้ายออทิสติกร่วมกับ นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจะมีโอกาสเกิดโรคทางกายได้มากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภาวะพร่องไทรอยด์ ในกลุ่มอาการดาวน์ หรือมีอาการชัก (ทวิศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2560) และกว่าร้อยละ 30-70 ของผู้ป่วยจะพบโรคทางจิตเวชชนิดใดชนิดหนึ่ง เช่น ADHD Conduct disorder Pervasive developmental disorder Mood disorder และ Anxiety disorder เป็นต้น (พลิสรา อังศ์สิงห์ และ ศิริไชย หงสงวนศรี, 2558) ทำให้อายุขัยมักจะต่ำกว่าประชากรทั่วไปคือมีอายุขัยประมาณ 20 ปี จากลักษณะดังกล่าวผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลทุกด้านอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาและอาจถึงขั้นตลอดชีวิต

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) สำนักบริการสวัสดิการสังคมและสวัสดิการ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดมาตรฐานการจัดบริการคนพิการในสถานสงเคราะห์และศูนย์ฟื้นฟูอาชีพ โดยระบุเกณฑ์บุคลากรที่เป็นผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยงต่อเด็ก ดังนี้ เด็กเล็กที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี อัตรา 1:7 ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อัตรา 1:3 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย อัตรา 1:1 ในส่วนของเด็กโต ช่วยเหลือตนเองได้ดี อัตรา 1:10 ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อัตรา 1:7 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย อัตรา 1:2 (สำนักบริการสวัสดิการสังคมและสวัสดิการ, ม.ป.ป.) แต่ในปัจจุบันกลับพบได้ว่าอัตราผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยงต่อเด็กไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยอ้างอิงจากสถิติผู้รับบริการในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ช่วงต้นปี 2564 มียอดเด็กในความอุปการะ 579 คน มีผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยง จำนวน 61 คน ซึ่งผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยงนั้นจะสลับเวรกันเข้ามาดูแลเป็นกะ (shift work) ซึ่งหมายความว่าเด็กทั้งหมด 579 คนจะมีพี่เลี้ยง

ดูแลประมาณ 30 คนต่อวัน หรืออัตราที่เลี้ยงต่อเด็กจะมากถึง 1:19 (สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย), 2564) และจากสถานการณ์ด้านข้อมูลคนพิการในประเทศไทย ข้อมูลเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2564 ระบุว่า คนพิการที่อยู่ในวัยเด็กและวัยศึกษา ที่มีอายุ 0-21 ปี นั้น มีอัตราส่วนผู้พิการทางสติปัญญามากที่สุด จำนวน 46,201 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 30.39 ของจำนวนของผู้พิการที่อยู่ในวัยเด็กและวัยศึกษาทั้งหมด (ธัญพร มัทวานุกูล, 2564a) จึงมีแนวโน้มที่ผู้ดูแลจะต้องรับมือกับจำนวนเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในอัตราส่วนที่มาก ยิ่งไปกว่านั้นการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญานั้นมีความซับซ้อนมากกว่าการดูแลผู้ป่วยเด็กในทั่ว ๆ ไป เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือที่พิเศษโดยเฉพาะที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง เช่น อาการชัก ที่พบในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้สูงกว่าเด็กปกติถึง 5 เท่า หรือในเด็กกลุ่มอาการดาวนซินโดรม (Down syndrome) จะน้ำลายไหลเกือบตลอดเวลาเนื่องจากมีปัญหาลิ้นโตจึงควบคุมกล้ามเนื้อได้ไม่ดี จะต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดสารอาหาร มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในบางรายอาจสูญเสียความสามารถในหลายมิติ ร่วมกับการพบปัญหาพฤติกรรม เช่น สมาธิสั้น ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง และอาจพบโรคอารมณ์แปรปรวนและโรคจิตได้ (เปรมวดี เด่นศิริอักษร, 2561) สำหรับในเด็กที่พบความบกพร่องระดับรุนแรงมาก (Profound) จะมีความบกพร่องทางกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการใช้สิ่งของต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่ค่อนข้างมีความจำกัดในการดูแลตนเองอย่างมาก สื่อความหมายได้เพียงเล็กน้อยหรือไม่ได้เลย จึงอาจจะไม่สามารถสื่อความหมายไปถึงความต้องการที่แท้จริงของตนว่าต้องการอะไร รู้สึกอย่างไร ให้ผู้ดูแลได้รับรู้ ผู้ป่วยเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง (Severe) มีความต้องการความช่วยเหลือในทุกกิจกรรมประจำวัน ทั้งในเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย ต้องการการกำกับดูแลตลอดเวลา หรือบางรายพบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจจะมีการทำร้ายตัวเอง ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญานั้นจึงต้องรับภาระหนักในการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดกับเด็กตลอดเวลาและตลอดชีวิต (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2560)

ภาระงานของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และด้วยลักษณะงานที่มีความต่อเนื่องยาวนาน การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) อย่างใส่ใจและใกล้ชิดเพื่อให้ชีวิตประจำวันของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนการรับรู้เรื่องราวภูมิหลังของเด็กก่อนที่จะถูกส่งเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ ไม่ว่าจะเป็นการถูกทารุณกรรม ครอบครัวยุติธรรม การถูกทอดทิ้ง บิดามารดาหย่าร้าง ฐานะยากจน ผู้ปกครองไม่มี

ความสามารถในการดูแล ฯลฯ (ดวงพร มือนันต์, การสื่อสารส่วนบุคคล, 17 กุมภาพันธ์ 2564) จากเหตุปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลหรือพี่เลี้ยงในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจะต้องประสบถึงแม้จะถือเป็นหน้าที่แต่ก็ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแล ซึ่งอาจนำไปสู่โอกาสในการก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Fatigue) โดยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจนั้นคือความเป็นธรรมชาติและผลลัพธ์ของพฤติกรรมและอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่บอบซ้ำของบุคคล เป็นสภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นจากการให้ความช่วยเหลือหรือต้องการที่จะช่วยเหลือบุคคลที่บอบซ้ำหรือทุกข์ทรมาน (Charles R. Figley, 1995) เป็นความรู้สึกเห็นใจอย่างลึกซึ้งและเศร้าใจกับผู้ที่เป็ทุกข์จากความเจ็บปวดหรือความโชคร้าย (Joinson, 1992) เป็นสภาวะความรุนแรงของสภาพการณ์ของความตึงเครียดและความหมกมุ่นกับความเจ็บปวดทรมานของผู้ที่รับความช่วยเหลือที่ก่อให้เกิดความเข้มข้นของความเจ็บปวดในผู้ช่วยเหลือ (Charles R Figley, 2002) โดยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสามารถแบ่งออกเป็นสองส่วน ส่วนแรกคืออาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) ที่เป็นสภาวะของความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ที่เรื้อรังทางด้านอารมณ์ (Pines & Aronson, 1988) มีความเกี่ยวข้องกับความเหน็ดเหนื่อย (Exhaustion) ความคับข้องใจ (Frustration) ความโกรธ (Anger) และภาวะซึมเศร้า (Depression) และส่วนที่สองคือความเครียดจากบาดแผลระดับทุติยภูมิ (Secondary Traumatic Stress) เป็นความรู้สึกทางลบที่เกิดจากความวิตกกังวลเป็นความบอบซ้ำจากการทำงาน (Work-related trauma) (Hundall Stamm, 2009) หรือความเครียด จากการที่รับรู้เรื่องราวจากผู้ประสบเหตุการณ์ที่ร้ายแรง เหตุการณ์ที่เครียดอย่างรุนแรง หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการกระทบกระเทือนจิตใจ (ศศิวิมล ปานุราช, 2561) ซึ่งอาการหรือภาวะต่าง ๆ เหล่านี้อาจนำไปสู่ปัญหาคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นด้านกระบวนการรับรู้ (Cognitive) ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) ด้านความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ผลกระทบด้านอาการทางกาย (Physical/somatic) และผลกระทบในด้านการทำงาน (Work performance (Charles R. Figley, 1995) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง

ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาประเด็นเรื่องความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ได้ถูกนำมาศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นผู้ปกครอง แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาการให้คำปรึกษา นักจิตวิทยาคลินิก อาสาสมัคร เป็นต้น โดย Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski, and Smith-MacDonald (2017) ได้ศึกษา Meta - narrative review

พบว่ามีงานตีพิมพ์เกี่ยวกับประเด็นนี้มากถึง 90 ฉบับ ซึ่งจากการศึกษาในรายละเอียดพบว่าในงานวิจัยเหล่านั้นจะให้ความสำคัญทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจของผู้ให้บริการสาธารณสุขอันเป็นผลมาจากการเกิดความเครียดที่สะสมจากการทำงาน ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการใช้บริการทางสาธารณสุข ส่วนในงานวิจัยของ Gribben, Kase, Waldman, and Weintraub (2019) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลภาคตัดขวาง (A Cross-Sectional Analysis) ของความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion satisfaction) ในแพทย์ผู้ดูแลเด็กในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า การสัมผัสกับความทุกข์เรื้อรังของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวทำให้แพทย์ผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจและมีความพึงพอใจจากการเห็นอกเห็นใจต่ำ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Cetrano et al. (2017) คาดการณ์ว่าระดับที่เพิ่มขึ้นของความเหนื่อยล้าจากการเห็นใจผู้อื่น และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อสูงขึ้นในส่วนงานที่จะกระทบต่อการใช้ชีวิต สำหรับในประเทศไทยจากบทความวิชาการ ปี 2018 เรื่อง การประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาล โดย ศศิวิมล ปานูราช (2561) ได้พูดถึงการทำงาน และการดูแลตนเองไว้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดคือพยาบาลหรือผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่ต้องทำงานเป็นกะหรือมีช่วงเวลางานที่ไม่แน่นอน มีการนอนไม่เป็นเวลา ส่งผลต่อนาฬิกาชีวิต (Circadian rhythm) ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต และหากไม่มีการจัดการหรือมีการดูแลตัวเองที่เหมาะสมในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณก็ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง สำหรับการศึกษาของ ประดิษฐา สิ้นสว่าง (2538) ได้ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะเกิดภาวะวิกฤตซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ชีวิตของผู้ดูแล และส่งผลให้คุณภาพในการดูแลเด็กสมองพิการลดลง เด็กอาจได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมอย่างที่ควรจะเป็น และการศึกษาของ วรณรัตน์ ลาวัณ, รัชณี สรรเสริญ, และ ยุวดี รอดจากภัย (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าคุณภาพชีวิตผู้พิการที่สูญเสียความสามารถในระดับรุนแรงนั้นส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับผู้ดูแล เพราะภาระที่ผู้ดูแลได้รับจากการดูแลตลอดเวลาอย่างใกล้ชิดนั้นต้องใช้เวลาและเหนื่อยล้าจนส่งผลให้เกิดผลกระทบทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ จากงานการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ข้างต้นที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะงานการดูแลหรือผู้ดูแล (Caregiver) ล้วนแล้วแต่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความ

เหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของตัวผู้ดูแล และกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า แนวทางในการเยียวยา ดูแล ป้องกัน ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ส่วนใหญ่จะศึกษากับกลุ่มวิชาชีพพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ และเน้นไปที่การศึกษาหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ หรือเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจและความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion satisfaction) ดังการศึกษาของ Ruiz-Fernández et al. (2020) ได้ศึกษาความเหนื่อยล้า การเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion satisfaction) และการรับรู้ความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงวิกฤตสุขภาพ COVID-19 ในประเทศสเปน พบว่า แพทย์มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงที่สูง และผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานในหน่วย COVID-19 และผู้ที่ทำงานในแผนกฉุกเฉินมีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจและอาการเหนื่อยล้าหมดแรงที่สูงเช่นเดียวกัน แต่มีความรับรู้ความเครียดที่คล้ายคลึงกัน โดยไม่ได้คำนึงถึงสถานที่ทำงาน เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Gribben et al. (2019) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูลภาคตัดขวาง (A Cross-Sectional Analysis) ของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ ในแพทย์ผู้ดูแลเด็กในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า การสัมผัสกับความทุกข์เรื้อรัง ของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ทำให้แพทย์ผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ และมีความพึงพอใจจากการเห็นอกเห็นใจต่ำ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Arimon-Pagès, Torres-Puig-Gros, Fernández-Ortega, and Canela-Soler (2019) ที่ศึกษาผลกระทบของอารมณ์และความเหนื่อยล้า จากการเห็นอกเห็นใจ ในพยาบาลเฉพาะทางด้านรักษาโรคมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลเฉพาะทางด้านรักษาโรคมะเร็งมีความชุกที่จะมีอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ความเครียดจากบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ (Secondary Traumatic Stress) และมีความวิตกกังวล (Anxiety) สูงโดยพยาบาลเฉพาะทางด้านรักษาโรคมะเร็ง (Oncology Nurse) ทุกคนมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจขึ้น รวมไปถึงการศึกษาของ Okoli et al. (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในบุคลากรทางการแพทย์ ในศูนย์วิชาการแพทย์ พบว่า ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและคุณภาพของการนอนหลับ เป็นปัจจัยที่ทำให้ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจลดลงและไปเพิ่มความ

เหนื่อยล้าความเห็นอกเห็นใจ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และการศึกษาของ Cetrano et al. (2017) ได้มีการคาดการณ์ถึงระดับที่เพิ่มขึ้นของความเหนื่อยล้าจากการเห็นใจผู้อื่นและอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของผู้ให้บริการด้านสุขภาพว่ามีโอกาสที่ระดับผลกระทบจะสูงขึ้นในส่วนของงานที่จะกระทบต่อการใช้ชีวิต และอาสาสมัครผู้ให้บริการด้านสุขภาพในการศึกษานี้มีความกังวลว่างานจะแทรกแซงชีวิตส่วนตัว มากกว่าชีวิตส่วนตัวแทรกแซงงาน เป็นต้น แต่สำหรับการศึกษาในลักษณะของการสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลขึ้นเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจพบว่ายังมีอย่างจำกัด โดยเฉพาะการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ โดยการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาจะมีส่วนช่วยในการดูแลเยียวยาและป้องกันอาการต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ เนื่องจากแนวทางในการให้คำปรึกษารายบุคคลจะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลได้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างชัดเจน และเรียนรู้การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเองบนวิถีชีวิตและการตัดสินใจเลือกจากตนเอง ทั้งนี้กระบวนการให้คำปรึกษาที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงจะช่วยให้ผู้รับบริการได้เข้าใจตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อม ได้เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ๆ ได้มีทัศนคติใหม่ ๆ เพื่อนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (Pietrofesa, 1978) โดยที่ผ่านมามีงานวิจัยที่มีการศึกษาเพื่อดูแลและป้องกันความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจส่วนใหญ่จะเป็นโปรแกรมอบรมให้ความรู้ (Education Program) เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจและการใช้ดนตรีบำบัด (Music Therapy) นอกจากนี้ยังมีการจัดทำโปรแกรมเร่งการฟื้นคืน (Accelerated Recovery Program) ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมนี้อคือการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งเป็นโปรแกรมระยะสั้นที่สร้างขึ้นเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่จำต้องอาศัยความรู้และเทคนิควิธีที่หลากหลายผ่านการทำงานของผู้เชี่ยวชาญ ไม่ว่าจะเป็น Time - Limited Trauma Therapy Thought Field Therapy Eye - Movement Desensitization Video - Dialogue Visual Dissociation หรือ Hypnotherapy ซึ่งทำให้ผู้รับ บริการที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้อาจจะไม่สามารถนำเอาเทคนิควิธีที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรมนี้อไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้มากนักภายหลังจบการเข้าร่วมโปรแกรม จากเหตุข้างต้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าหากผู้รับบริการสามารถเรียนรู้แนวคิดหรือวิธีการจากการเข้าร่วมโปรแกรมแล้วสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตัวเอง และสามารถนำเอาแนวคิดวิธีการต่าง ๆ จากการได้เข้ารับบริการปรึกษามาปรับใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพ

ชีวิตในมิติอื่น ๆ ก็จะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ เป็นการดูแลที่ยั่งยืนและคงทนอันจะส่งผลดีต่อผู้รับบริการในระยะยาว

ผู้วิจัยจึงมีเป้าหมายสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทั้งนี้รูปแบบการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะเป็นการนำเอาแนวคิดและเทคนิควิธีในการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีบทบาทต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมาเป็นแกนหลักสำหรับการพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ เนื่องจากแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีโครงสร้างที่ชัดเจน มีกรอบระยะเวลา มีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยที่น่าเชื่อถือในการบำบัด เน้นไปที่การเอื้อให้ผู้รับบริการได้ค้นพบปัญหาของตัวเอง เป็นการปรับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสภาพจริง มีการสรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยสิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะที่ทำให้ผู้รับบริการมองเห็นถึงระบบของการบำบัดที่ชัดเจนและสามารถเรียนรู้ที่จะนำแนวคิดไปใช้เองในอนาคตได้ รับรู้ถึงสภาพการณ์ของปัญหาที่ชัดเจนขึ้น ได้มีโอกาสเพิ่มทางเลือกให้กับตนเองในการแก้ไขปัญหา รวมถึงได้ลองปรับพฤติกรรมของตัวเองและเข้าใจความคิดหรือความเชื่อของตัวเองแล้วนำไปปรับปรุงเพื่อให้เกิดความคิดหรือความเชื่อใหม่ ๆ ที่ส่งผลดีต่ออารมณ์และพฤติกรรมตามมา (ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2563)

ซึ่งจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ของ Walsh-Lyle (2016a) พบว่าในระยะเวลาตั้งแต่ปี 2000 ถึง 2016 มีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) อยู่จำนวน 6 งานวิจัย ซึ่ง 5 ใน 6 งานวิจัยนั้นเป็นการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้หรือโปรแกรมการศึกษา (Educational Program) และผลการศึกษาของทั้ง 5 งานวิจัยก็แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้หรือโปรแกรมการศึกษานั้นสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการตระหนักรู้และสามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจลงได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการให้คำปรึกษาตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรม นอกจากนี้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากงานของ Ahola, Toppinen-Tanner, and Seppänen (2017) ที่ศึกษาในเรื่องของโปรแกรมบรรเทาอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) และสนับสนุนการกลับไปทำงานของพนักงานที่มีอาการเหนื่อยล้าหมดแรง : การทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่าการบำบัดโดยอาศัยแนวคิดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) ช่วยลดอาการของอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) และ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยลดความอ่อนเพลียทางอารมณ์ (exhaustion) ซึ่งการศึกษาโปรแกรมลดผลกระทบจากความเครียดในแพทย์ : การทบทวนและการวิเคราะห์ อภิमानของ Regehr, Glancy, Pitts, and LeBlanc (2014) พบว่ากลุ่มที่ต้องเผชิญกับการบอบซ้ำและความทุกข์แนวทางที่เป็นประโยชน์ที่ใช้อย่างน้อยที่สุดคือการบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) การศึกษาโปรแกรมสำหรับอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในแพทย์: การทบทวนอย่างเป็นระบบ ของ Kalani, Azadfallah, Oreyzi, and Adibi (2018) พบว่า วิธีการในโปรแกรมการบำบัดสำหรับแพทย์ที่เหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) ที่มุ่งเน้นเฉพาะบุคคลโดยทั่วไป ได้แก่ เทคนิคการเจริญสติ (mindfulness techniques) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) นั้น ช่วยให้ทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้นและเพิ่มกลยุทธ์การเผชิญความเครียด และจากงานศึกษาโปรแกรมสำหรับความเครียดจากการประกอบอาชีพและความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจในผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสัตว์ การทบทวนอย่างเป็นระบบ โดย Rohlf (2018) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมที่มีการผสมผสานทั้งสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา (coping skills training) การผ่อนคลาย (relaxation) จะเป็นรากฐานในการสร้างโปรแกรมสำหรับความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งในส่วนของการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาและการฝึกผ่อนคลายความเครียดเป็นเทคนิควิธีที่เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy)

จากที่มาและความสำคัญข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยสอดแทรกแนวคิดการให้คำปรึกษาทั้งจากสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เข้าร่วมกับทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เนื่องจากแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นสามารถเข้าไปจัดการกับความคิดที่ไม่พึงประสงค์ ความคิดที่บิดเบือน ความคิดอัตโนมัติในทางลบ หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ ได้ และรวมถึงการบรรเทาความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อกระบวนการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม จิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ตลอดจนอาการทางกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน(Charles R. Figley, 1995) โดยผลจากการลดการเกิดภาวะความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจจะมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีความสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจะส่งผลถึงการทำงานที่เป็นการดูแลผู้พิการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่ถูกพัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้ จะสามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้หรือไม่

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาคาดว่าจะก่อให้เกิดคุณค่า ประโยชน์เชิงวิชาการและประโยชน์เชิงปฏิบัติดังนี้

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา โดยเป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมบูรณาการร่วมกับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา เพื่อนำมาช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในบริบทผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองคุณภาพชีวิตคนพิการ

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางที่นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแล สามารถนำแนวทางการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนวคิดทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา ไปปรับใช้เพื่อลดความเหนื่อยล้า

จากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลของหน่วยงานในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ หรือผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพ กรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการได้

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรในการวิจัย

ผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี จำนวน 61 คน (สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย), 2564)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี โดยผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่สร้างขึ้น โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเรียงจากสูงที่สุดไปต่ำที่สุดจำนวน 16 คน ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการจับคู่คะแนนผู้ดูแลที่ใกล้เคียงกันโดยแต่ละคู่ทำการจับคู่รายบุคคล (Matching Subject) และจับฉลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้ร่วมโปรแกรม
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue)

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลที่มีแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เป็นแกนหลักเสริมร่วมกับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) โดยผู้เข้าร่วมจะเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 75 นาที จำนวน 6 ครั้ง ซึ่งจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา เพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

2. ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญา หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพด้านการดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาและไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใด ๆ กับเด็กพิการทางสมองและปัญญา

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) หมายถึง ภาวะของการรู้สึกเห็นอกเห็นใจอย่างมาก จากการรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์และเหตุการณ์ต่าง ๆ อันเจ็บปวดหรือโชคร้ายของผู้อื่นที่บอบช้ำ ร่วมกับการมีความปรารถนาที่จะช่วยเหลือดูแลผู้นั้นอย่างดีที่สุด ซึ่งมีโอกาสจะส่งผลต่อบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) ที่เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ที่บอบช้ำ เป็นความทุกข์ที่ได้รับการส่งต่อมาจากประสบการณ์ของผู้ได้รับการดูแลอีกทอดหนึ่ง และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) ที่เป็นสภาวะเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เริ่มขึ้นที่ละเล็กละน้อยและแย่งลงเรื่อยๆ ซึ่งส่งผลต่อร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม การทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยสามารถวัดได้จากแบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่ถูกพัฒนาขึ้นที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเรียงลำดับจาก “แทบไม่เคยเกิดขึ้นเลย” คือ 1 คะแนน ไปจนถึง “เกิดขึ้นบ่อยที่สุด” 5 คะแนน จำนวน 35 ข้อ โดยหากมีผลรวมคะแนนที่สูงหมายถึงมีระดับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสูง และหากมีผลรวมคะแนนที่ต่ำหมายถึงมีระดับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ
 - 1.1 ความหมายของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ
 - 1.2 องค์ประกอบของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ
 - 1.3 การวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ
 - 1.4 แนวทางในการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา
 - 2.1 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา
 - 2.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 2.3 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบสุขภาพจิตศึกษา
 - 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการใช้สุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ
3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
 - 3.1 ความหมายของทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
 - 3.2 องค์ประกอบของทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
 - 3.3 หลักการของทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
 - 3.4 การให้คำปรึกษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม
 - 3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ
4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
 - 4.1 แนวทางการดูแลฟื้นฟูเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
 - 4.2 การดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
 - 4.3 การดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในสถานสงเคราะห์คนพิการบ้านราชาวดี (ชาย)

4.4 ผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

1.1 ความหมายของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

นักวิจัยได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจไว้ โดย Joinson (1992) ได้ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ว่าเป็นความรู้สึกเห็นใจอย่างลึกซึ้งและเศร้าใจกับผู้ที่เป็นทุกข์จากความเจ็บปวดหรือความโชคร้าย ร่วมกับความต้องการอย่างแรงกล้าที่อยากจะช่วยบรรเทาและขจัดความเจ็บปวดเหล่านั้นออกไป เช่นเดียวกับ Sabo (2006) ที่กล่าวว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) เป็นภาวะของการเริ่มต้นรู้สึกอย่างท่วมท้นและไม่สามารถที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้ นอกจากนี้ Charles R. Figley (1995) ยังให้ความหมายของความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ว่าเป็นความเป็นธรรมชาติและผลลัพธ์ของพฤติกรรมและอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น จากการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่บอบซ้ำของบุคคลสำคัญ โดยมีความเครียดเกิดขึ้นจากการช่วยเหลือหรือต้องการที่จะช่วยเหลือบุคคลที่บอบซ้ำหรือทุกข์ทรมาน และ Charles R Figley (2002) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมจากเดิมขึ้นในปี 2002 ว่าเป็นความรุนแรงของสภาพการณ์ของความตึงเครียดและความหมกมุ่นกับความเจ็บปวดทรมานของผู้ที่รับความช่วยเหลือ ที่ก่อให้เกิดความเข้มข้นของความเจ็บปวดในผู้ช่วยเหลือ มากไปกว่านั้น Figley ได้พัฒนามาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (The Compassion Fatigue Scale) ที่ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) อันจะกล่าวต่อไปในส่วนเนื้อหาของมาตรวัด ซึ่งมีความใกล้เคียงสอดคล้องกับการให้ความหมาย ของ Roberts and Ashley Sr (2008) ที่ว่าความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) เป็นราคาที่ต้องจ่ายในการดูแลผู้อื่น (Cost of caring) ในการทำงานกับเหยื่อของความเจ็บปวดหรือเหตุการณ์เลวร้าย ซึ่งสิ่งเหล่านั้นส่งผลต่อทั้งจิตใจ ร่างกายและความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และการหมดแรง

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปความหมายของ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ในงานวิจัยนี้ได้ว่า เป็นภาวะของการรู้สึกเห็นอกเห็นใจอย่างมาก จากการรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์และเหตุการณ์ต่าง ๆ อันเจ็บปวดหรือโชคร้ายของผู้อื่นที่บอบซ้ำ ร่วมกับการมีความปรารถนาที่จะช่วยเหลือดูแลผู้นั้นอย่างดีที่สุด ซึ่งมีโอกาสจะส่งผล

ต่อบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) ได้ในที่สุด

1.2 องค์ประกอบของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตของการทำงาน โดยการศึกษา The concise ProQOL manual ของ Hundall Stamm (2009) ได้ให้แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตของการทำงานในฐานะผู้ช่วยเหลือไว้ว่า คุณภาพชีวิตของการทำงานในฐานะผู้ช่วยเหลือจะประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านบวก คือ ความรู้สึกพึงพอใจต่อความเห็นอกเห็นใจ (Compassion satisfaction) และด้านลบ คือ ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ซึ่งความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ นั้นสามารถแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบคือ 1.อาการเหนื่อยล้าหมดแรง ประกอบด้วย ความอ่อนเพลีย ความหงุดหงิด หมดแรง หดหู่ เศร้า เป็นต้น และ 2.บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) เป็นความรู้สึกลบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้อื่น ในบางกรณี อาจจะสามารถเกิดบาดแผลทางจิตใจได้ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (Primary and Secondary trauma)

โดยองค์ประกอบของความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) นั้น ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ คือ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) (Charles R. Figley, 1995) โดยมีความหมาย ดังนี้

บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) คือ พฤติกรรมและอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติอันเป็นผลมาจากการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดจากการช่วยเหลือหรือต้องการช่วยเหลือผู้ที่บอบช้ำหรือได้รับความทุกข์ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามรูปแบบของการตอบสนองในระหว่างและหลังเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ ในผู้ที่สัมผัสกับความเครียดระดับปฐมภูมิ (Primary stressors) และผู้ที่สัมผัสกับความเครียดระดับทุติยภูมิ (Secondary stressors) มากไปกว่านั้นไม่เพียงแต่ครอบครัวและเพื่อนของผู้คนที่เผชิญกับความเครียดระดับปฐมภูมิหรือเหยื่อที่เสี่ยงต่อความเครียดจากบาดแผลทางจิตใจและความผิดปกติของความเครียด ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผู้ช่วยเหลือก็มีโอกาสได้รับและต้องเผชิญเช่นเดียวกัน ดังนั้น STSD (Secondary traumatic stress disorder) จึงเป็นกลุ่มอาการของอาการที่ใกล้เคียงกับ PTSD (Post traumatic stress disorder) นอกเสียจากการสัมผัสกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจโดยตรงของบุคคลหนึ่งคนจะกลายเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจสำหรับบุคคลที่

สอง ดังนั้นอาการ STSD จึงเชื่อมโยงโดยตรงกับบุคคลที่ประสบกับความเครียดที่กระทบกระเทือนจิตใจในระดับปฐมภูมิ โดยสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดในบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ คือ 1. มีประสบการณ์พบเห็นหรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตหรือการบาดเจ็บสาหัสที่เกิดขึ้นจริงและเป็นภัยคุกคามต่อความครบถ้วนสมบูรณ์ทางร่างกายของตนเองหรือผู้อื่น 2. การตอบสนองของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความกลัวอย่างรุนแรง ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ ซึ่งเหตุการณ์ที่พาลับอยู่ในเหตุการณ์นั้น ก็เป็นอีกอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นในบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ เช่น การระลึกถึงเหตุการณ์ การฝันถึงเหตุการณ์ หรือการทบทวนเหตุการณ์อย่างกะทันหัน รวมไปถึงการหลีกเลี่ยงหรือการทำให้ชินชาในการระลึกถึง เช่น ความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงความคิดหรือความรู้สึก ความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือสถานการณ์ ความจำเสื่อมทางสรีรวิทยา มีความสนใจในกิจกรรมที่ลดลงหรือเกิดความเหินห่างจากผู้อื่น และสุดท้ายการตื่นตัวเรื้อรัง เช่น การนอนหลับยาก การไม่สามารถจดจ่อ ความรู้สึกไวต่อสิ่งรอบข้างอย่างมาก และการตกใจง่ายก็เป็นหนึ่งในอาการที่เกิดขึ้นในบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Charles R. Figley, 1995)

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปความหมายของบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) ในงานวิจัยนี้ได้ว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ที่บอบช้ำ ซึ่งเป็นความทุกข์ที่ได้รับการส่งต่อมาจากประสบการณ์ของผู้ที่ได้รับการดูแลอีกทอดหนึ่ง

อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) คือ สภาวะของความเหนื่อยล้าทางร่างกายจิตใจและอารมณ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ที่เรื้อรังทางด้านอารมณ์ (Pines & Aronson, 1988) อาการเหนื่อยล้าหมดแรงถูกกำหนดให้เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนเพลียทางอารมณ์ โดยถูกระบุว่าอาการเหนื่อยล้าหมดแรงเป็นกระบวนการ (แทนที่จะเป็นสภาวะที่คงที่) ที่เริ่มขึ้นทีละเล็กละน้อยและแย่งลงเรื่อยๆ (Cherniss, 1989) และการให้คำมั่นสัญญากับผู้รับบริการ (Maslach & Jackson, 1981) กระบวนการนั้นประกอบด้วย การทยอยเปิดรับความเครียดซ้ำๆ (Courage & Williams, 1987) การกัดกร่อนของความเชื่อในอุดมคติ (Freudenberger, 1986) และการปราศจากการบรรลุผลสำเร็จ (Pines & Maslach, 1980) ซึ่ง Kahill (1988) ได้ระบุถึงอาการเหนื่อยล้าหมดแรงว่าประกอบไปด้วย 5 หมวดหมู่ คือ 1. อาการทางร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้าและความบกพร่องทางร่างกาย ความอ่อนเพลีย ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาทางร่างกายที่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการปวดหัว ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารลำไส้ หัวใจหรือไข้วัดใหญ่ 2. อาการทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกผิดหรือรู้สึกหมดหนทาง 3. อาการทางพฤติกรรม เช่น ความก้าวร้าว ความใจแข็ง

การมองโลกในแง่ร้าย การถูกเหยียดหยาม การใช้สารเสพติด 4.อาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เช่น การออกจากงาน การทำงานได้ไม่ดี การขาดงาน เกิดความล่าช้า การหยุดพักงาน และ 5.อาการทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การสื่อสารที่ไม่ใส่ใจ การขาดสมาธิจดจ่อ การถอนตัวออกจากผู้รับบริการหรือเพื่อนร่วมงาน

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปความหมายของอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) ในงานวิจัยนี้ได้ว่า เป็นสภาวะเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เริ่มขึ้นทีละเล็กละน้อยและแผ่ลงเรื่อย ๆ ซึ่งส่งผลต่อร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม การทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

1.3 การวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

การประเมินความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) มีมาตรวัดที่ได้อ้างอิงขึ้นจากนักวิชาการหลากหลายท่าน ดังนี้

| ลำดับ | แบบวัด | แบบวัดย่อย | รวม |
|-------|---|---|-----------|
| 1 | Compassion Fatigue Self Test (Charles R. Figley, 1995) | Compassion fatigue 23 ข้อ Burnout 17 ข้อ | 40 ข้อ |
| 2 | Compassion Satisfaction and Fatigue Test (B. H. Stamm & Figley, 1996) | Compassion satisfaction 26 ข้อ Compassion fatigue 23 ข้อ Burnout 16 ข้อ | 66 ข้อ |
| 3 | Compassion Fatigue Scale (Gentry, Baranowsky, & Dunning, 2002) | Secondary trauma / Compassion - fatigue 22 ข้อ Burnout 8 ข้อ | 30 ข้อ |
| 4 | Compassion Fatigue - Short Scale (Adams, Figley, & Boscarino, 2008) | Secondary trauma 5 ข้อ Burnout 8 ข้อ | 13 ข้อ |

| | | | |
|---|--|---|--------|
| 5 | Professional Quality of Life Scale (B Hudnall Stamm, 2002) | Compassion satisfaction 10 ข้อ Secondary traumatic stress 10 ข้อ Burnout 10 ข้อ | 30 ข้อ |
| 6 | Professional Quality of Life Scale (Hundall Stamm, 2009) | Compassion satisfaction 10 ข้อ Secondary traumatic stress 10 ข้อ Burnout 10 ข้อ | 30 ข้อ |

ตาราง 1 มาตรฐานวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

ในงานวิจัยฉบับนี้ผู้วิจัยจะใช้มาตรฐานวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) จำนวน 2 แบบวัด คือของ Adams et al. (2008) ทั้งหมด 13 ข้อที่ถูกสร้างขึ้นในการศึกษา มาตรฐานวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ : นำใช้กับนักสังคมสงเคราะห์หลังภัยพิบัติในเขตเมือง ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักสังคมสงเคราะห์ 236 คน ที่อาศัยอยู่ในเมืองนิวยอร์ก 20 เดือนหลังจากวันที่ 11 กันยายน 2001 ที่เกิดเหตุการณ์ก่อการร้ายโจมตีตึกเวิร์ลเทรด (World Trade Center) โดยระบุว่า ข้อคำถามในมาตรวัดนี้ถูกพัฒนามาจาก มาตรวัดของ Gentry et al. (2002) ที่มีทั้งหมด 30 ข้อ เนื่องจากได้ถูกวิเคราะห์ว่ามาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจสามารถลดเหลือ 13 ข้อได้ โดยมาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจโดย Adams et al. (2008) นั้นมีส่วนบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) จำนวน 5 ข้อ ($\alpha = .80$, $M = 0.70$, $SD = 0.52$) และ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) จำนวน 8 ข้อ ($\alpha = .90$, $M = 0.55$, $SD = 0.48$) รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ ร่วมกับแบบวัด Professional Quality of Life Scale ของ (Hundall Stamm, 2009) ที่อยู่ใน The Concise PROQOL Manual 2010 โดยแบบวัดนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (compassion satisfaction) บาดแผลทางจิตใจระดับ ทุติยภูมิ (Secondary trauma) และ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) แต่นำมาเพียงในส่วนของ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) จำนวน 10 ข้อ ($\alpha = .81$, $M = 50$, $SD = 10$) และ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) จำนวน 10 ข้อ ($\alpha = .75$, $M = 50$, $SD = 10$) รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ โดยผู้วิจัยจะนำแบบวัดและข้อคำถามจากทั้งสองแบบวัดมาปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้อง กับบริบทในงานวิจัย และนำไปหาค่าความเที่ยงตรงของ

แบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้อง ระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์และเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ

1.4 แนวทางในการลดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาแนวทางในการลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจนั้นมีอยู่หลายแนวทาง ทั้งในด้านการเสริมสร้างผ่านโปรแกรมหรือกิจกรรมทางเลือก การอบรมสัมมนาและโปรแกรมการรักษาเร่งฟื้นคืน โดยโปรแกรมหรือกิจกรรมทางเลือกที่ปรากฏ อาทิเช่น การใช้ดนตรีบำบัด (Music Therapy) โดย Hilliard (2006) ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดที่มีต่อลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยมุ่งเน้นในกลุ่มผู้ดูแลในบ้านพักรับรองผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจัดมากกว่า 6 สัปดาห์ 1 ชั่วโมงต่อ 1 ครั้ง โดยผลการวิจัยพบว่าดนตรีบำบัดไม่สามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้อย่างมีนัยสำคัญ กิจกรรมอบรมสัมมนาคือมีการศึกษาประสิทธิผลของการอบรมสัมมนาให้ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ที่ศึกษาในกลุ่มพยาบาล ผู้ป่วยเด็กวิกฤต พยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง พยาบาลในหน่วยฉุกเฉินและนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัด โดยมีทั้งการอบรมสัมมนาแบบครั้งเดียวเป็นระยะเวลา 4-5 ชั่วโมงและมีทั้งการอบรมสัมมนาแบบต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมอบรมสัมมนาให้ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสามารถลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถสร้างความตระหนักรู้ถึงเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ สามารถควบคุมความเครียดที่เกี่ยวข้องได้ด้วยตนเองได้ดีขึ้น ทั้งยังลดประสบการณ์ความเครียดที่รบกวนชีวิตและพัฒนากลยุทธ์การช่วยเหลือตนเอง (self-help) เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ (Meadors & Lamson, 2008); (Patricia Potter, Julia Allen Berger DMin, Sarah Olsen, & Ling Chen, 2013); (Flarity, Gentry, & Mesnikoff, 2013); (Merriman, 2015) และสุดท้ายโปรแกรมการรักษาเร่งฟื้นคืน หรือ Accelerated Recovery Program ที่สร้างขึ้นมาเพื่อลดการเกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจิต โดยศึกษากับกลุ่มผู้ดูแลที่ทำงานกับบุคคลที่บอบช้ำ โดยจัดโปรแกรมทั้งหมด 5 ครั้ง ผลการศึกษาโปรแกรมดังกล่าวพบว่า สามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ทั้งในส่วนของบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งยังสามารถช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ

(Compassion satisfaction) ได้เช่นกัน (Gentry et al., 2002) แต่ในรายละเอียดเทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในโปรแกรม เช่น Time-Limited Trauma Therapy Thought Field Therapy Eye-Movement Desensitization Video-Dialogue Visual Dissociation หรือ Hypnotherapy ซึ่งส่วนมากล้วนต้องอาศัยความรู้ความสามารถและเทคนิควิธีที่หลากหลายผ่านการทำงานของผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ โดยตรง ซึ่งอาจจะเป็นข้อจำกัดของโปรแกรมหดความเครียด ทำให้ผู้เข้าร่วมไม่สามารถนำเอาเทคนิคหรือวิธีการไปใช้ได้ด้วยตนเองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมได้

จากแนวทางในการลดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีแนวทางในการลดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจอยู่หลากหลาย แต่แทบจะไม่พบการศึกษาที่มุ่งเน้นการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทางด้านการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าควรนำแนวคิดและเทคนิควิธีในการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาร่วมกับการเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแลป้องกันจะสามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจได้ เนื่องจากข้อดีจากการให้คำปรึกษาโดยเฉพาะในแนวทางของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior therapy) จะสามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และความคิด อันเป็นผลกระทบที่เกิดจากความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ และบูรณาการเข้ากับกิจกรรมอบรมให้ความรู้ซึ่งจะสามารถก่อให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น และยังเป็นแนวทางที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถนำเอาเทคนิควิธี และความรู้ไปประยุกต์ใช้กับตนเองต่อไปในอนาคตได้แม้จะสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมแล้วก็ตาม ซึ่งเป็นการดูแลเยียวยาความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจที่มั่นคงและยั่งยืน

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องและแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

2.1 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ได้เริ่มมีการพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 ซึ่งแอนเดอร์สันเป็นหนึ่งในผู้ที่ทำให้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาเริ่มโดดเด่นและแพร่หลายมากขึ้น โดยนำมาพัฒนาเป็นการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ ขั้นตอน และนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษามาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมด้วย โดยได้จัดทำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างเป็นระบบและองค์ประกอบ ด้วยการให้ความรู้ด้านอาการ ความผิดปกติ การสังเกต สิ่งที่ควรปฏิบัติไปจนถึงการจัดการความเครียด โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้ทางจิตเวชแนวทางการรักษา และทักษะในการอยู่ร่วมกับคนอื่น เพื่อส่งเสริมให้มีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและการจัดการกับความเครียด รวมทั้งสร้างเครือข่ายระหว่างผู้รับบริการกับ

ครอบครัวหรือบุคคลอื่น โดยมีองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบ คือ 1.การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2.การพัฒนาความรู้ (education) 3.ทักษะการแก้ปัญหา (problem solving skills) 4.ทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) และ 5.การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support) (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980) โดยต่อมา Dixon (1999) กล่าวว่า สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการรักษาแบบมีอาชีพที่ผสมผสานโปรแกรม ทางจิตบำบัด (psychotherapeutic) และการศึกษา (educational) และโปรแกรม ทางจิตสังคม (psychosocial intervention) หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับรูปแบบทางการแพทย์แบบดั้งเดิมที่ ออกแบบมาเพื่อรักษาพยาธิวิทยา (pathology) ความเจ็บป่วย (illness) ความบกพร่อง (liability) และความผิดปกติ (dysfunction) หรือในทางตรงกันข้าม สุขภาพจิตศึกษาสะท้อน การเปลี่ยนกระบวนทัศน์ไปสู่แนวทางแบบองค์รวมและบนพื้นฐานของความสามารถที่เน้น เรื่องสุขภาพ การทำงานร่วมกัน (collaboration) การเผชิญปัญหา (coping) และการเพิ่มขีด ความสามารถ (empowerment) ซึ่ง McFarlane, Dixon, Lukens, and Lucksted (2003) ก็ได้ระบุว่าสุขภาพจิตศึกษาเป็นการรวบรวมทั้งทฤษฎีและโมเดลการปฏิบัติทางคลินิก หลากหลายแบบ ซึ่งรวมทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological systems theory) ทฤษฎีการ ปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) โมเดลการปฏิบัติแบบกลุ่ม (Group practice models) โมเดลความเครียดและการ เผชิญปัญหา (stress and coping models) และโมเดลการสนับสนุนทางสังคม (Social support models) สอดคล้องกับ Penninx et al. (1999) ที่กล่าวว่า ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological systems theory) ที่เป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพจิตศึกษา สามารถช่วยให้ผู้คนเข้าใจความเจ็บป่วยหรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบอื่น ๆ ในชีวิตได้ เช่น คู่สมรส ครอบครัว โรงเรียน การดูแลสุขภาพ และอื่น ๆ โดยสุขภาพจิตศึกษาสามารถปรับให้เข้ากับบุคคล ครอบครัว กลุ่ม หรือกลุ่มครอบครัวหลายครอบครัว ซึ่ง สายสมร เฉลยกิตติ (2558) ก็ได้ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพไว้ว่า เป็นกระบวนการของสัมพันธภาพระหว่างผู้ ให้บริการปรึกษาและผู้รับบริการปรึกษา เป็นการช่วยเหลือให้มีบุคคลสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยเทคนิควิธีการในการให้คำปรึกษา และ พื้นความรู้ด้านสุขภาพของผู้ให้คำปรึกษาในการช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษารู้ถึงข้อมูลและเข้าใจตนเอง ยอมรับในเรื่องของสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพของตน ปรับตัวด้านพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงทัศนคติ ค่านิยมและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งการ

ให้คำปรึกษาทางสุขภาพจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการและการพยาบาล ทั้งในด้านผู้รับบริการ สถานพยาบาลและวิชาชีพพยาบาล

จากที่กล่าวข้างต้นสามารถสรุป สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ในงานวิจัยนี้ได้ว่า เป็นโปรแกรมการให้ความรู้หรือข้อมูลด้านอาการ ภาวะ ความผิดปกติ ความบกพร่องหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจที่เกิดขึ้น รวมถึงการสังเกต วิธีการจัดการแนวทาง การเผชิญกับปัญหาและการช่วยเพิ่มขีดความสามารถ เพื่อให้ผู้คนเข้าใจและตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยทางจิตใจนั้นไม่ว่าจะเกิดต่อตนเองหรือผู้อื่นก็ตาม

2.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ (Williams, 1989)

การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) คือรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นรายบุคคล หากเป็นผู้ป่วยก็จะให้ในช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาตัว โดยเป็นการเน้นให้ได้รับความรู้ มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับอาการ โรค การรักษา โดยจะมีการฝึกทักษะและให้สามารถดูแลตัวเองได้

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Group psychoeducation) คือรูปแบบการให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วยในลักษณะเป็นกลุ่ม สามารถทำได้ทั้งในโรงพยาบาลและภายนอก โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจะเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้านอาการและความเจ็บป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ค่อนข้างเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นไปที่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหา และให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการและสมาชิกในครอบครัวต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

2.3 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

ในงานวิจัยนี้ได้นำรูปแบบการให้บริการสุขภาพจิตศึกษาอย่างเป็นระบบของ Anderson et al. (1980) ที่มีองค์ประกอบทั้ง 5 องค์ประกอบ คือ 1.การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2.การพัฒนาความรู้ (education) 3.ทักษะการแก้ปัญหา (problem solving skills) 4.ทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) และ 5.การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support) ซึ่งผู้วิจัยจะนำรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาดังกล่าวมาปรับปรุงและประยุกต์ใช้เป็นหนึ่งในแนวทางการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่

มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยมีองค์ประกอบสำหรับสุขภาพจิตศึกษาตามแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ โดยเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้เข้ารับคำปรึกษา

องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยการให้ข้อมูลความรู้และผลกระทบเกี่ยวกับ ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ไม่ว่าจะเป็นด้านกระบวนการการรับรู้ (Cognitive) ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านพฤติกรรม (Behavioral) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) ด้านความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Personal relationship) ผลกระทบด้านอาการทางกาย (Physical/somatic) และ ผลกระทบในด้านการทำงาน (Work performance)

องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการแก้ปัญหาเป็นการฝึกทักษะและเพิ่มพูนความสามารถทางการคิดเห็นเป็นไปในรูปแบบของความคิดแบบนามธรรม เป็นการฝึกทักษะที่สามารถนำมาจัดการหรือแก้ไขในปัญหาและการวางแผน

องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการเผชิญปัญหา เป็นการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมกับบุคคลและสร้างสรรค์เป็นกระบวนการที่แสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการใช้การรู้คิด การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นพฤติกรรมหรือปฏิกิริยาที่ตอบสนองทางด้านอารมณ์และร่างกาย

องค์ประกอบที่ 5 การสร้างเครือข่ายทางสังคม เป็นการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่มุ่งเน้นไปที่การสื่อสารอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ และการค้นหาการสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่พร้อมจะสนับสนุนเมื่อบุคคลเกิดปัญหา

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

Meadors and Lamson (2008) ได้ออกแบบสัมมนาทางการศึกษา (Educational seminar) ที่ชื่อว่า ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ : จัดการแก้ไขความต้องการด้านชีวิตจิตสังคมของผู้ดูแลมืออาชีพ และมุ่งเน้นไปที่ความกังวลเฉพาะ โดยในงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจและการบาดเจ็บทุติยภูมิ : ให้การดูแลตนเองในหอผู้ป่วยเด็กหนัก เป็นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ การจัดการความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ใจสำหรับเหล่าผู้ให้บริการในแต่ละหน่วยงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.สำรวจปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเครียดส่วนบุคคล

และในระดับมืออาชีพ 2.เข้าใจอาการทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจและบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ 3.ได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ใจเนื่องจากความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ 4.ฝึกฝนเทคนิคในการจัดการกับความเครียด ความทุกข์ใจและความรู้สึกสงสารและ 5.เรียนรู้เกี่ยวกับทรัพยากรบุคคล โดยที่ผลของสัมมนานี้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีความเครียดในระดับสูงก็จะมีถึงความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในระดับที่สูงขึ้น และผู้เข้าร่วมมีพัฒนาการในการรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจและสามารถระบุกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียดต่าง ๆ ในชีวิตได้ดีขึ้น เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ Patricia Potter et al. (2013) ได้ออกแบบโปรแกรมทางการศึกษา (Educational program) เพื่อประเมินความยืดหยุ่นในความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจสำหรับพยาบาลมะเร็งวิทยา โดยโปรแกรมได้รับการจำลองตามโปรแกรม APR ของ Gentry et al. (2002) สอนถึงความเข้มแข็งทางใจให้กับพยาบาลด้านเนื้องอกวิทยา โดยผู้เข้าร่วมได้รับกลยุทธ์หรือแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการจัดการความเครียดทั้งที่ทำงานและที่บ้าน เรียนรู้ในการรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ และควบคุมความเครียดที่เกี่ยวข้องได้ด้วยตนเองและลดประสบการณ์เครียดที่รบกวน ซึ่งการศึกษาของ Flarity et al. (2013) ก็ได้พัฒนาโปรแกรมทางการศึกษา (Educational program) สำหรับพยาบาลหน่วยฉุกเฉิน โดยศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและรักษาความเหนื่อยล้าทางความเห็นอกเห็นใจในพยาบาลแผนกฉุกเฉิน โดยมีพื้นฐานจากโปรแกรม APR ของ Gentry et al. (2002) เช่นเดียวกัน โดยในงานวิจัยนี้จะมีวิดีโอที่มีบุคคลมาให้ความรู้และพูดถึงความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสามารถมีผลกระทบต่อเขาหรือเธอได้อย่างไร ในวิดีโอจะมีข้อมูลเกี่ยวกับต้นกำเนิดของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ อาการ ผลกระทบทางสรีรวิทยา และปัจจัยเฉพาะในการทำงานที่สามารถนำไปสู่ความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าอาการของความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจของผู้เข้าร่วมลดลงทันที และพยาบาลสามารถพัฒนากลยุทธ์การช่วยเหลือตนเอง (self-help) เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยการฝึกอบรมเพื่อเป็นแนวทางป้องกันสำหรับนักจิตวิทยาการให้คำปรึกษาฝึกหัด ของ Merriman (2015) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันพื้นฐานที่ให้การศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ ความพึงพอใจในความเห็นอกเห็นใจ การตระหนักรู้ต่อตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองและการดูแลตนเอง สำหรับนักจิตวิทยาการให้คำปรึกษา

วิชาชีพฝึกหัด ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการเอาใจใส่และการตระหนักรู้ในตนเองเมื่อสิ้นสุดการรักษา และ Blough นักจิตวิทยาการให้คำปรึกษาวินิจฉัยและนักบำบัดความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจ ได้กล่าวไว้ในหนังสือ ช่วยปลาดาว : คู่มือความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจสำหรับผู้ดูแลสวัสดิภาพสัตว์ ไว้ว่า แนวทางสำคัญในการช่วยผู้รับบริการที่อาจกำลังดิ้นรนต่อสู้กับความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจหรือความเครียดจากการเข้าอกเข้าใจ คือการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Psychoeducation) (Blough, 2016) ซึ่งหากกล่าวถึงโปรแกรมต้นแบบของหลายงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้น การศึกษาของ Gentry et al. (2002) ได้สร้างโปรแกรมเร่งการฟื้นคืน หรือ the Accelerated Recovery Program (ARP) ซึ่งโปรแกรมนี้ไม่ได้เป็นโปรแกรมให้ความรู้หรือสุขภาพจิตศึกษาโดยเฉพาะ แต่เป็นโปรแกรมแรกทีพัฒนาจากความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาการขาดโปรแกรมสำหรับความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแล ซึ่งต้องอาศัยความรู้และเทคนิควิธีที่หลากหลายผ่านการทำงานของผู้เชี่ยวชาญ ไม่ว่าจะ เป็น Time-Limited Trauma Therapy Thought Field Therapy Eye-Movement Desensitization Video-Dialogue Visual Dissociation ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่ดีขึ้นในการทำงาน และอาการเครียดจากการเห็นอกเห็นใจที่น้อยลงหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

ทั้งนี้จากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ของ Walsh-Lyle (2016a) พบว่าการศึกษาทั้งห้างานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น (Gentry et al., 2002); (Meadors & Lamson, 2008); (Patricia Potter et al., 2013); (Flarity et al., 2013); (Merriman, 2015) ได้นำมาสู่การสร้างโปรแกรมการศึกษาที่ออกแบบมาเพื่อลดอาการเครียดจากการเห็นอกเห็นใจ โดยในการศึกษาทั้ง 5 งานวิจัยเป็นไปตามพื้นฐานโปรแกรมดั้งเดิมที่ออกแบบโดย (Gentry et al., 2002) และยังไม่มีการนำเสนอแนวคิดใหม่ ๆ นอกเหนือจากโปรแกรมทางการศึกษาแบบดั้งเดิม และจากการทบทวนวรรณกรรมของ Rohlf (2018) ในการศึกษาเรื่อง โปรแกรมสำหรับความเครียดจากการประกอบอาชีพและความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจในผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสัตว์: การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาในกลุ่มอาชีพอื่น ๆ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมที่กล่าวถึงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) และ เทคนิคการผ่อนคลาย เป็นวิธีการที่มีประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ อาการเครียดล้นแรง และความเครียดจากการทำงานในรูปแบบต่าง ๆ ได้

3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

3.1 ความหมายของทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

Beck (1979) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดเชิงรุก และมีทิศทาง (Active and Directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (Time-limited) และมีโครงสร้างชัดเจน ซึ่งสามารถใช้บำบัดโรคทางจิตเวชได้ในวงกว้างโดยมีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการมองโลกของบุคคลนั้น ๆ

Stuart & Laraia กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งแก้ไขปัญหาในปัจจุบันมีเป้าหมายในการรักษาที่ชัดเจน ผู้เข้ารับการบำบัดจะมีบทบาทในการวางเป้าหมายในการรักษาร่วมกับผู้บำบัดด้วย (Stuart & Laraia, 1998, อ้างถึงใน ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 เขตตรวจราชการที่ 9, 2558)

Gillihan (2020) ได้ระบุถึงจุดกำเนิดของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) ไว้ว่า เป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งที่เน้นการแก้ปัญหา บรรเทาอาการและเพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดความอยู่ดีมีสุขอย่างรวดเร็วที่สุด การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดที่สร้างปัญหาให้เกิดพฤติกรรม โดยองค์ประกอบของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นพัฒนาแยกจากกัน

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปความหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในงานวิจัยนี้ได้ว่า เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทางที่มีโครงสร้างและมีเป้าหมายที่ชัดเจน และมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหา ณ ปัจจุบัน

3.2 องค์ประกอบของทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

องค์ประกอบแรกของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คือ การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavioral therapy) โดยมีฐานมาจากทฤษฎีจิตวิทยาของ ซิกมุนด์ ฟรอยด์ ในช่วงแรกของศตวรรษที่ 20 เป็นรูปแบบการบำบัดผ่านการสื่อสารพูดคุยเพื่อรักษาอาการทางจิต แต่คนใช้นั้นต้องบำบัดต่อเนื่องกันนานหลายปี ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมมนุษย์จึงเริ่มค้นหาวิธีใหม่ ๆ ที่จะช่วยทำให้การรักษานั้นเร็วขึ้น และได้ค้นพบว่าสัตว์และมนุษย์เรียนรู้ได้อย่างไร จากนั้นจึงได้รวบรวมข้อมูลมาใช้รักษาและเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดย Joseph Wolpe และ Arnold Lazarus นั้นพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์อย่างตรงไปตรงมาอาจเป็นวิธีหนึ่งที่แก้ไขปัญหาคือ

องค์ประกอบที่สองของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คือ การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) หลังจากมีการบำบัดทางพฤติกรรมได้ไม่นาน Aaron T. Beck และ Albert Ellis ก็ได้เสนอว่าความคิดของมนุษย์มีผลกระทบอย่างมากต่อความรู้สึกและ

พฤติกรรม ทั้งสองเชื่อว่าความทุกข์นั้นเกิดจากความคิด มองว่าหากต้องการจะรักษาปัญหาทางจิต ก็ต้องหาความคิดเชิงลบที่ทำให้เกิดปัญหานั้นให้เจอแล้วแทนที่ด้วยความคิดตามความเป็นจริงและมีประโยชน์ การได้พัฒนาวิธีคิดจะสามารถส่งเสริมความรู้สึกและพฤติกรรมเชิงบวกได้และเมื่อรวมการบำบัดทั้งสองแนวทางเข้าด้วยกันก็จะสามารถช่วยให้ได้เห็นว่าความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเรานั้นมีการเชื่อมโยงกันอย่างไร (Gillihan, 2020)

3.3 หลักการของทฤษฎีการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

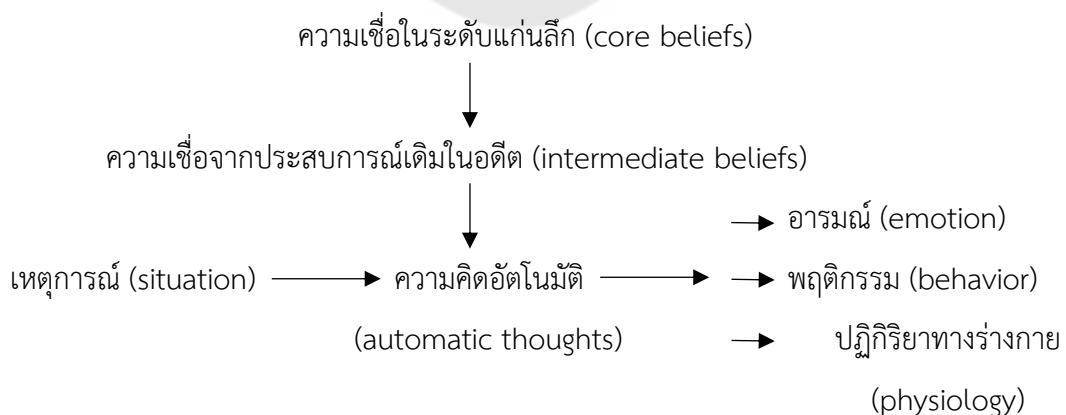
แบบจำลองรูปแบบความคิดอย่างง่าย (Cognitive Model) (Beck, 1979)



ภาพประกอบ 1 แบบจำลองรูปแบบความคิดอย่างง่าย (Cognitive Model)

แบบจำลองรูปแบบความคิดนี้เชื่อว่าช่วงเวลาระหว่างเหตุการณ์และอารมณ์จะมีความคิดเกิดขึ้นทำให้บุคคลมีอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละเหตุการณ์

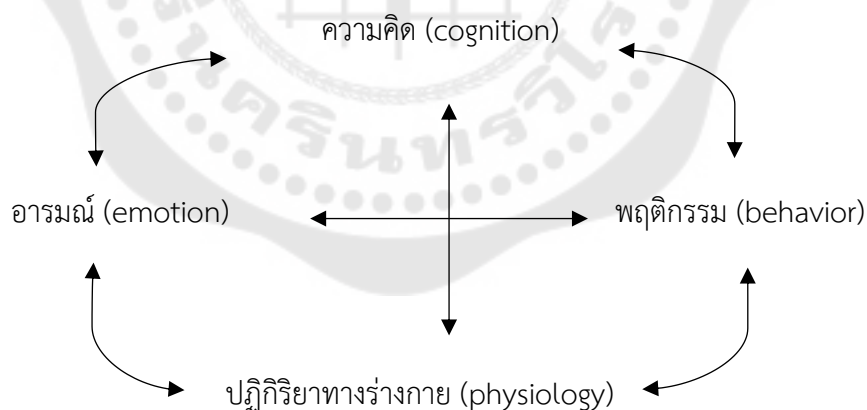
แบบจำลองรูปแบบความคิดของเบค (Beck's Cognitive Model) (Beck, 1979)



ภาพประกอบ 2 แบบจำลองรูปแบบความคิดของเบค (Beck's Cognitive Model)

แบบจำลองรูปแบบความคิดของเบคนี้เชื่อว่าเหตุการณ์ (situation) จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ (automatic thoughts) ซึ่งความคิดอัตโนมัตินั้นมาจากความเชื่อในระดับแก่นลึก (core beliefs) ที่อยู่ในตัวบุคคลจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กหรือการเรียนรู้เป็นความเชื่อที่แฝงอยู่ในระดับลึกและความเชื่อจากประสบการณ์เดิมในอดีต (intermediate beliefs) หรือเป็นเหมือนเงื่อนไขหรือกฎในการใช้ชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อในระดับแก่นลึก ที่อาจเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตที่ทำให้บุคคลให้ความหมายหรือตีความสถานการณ์ต่างกัน ตามกฎเกณฑ์ (rules) ทักษะคติ (attitude) และการตั้งสมมุติฐาน (assumption) เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดขึ้น การตีความในสถานการณ์ของแต่ละบุคคลก็必将มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ฝังรากอยู่ในแต่ละบุคคลซึ่งออกมาเป็นความคิดอัตโนมัติ ที่ส่งผลถึงอารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และ ปฏิกริยาทางกาย (physiology) ที่แตกต่างกันออกไปของแต่ละบุคคลด้วย

แบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและปฏิกริยาทางร่างกาย (Interactional Model) (Beck, 1979)



ภาพประกอบ 3 แบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและปฏิกริยาทางร่างกาย (Interactional Model)

ความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และปฏิกริยาทางร่างกาย (physiology) มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงก็จะส่งผลต่อกัน

การบำบัดแบบ CBT คือการบำบัดที่เข้าไปแก้ไขในส่วนที่สามารถแก้ไขจัดการได้ หากสามารถแก้ไขให้ส่วนใดส่วนหนึ่งดีขึ้นแล้ว ส่วนอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงต่อกันอยู่ก็จะค่อย ๆ ดีขึ้นเช่นกัน

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเน้นความร่วมมือและการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น เนื่องจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเชื่อว่าการบำบัดจะได้ผลดีที่สุดคือเมื่อผู้เข้ารับการบำบัดเน้นมีความกระตือรือร้นในการหาเป้าหมายของการรักษาและตัดสินใจว่าจะมีแนวทางที่มุ่งไปสู่เป้าหมายนั้นอย่างไร ซึ่งการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนี้เป็นวิธีที่มีเป้าหมายชัดเจนและมุ่งแก้ไขปัญหาย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งส่วนสำคัญของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นคือการหาปัญหาให้เจอ หากหาเจอจะทำให้สามารถจัดการได้ง่ายขึ้นและเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กับการรักษาเป็นทั้งศูนย์รวมของสมาธิและเป็นสิ่งที่ผลักดันความพยายามให้ไปสู่เป้าหมาย โดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นจะเน้นไปที่ปัจจุบัน เพราะเชื่อว่าความคิดและพฤติกรรมในปัจจุบันนั้นอาจเป็นส่วนหนึ่งของปัญหา การบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นตั้งใจมอบผู้รับบริการให้เป็นนักบำบัดของตัวเองเพราะการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้เรียนรู้ทักษะพื้นฐานที่ช่วยขจัดปัญหา ซึ่งผู้รับบริการก็สามารถนำเทคนิคเหล่านั้นไปปรับใช้ในชีวิตรหากมีปัญหาใหม่ได้เกิดขึ้น การบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะเน้นป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาแบบเดิม ซึ่งเกิดจากการหมั่นฝึกฝนพฤติกรรมใหม่ที่ได้รับจากการบำบัดความคิดและพฤติกรรมไป โดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นจะช่วยเหลือผู้รับบริการตามเป้าหมายในระยะเวลายาวขึ้นเมื่อเทียบกับวิธีแบบอื่น มีขั้นตอนการรักษาอย่างมีลำดับชัดเจนและแน่นอน เริ่มต้นจากทบทวนว่าเกิดอะไรขึ้นในการบำบัดครั้งก่อนจนถึงครั้งนี้ให้ผู้รับบริการทำความเข้าใจถึงสิ่งที่จะทำในวันนี้ และสุดท้ายคือวางแผนว่าจะนำสิ่งที่เรียนรู้ในวันนี้ไปปรับใช้ในวันต่อ ๆ ไปได้อย่างไร ซึ่งการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นก็ช่วยให้ผู้รับบริการรู้ตัวเมื่อเกิดความคิดเชิงลบที่เป็นความคิดที่เกิดขึ้นเอง จะช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้วิธีจับสังเกตและตอบสนองต่อความคิดที่เกิดขึ้นและการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นมีความคิดที่หลากหลาย ตั้งแต่การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation) การปรับความคิด (Cognitive restructuring) การกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral activation) การเปิดรับ (exposure) รวมถึงการทำสมาธิ (Meditation) (Gillihan, 2020)

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและปฏิกิริยาทางร่างกาย หรือ Interactional Model ของ Beck (1979) เนื่องจากแนวคิดของแบบจำลองนี้เชื่อว่าความคิด (cognition) อารมณ์ (emotion) พฤติกรรม (behavior) และปฏิกิริยาทางกาย (physiology) ส่งผลเกี่ยวเนื่องกันทั้งหมด ด้วย

การบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมที่จะสามารถเข้าไปจัดการกับความคิดที่ไม่พึงประสงค์ ความคิดที่บิดเบือน ความคิดอัตโนมัติในทางลบ หรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ใด ๆ ที่ล้วนแล้วแต่จะก่อให้เกิด ปัญหาในด้านต่าง ๆ ได้ หากสามารถชี้แนวทางนี้ร่วมกับวิธีการบำบัดแบบสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ก็มีโอกาที่จะได้ให้ความรู้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ มีวิธีการจัดการ แนวทาง การเผชิญกับปัญหา ควบคู่กับการจัดการความคิดและพฤติกรรม ก็จะมีโอกาสที่ทั้งสองแนวคิดนี้จะสามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ตามมา

3.4 การให้คำปรึกษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การให้คำปรึกษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2558) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการให้คำปรึกษาที่มีแนวคิดพื้นฐานจากแนวคิดทางปัญญา (Cognitive model) แนวคิดนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมและสรีระของบุคคลเกิดจากการรับรู้และการตีความสถานการณ์ของแต่ละคนซึ่งความคิดนั้นทำให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรมและสรีระที่เป็นปัญหาหรือที่เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) ซึ่งในการให้คำปรึกษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้นก็จะใช้การถามคำถามแบบ Socratic Questioning ซึ่งเป็นการแสดงถึงความใส่ใจในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูดและคิดเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการค้นหาเหตุผลและความเชื่อ (Assumption) อย่างลึกซึ้ง (ธีรพงศ์ แก่นอินทร์, 2554) รวมถึงขอให้ผู้รับบริการเล่าถึงสภาพการณ์ปัญหาที่ก่อให้เกิดอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ให้ผู้รับบริการลองจินตนาการถึงเหตุการณ์นั้น ให้ผู้รับบริการลองแสดงบทบาทสมมุติ ผู้ให้คำปรึกษาประเมินและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการนั้นเข้าสู่การแก้ไขปัญหา (Focus on problem solving) มอบหมายการบ้าน ทบทวน ร่วมกันพิจารณาในการแก้ไขปัญหา และให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างกัน (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2558)

3.4.1 ขั้นตอนการให้คำปรึกษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

กิจกรรมในแต่ละครั้งของการให้คำปรึกษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีดังนี้ (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2558)

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น แนะนำให้รู้จักการให้คำปรึกษาโดยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้รับบริการมีความหวังในการปรับลดอารมณ์ที่ทำให้เกิดทุกข์ ปรับความคาดหวังให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ตั้งประเด็นสำหรับการให้คำปรึกษา ระบุนอารมณ์และประเมินระดับความรุนแรงของอารมณ์โดยการให้คะแนนสำรวจปัญหา ระบุนปัญหาและเป้าหมายในการแก้ปัญหา ให้ผู้รับบริการทราบถึงความเชื่อมโยง

ของความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ มอบหมายการบ้าน สรุปการสนทนาและให้ข้อมูลย้อนกลับ

ครั้งที่ 2 สรุปย่อถึงปัญหาและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากครั้งที่ 1 ประเมินสภาวะอารมณ์ปัจจุบัน ทบทวนการบ้านของครั้งที่ 1 สอนผู้รับบริการให้รู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบ ผูกค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกัน มอบหมายการบ้าน สรุปการสนทนาและให้ข้อมูลย้อนกลับ

ครั้งที่ 3 และครั้งต่อๆ ไป ทักทายและระบุอารมณ์ ทบทวนการบ้านของครั้งที่ 2 เลือกความคิดอัตโนมัติมาเพื่อฝึกประเมินหากความคิดอัตโนมัตินั้นเป็นจริงผู้ให้คำปรึกษาก็จะนำเข้าสู่การแก้ไขปัญหา ระบุอารมณ์ หลังจากได้รับการเปลี่ยนความคิด มอบหมายการบ้าน สรุปการสนทนาและให้ข้อมูลย้อนกลับ

3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

จากการศึกษาของ Rupke, Blecke, and Renfrow (2006) เรื่อง การบำบัดทางความคิดสำหรับอาการซึมเศร้าได้กล่าวไว้ว่า อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) ภาวะเครียดทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) เป็นเรื่องสำคัญสำหรับนักจิตวิทยาการให้คำปรึกษา การติดต่อขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อจำเป็น เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เป็นกระบวนการการปรึกษาที่ช่วยแก้ไขความเชื่อหลักเชิงลบ (Negative core-beliefs) และความคิดเชิงลบ (Negative thinking) ต่อมาการศึกษาโปรแกรมลดผลกระทบจากความเครียดในแพทย์: การทบทวนและการวิเคราะห์หือภิมานของ Regehr et al. (2014) พบว่ากลุ่มที่ต้องเผชิญกับการบอบช้ำและความทุกข์ แนวทางที่เป็นประโยชน์ที่ใช้อยู่ที่สุดคือการบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม หรือการใช้เทคนิคพฤติกรรมทางปัญญารวมถึงวิธีการที่ใช้การฝึกสติ (Mindfulness-based approaches) ส่วนในงานของ Ahola et al. (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมของอาการเหนื่อยล้าหมดแรงที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และสนับสนุนการกลับไปทำงานของพนักงานที่มีอาการเหนื่อยล้าหมดแรง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) และการวิเคราะห์หือภิมาน (Meta-analysis) แสดงให้เห็นว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมช่วยลดอาการของอาการเหนื่อยล้าหมดแรงและโดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยลดความอ่อนเพลียทางอารมณ์ (Exhaustion) เช่นเดียวกันกับการศึกษาโปรแกรมสำหรับอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในแพทย์: การทบทวนอย่างเป็นระบบ ของ Kalani et al. (2018) พบว่า วิธีการในโปรแกรม

การบำบัดสำหรับแพทย์ที่เหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) ที่มุ่งเน้นเฉพาะบุคคลโดยทั่วไป ได้แก่ เทคนิคการเจริญสติ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้นและกลยุทธ์การเผชิญความเครียด นอกจากนี้การศึกษาโปรแกรมสำหรับความเครียดจากการประกอบอาชีพและความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจในผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยทางทรวงอกอย่างเป็นระบบ โดย Rohlf (2018) ก็ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า โปรแกรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวมการศึกษาทางสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skills training) และการผ่อนคลาย (Relaxation) กับ ทิศทางการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และการฝึกสตินั้นอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่มีประโยชน์เพื่อเป็นรากฐานในการสร้างโปรแกรมในอนาคต ซึ่งอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในวิชาชีพที่กล่าวมาข้างต้นนั้นถือเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหนึ่งของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่เป็นสภาวะของความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ที่เรียกร้องทางด้านอารมณ์ (Pines & Aronson, 1988)

4. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและการดูแลผู้ที่มีความความบกพร่องทางสติปัญญา

ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการฉบับที่ 2 พศ. 2555 ได้กำหนดว่า ความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นความพิการประเภทที่ 5 หมายถึง “การที่บุคคลมีข้อจำกัดใน การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีพัฒนาการช้ากว่าปกติ หรือมีระดับเขาวงกตปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยความผิดปกตินั้นแสดงก่อนอายุ 18 ปี และความบกพร่องทางพัฒนาการในระดับรุนแรงและเป็นเรื้อรัง” (ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555) มีข้อจำกัดในทักษะและด้านการปรับตัวอย่างน้อย 2 ใน 10 ทักษะ คือ การสื่อความหมาย การดูแลตนเอง การดำรงชีวิต การใช้เวลาว่าง การควบคุมตนเอง สุขอนามัย ความปลอดภัย ทักษะทางสังคม การใช้สาธารณสมบัติ การเรียนวิชาการเพื่อการดำรงชีวิต และการทำงาน (ยุพเรศ นนท์ศรี, 2560)

การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องให้ความดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งลักษณะของการดูแลนั้นส่งผลและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จึงไม่อาจละเลยในส่วนของดูแลหลักในด้านต่าง ๆ ได้ เพราะเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาต้องอาศัยและพึ่งพาการดูแลเป็นอย่างมาก (ทิพย์วัลย์ สีจันทร์, ประธาน รัชต์จำรูญ และ ดารกา แสงสุขใส, 2548) สิ่งสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้พิการ คือความเป็นมืออาชีพเพราะผู้ดูแลเป็นลักษณะงานที่ต้องดูแลช่วยเหลือผู้พิการให้เรียนรู้

ปรับตัว เพื่อให้ใช้ชีวิตในสังคมให้ได้ใกล้เคียงกับคนทั่วไปมากที่สุด ซึ่งผู้ดูแลนั้นต้องมีความรู้ และมีความเป็นมืออาชีพ รวมถึงความรับผิดชอบที่หากผู้ดูแลที่มีคุณสมบัตินี้ จะมีลักษณะนิสัยและการกระทำที่แสดงออกถึงการเข้าใจและรับรู้ถึงบทบาทของตนเอง ไม่ละเลยหรือหลีกเลี่ยงป้ายเปียงงานจนงานสำเร็จ และการมีคุณธรรมจริยธรรมก็สิ่งสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้พิการเช่นกัน ผู้ดูแลผู้พิการควรจะต้องมีการตระหนักถึงความดีและความถูกต้อง สามารถแยกแยะได้ และประพฤติตนต่อผู้พิการด้วยความเหมาะสมเพื่อให้เกิดความสุขในการทำหน้าที่ดูแลทั้งต่อตนเองและต่อผู้พิการที่ดูแล (จักรพันธ์ จันทรัมย์, ณัฐณภรณ์ เอกนราจินดาวัฒน์, & สุทธิพงษ์ บุญผดุง, 2563) เนื่องจากการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ต้องใช้พลังอย่างมากในการดูแลฟื้นฟูหรือฝึกทักษะเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า วิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล (นาถอนงค์ บำรุงชน, พนิดา รัตนไพโรจน์, และ จารุวรรณ ประดา, 2557)

4.1 แนวทางการดูแลฟื้นฟูเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

แรกเกิด - อายุ 6 ปี จะเน้นไปที่การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ทั้งการส่งเสริมพัฒนาการ ทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การแก้ไขการพูด การรักษาด้วยยา และการรักษาด้านจิตสังคม

อายุ 7 - 15 ปี จะเป็นการดูแลฟื้นฟูในด้านการศึกษา โดยมีแผนการเรียนสำหรับแต่ละบุคคลในโรงเรียนซึ่งควรเปิดโอกาสให้เรียนร่วมกับบุคคลปกติมากที่สุด จะส่งเสริมการจัดการเรียนร่วมและการเรียนรวม (Integration and Inclusion Education) ให้ได้มากที่สุด

อายุ 15 - 18 ปี จะเป็นการดูแลฟื้นฟูในด้านสังคมและด้านอาชีพ เช่น การฝึกให้ตรงเวลา มารยาทในสังคม การรับคำสั่งให้มาปฏิบัติเอง การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างคนปกติได้มากที่สุด (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558)

4.2 การดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

การดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญานั้นจะมีในหลายส่วน ไม่ว่าจะเป็นการดูแลในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมพัฒนาการหรือรวมไปถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งผู้ปกครอง บิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาล้วนมีบทบาทสำคัญที่สุดในการให้ดูแลและความช่วยเหลือ ดูแล และฝึกพัฒนาการหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป้าหมายของการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอาจไม่ใช่เพื่อดูแลรักษาให้หายจากโรคเนื่องจากอาจไม่สามารถรักษาการทำงานบางส่วนของสมองที่เสียไป

แล้วให้กลับมาเป็นปกติ ได้เพียงคงสภาพหรือฟื้นฟูสมองส่วนที่มีอยู่ให้สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ แต่เป็นการดูแลเพื่อให้เด็กสามารถใช้ชีวิตในสังคม ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ใกล้เคียงกับคนปกติทั่วไปมากที่สุด (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคนอื่นๆ, 2557) ประกอบไปด้วย ให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ในด้านอาหาร การรับประทานอาหารในแต่ละมื้อเน้นไปที่อาหารที่ครบ 5 หมู่ และเน้นโปรตีนเพื่อช่วยในการเจริญเติบโต หรืออาหารที่เป็นแบบขั้นหนีต เพื่อให้กลืนลงคอได้ง่าย เลี่ยงอาหารรสจัด เนื่องจากเด็กจะมีปัญหาเรื่องการบังคับร่างกาย เคี้ยว กลืน และขับถ่าย การดื่มน้ำ การทานยา อาหารเสริม การนอน ทานอาหาร ออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัดเริ่มต้นจากการจัดทำอุ้มและทานอาหารของเด็กให้ถูกวิธี เพราะหากมีท่าที่เหมาะสมจะสามารถช่วยลดอาการเกร็งของเด็กได้ หรือยืดกล้ามเนื้อเพื่อลดอาการเกร็งร่วมด้วย ต้องมีการกระตุ้นกล้ามเนื้อที่พอควบคุมได้ให้มีการใช้งาน เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อไม่ให้ฝ่อหรือลีบ ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาสุขภาพให้เหมือนเด็กปกติ เช่น การติดตามพัฒนาการการเจริญเติบโตของเด็ก การได้รับวัคซีน การบำบัดความผิดปกติที่มีร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคลมชัก หรือภาวะพร่องไทรอยด์ที่มักพบในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ (ปรัชญพร คำเมืองลือ, 2562) ด้านสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลการอาบน้ำชำระล้างร่างกาย การขับถ่าย เปลี่ยนผ้าอ้อม ผู้ดูแลทำความสะอาดห้องหรือที่พัก และเครื่องใช้ต่าง ๆ ในที่พักอาศัย รวมถึงเสื้อผ้า เครื่องใช้ และภาชนะ ทั้งยังจัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ทุกชนิดให้อยู่ในสภาพเรียบร้อยและปลอดภัย โดยเฉพาะสิ่งของที่เสี่ยงต่อการก่อให้เกิดอันตราย เช่น ของมีคม สิ่งของที่มีสารเคมี และอื่น ๆ เก็บไว้ในที่มิดชิดให้พ้นมือ ดูแลให้เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เช่น กวาด เช็ด ถู ทำความสะอาดที่พักรักษา รวมถึงเสื้อผ้าและเครื่องใช้ของตนเอง ส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กได้รับการฟื้นฟูพัฒนาและปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีส่วนร่วมในการฟื้นฟู เช่น กิจกรรมบำบัด สิ่งนี้จะช่วยกระตุ้นการพัฒนาตามช่วงอายุ อาจจะเป็นกิจกรรมสันทนากการหรือกิจกรรมที่ประยุกต์เข้ากับวิถีชีวิตได้ การฝึกใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่นการใช้มือหยิบจับสิ่งของ หรือการฝึกการทำงานของมือและตาให้ประสานกัน (Eye-Hand Coordination) (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคนอื่นๆ, 2557) การฝึกมือและแขนโดยบังคับใช้มือข้างที่อ่อนแรงแยงอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ในกลุ่ม Hemiplegia หรือหุนยนต์ฝึกมือก็สามารถฝึกช่วยได้เช่นกัน (ปรัชญพร คำเมืองลือ, 2562) หรือ อรรถบำบัด เริ่มจากการฝึกกล้ามเนื้อช่วยพูด บังคับกล้ามเนื้อเปล่งเสียง ออกเสียงให้ถูกต้อง ซึ่งผู้ดูแลก็จะรับหน้าที่สำคัญที่จะช่วยเหลือและการดูแลต้องมีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายสำหรับเด็กโดยเฉพาะเป็นรายบุคคลและ

ควรมีการประเมินซ้ำและเป้าหมายอาจมีการปรับเปลี่ยนไปในแต่ละช่วงอายุและพัฒนาการ (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคนอื่นๆ, 2557) ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการฝึกให้เด็กได้รับการพัฒนาและส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ อย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมทักษะทางสังคมตามความเหมาะสมและสม่ำเสมอ ทั้งให้ความรัก ความเมตตา ความอบอุ่น และความใกล้ชิดกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เพื่อให้เกิดความมั่นคงและอบอุ่นทางใจ อาจให้คำปรึกษา แนะนำ ตักเตือน อบรมในเรื่องต่าง ๆ แก่เด็ก พร้อมทั้งปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม เพื่อให้เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม

หากเป็นการดูแลในสถานเลี้ยงดูหรือในสถานคุ้มครองการดูแลของผู้ดูแลอาจมีภาระหน้าที่เพิ่มเติมจากที่กล่าวมาข้างต้น โดยก่อนเริ่มเข้าทำงานต้องมีการสอบสัมภาษณ์และสอบเชิงปฏิบัติการ ที่ต้องอาศัยความรู้ความสามารถในการดูแลผู้พิการที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและมีความพิการซ้ำซ้อนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับ พรบ.ผู้พิการ โดยมีปฏิบัติสอบการจัดทำผู้พิการ การอุ้ม การยก การป้อนอาหาร การให้อาหารเหลว การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และการใส่เสื้อผ้า การปูเตียงนอน ทำความสะอาดเตียงการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพความพิการ เมื่อได้รับเข้ามาดูแลแล้ว ผู้ดูแลจำเป็นจะต้องเรียนรู้และรับทราบถึงปัญหาของผู้ถูกดูแลทุกคนที่อยู่ในการดูแลของตน ไม่ว่าจะเป็นความพิการลักษณะต่าง ๆ ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง หรือความช่วยเหลือพิเศษของเด็กในความดูแลรายบุคคล รวมไปถึงเรื่องราวภูมิหลังของเด็กทั้งหมด เพื่อคุณภาพของการทำงานและการดูแลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ที่กล่าวมาข้างต้นผู้ดูแลในสถานเลี้ยงดูหรือในสถานคุ้มครองต้องควบคุมดูแลให้เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามีระเบียบ วินัย และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข เบิกสิ่งของเครื่องใช้ประจำอาคารและประจำตัวเด็ก อย่างเพียงพอและเหมาะสมต่อความจำเป็น นำเด็กร่วมกิจกรรมทางสังคมเนื่องในโอกาสต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกสถานที่รายงานพฤติกรรมและปัญหาความประพฤติของผู้รับบริการผ่านนักสังคมสงเคราะห์ และหัวหน้าฝ่ายตามลำดับ เพื่อบันทึกประวัติผู้รับบริการ ควบคุม ระงับเหตุการณ์ผิดปกติต่าง ๆ เช่น อัคคีภัย การทะเลาะวิวาท และการฝ่าฝืนกฎระเบียบของผู้รับบริการ และตรวจสอบจำนวนผู้รับบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้รับบริการอยู่ในระเบียบ วินัย และป้องกันการหลบหนี หรือออกนอกบริเวณในยามวิกาล รายงานการปฏิบัติงานและรายงานการเจ็บป่วยของเด็กเป็นประจำทุกวัน และ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย เป็นต้น ซึ่งเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญานั้นมีข้อจำกัดในหลายเรื่องแตกต่างกันออกไปในแต่ละตัวบุคคล เช่น การดูแลตัวเองในกิจวัตรประจำวัน การ

ทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลสุขภาพลักษณะของตนเอง การใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน ความปลอดภัย การใช้ชีวิตในสังคม ฯลฯ (สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย), ม.ป.ป.) ซึ่งส่งผลให้มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและการดูแลอย่างครอบคลุม

จากที่กล่าวมาข้างต้นภาระงานในการดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญานั้นมีค่อนข้างหลายส่วนและทุกส่วนก็เป็นส่วนสำคัญด้วยกันทั้งสิ้น ผู้ดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมพัฒนาการฟื้นฟูศักยภาพและอื่น ๆ และหากเป็นผู้ดูแลในองค์กรก็มีความเป็นไปได้สูงกว่าผู้ดูแล 1 คน อาจจะต้องดูแลผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหลายคนไปพร้อมกันและถือเป็นภาระงานที่หนักซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) ที่เป็นส่วนหนึ่งของความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue)

4.3 การดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย)

จากข้อมูลเอกสารภารกิจการปฏิบัติงานการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ตำแหน่งพี่เลี้ยงของสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) และการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องและพี่เลี้ยงในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) นั้นการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในตำแหน่งพี่เลี้ยงมีการปฏิบัติงาน เป็น 3 กลุ่ม คือ การดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางระดับสติปัญญา การดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางระดับสติปัญญาและมีอาการทางจิตประสาท และภารกิจการปฏิบัติงานการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางระดับสติปัญญาและพิการซ้ำซ้อน และมีการสลับเข้าเวร ดังนี้

ตำแหน่งพี่เลี้ยงการปฏิบัติงานประจำ ปฏิบัติงานโดยให้การอุปการะเลี้ยงดูด้านปัจจัยสี่แก่เด็กพิการทางสมองและปัญญาในความดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดบริการคนพิการในสถานสงเคราะห์ดูแลสุขภาพร่างกาย และสุขอนามัยเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐานเฝ้าระวังอาการและประสานงานกับงานพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ เมื่อผู้รับมีอาการเปลี่ยนแปลง ให้การเลี้ยงดูเด็กให้ปลอดภัยจากภัยอันตรายและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กได้รับการฟื้นฟูพัฒนาและปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันให้การอบรมสั่งสอน พร้อมทั้งปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม เพื่อให้เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม มีส่วนร่วมในการฟื้นฟู พัฒนาและส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ อย่างต่อเนื่องและส่งเสริมทักษะทางสังคม ตามความเหมาะสมหลังจากเด็ก

กลับจากกลุ่มงานฟื้นฟูพัฒนา นำเด็กร่วมกิจกรรมทางสังคมเนื่องในโอกาสต่าง ๆ ทั้งภายใน และภายนอกสถานสงเคราะห์

โดยภารกิจการปฏิบัติงานการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางระดับสติปัญญาตำแหน่งพี่เลี้ยงมีหน้าที่ประจำวันที่ขึ้นปฏิบัติงาน ดังนี้ เวลา 07.30 - 09.00 น. ตรวจนับยอดเด็กในความรับผิดชอบ จัดเตรียมเสื้อผ้าให้กับเด็กนักเรียนที่เรียนภายนอก นำเด็กไปรับประทานอาหารเช้าในโรงอาหาร ส่งเด็กไปเรียนที่โรงเรียนประชาบดี ส่งเด็กเข้างานต่าง ๆ ได้แก่ งานส่งเสริมพัฒนาการ งานอาชีพบำบัด เวลา 09.00 - 10.30 น. ดูแลทำความสะอาดภายในอาคารพักและบริเวณรอบ ๆ ซักเสื้อผ้าเด็ก รีดผ้า พับผ้า ไปรับเด็กนักเรียนที่โรงเรียนประชาบดี เวลา 11.00 - 12.30 น. นำเด็กไปรับประทานอาหารเช้าที่โรงอาหาร ป้อนอาหารให้กับเด็กป่วย ล้างภาชนะแล้วนำกลับไปคืนที่โรงอาหาร จัดเตรียมเด็กเข้าแถวเพื่อเตรียมตัวไปรับประทานอาหารกลางวัน นำเด็กล้างมือก่อนรับประทานอาหารเช้า ช่วยทำความสะอาดภายในโรงอาหาร หลังจากรับประทานอาหารเสร็จเรียบร้อยแล้ว เวลา 13.00 - 15.00 น. นำเด็กไปส่งที่โรงเรียนประชาบดีและส่งเด็กเข้ารับการฟื้นฟูและพัฒนาในงานต่าง ๆ จากนั้นให้ การดูแลเด็กในอาคารพัก เวลา 14.30 น. เตรียมตัวไปรับเด็กที่โรงเรียนประชาบดี (อาคาร33ปี) กลับ เปลี่ยนเสื้อผ้าอาบน้ำเพื่อเตรียมตัวรับประทานอาหารเช้าที่โรงครัว เวลา 16.00 - 17.30 น. ไปรับอาหารที่โรงครัว เพื่อนำมาให้เด็กบางส่วน รับประทานที่อาคารพัก นำเด็กไปรับประทานอาหารเช้าที่โรงอาหาร ทำความสะอาดโรงอาหาร นำเด็กอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ให้เด็กบางคนเล่นกีฬาและให้พักผ่อนเดินเล่น เวลา 18.00 - 20.00 น. นำเด็กทั้งหมดเข้าอาคารพักเด็ก ตรวจนับยอดเด็ก อบรมสั่งสอนเด็ก ให้เด็กได้พักผ่อนตามสบาย นำเด็กสวดมนต์ก่อนเข้านอน ดูแลเด็กเป็นระยะๆ ในเรื่องการเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุ เพื่อให้การช่วยเหลือส่งต่อกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินได้ ทันเวลา เวลา 05.00 - 07.00 น. ปลุกเด็กตื่นนอนและอาบน้ำในเวลา 05.00น. เปลี่ยนเสื้อผ้า จัดเตรียมอาหารเช้าให้เด็กที่เรียนภายนอก นำเด็กไปรับประทานอาหารเช้าที่โรงอาหาร เวลา 07.00 - 08.00 น. จากนั้นทำความสะอาดภายในอาคารส่งต่อเวรพูดคุยกับคูเวรถึงปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน

ภารกิจการปฏิบัติงานการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางระดับสติปัญญาและมีอาการทางจิตประสาทในตำแหน่งพี่เลี้ยงมีหน้าที่ประจำวันที่ขึ้นปฏิบัติงาน ดังนี้ เวลา 07.30 - 08.00 พุดคุยกับคูเวรถึงปัญหาต่าง ๆ ในอาคารพักเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กและพฤติกรรมเป็นรายบุคคลจัดเตรียมเด็กส่งเข้ารับการฟื้นฟูในงานส่งเสริมพัฒนาการ งานอาชีพบำบัด เวลา 08.00 - 11.00 น. ดูแลการขับถ่ายของเด็กที่อยู่ในอาคารพร้อมทำความสะอาดสุขอนามัย

ต่าง ๆ สังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ชงโอวัลตินให้เด็กดื่มพร้อมแจก บ๊องขนมและผลไม้ จัดสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย จัดเตรียมภาชนะใส่อาหารมื้อกลางวัน ไปรับประทานอาหารที่โรงครัวในเวลา 10.30 น. รับประทานอาหารที่อาคารพัก เก็บกวาดเช็ดถูพื้น ล้างภาชนะใส่อาหาร ทำความสะอาดนอกอาคารเวลา 11.00 -12.30 น. นำเด็กบางส่วนไปรับประทานอาหารที่โรงอาหาร จ่ายยามื้อกลางวันให้เด็กตามที่แพทย์สั่ง เวลา 13.00 -16.00 น. จัดเด็กส่งฟันฟู่ในงานส่งเสริมพัฒนาการ ส่วนเด็กที่เหลืออยู่ในอาคาร จัดกิจกรรมให้ เช่น เปิด DVD เพลงให้ฟังและเต้นออกกำลังกาย ดูแลการขับถ่าย พร้อมทำความสะอาด ซ่อมแซมเสื้อผ้ากางเกงที่ชำรุด ไปรับประทานอาหารที่โรงครัวมาให้เด็กรับประทานในเวลา 15.30 น. เวลา 16.00 - 19.30 น. นำเด็กบางส่วนไปรับประทานอาหารเย็นที่โรงอาหาร จ่ายยามื้อเย็นให้เด็กตามที่แพทย์สั่ง อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ เปิด TV ให้เด็กดูรายการต่าง ๆ ตามความเหมาะสม จ่ายยาก่อนนอนตามที่แพทย์สั่ง นำผู้รับสวดมนต์ก่อนนอน 20.00 น. ปิดน้ำ ปิดไฟ ตอนกลางคืน ตื่นคอยดูแลผู้รับเป็นระยะ 05.00 – 07.00 น. ของวันรุ่งขึ้น อาบน้ำให้เด็ก ทำความสะอาดพื้นด้านในอาคาร เตรียม ยกข้าวต้มที่โรงครัวอาบน้ำ นำเด็กบางส่วนไปรับประทานอาหารที่โรงอาหาร ทำความสะอาดโต๊ะโรงอาหาร 07.30 - 08.30 น. วันออกเวร ดูแลทำความสะอาดอาคารและตัวเด็กให้เรียบร้อย ส่งมอบเวรกับคูเวรพร้อมแจ้งอาการเจ็บป่วยของเด็ก ส่งต่อเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถ้าอาการของเด็กไม่ดีขึ้นให้ส่งเด็กไปที่อาคารพยาบาล

ภารกิจการปฏิบัติงานการดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางระดับสติปัญญาและพิการซ้ำซ้อน ตำแหน่งพี่เลี้ยงมีหน้าที่ประจำวันที่ขึ้นปฏิบัติงาน ดังนี้ เวลา 07.30 - 08.30 น. พุดคุยเกี่ยวกับเด็กที่มีอาการเจ็บป่วย ผสมข้าวต้ม แต่งตัวให้เด็กและนำเด็กส่งกลุ่มงานกายภาพบำบัด งานอาชีพบำบัด เวลา 09.00 – 09.30 น. ดูแลทำความสะอาดและความเรียบร้อย เปลี่ยนผ้าอ้อม บ๊องข้าวต้ม บ๊องนม บ๊องอาหารเสริม บ๊องน้ำ ล้างภาชนะ เวลา 10.00 น.รับผ้าอ้อมที่อาคารซักฟอก พับผ้าอ้อมและดูแลความเรียบร้อย เวลา 10.30-12.00 น. ไปรับประทานอาหารที่โรงครัว และบ๊องอาหาร บ๊องน้ำ ทำความสะอาด กวาดพื้น ถูพื้น ทั้งในและนอกอาคาร และส่งภาชนะใส่อาหารที่โรงครัว เวลา 13.00 น. เปลี่ยนผ้าอ้อมและเตรียมเด็กเพื่อส่งกลุ่มงานต่าง ๆ เวลา 14.00 – 15.30 น. ผสมข้าวต้ม และเตรียมภาชนะ ไปรับผ้าอ้อมพับผ้าอ้อม เปลี่ยนผ้าอ้อมเมื่อเด็กขับถ่าย บ๊องข้าวต้ม บ๊องอาหาร เสริม บ๊องน้ำ ล้างภาชนะ เวลา 16.00 – 17.00 น.รับประทานอาหารที่โรงครัว และบ๊องอาหาร บ๊องน้ำ บ๊องยาประจำตัวของเด็ก ทำความสะอาด กวาดพื้น ถูพื้น ทั้งในและนอกอาคาร ล้างภาชนะต่าง ๆ ส่งคืนโรงครัวเสื้อผ้าซักผ้าปูที่นอน ตากผ้า และพับเสื้อผ้า เวลา 18.00 น. เปิดทีวีให้เด็กดู ฟักผ่อนตามอัธยาศัย

และดูแลทำความสะอาด เวลา 19.00 น. เปลี่ยนผ้าอ้อม เมื่อเด็กขับถ่ายและดูแลความเรียบร้อยในการหลับนอนของเด็ก ๆ ในเวลากลางคืนอย่างสม่ำเสมอ เวลา 05.00 น. ของวันรุ่งขึ้น เด็กอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัวทำความสะอาดภายในและภายนอกอาคาร เวลา 07.30 – 08.30 น. ดูแลทำความสะอาดอาคารและเด็กให้เรียบร้อย ส่งมอบ เวกกับคู่วอร์มแจ๊งอาการเจ็บป่วยของเด็ก ส่งต่อเรื่องยารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ถ้าอาการของเด็กไม่ดีขึ้นให้ส่งเด็กไปที่อาคารพยาบาล

4.4. ผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

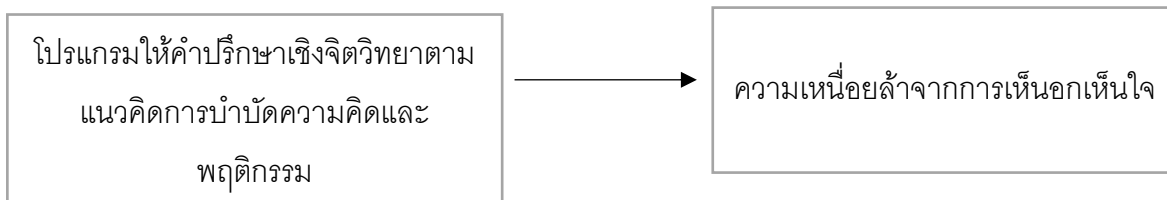
สิ่งที่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องเผชิญกับผลกระทบการดูแลคือ โดยปกติแล้วอาชีพผู้ดูแลมักไม่ได้ยอมรับจากสังคมว่าเป็นอาชีพที่คุ้มค่ากับความพยายามบทบาทยังมีความแตกต่างกับอาชีพอื่น ๆ และไม่ได้ขับเคลื่อนหน้าที่จากความทะเยอทะยาน แต่เกิดจากความก้าวหน้าในการดูแลความผิดปกติและการพึ่งพา ซึ่งอาชีพผู้ดูแลไม่สามารถที่จะทำหน้าที่ได้ตามความต้องการของตัวเอง (Raina et al., 2004)

การมีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอยู่ในความดูแลนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลและการปรับตัวของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวเนื่องกับความบกพร่องทางสติปัญญาของเด็ก (กุลยา ก่อสุวรรณ, 2553) ผลกระทบจากการดูแลนั้นเกิดได้ทั้งทางร่างกายจิตใจ สัมพันธภาพ เศรษฐกิจ และทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะเป็ยเบนทางสุขภาพได้ (บุษกร อินทวิชัย (2539 ประณีตพลกรัง, 2547) การดูแลเด็กที่ป่วยเรื้อรังนั้นทำให้สุขภาพของผู้ดูแลทรุดโทรม ส่วนใหญ่จะเหน็ดเหนื่อย รู้สึกอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ทานอาหารได้น้อย (บุษกร อินทวิชัย, 2539, อ้างถึงใน ประณีตพลกรัง, 2547) พฤติกรรมต่าง ๆ ของเด็ก เช่น อารมณ์ไม่คงที่ ก้าวร้าว โกรธง่าย ตื่นตัว หรือมีพฤติกรรมซ้ำ ๆ ทำให้ผู้ดูแลนอนหลับไม่เพียงพอและอ่อนเพลีย (Didden, Korzilius, Aperlo, Overloop, & Vries, 2002) การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลอย่างชัดเจนซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล (วรรณนภา ด่านธนวานิช, 2551) โดยผู้ดูแลบางรายอาจมีปฏิกิริยาถดถอย ซึ่งสามารถพบได้ในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา เช่น ปฏิกริยาที่ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือ แยกตัวออกจากสังคม (อริยา ดีประเสริฐ, 2543, อ้างถึงใน ชารินา สาและ, 2560) การศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาของ วรรณนภา ด่านธนวานิช (2551) พบว่าความคิดอัตโนมัติทางลบของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาชีพผู้ดูแลเด็กพิการอาจประสบกับสถานการณ์ชีวิตที่หลากหลาย

แ่งมุม ชับซ้อนและตึงเครียด ซึ่งอาจเป็นผลกระทบที่สำคัญในอาชีพการดูแล (Raina et al., 2004) และผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญานั้นได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพกายจากการดูแลเด็กในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในปัญหาสุขภาพจิต (วรรณภา ดำรงธนวานิช, 2551) ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านกระบวนการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม จิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล อาการทางกาย และการทำงานได้ในที่สุด (Charles R. Figley, 1995)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทำงานของผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและสติปัญญาที่มีภาระงานที่มากและการรับรู้ภูมิหลังของเด็กที่อยู่ในการดูแลทั้งหมดนั้น มีโอกาสก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล (นาถอนงค์ บำรุงชน และคนอื่นๆ, 2557) รวมถึงความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่ส่งผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตและการทำงาน ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจกับกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เนื่องจากการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยามีส่วนช่วยในการดูแลเยียวยาและป้องกันอาการต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล (Pietrofesa, 1978) ที่อาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้นอกจากนี้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมจะบูรณาการร่วมกับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ที่จะสามารถช่วยทำให้เกิดการรับรู้ถึงภาวะความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ สามารถจัดการกับความเครียดต่าง ๆ ในชีวิตสร้างความรู้ตระหนักรู้ต่อเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ ควบคุมความเครียดและลดประสบการณ์ความเครียดที่รบกวนชีวิต (Meadors & Lamson, 2008); (Patricia Potter et al., 2013); (Flarity et al., 2013); (Merriman, 2015) และสำหรับแนวคิดในการให้คำปรึกษาที่จะนำมาประยุกต์ใช้สำคัญคือแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) เนื่องจากพบว่าช่วยลดอาการของอาการเหนื่อยล้าหมดแรงและโดยเฉพาะความอ่อนเพลียทางอารมณ์ Ahola et al. (2017) เกิดทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้น และยังส่งเสริมการเผชิญความเครียดได้อีกด้วย Kalani et al. (2018) โดยการบูรณาการทั้ง 2 แนวคิดในโปรแกรม จะช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่า ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ไม่ได้รับโปรแกรม

2. ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีแบบแผนการวิจัยเชิงทดลองที่เป็นกลุ่ม (Group Designs in Experimental Research) มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Quasi experimental pretest posttest design) เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจของผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล

รูปแบบการวิจัย

| | | | |
|---------|------------------|---|------------------|
| E Group | O ₁ E | x | O ₂ E |
| C Group | O ₁ C | - | O ₂ C |

ภาพประกอบ 5 รูปแบบการวิจัย

โดยที่

E Group หมายถึง กลุ่มทดลอง(Experimental Group)

C Group หมายถึงกลุ่มควบคุม(Control Group)

X หมายถึง การจัดการทำตามโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

O₁E หมายถึง การวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

O₂E หมายถึง การวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

O₁C หมายถึง การวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจก่อนได้รับใบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาในภาวะความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจและแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม

O₂C หมายถึง การวัดความเหนื่อยล้า การเห็นอกเห็นใจหลังได้รับใบความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ศึกษาในภาวะความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจและแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม

เพื่อให้การวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในงานวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาค่าอิทธิพล (Effect size) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม โดยใช้สูตรของ (Cohen, 1988) ซึ่งได้จากการระบุจากการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาการทดลองการรักษาทางคลินิกแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม สำหรับความเครียดหลังการประสบสถานการณ์รุนแรง (PTSD) ที่เกี่ยวกับการโจมตีเวิร์ลเทรดเซนเตอร์ในผู้ปฏิบัติงานด้านภัยพิบัติ ของ Difede et al. (2007) ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบมี 2 กลุ่ม วัดคะแนน Clinician Asministered PTSD Scale (CAPS) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนำข้อมูลขนาดอิทธิพลที่การศึกษานี้ได้ระบุขนาดอิทธิพลไว้เท่ากับ 1.37 หมายถึงอิทธิพลขนาดใหญ่และนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในโปรแกรม G*Power 3.1 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ t-test และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 8 รายและ กลุ่มควบคุม 8 ราย รวมทั้งสิ้น 16 ราย

ประชากร

ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จำนวน 61 คน (สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย), 2564)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) คัดเลือกจากแบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจโดยเรียงจากสูงที่สุดไปต่ำที่สุดจำนวน 16 คนและนำแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน เพื่อแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

1.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1.1.1 เป็นผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย)

1.1.2 สามารถอ่าน ฟัง เขียน พูดภาษาไทยได้

1.1.3 ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

1.1.4 สม่ครใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

1.1.5 มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมากเป็น 16 อันดับแรก

1.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.2.1 ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความไม่สบายใจ/ความกังวลใจหรือมีอาการทางกายที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

1.3 เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria)

1.3.1 หากผู้เข้าร่วมการวิจัยขาดการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่ถึงร้อยละ 80 และไม่สามารถติดต่อได้ ทางผู้วิจัยจะทำการถอนผู้เข้าร่วมวิจัยออกจากกรวิจัย

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ

2.1 โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2.1.1 ศึกษาทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ของ Aron T. Beck

2.1.2 ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการเข้ารับคำปรึกษาในแต่ละครั้ง รวมทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 6 สัปดาห์

2.1.3 นำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและนักจิตวิทยาชำนาญการที่ทำงานในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

2.1.4 ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.1.5 นำโปรแกรมที่แก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง และนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมในแง่ของการนำไปใช้ในงานวิจัย

2.1.6 จัดทำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็ก พิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ตาราง 2 รายละเอียดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความวิตกกังวลที่ต่อความเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

| ครั้งที่ | แนวทางการให้คำปรึกษา | วัตถุประสงค์ | การดำเนินการ | การประเมิน |
|----------|---|---|---|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความกังวล แนะนำให้ผู้ร่วมโปรแกรมรู้จักและคุ้นเคยกับความเห็นอกเห็นใจ และการเห็นอกเห็นใจ และ CBT | <ol style="list-style-type: none"> เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรม เพื่อแนะนำลักษณะการทำงานร่วมกันของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) เพื่อให้เข้าใจและเรียนรู้เกี่ยวกับความเห็นอกเห็นใจจากการเห็นอกเห็นใจและประเมินข้อกังวลของผู้ร่วมโปรแกรม เพื่อให้ได้เรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างและแนวคิดของ CBT เบื้องต้น | <ol style="list-style-type: none"> ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสถานที่ติดต่อตกลงของการเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษา เช่น ระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับ ผู้วิจัยแนะนำลักษณะการทำงานร่วมกันของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) ผู้วิจัยสนทนถึงความเห็นอกเห็นใจจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion Fatigue) รวมถึงสำรวจสาเหตุและความกังวลใจของผู้ร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยแนะนำเกี่ยวกับโครงสร้างและแนวคิดของ CBT เบื้องต้น ผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรมร่วมกันสรุปและสะท้อนสาเหตุ ความกังวลใจ สิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1 และนัดหมายครั้งต่อไป | <p>ในครั้งที่ 1 ประเมินจากการสังเกตและอภิปรายร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมและผู้วิจัยเกี่ยวกับโครงสร้างและแนวคิดของ CBT รวมถึงสาเหตุและประเมินข้อกังวลของผู้ร่วมโปรแกรมเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ค้นหาคำปัญหา สาเหตุนำมาสู่ • ภาวะความเครียดหรือความวิตกกังวล • อกเห็นใจ • ภาวะความคิดหรือความเชื่อที่ไม่พึงประสงค์ • การจดบันทึกความคิดเบื้องต้น • กำหนดเป้าหมาย • การผ่อนคลาย (Relaxation) | <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรมฯ ในครั้งที่ 2 2. เพื่อความต่อเนื่องในการเข้ารับการปรึกษา โดยพบตามการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1 3. เพื่อค้นหาปัญหาหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดสภาวะความเครียดในกรณีเห็นอกเห็นใจ 4. เพื่อระบุความคิดหรือความเชื่อที่ไม่พึงประสงค์ และเข้าใจถึงการทำงานของความคิดหรือความเชื่อที่ไม่พึงประสงค์ (ถ้ามี) 5. เพื่อทำความเข้าใจและจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้โดยการจดบันทึกความคิดเบื้องต้น 6. เพื่อกำหนดเป้าหมาย 7. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) และได้ทักษะการผ่อนคลายแบบเฉพาะ | <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสนทนาเรื่องทั่วไปในสัปดาห์แรกของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ 2. ผู้วิจัยพบทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมาและดำเนินการต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 3. ผู้วิจัยสนทนากับผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ เกี่ยวกับปัญหาการเห็นอกเห็นใจของผู้เข้าร่วม โดยให้การค้นหาปัญหาและสาเหตุเชิงลึก โดยใช้คำถามแบบโสเครติค (Socratic question) การสำรวจต่อเนื่อง (Downward arrow technique) การถามเพื่อให้ค้นพบความคิดของตนเอง (Guided discovery) เป็นต้น 4. ผู้วิจัยร่วมค้นหาความคิดหรือความเชื่อที่ไม่พึงประสงค์จากเรื่องราวของผู้เข้าร่วมโปรแกรม 5. ผู้วิจัยแนะนำวิธีการทำความเข้าใจกับปัญหาผ่านการจดบันทึกความคิดว่าส่งผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมอย่างไร และให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ลองจดบันทึกด้วยตนเอง 1 สัปดาห์ก่อนนัดหมายครั้งถัดไป 6. เพื่อกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้และเหมาะสมกับการให้คำปรึกษาในแต่ละบุคคล หลังจากรู้ถึงปัญหาหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดสภาวะความเครียดดำเนินการเห็นอกเห็นใจ 7. ผู้วิจัยให้ความรู้ เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) เช่น การผ่อนคลายผ่านการบริหารใจแบบ 4-7-8 8. ผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรมฯ ร่วมกันสรุปและสะท้อนปัญหา สาเหตุ ที่ก่อให้เกิดความเครียดดำเนินการเห็นอกเห็นใจ | <p>ในครั้งที่ 2 ประเมินจากการอภิปรายร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และผู้วิจัยในปัญหาหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดสภาวะความเครียดดำเนินการเห็นอกเห็นใจ การให้ผู้เข้าร่วมทำกิจกรรมเกี่ยวกับความคิดและความเชื่อที่ไม่พึงประสงค์ และผู้เข้าร่วมทำกิจกรรมและการผ่อนคลาย</p> |
|---|--|--|---|

| | | |
|--|---|---|
| <p>อกเห็นใจ จากเรื่องราวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ สิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯครั้งที่ 2 ผู้วิจัยให้กำลังใจ สนับสนุนผู้ร่วมโปรแกรมฯและนัดหมายครั้งต่อไป</p> | <p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสนทนาเรื่องทั่วไปในชีวิตประจำวัน พูดคุยถึงกิจกรรมการจดบันทึก ความคิด และเทคนิคการผ่อนคลายของผู้ร่วมโปรแกรมฯในตลอดสัปดาห์ที่ผ่านมา</p> <p>2. ผู้วิจัยทบทวนเรื่องราวและการให้คำปรึกษาครั้งที่ 2 ผนึกมาและดำเนินการต่อเนื่องจากครั้งที่ 2</p> <p>3. ผู้วิจัยสนทนาเกี่ยวกับแนวทางการจัดการกับปัญหาทางความคิดที่ผ่านมาของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ</p> <p>4. ผู้วิจัยร่วมเสริมสร้างกระบวนการแก้ปัญหาทางความคิดกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ</p> <p>5. ผู้วิจัยร่วมอภิปรายเกี่ยวกับกรมอบหมายการบ้าน เช่น ความสำคัญ ประโยชน์ และร่วมกัน กำหนดการบ้านในครั้งที่ 3 กับผู้ร่วมโปรแกรมฯ</p> <p>7. ผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรมฯร่วมกันสรุปและสะท้อนแนวทางการจัดการกับปัญหาทางความคิด ที่ช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ความรู้สึกและสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯครั้งที่ 3 ผู้วิจัยให้กำลังใจ สนับสนุนผู้ร่วมโปรแกรมฯและนัดหมายครั้งต่อไป</p> | <p>ในครั้งที่ 3 ประเมินจากการอภิปรายร่วมเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและการให้ผู้ใช้ร่วมผู้ทำกิจกรรม การบ้านและนำมาอภิปรายร่วมในครั้งถัดไป</p> |
| <p>•สำรวจแนวทางในการจัดการกับปัญหาด้านความคิด</p> <p>•สำรวจแนวทางด้านความคิด เพื่อลดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ</p> <p>•เสริมสร้างกระบวนการแก้ปัญหา (Problem Solving) ในด้านความคิด</p> <p>•มอบหมายการบ้าน</p> | <p>1. เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรมฯในครั้งที่ 3</p> <p>2. เพื่อความต่อเนื่องในการให้คำปรึกษา โดยบทสนทนาให้คำปรึกษาครั้งที่ 2</p> <p>3. เพื่อสำรวจแนวทางในการจัดการกับปัญหา โดยเน้นด้านความคิด</p> <p>4. เพื่อเสริมสร้างกระบวนการแก้ปัญหา (Problem Solving) ในด้านความคิด</p> <p>5. เพื่อทักความเข้าใจเทคนิคและประเด็นในการทำการบ้าน</p> | <p>3</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ทบทวนการบ้าน • สำรวจแนวทางด้านความ อารมณ์เพื่อลดอารมณ์ด้านลบ และความเหนื่อยล้าในการเห็น ออกเห็นใจ • เสริมสร้างกระบวนการแก้ไข ปัญหา (Problem Solving) ใน ด้านอารมณ์ • มอบหมายการบ้าน | <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมโปรแกรมฯ ในครั้งที่ 4 2. เพื่อความต่อเนื่องในการเข้ารับการศึกษา โดย ทบทวนการให้คำปรึกษาครั้งที่ 3 3. เพื่อสำรวจผลของการจัดการกับปัญหาด้านความคิด จากกรอบทฤษฎีการบ้านในครั้งที่ 3 4. เพื่อสำรวจแนวทางในการจัดการกับปัญหา โดยเน้น ด้านอารมณ์ 5. เพื่อร่วมเสริมสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) ในด้านอารมณ์ 6. มอบหมายการบ้าน | <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสนทนาเรื่องทั่วไปใน สัปดาห์ประจำวัน 2. ผู้วิจัยทบทวนเรื่องราวและการให้คำปรึกษาครั้งที่ ผ่านมาและดำเนินการต่อเนื่องจากครั้งที่ 3 3. ผู้วิจัยร่วมสนทนาและสำรวจผลของการจัดการกับ ปัญหาด้านความคิดจากครั้งที่ผ่านมาและจากการทำ การบ้านของผู้ร่วมโปรแกรมฯ 4. ผู้วิจัยสนทนาเกี่ยวกับแนวทางจัดการกับปัญหา ทางความคิดที่ผ่านมากของผู้ร่วมโปรแกรมฯ 5. ผู้วิจัยร่วมเสริมสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหทาง อารมณ์ให้กับผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ร่วมกันกำหนด 6. ผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรมฯ ร่วมกันกำหนด การบ้านในครั้งที่ 4 7. ผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรมฯ ร่วมกันสรุปและสะท้อน แนวทางการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ ที่ช่วย บรรเทาอารมณ์ด้านลบ และความเหนื่อยล้าในการ เห็นอกเห็นใจ รวมถึงความรู้สึกและสิ่งที่ได้จากการ เข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยให้กำลังใจ สนับสนุน ผู้ร่วมโปรแกรมฯ และนัดหมายครั้งต่อไป | <p>ในครั้งที่ 4 ประเมินจากการ อภิปรายร่วมของแนวทางในการ จัดการกับปัญหาในอดีตร่วมกัน และอนาคต การให้ผู้เข้าร่วม บันทึก และ ผู้เข้าร่วมทำกิจกรรม การบ้าน และนำมาอภิปรายร่วม ในครั้งถัดไป</p> |
|---|---|---|--|

| | | | |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ทบพวงนกรบ้าน • สำรองแนวทางการด้านพฤติกรรมเพื่อลดความเสียหายในการเห็นอกเห็นใจ • เสริมสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) ในด้านพฤติกรรม • มอบหมายกรบ้าน • กระตุ้นพฤติกรรม • หรือเกี่ยวข้องกับพฤติกรรเข้ารับกรปรึกษาและเตรียมพร้อมสำหรับการรักษาการเปลี่ยนแปลง | <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรมฯ ในครั้งที่ 5 2. เพื่อความต่อเนื่องในการเข้ารับกรศึกษา โดยทบทวนกรให้คำปรึกษาครั้งที่ 4 3. เพื่อสำรวจผลของการจัดการกับปัญหาด้านความคิดและอารมณ์ จากกรมอบหมายกรบ้านกรครั้งที่ผ่านมา 4. เพื่อสำรวจแนวทางในการจัดการกับปัญหา โดยเน้นด้านพฤติกรรม 5. เพื่อร่วมเสริมสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) ในด้านพฤติกรรม 6. เพื่อกระตุ้นพฤติกรรม โดยกรกำหนดกิจกรรม (Scheduling activities) 7. มอบหมายกรบ้าน 8. เพื่อหรือเกี่ยวข้องกับกรยุติกรเข้ารับกรปรึกษาและเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง | <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสนทนาเรื่องทั่วไปในชีวิตประจำวัน 2. ผู้วิจัยทบทวนเรื่องราวและกรให้คำปรึกษาครั้งที่ผ่านมาและดำเนินการต่อเนื่องจากครั้งที่ 4 3. ผู้วิจัยร่วมสนทนาและสำรวจผลของการจัดการกับปัญหาความคิดและอารมณ์ จากครั้งที่ผ่านมาและจากการทักทายบ้านของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ 4. ผู้วิจัยสนทนาเกี่ยวกับแนวทางการจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมที่ผ่านมาของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ 5. ผู้วิจัยร่วมเสริมสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหาทางพฤติกรรมกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ 6. ผู้วิจัยกระตุ้นพฤติกรรม โดยกรร่วมกันกำหนดกิจกรรมตามความเหมาะสมและความสนใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่ละบุคคลและลงมือปฏิบัติ 7. ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ร่วมกันกำหนดกรบ้านในครั้งที่ 5 8. ผู้วิจัยหรือเกี่ยวข้องกับกรยุติกรเข้ารับกรปรึกษาและเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง 9. ผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรมฯ ร่วมกันสรุปและสะท้อนแนวทางการจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรม ที่ช่วยบรรเทาความเสียหายด้านการเห็นอกเห็นใจ | <p>ในครั้งที่ 5 ประเมินจากการอภิปรายร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในแนวทางการปัญหาและผู้วิจัย การให้ผู้เข้าร่วม การจดบันทึก ความคิด และผู้เข้าร่วมทำกิจกรรมกรบ้านและนำมาอภิปรายร่วมในครั้งถัดไป</p> |
|--|---|---|--|

| | | | |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ทบทวนการบ้าน • เสริมสร้างคุณลักษณะทางบวก • สรุปและทบทวนแนวทางการที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ • ยุติการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือให้ผู้ดูแลความเปลี่ยนแปลง | <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมโปรแกรมฯ ในครั้งสุดท้าย 2. เพื่อความต่อเนื่องในการเข้าร่วมคำปรึกษา โดยทบทวนการให้คำปรึกษาคั้งที่ 5 3. เพื่อสำรวจผลของการจัดการกับปัญหาด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม จากกรอบความหมายการบ้านที่ผ่านมาทั้งหมด 4. เพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะทางบวก 5. เพื่อสรุปและทบทวนแนวทางที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด 6. เพื่อเรียนรู้วิธีการป้องกันกรกำเริบในสภาวะความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ 7. เพื่อยุติการให้คำปรึกษา | <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายและสนทนาเรื่องทั่วไปในชีวิตประจำวัน 2. ผู้วิจัยทบทวนเรื่องราวและการให้คำปรึกษาคั้งที่ผ่านมาและดำเนินการต่อเนื่องจากคั้งที่ 4 3. ผู้วิจัยร่วมสนทนาและสำรวจผลของการจัดการกับปัญหาความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรมจากคั้งที่ผ่านมาและจากการทำงานบ้านของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ 4. ผู้วิจัยร่วมสนทนาและเสริมสร้างเกี่ยวกับคุณลักษณะทางบวกแก่ผู้เข้าร่วมฯ 5. ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ร่วมกันสรุปและทบทวนแนวทางที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด 6. ผู้วิจัยสนทนาถึงวิธีการป้องกันกรกำเริบในสภาวะความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และแนวทางเฉพาะของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่ละบุคคล 7. ผู้วิจัยสรุปและบอกยุติการให้คำปรึกษาและสนับสนุน ให้กำลังใจในศักยภาพ และการเปลี่ยนแปลงของผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ | <p>ในคั้งที่ 6 ประเมินจากการอภิปรายร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมและผู้วิจัย โดยบอกเล่าสิ่งที่ได้เรียนรู้ทั้งหมดจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้ง 6 คั้ง รวมถึงแนวทางที่ป้องกันหากเกิดสภาวะความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในอนาคตของตน</p> |
|---|---|---|--|

2.1.7 ผลการตรวจสอบคุณภาพและความเหมาะสมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสาขาที่เกี่ยวข้องตรวจสอบ ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและนักจิตวิทยาชำนาญการที่ทำงานในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แล้วนำข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence : IOC) โดยได้ผลการตรวจสอบความสอดคล้องทั้งภาพรวมและแต่ละกิจกรรมของโปรแกรม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 3 แสดงผลการประเมินภาพรวมของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

| ข้อ | รายการที่ประเมิน | ค่า IOC |
|-------------------|--|----------|
| 1 | ความสอดคล้องระหว่างความสำคัญของปัญหาและโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแล | 1 |
| 2 | ความสอดคล้องของกระบวนการจัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม | 1 |
| 3 | ความสอดคล้องของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีความเหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ | 1 |
| 4 | ความสอดคล้องเหมาะสมของแนวทางการให้คำปรึกษาและการดำเนินการ | 1 |
| รวมค่า IOC | | 1 |

ตาราง 4 ตารางแสดงผลการประเมินความสอดคล้องรายครั้งของโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

| ข้อ | รายการที่ประเมิน | ค่า IOC รายครั้งของโปรแกรม | | | | | |
|-----|--|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | | ครั้งที่ | ครั้งที่ | ครั้งที่ | ครั้งที่ | ครั้งที่ | ครั้งที่ |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | วัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับ แนวทางการให้คำปรึกษา | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | ระยะเวลาในการให้คำปรึกษา | 0.66 | 0.66 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | ขั้นตอนในการดำเนินการ | 1 | 1 | 0.66 | 0.66 | 0.66 | 1 |
| 4 | การประเมินผลมีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ | 0.66 | 1 | 0.66 | 0.66 | 0.66 | 1 |
| 5 | ความสอดคล้องของแนวทางการให้ คำปรึกษากับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิง จิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิด และพฤติกรรม | 0.66 | 1 | 1 | 0.66 | 0.66 | 0.66 |
| | ค่า IOC | 0.796 | 0.932 | 0.864 | 0.796 | 0.796 | 0.932 |

จากตารางแสดงผลการวิเคราะห์ พบว่าจากกิจกรรมของโปรแกรมโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการทั้งหมด 6 ครั้ง ผ่านเกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมด โดยมีรายละเอียดแต่ละครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 (IOC = 0.796) ครั้งที่ 2 (IOC = 0.932) ครั้งที่ 3 (IOC = 0.864) ครั้งที่ 4 (IOC = 0.796) ครั้งที่ 5 (IOC = 0.796) ครั้งที่ 6 (IOC = 0.932) และค่า IOC โดยรวมของโปรแกรมเท่ากับ 0.853

ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิของโปรแกรมโปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญให้สอดคล้องกับบริบทและพัฒนาให้เข้ากับกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการก่อนนำไปใช้จริงต่อไป

2.2 แบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ

แบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ การสร้างมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.2.1 ศึกษาทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ

2.2.2 ปรับปรุงพัฒนาข้อคำถามจากแบบวัด The Compassion Fatigue Scale - Short Scale ของ Adams et al. (2008) ร่วมกับ องค์ประกอบ Secondary trauma และ Burnout ในแบบวัด Professional Quality of Life Scale ของ Hundall Stamm (2009) จำนวน 40 ข้อ

2.2.3 แบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ที่ปรับปรุงพัฒนา เป็นแบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ โดยเรียงลำดับจาก “แทบไม่เคยเกิดขึ้นเลย” คือ 1 คะแนน ไปจนถึง “เกิดขึ้นบ่อยที่สุด” 5 คะแนน และให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทตรวจสอบความเหมาะสมและปรับแก้ตามคำแนะนำ

2.2.4 นำแบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจที่ปรับปรุงพัฒนา มาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรม โดยนำโปรแกรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบ และทำการคัดเลือกโปรแกรมที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

2.2.5 ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการมากยิ่งขึ้น โดยคำถามทั้งหมดผ่านเกณฑ์จำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็นบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) จำนวน 17 ข้อ และ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) จำนวน 18 ข้อ ผ่านเกณฑ์โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00

2.2.6 นำแบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 35 ข้อไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้พิการในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจำนวน 34 คน โดยข้อคำถามผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 35 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งหมด เท่ากับ 0.97

2.2.7 นำแบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจจำนวน 35 ข้อ ไปใช้ในการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามแบบแผนการทดลอง 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นตอนการทดลอง

3.1.1 ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทางวิชาการต่างๆ รวมถึงทบทวนการศึกษาวิจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องและครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัยและนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนดำเนินการทดลอง รวมถึงเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการทักษะพื้นฐานจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม รุ่นที่ 10 จัดโดยชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย เพื่อเพิ่มความเข้าใจและเพิ่มพูนทักษะในการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

3.1.2 ผู้วิจัยดำเนินการขอใบรับรองการอนุมัติการทำวิจัยและเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งได้รับรองโครงการโดยมีรหัสโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G-004/2565 เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการเก็บข้อมูลและการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย)

3.1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังผู้อำนวยการสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย

3.1.4 ผู้วิจัยทำการทดสอบก่อนการทดลอง โดยการให้ผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตอบแบบสอบถาม แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-Test) และนำคะแนนที่ได้มาจัดลำดับ

3.1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกโดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติคือผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และมีผลคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจก่อนการทดลอง (Pre-Test) เรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดจำนวน 16 คน จากนั้นทำการจับคู่คะแนนของผู้ดูแลที่มีคะแนนใกล้เคียงกันโดยแต่ละคู่ทำการจับคู่รายบุคคล (Matching Subject) และจับฉลากเพื่อเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน

3.2 ขั้นทดลอง

3.2.1 ในการทดลองครั้งนี้ดำเนินการในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2565

3.2.2 ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 75 นาที ในรูปแบบออนไลน์

3.2.3 ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) กลุ่มควบคุมจะได้รับใบความรู้เกี่ยวกับภาวะความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) และแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรม ตามแบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและปฏิกริยาทางร่างกาย (Interactional Model)

3.3 ขั้นหลังการทดลอง

3.3.1 เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้ง 6 ครั้ง ผู้วิจัยจะทำการวัดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.3.2 เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง โดยที่โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถพัฒนากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจะดำเนินการในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มควบคุมโดยผู้วิจัยจะทำเรื่องขออนุญาตเพื่อให้กลุ่มควบคุมที่สนใจได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบผลคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจจากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ของผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) ทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

4.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1.1 สถิติพื้นฐาน ได้แก่

4.1.1.1 ค่าเฉลี่ย (Mean)

4.1.1.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4.1.1.3 ค่ามัธยฐาน (Median)

4.1.2 สถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann Whitney U Test เพื่อทดสอบค่าสมมติฐานข้อที่ 1

4.1.3 สถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ จากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้การทดสอบค่า Wilcoxon Signed Rank Test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2



บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีแบบแผนการวิจัยเชิงทดลองที่เป็นกลุ่ม (Group Designs in Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจของผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยผู้วิจัยได้เสนอผลการวิจัยดังนี้

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
2. ข้อมูลทั่วไป
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

| | | |
|------|-----|------------------------|
| n | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
| M | แทน | ค่าเฉลี่ยทางคณิตศาสตร์ |
| Med | แทน | ค่ามัธยฐาน |
| S.D. | แทน | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
| p | แทน | ค่านัยสำคัญทางสถิติ |

(โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ .01)

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยคัดเลือกจากผู้ดูแลที่มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมากที่สุด 16 อันดับแรก แต่มีผู้ดูแลที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมโปรแกรมฯ จึงจัดลำดับ 16 อันดับแรกที่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| กลุ่มตัวอย่าง | เพศ | | อายุ (ปี) | | | | |
|---------------|-----|------|-----------|-------|-------|-------|-----------|
| | ชาย | หญิง | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61 ขึ้นไป |
| กลุ่มทดลอง | 0 | 8 | 0 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| กลุ่มควบคุม | 0 | 8 | 0 | 1 | 4 | 2 | 1 |

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงทั้งหมด เนื่องจากเป็นไปตามระเบียบของสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) โดยมีอายุระหว่าง 31-40 ปี 2 คน 41-50 ปี 8 คน 51-60 ปี 4 คน และ 61 ปีขึ้นไป 2 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน และมีอายุงานอยู่ในระหว่าง 3 – 28 ปี

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ ดังนี้

2.1.1 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และค่ามัธยฐาน (Med) ของคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับความความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| กลุ่มตัวอย่าง | ความความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ | | | | | |
|---------------|--------------------------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|
| | ก่อนทดลอง | | | หลังทดลอง | | |
| | M | Med | SD | M | Med | SD |
| กลุ่มทดลอง | 90.250 | 80.500 | 25.527 | 44.625 | 45.000 | 2.669 |
| กลุ่มควบคุม | 83.500 | 79.500 | 14.638 | 78.125 | 80.500 | 23.204 |

จากตาราง 6 พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ในระยะก่อนทดลอง และหลังทดลองเท่ากับ 90.250 และ 44.625 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 25.527 และ 2.669 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 80.500 และ 45.000 และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจและหลังทดลองเท่ากับ 83.500 และ 78.125 โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.638 และ 23.204 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 79.500 และ 80.500 ตามลำดับ

2.1.2 ผลการทดสอบสมมติฐานทางการวิจัย

สมมติฐานข้อ 1 ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่า ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ไม่ได้รับโปรแกรม ใช้การวิเคราะห์จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของสองประชากรอิสระต่อกัน (Mann Whitney U Test) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | Z | ρ -value |
|--------------------------------------|------------|--------|-------------|--------|--------|---------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| ความเหนื่อยล้าจาก การเห็นอกเห็นใจ | 90.250 | 25.527 | 83.500 | 14.638 | -0.527 | .598 |

ตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเริ่มการทดลองไม่แตกต่างกันในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจก่อนการทดลอง เท่ากับ 90.250 และ 83.50 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25.527 และ 14.638

ตาราง 8 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | Z | ρ -value |
|--------------------------------------|------------|-------|-------------|--------|--------|---------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| ความเหนื่อยล้าจาก การเห็นอกเห็นใจ | 44.625 | 2.669 | 78.125 | 23.204 | -2.842 | .004 |

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองแตกต่างกันในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจหลังการทดลอง 44.625 เท่ากับ และ 78.125 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.669 และ 23.204

สมมติฐานข้อ 2 ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม วิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Wilcoxon signed-rank test) ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง | M | SD | Z | ρ -value |
|--------------------------------------|--------------|--------|--------|--------|---------------|
| ความเหนื่อยล้าจาก การเห็นอกเห็นใจ | ก่อนการทดลอง | 90.250 | 25.527 | -2.524 | .012 |
| | หลังการทดลอง | 44.625 | 2.669 | | |

จากตาราง 9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการของกลุ่มทดลอง ระยะเวลา ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจก่อนและหลังการทดลอง 90.250 เท่ากับ 44.625 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25.527 และ 2.669

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีแบบแผนการวิจัยเชิงทดลองที่เป็นกลุ่ม (Group Designs in Experimental Research) ผู้วิจัยทำการวัดผลก่อนการทดลอง (Pre-test) และมีการวัดซ้ำหลังการทดลอง (Post-test) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ซึ่งกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีสาระสำคัญและผลวิจัย ดังนี้

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ไม่ได้รับโปรแกรม
2. ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยการให้คำปรึกษาทั้งสิ้น 6 ครั้ง ครั้งละ 45- 75 นาที แบ่งเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

2. แบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจที่ได้ปรับปรุงพัฒนาข้อคำถามจากแบบวัด The Compassion Fatigue Scale - Short Scale ของ Adams et al. (2008) ร่วมกับ องค์ประกอบ Secondary trauma และ Burnout ในแบบวัด Professional Quality of Life Scale ของ Hundall Stamm (2009) เป็นแบบวัดที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเรียงลำดับจาก “แทบไม่เคยเกิดขึ้นเลย” คือ 1 คะแนน ไปจนถึง “เกิดขึ้นบ่อยที่สุด” 5 จำนวน รวมทั้งสิ้น 35 ข้อ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรในการวิจัย

ผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี จำนวน 61 คน (สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย), 2564)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี โดยผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเรียงจากสูงที่สุดไปต่ำที่สุดจำนวน 16 คน ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการจับคู่คะแนนผู้ดูแลที่ใกล้เคียงกันโดยแต่ละคู่ทำการจับคู่รายบุคคล (Matching Subject) เพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามแบบแผนการทดลอง 3 ขั้นตอน ดังนี้

1 ขั้นก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทางวิชาการต่างๆ รวมถึงทบทวนการศึกษาวิจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องและครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการวิจัยและนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อน

ดำเนินการทดลอง รวมถึงเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการทักษะพื้นฐานจิตบำบัดความคิด และพฤติกรรม รุ่นที่ 10 จัดโดยชมรมจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมแห่งประเทศไทย เพื่อเพิ่มความเข้าใจและเพิ่มพูนทักษะในการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการขอใบรับรองการอนุมัติการทำวิจัยและเก็บข้อมูลจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งได้รับรองโครงการโดยมี รหัสโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G-004/2565 เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการเก็บข้อมูล และการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถาน คွ่มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย)

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปยัง ผู้อำนวยการสถานคွ่มครองและพัฒนาคนพิการ เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์ในการ เก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยทำการทดสอบก่อนการทดลอง โดยการให้ผู้ดูแลในสถานคွ่มครอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตอบแบบสอบถาม แล้วเก็บไว้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-Test) และนำคะแนนที่ได้มาจัดลำดับ

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกโดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกตามเกณฑ์ คุณสมบัติ คือผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคွ่มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้ คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และมีผลคะแนนความเหนื่อย ล้าจากการเห็นอกเห็นใจก่อนการทดลอง (Pre-Test) เรียงลำดับจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด จำนวน 16 คน จากนั้นทำการจับคู่คะแนนของผู้ดูแลที่มีคะแนนใกล้เคียงโดยแต่ละคู่ทำการจับคู่ รายบุคคล (Matching Subject) และจับฉลากเพื่อเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม กลุ่มละ 8 คน

2 ขั้นตอนทดลอง

2.1 ในการทดลองครั้งนี้ดำเนินการในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2565

2.2 ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคွ่มครองและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 75 นาที

2.3 ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคွ่มครองและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) กลุ่มควบคุมจะได้รับใบความรู้เกี่ยวกับภาวะความเหนื่อยล้าจาก

การเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) และแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ตามแบบจำลองรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและปฏิกิริยาทางร่างกาย (Interactional Model)

3 ชั้นหลังการทดลอง

3.1 เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้ง 6 ครั้ง ผู้วิจัยจะทำการวัดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง โดยที่โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถพัฒนากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจะดำเนินการในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มควบคุมโดยผู้วิจัยจะทำเรื่องขออนุญาตเพื่อให้กลุ่มควบคุมที่สนใจได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.หาสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่ามัธยฐาน (Median)

2.เปรียบเทียบความแตกต่างความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ร่วมโปรแกรม โดยใช้ Mann Whitney U Test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

3.เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Wilcoxon Signed Rank Test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามมุ่งหมายของงานวิจัย ดังนี้

1.โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ตามประเด็นต่างๆ คือ

ความเป็นมาและความสำคัญของโปรแกรม โดยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการบำบัดความคิด และพฤติกรรมและแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา เพื่อช่วยลดความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45-75 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ หลังจากที่ผู้วิจัยนำโปรแกรมให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องภาพรวมของโปรแกรม (IOC) ซึ่งพบว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน ทุกด้าน โดยที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องของโปรแกรมภาพรวมอยู่ระหว่าง .66 -1.00 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญก่อน นำไปใช้จริง

2. การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจ

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมอง และปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พบว่าในระยะก่อนการทดลองและ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทาง สถิติ .01

อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาวิจัยโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมอง และปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ผู้วิจัยจะขออภิปรายถึงประสิทธิผล ของโปรแกรมที่มีต่อความเครียดจากความเห็นอกเห็นใจ ที่ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ คือ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary Trauma) และ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามความมุ่งหมายของงานวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดจากการเห็นอกเห็นใจของผู้ดูแลเด็ก พิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ได้รับโปรแกรมมี ความแตกต่างกับผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการที่ไม่ได้รับโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 สอดคล้องกับสมมุติฐาน

จากผลการศึกษาข้างต้นที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา ตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยบรรเทาความเครียดจากการเห็นอก เห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ที่ได้รับโปรแกรมมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งผลจากการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Abolmaali and Aghaeepour Gavasaraee (2015) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดระดับอาการบาดเจ็บทางใจระดับทุติยภูมิ (Secondary Trauma) กับภรรยาของทหารผ่านศึกในภาวะเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของบาดเจ็บทางใจระดับทุติยภูมิของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและการฝึกปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการบาดเจ็บทางใจระดับทุติยภูมิได้ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Tement, Zorjan, Lavrič, Poštuvan, and Plohl (2020) ที่ศึกษาเรื่องการสู่มตัวอย่างเปรียบเทียบเพื่อปรับปรุงการปลดปล่อยทางจิตใจจากการทำงานและความเป็นอยู่ที่ดีในกลุ่มลูกจ้าง : การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมรูปแบบออนไลน์และการเจริญสติ (Mindfulness) พบว่าการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมรูปแบบออนไลน์จะสามารถปรับปรุงการปลดปล่อยทางจิตใจจากการทำงานและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) เมื่อเปรียบเทียบกับเจริญสติและกลุ่มควบคุมและคาดว่าระหว่างการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมจะนำไปสู่การยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยทั่วไปและด้านที่เกี่ยวข้องกับงาน และการศึกษาของ Barbosa, Nolan, Sousa, and Figueiredo (2015) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางตรงต่อผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลผู้มีสภาวะสมองเสื่อม : ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 8 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับความรู้เบื้องต้น ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสามารถช่วยลดอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของผู้ปฏิบัติงานดูแลได้โดยตรง

2. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 และสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้

จากผลการศึกษาข้างต้นที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้ ซึ่งผลจากการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kazemi, Banijamali, Ahadi, and Farrokhi (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลของการฝึกปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่ออาการความเครียดจากบาดเจ็บทางใจระดับทุติยภูมิ (secondary traumatic

stress) และปัญหาทางจิตใจของเหล่าภรรยาผู้ทุกข์คนที่มีภาวะเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง เรือร้างจากสงคราม พบว่า การฝึกปรับความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการ ความเครียดจากบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิและยังลดอาการของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด ตลอดจนลดความถี่ของความคิดอัตโนมัติ และสามารถลดปัญหาทางจิตใจของเหล่า ภรรยาผู้ทุกข์คนที่มีภาวะเรือร้างจากความเครียดหลังผ่านเหตุการณ์สะเทือนขวัญจากสงครามได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Anclair (2017) ได้ศึกษาด้านการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการเจริญสติต่อ ความเครียดและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง : การศึกษานำร่องเปรียบเทียบสำหรับผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะเรือร้าง พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการเจริญสติ สามารถลดความเครียดและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) ได้อย่างมีนัยสำคัญ และต่อมา Anclair, Lappalainen, Muotka, and Hiltunen (2018) ก็ได้ศึกษา การบำบัดความคิดและ พฤติกรรมและการเจริญสติต่อความเครียดและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง : กลุ่มควบคุมการศึกษา นำร่องเปรียบเทียบการรักษากับผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะเรือร้าง และพบว่าการใช้การบำบัด ความคิดและพฤติกรรมและการเจริญสติมีประสิทธิภาพในการลดระดับความเครียดและอาการ เหนื่อยล้าหมดแรงในผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะเรือร้างได้เช่นกัน รวมถึงการศึกษาของ Johnson and Naidoo (2017) ที่ศึกษาแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาเพื่อป้องกันอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของ อาชีพครูที่มีความสัมพันธ์กับ HIV/AIDS ในแอฟริกาใต้ ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาสามารถช่วยลดอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในบริบทการทำงานและบริบทส่วนตัวของอาชีพครู ที่มีความสัมพันธ์กับ HIV/AIDS และ การศึกษาของ Koller, Abel, and Milton (2022) ที่ศึกษา การดูแลผู้ดูแล: การศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมออนไลน์ที่จัดการกับความเหนื่อยล้าจาก การเห็นอกเห็นใจ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบออนไลน์สามารถสนับสนุนสุขภาพจิต ทั้งในด้าน ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และบาดแผลทางจิตใจระดับทุติย ภูมิของผู้ดูแลได้

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษานั้น สามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจลงได้ทั้งในส่วนของแผลทางใจระดับทุติยภูมิ (Secondary Trauma) และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษา เกี่ยวกับการป้องกัน การรักษา หรือโปรแกรมที่ช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจนั้น ยัง หาได้ยากในปัจจุบัน (Walsh-Lyle, 2016b)

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. ในการดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยเข้าไปจัดกระทำ เป็นช่วงเวลาเดียวกันกับการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 (สายพันธุ์โอมิครอน) ในองค์กร ผู้อำนวยการสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชวาดี (ชาย) จึงแจ้งให้ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนการจัดกระทำโปรแกรมให้คำปรึกษาเป็นไปในรูปแบบออนไลน์ทั้งหมด

2. การดำเนินการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ 6 ครั้ง 1 ครั้ง/สัปดาห์ ไม่สามารถเป็นไปตามที่ตั้งไว้ได้เนื่องจากผู้ดูแลมีความจำเป็นจะต้องเข้าเวรนานขึ้นเนื่องจากเด็กที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลบางท่านป่วยจาก ไวรัสโควิด-19 สายพันธุ์โอมิครอน จึงทำให้การให้คำปรึกษาถูกยัดระยะเวลาออกไปจาก 1 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์เป็น 2 สัปดาห์ในบางครั้ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ ดังนั้นหน่วยงานสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการหรือศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพ กรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ สามารถให้บุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ที่มีพื้นฐานการให้คำปรึกษาสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้หรือปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทงานหรือกลุ่มผู้ดูแลเพื่อลดปัญหาความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่อไป

2. จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลได้ แต่ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด และมีบริบทที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นในการนำไปอาจจะต้องคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าวหากนำไปใช้ในกลุ่มเพศ หรือบริบทของผู้ดูแลที่แตกต่างออกไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจถูกพัฒนาขึ้นโดยกรอบแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา ดังนั้นเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น ควรจะมีการศึกษาพัฒนาเป็นคู่มือในการฝึกปฏิบัติให้กับผู้ดูแลเพื่อที่จะสามารถจัดโปรแกรมลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจได้ต่อไป

2.ในการศึกษานี้วัดผลหลังจากเสร็จสิ้นการร่วมโปรแกรมทันที ในการศึกษาครั้งต่อไป หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมอาจจะมีการติดตามผลของผู้เข้าร่วมโปรแกรมในระยะยาว เพื่อวัดการคงสภาพของความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจต่อไป

3.ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสามารถเกิดขึ้นได้หลากหลายวิชาชีพ ไม่เพียงแต่บุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น อาสาสมัครบนพื้นที่ห่างไกล คุณครูใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ดูแลสัตว์พิการหรือจรจัด เจ้าหน้าที่ในค่ายผู้อพยพหรือผู้ลี้ภัย ผู้พิพากษา ทนายความ เป็นต้น เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ที่หลากหลายต่อไป



บรรณานุกรม

- Abolmaali, K., & Aghaeepour Gavasaraee, M. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral training on reducing the secondary trauma symptoms of ptsd veterans' wives. *Iranian Journal of War and Public Health*, 7(2), 57-65.
- Adams, R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2008). The compassion fatigue scale: Its use with social workers following urban disaster. *Research on social work practice*, 18(3), 238-250.
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout research*, 4, 1-11.
- Anclair, M. (2017). *Fears, Stress and Burnout in Parents of Children with Chronic Conditions: Treatment with Cognitive Behavioural Therapy and Mindfulness*. Karlstads universitet.
- Anclair, M., Lappalainen, R., Muotka, J., & Hiltunen, A. J. (2018). Cognitive behavioural therapy and mindfulness for stress and burnout: a waiting list controlled pilot study comparing treatments for parents of children with chronic conditions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 389-396.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia bulletin*, 6(3), 490.
- Arimon-Pagès, E., Torres-Puig-Gros, J., Fernández-Ortega, P., & Canela-Soler, J. (2019). Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. *European Journal of Oncology Nursing*, 43, 101666.
- Barbosa, A., Nolan, M., Sousa, L., & Figueiredo, D. (2015). Supporting direct care workers in dementia care: effects of a psychoeducational intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 30(2), 130-138.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*: Guilford press.
- Blough, J. (2016). *To Save a Starfish: A Compassion Fatigue*

Workbook for the Animal Welfare Warrior. New Boston: Deepwater Books.

Cetrano, G., Tedeschi, F., Rabbi, L., Gosetti, G., Lora, A., Lamonaca, D., . . . Amaddeo, F. (2017). How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC health services research*, 17(1), 1-11.

Cherniss, C. (1989). Burnout in new professionals: A long-term follow-up study. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 11-24.

Courage, M. M., & Williams, D. D. (1987). An approach to the study of burnout in professional care providers in human service organizations. *Journal of Social Service Research*, 10(1), 7-22.

Didden, R., Korzilius, H., Aperlo, B. v., Overloop, C. v., & Vries, M. d. (2002). Sleep problems and daytime problem behaviours in children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(7), 537-547.

Difede, J., Malta, L. S., Best, S., Henn-Haase, C., Metzler, T., Bryant, R., & Marmar, C. (2007). A randomized controlled clinical treatment trial for World Trade Center attack-related PTSD in disaster workers. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(10), 861-865.

Dixon, L. (1999). Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. *The journal of mental health policy and economics*, 2(1), 3-8.

Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Taylor & Francis Group, LLC

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.

Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced emergency nursing journal*, 35(3), 247-258.

Freudenberger, H. J. (1986). The issues of staff burnout in therapeutic communities. *Journal of psychoactive drugs*, 18(3), 247-251.

Gentry, J. E., Baranowsky, A. B., & Dunning, K. (2002). ARP: The accelerated recovery

- program (ARP) for compassion fatigue. *Treating compassion fatigue*, 123-137.
- Gillihan, S. J. (2020). *Cognitive Behavioural Therapy Made Simple: 10 Strategies for Managing Anxiety, Depression, Anger, Panic and Worry*: Hachette UK.
- Gribben, J. L., Kase, S. M., Waldman, E. D., & Weintraub, A. S. (2019). A cross-sectional analysis of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric critical care physicians in the United States. *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(3), 213-222.
- Hilliard, R. E. (2006). The effect of music therapy sessions on compassion fatigue and team building of professional hospice caregivers. *The Arts in psychotherapy*, 33(5), 395-401.
- Hundall Stamm, B. (2009). Professional quality of life measure: Compassion, satisfaction, and fatigue version 5 (ProQOL).
- Johnson, S. M., & Naidoo, A. V. (2017). A psychoeducational approach for prevention of burnout among teachers dealing with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS care*, 29(1), 73-78.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116, 118-119, 120.
- Kahill, S. (1988). Interventions for burnout in the helping professions: A review of the empirical evidence. *Canadian Journal of Counselling*.
- Kalani, S. D., Azadfallah, P., Oreyzi, H., & Adibi, P. (2018). Interventions for physician burnout: a systematic review of systematic reviews. *International journal of preventive medicine*, 9.
- Kazemi, A. S., Banijamali, S. A., Ahadi, H., & Farrokhi, N. (2012). Evaluation of effectiveness of training cognitive behavioral strategies in the secondary traumatic stress disorder (STSD) symptoms and psychological problems among devotees' wives with chronic PTSD due to war. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch*, 22(2), 122-129.
- Koller, E. C., Abel, R. A., & Milton, L. E. (2022). Caring for the Caregiver: A Feasibility Study of an Online Program that Addresses Compassion Fatigue, Burnout, and Secondary Trauma. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 10(1), 1-14.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of marital and family therapy*, 29(2), 223-245.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 24-34.
- Merriman, J. (2015). Prevention-based training for licensed professional counselor interns. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*, 42(1), 40-53.
- Okoli, C. T., Seng, S., Otachi, J. K., Higgins, J. T., Lawrence, J., Lykins, A., & Bryant, E. (2020). A cross-sectional examination of factors associated with compassion satisfaction and compassion fatigue across healthcare workers in an academic medical centre. *International journal of mental health nursing*, 29(3), 476-487.
- Patricia Potter, R., Julia Allen Berger DMin, B., Sarah Olsen, R., & Ling Chen, M. (2013). *Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses*. Paper presented at the Oncology nursing forum.
- Penninx, B. W., Van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Boeke, A. J. P., Deeg, D. J., & Van Eijk, J. T. M. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of aging and health*, 11(2), 151-168.
- Pietrofesa, J. J. (1978). *Counseling: Theory, research, and practice*: Rand McNally College Publishing Company.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*: Free press.
- Pines, A., & Maslach, C. (1980). Combatting staff burn-out in a day care center: A case study. *Child care quarterly*, 9(1), 5-16.
- Raina, P., O'Donnell, M., Schwellnus, H., Rosenbaum, P., King, G., Brehaut, J., . . . Wong, M. (2004). Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC pediatrics*, 4(1), 1-13.
- Regehr, C., Glancy, D., Pitts, A., & LeBlanc, V. R. (2014). Interventions to reduce the

- consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(5), 353-359.
- Roberts, S. B., & Ashley Sr, W. W. (2008). *Disaster spiritual care: Practical clergy responses to community, regional and national tragedy*: SkyLight Paths Publishing.
- Rohlf, V. I. (2018). Interventions for occupational stress and compassion fatigue in animal care professionals—A systematic review. *Traumatology*, 24(3), 186.
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of clinical nursing*, 29(21-22), 4321-4330.
- Rupke, S. J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *American Family Physician*, 73(1), 83-86.
- Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: can we accurately capture the consequences of caring work? *International journal of nursing practice*, 12(3), 136-142.
- 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.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. *Treating compassion fatigue*, 1, 107-119.
- Stamm, B. H., & Figley, C. R. (1996, Retrieved from <http://www.isu.edu/~bhstamm/tests.htm>). Compassion Satisfaction and Fatigue Test.
- Tement, S., Zorjan, S., Lavrič, M., Poštuvan, V., & Plohl, N. (2020). A randomized controlled trial to improve psychological detachment from work and well-being among employees: a study protocol comparing online CBT-based and mindfulness

interventions. *BMC public health*, 20(1), 1-15.

Walsh-Lyle, D. (2016a). *Compassion fatigue interventions: A systematic review*. (Master's thesis). the University of Prince Edward Island, Charlottetown.

<https://islandscholar.ca/islandora/object/ir:20214>

Walsh-Lyle, D. (2016b). *Compassion fatigue interventions: A systematic review*.

Williams, C. A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 25(2), 14-21.

เปรมวดี เต๋นศิริอักษร. (2561). ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา. สืบค้นจาก

<https://th.rajanukul.go.th/ข้อมูลวิชาการ:กลุ่มโรคสำคัญ/ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา>

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. (2564, 5 ตุลาคม). สถานการณ์ด้านคนพิการ. สืบค้น

จาก <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>

กุลยา ก่อสุวรรณ. (2553). ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา = *Intellectual disabilities*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

จักรพันธ์ จันทรัมย์, ณัฐณภรณ์ เอกนราจินดาวัฒน์, และ สุทธิพงศ์ บุญผดุง. (2563). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้พิการทางสติปัญญา. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 9(5), 2012-2025.

ชาวีรนา สาและ. (2560). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 66-80.

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2558). การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. *พยาบาลสาร*, 42, 205-213.

ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2563). ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. *จังหวัดเชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์*.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2560). ความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability). สืบค้นจาก

<https://www.happyhomeclinic.com/Download/article/sp05-intellectual-disability.pdf>

ทิพย์วัลย์ สีจันทร์, ประธาน รัชต์จำรูญ, และ ดารกา แสงสุขใส. (2548). ปัจจัยส่วนบุคคล เชาวน์ อารมณ์ และภาวะความสุขที่ส่งผลต่อการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ปกครอง. *วารสารราชานุกูล*, 20(1), 34-46.

ธัญพร มัทวานุกูล. (2564a, 5 ตุลาคม). รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านข้อมูลคนพิการในประเทศ

- ไทย. สืบค้นจาก https://dep.go.th/images/uploads/files/situation_Sep64.pdf
- ธัญพร มัทวานุกุล. (2564b, 6 มิถุนายน). สถานการณ์คนพิการ (รายไตรมาส). สืบค้นจาก https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person_situation
- ธีรพงศ์ แก่นอินทร์. (2554). วิธีสอนแบบไฮเครติส. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี, 22(2), 158-166.
- นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, ชนิสา เวชวิรุฬห์, วันทนี ผลสมบุญรณ์, จันทร์เพ็ญ รัชสินพงษ์, ธีรพล เชื้อสุข, อนัญญา อนุพรวัฒนากิจ, และ สุภาภรณ์ ระยันธ์. (2557, 5 มีนาคม). ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา Intellectual Disabilities. สืบค้นจาก <https://th.rajanukul.go.th/ข้อมูลวิชาการ:กลุ่มโรคสำคัญ/บกพร่องทางสติปัญญา>
- นาถอนงค์ บำรุงชน, พนิดา รัตนไพโรจน์, และ จารุวรรณ ประดา. (2557). การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(2), 125-140.
- นิตยา, บุญกร, ทองเพชร, และ กาญจนา. (2561, 26 กันยายน). กรมสุขภาพจิตเผย คนไทยกว่า 1 ล้านคน สติปัญญาบกพร่อง. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28246>
- ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2555, 26 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา (เล่ม 129 ตอนพิเศษ 119, น. 22-23).
- ประณีตพลกรัง, ป. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า. (ปริญญา นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประดิษฐา สิ้นสว่าง. (2538). ผลของการสนับสนุนภายในในกลุ่มมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา. มหาวิทยาลัยมหิดล. (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต).
- ปรัชญพร คำเมืองลือ. (2562, มิถุนายน). การฟื้นฟูผู้ป่วยเด็กสมองพิการและโปลิโอ. สืบค้นจาก https://w1.med.cmu.ac.th/rehab/images/Study_guide/04_1CP%20and%20polio%20MND_MB_PK.pdf
- พลิสรา อังสุสิงห์, และ ศิริไชย หงสงวนศรี. (2558). Using DSM - 5 จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4): ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพเรศ นนท์ศรี. (2560). เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา. สืบค้นจาก

http://www.rsec7.ac.th/images/column_1588408790/เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา.pdf

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). คู่มือการตรวจประเมิน วินิจฉัย และแนวทางช่วยเหลือเด็กพิการ *Children with Disabilities*: สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

วรรณนา ด่านธวานิช. (2551). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชนี สรรเสริญ, และ ยุวดี รอดจากภัย. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 19(1), 62-78.

ศศิวิมล ปานูราช. (2561). การประเมินคุณภาพชีวิตของพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38(1), 129-143.

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 เขตตรวจราชการที่ 9. (2558). เทคนิคการใช้ CBT สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เขตตรวจราชการที่ 9 In. สืบค้นจาก

<http://www.mhc06.org/web/cbt/1.pdf>

สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย). (2564). สถิติผู้รับบริการและอัตรากำลังเจ้าหน้าที่. สืบค้นจาก <http://www.banrachawadee.com/Content/Structure.aspx>

สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย). (ม.ป.ป.). การดำเนินงาน. สืบค้นจาก <http://www.banrachawadee.com/Content/Progress.asp>

สายสมร เฉลยกิตติ. (2558). การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพ : การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ, 7(1), 2554-2562.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560, 11 มกราคม). ผลการสำรวจความพิการ พ.ศ.2560. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib14/News/2561/12-61/N04-12-61-1.pdf>

สำนักบริการสวัสดิการสังคมและสวัสดิการ. (ม.ป.ป.). มาตรฐานการจัดบริการคนพิการในสถานสงเคราะห์และศูนย์ฟื้นฟูอาชีพ: กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร. (ม.ป.ป.). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ. สืบค้นจาก

http://www.elnurse.ssru.ac.th/surang_ch/pluginfile.php/334/block_html/content/บทที่%206%20การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น.pdf





ข้อคำถามในแบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue)

คำชี้แจง : แบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ มีข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ โดยแบ่งตาม องค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) มีจำนวน 17 ข้อ และ องค์ประกอบที่ 2 อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) มีจำนวน 17 ข้อ โดยใช้วัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

| ลำดับ | ข้อคำถาม |
|--|---|
| องค์ประกอบที่ 1 บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (Secondary trauma) | |
| 1 | ฉันเคยนึกถึงประสบการณ์อันเลวร้ายอย่างฉับพลันโดยไม่ได้ตั้งใจขณะที่กำลังดูแลเด็กๆ |
| 2 | ฉันเคยนอนไม่หลับจากการรับรู้ถึงเรื่องราวที่บอบช้ำของเด็กๆ |
| 3 | ฉันเคยได้รับผลกระทบด้านลบทางจิตใจจากการช่วยเหลือเด็กๆ ที่ผ่านประสบการณ์เลวร้าย |
| 4 | ฉันมีความรู้สึกเศร้าหลังจากได้รับรู้ประสบการณ์อันเลวร้ายของเด็กที่ฉันดูแลช่วยเหลือ |
| 5 | ฉันรู้สึกว่าตัวเองมีอารมณ์และความรู้สึกร่วมกับกับเรื่องราวเลวร้ายของเด็กที่กำลังดูแลช่วยเหลือ |
| 6 | ฉันหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่จะทำให้ฉันนึกถึงประสบการณ์อันเลวร้ายของเด็กที่ฉันกำลังดูแลอยู่ |
| 7 | ผลจากการที่ฉันได้ช่วยเหลือเด็กที่เคยตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงหรือถูกทอดทิ้งทำให้ฉันเกิดความหวาดกลัว |
| 8 | ฉันรู้สึกหมดหนทางที่จะช่วยเหลือเด็กที่ฉันกำลังดูแลอยู่ |
| 9 | ฉันรู้สึกว่าความทุกข์ของเด็กที่ฉันกำลังดูแลมีความคล้ายคลึงกับความทุกข์ที่ฉันเคยประสบมา |
| 10 | ฉันต้องการดูแลช่วยเหลือเด็กที่บอบช้ำทั้งทางร่างกายและจิตใจเหล่านี้ให้ดีที่สุด |
| 11 | ฉันรู้สึกไวต่อสิ่งต่างๆรอบข้างเป็นอย่างมาก หรือตกใจง่ายในขณะที่ดูแลเด็กๆ |
| 12 | ฉันรู้สึกเห็นใจและสงสารเด็กที่ฉันกำลังดูแลอยู่เป็นอย่างมากหลังจากได้รับรู้เรื่องราวภูมิหลังของเด็ก |
| 13 | ฉันรู้สึกเศร้าใจกับความเจ็บปวดและความโชคร้ายที่เด็กๆต้องเจอ |
| 14 | ฉันรู้สึกว่า การดูแลช่วยเหลือที่ทำอยู่ในตอนนี้ อาจไม่ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีในตัวเด็ก ๆ |
| 15 | ฉันอยากที่จะช่วยบรรเทาหรือขจัดความเจ็บปวดหรือความทรมานของเด็ก ๆ ที่ฉันกำลังดูแลอยู่ |
| 16 | ฉันมักระลึกถึงเหตุการณ์ที่เด็กในความดูแลของฉันเคยประสบมา |
| 17 | ฉันรู้สึกว่าฉันได้รับความทุกข์ซึ่งต่อมาจากเหตุการณ์อันบอบช้ำในเด็กที่ฉันกำลังดูแลอยู่ |
| องค์ประกอบที่ 2 อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) | |
| 18 | ฉันรู้สึกว่าฉันล้าเหลวในการทำงาน |

| | |
|----|--|
| 19 | ฉันรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลเด็ก ๆ |
| 20 | ฉันรู้สึกหดหู่จากการทำงาน |
| 21 | ฉันแยกเรื่องงานออกจากเรื่องชีวิตส่วนตัวได้ไม่สำเร็จ |
| 22 | บางครั้งฉันไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะตอนกลางคืนฉันจะนึกถึงประสบการณ์เลวร้ายของเด็ก ๆ ที่ดูแลจนทำให้นอนไม่หลับ |
| 23 | ฉันรู้สึกท้อแท้กับงานที่ทำอยู่ |
| 24 | ฉันรู้สึกว่างานที่ทำอยู่มากจนล้นมือและเหมือนจะไม่จบสิ้นไปง่าย ๆ |
| 25 | ฉันมองว่าตัวเองจมปลักอยู่กับระบบงานที่ทำ จนมองไม่เห็นความก้าวหน้าในอาชีพ |
| 26 | ฉันรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งกายและใจเมื่อมาทำงานในฐานะผู้ดูแล |
| 27 | ฉันได้รับผลกระทบทางร่างกายจากการดูแลเด็กเป็นเวลาต่อเนื่องยาวนาน |
| 28 | ฉันมีความวิตกกังวลในการดูแลเด็ก |
| 29 | ฉันมักรู้สึกผิดอยู่บ่อยครั้งเมื่อดูแลเด็ก ๆ ได้ไม่ดีพอ |
| 30 | ฉันรู้สึกว่าเมื่อเข้ามาทำงานในฐานะผู้ดูแลแล้วฉันมีสมาธิจดจ่อน้อยลง |
| 31 | ฉันมีรู้สึกหงุดหงิดในขณะทำงาน |
| 32 | ฉันรู้สึกว่าความรู้สึกด้านลบมีมากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่ฉันทำงาน |
| 33 | ฉันมองการให้ความช่วยเหลือดูแลที่ทำอยู่นั้นไม่บรรลุผลสำเร็จ |
| 34 | ฉันรู้สึกว่าตัวเองก้าวร้าวมากขึ้นหลังจากได้ทำงานในฐานะผู้ดูแล |
| 35 | ฉันรู้สึกว่าตัวเองเกิดความล่าช้าในการทำงานกับเด็กที่อยู่ในความดูแล |



รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ที่ อว 8718/197



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

25 มกราคม 2565

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน คณบดีคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวจิราวรรณ ธงสอาด นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” โดยมี อาจารย์ ดร.สุพัทธ์ แสนแจ่มใส เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัก ชุณหกาญจน์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม และโปรแกรมการให้คำปรึกษา ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้ นางสาวจิราวรรณ ธงสอาด และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

รศ.ดร.รัก ชุณหกาญจน์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 087 455 9252

ที่ อว 8718/197



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

25 มกราคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน หัวหน้าภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวจิราวรรณ หงสอาด นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” โดยมี อาจารย์ ดร.สุพัทธ แสนแจ่มใส เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธิชัย ทองวร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม และโปรแกรมการให้คำปรึกษา ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้ นางสาวจิราวรรณ หงสอาด และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 087 455 9252



ที่ อว 8718/197

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

25 มกราคม 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญบุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน ผู้อำนวยการสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบางประกง

เนื่องด้วย นางสาวจิราวรรณ ธงสอาด นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” โดยมี อาจารย์ ดร.สุพัทธ์ แสนแจ่มใส เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายไกรสร แก้วพิพัฒน์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามและโปรแกรมการให้คำปรึกษา ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับบุคลากรของท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้ นางสาวจิราวรรณ ธงสอาด และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 087 455 9252



หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย



MF-04-version-2.0

วันที่ 18 ต.ค. 61

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G- 004/2565E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยนี้จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มี ต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถาน คุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาว จิราวรรณ ธงสอาด

สังกัด: บัณฑิตวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง:

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. โครงการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

| | | |
|---|-----------|-----------------------------|
| 1. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 24 มกราคม 2565 |
| 2. โครงร่างการวิจัย | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 24 มกราคม 2565 |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 24 มกราคม 2565 |
| 4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 | วัน/เดือน/ปี 24 มกราคม 2565 |

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิรกกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-004/2565

วันที่ให้การรับรอง : 24/01/2565

วันหมดอายุใบรับรอง : 24/01/2566



ที่ อว 8718/

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

24 มกราคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตผลการพิจารณาโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G-004/2565E

เรียน นางสาว จิราวรรณ ธงสอาด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบรับรองโครงการวิจัย SWUEC/E/G-004/2565

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G 004/2565E เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว บัดนี้ คณะกรรมการฯ ให้การรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวแล้วเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2565 รายละเอียดดังนี้

Certificate Number SWUEC/E/G-004/2565

Date of Approval 24 มกราคม 2565 (อายุใบรับรองโครงการวิจัย 12 เดือน)

Date of Expiration 24 มกราคม 2566

Continuing Review ทุก 12 เดือน (ครบกำหนดส่งรายงานครั้งแรก วันที่ 24 มกราคม 2566)

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ใ้ขอความกรุณาให้ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยและต่ออายุการรับรองก่อนกำหนดวันหมดอายุ 30 วัน เพื่อให้เป็นไปตามวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs version 2.0) ของคณะกรรมการฯ ทั้งนี้รายละเอียดของเอกสารที่ให้การรับรองตามที่ปรากฏใน Certificate of Approval (Certificate Number SWUEC/E/G-004/2565) ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(แพทย์หญิงสุวิพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โทรศัพท์ 0-2649-5000 ต่อ 12430

โทรสาร 0-2259-1822

ประวัติผู้เขียน

| | |
|-------------------|--|
| ชื่อ-สกุล | จิราวรรณ ธงสอาด |
| วัน เดือน ปี เกิด | 14 ตุลาคม 2540 |
| สถานที่เกิด | อุดรธานี |
| วุฒิการศึกษา | พ.ศ.2562 นิเทศศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยุโทรทัศน์ จาก มหาวิทยาลัยศิลปากร |

