

ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจ ระดับทุกข์ทรมาน และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

จิราวรรณ ธงสะอาด*, สุพัทธ แสนแจ่มใส**

*หลักสูตรจิตวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุกข์ทรมาน และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงกับผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญา ในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ คัดเลือกจากแบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยเรียงจากคะแนนสูงที่สุดไปต่ำที่สุด จำนวน 16 ราย และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 8 ราย และกลุ่มควบคุม 8 ราย กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45 - 75 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประเมินก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนีย ยู

ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการหลังได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และบาดแผลทางจิตใจระดับทุกข์ทรมาน โดยเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการหลังได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนอาการเหนื่อยล้าหมดแรง โดยเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุป การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจบาดแผลทางจิตใจระดับทุกข์ทรมาน และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

คำสำคัญ การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุกข์ทรมาน อาการเหนื่อยล้าหมดแรง ผู้ดูแล

Corresponding author: จิราวรรณ ธงสะอาด

หลักสูตรจิตวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

E-mail: Jirawanthongsard@gmail.com

วันรับ : 17 กุมภาพันธ์ 2566 วันแก้ไข : 28 สิงหาคม 2566 วันตอบรับ : 3 กันยายน 2566

The Effects of Cognitive Behavior Counseling Program on Compassion Fatigue, Secondary Trauma and Burnout in Caregivers of Children with Intellectual Disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities

Jirawan Thongsard*, Supat Sanjamsai**

*Graduate School of Applied Psychology Srinakarinwirot University

**National Institute for Child and Family Development Mahidol University

ABSTRACT

Objective: To study the effects of cognitive behavior counseling program on compassion fatigue, secondary trauma and burnout in caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities by comparing between the experimental group and the control group.

Methods: The sample group is caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities. 16 caregivers with the lowest scores on the Compassion fatigue measurement were selected and divided equally into the experimental group and the control group, with 8 caregivers per group. The experimental group participated in the Cognitive behavior counseling program for 6 sessions, each session lasting 45 - 75 minutes, once a week. The compassion fatigue measurement was administered before and after the experiment and data was analyzed using the Man-Whitney U test.

Results: Caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities who had participated in the Cognitive behavior counseling program scored lower on compassion fatigue and secondary trauma than caregivers of children with intellectual disabilities who had not participated in the program, at the .05 statistical significance. Caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities who had participated in the program scored lower on Burnout than caregivers of children with intellectual disabilities who had not participated in the program but not at the .05 statistical significance.

Conclusion: Cognitive behavior counseling program can help reduce Compassion Fatigue, Secondary Trauma and Burnout in Caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities.

Keyword: cognitive behavioral counseling program, compassion fatigue, secondary trauma, burnout, caregivers

Corresponding author: Jirawan Thongsard

E-mail: Jirawanthongsard@gmail.com

Received 17 February 2023 Revised 28 August 2023 Accepted 3 September 2023

บทนำ

สภาพเศรษฐกิจและสังคมไทยในปัจจุบันมีรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยรายไตรมาสบอกถึงอัตราผู้พิการในประเทศไทยที่มีมากขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งปัจจุบันคนพิการในไทยมีบัตรประจำตัวคนพิการมากกว่า 2 ล้านคน¹ โดยกว่า 1 ล้านคน มีภาวะสติปัญญาบกพร่อง² ซึ่งเท่ากับร้อยละ 1 - 3 ของประชากรไทย³ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มคนพิการที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนคนพิการที่รอความช่วยเหลือจากรัฐ และกลุ่มคนพิการร้อยละ 21.2 ที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับความช่วยเหลือแต่ยังไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งการสนับสนุนผู้ช่วยเหลือคนพิการเป็นความช่วยเหลือที่ต้องการมากที่สุด⁴ แต่ในขณะที่ความช่วยเหลือจากภาครัฐของประเทศไทยถือเป็นความช่วยเหลือที่เกินกำลังอย่างปฏิเสธไม่ได้ ซึ่งสิ่งนี้ส่งผลกระทบต่อบุคลากรของรัฐ และตัวผู้รับความช่วยเหลือจากรัฐเองเช่นกัน

การดูแลผู้ป่วยพิการทางสมองและปัญญา สำนักบริการสวัสดิการสังคมและสวัสดิการ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (Department of Social Development and Welfare of Thailand) กำหนดมาตรฐานการจัดบริการคนพิการในสถานสงเคราะห์และศูนย์ฟื้นฟูอาชีพ โดยระบุเกณฑ์บุคลากรที่เป็นผู้ดูแลต่อเด็กตามอัตรา ดังนี้ เด็กเล็กที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีอัตรา 1:7 ช่วยเหลือตนเองได้บ้างอัตรา 1:3 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยอัตรา 1:1 เด็กโตที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีอัตรา 1:10 ช่วยเหลือตนเองได้บ้างอัตรา 1:7 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยอัตรา 1:2 ในปัจจุบันพบว่า อัตราผู้ดูแลต่อเด็กไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานอ้างอิงจากสถิติผู้รับบริการในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ช่วงต้นปี พ.ศ. 2564 มียอดเด็กในความอุปการะ 579 คน มีผู้ดูแลทั้งหมดจำนวน 61 คน โดยทำงานแบบเช้ากะ (shift work) ตามช่วงเวลา ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลประมาณ 30 คน ต้องดูแลเด็ก 579 คน หรือมีอัตราผู้ดูแลต่อเด็กพิการทางสมองและปัญญา 1:19⁵ แบบคละช่วงวัย ซึ่งเป็นอัตราที่มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่สำนักบริการสวัสดิการสังคมและสวัสดิการได้กำหนดไว้

ในภาพรวมคนพิการประเทศไทย อายุ 0 - 21 ปี เป็นผู้พิการทางสติปัญญามากที่สุด จำนวน 46,201 คน คิดเป็นร้อยละ 30.39 ของจำนวนผู้พิการทั้งหมดในวัยเดียวกัน⁶ ผู้ดูแลจึงมีแนวโน้มที่จะต้องรับมือกับจำนวนเด็กพิการทางสมองและปัญญาในอัตราส่วนที่มาก ยิ่งไปกว่านั้นการดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญามีความซับซ้อนมากกว่าการดูแลผู้ป่วยเด็ก

ทั่วไป เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ โดยเฉพาะรายที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง เช่น อาการชัก ซึ่งพบในเด็กพิการทางสมองและปัญญาสูงกว่าเด็กปกติถึง 5 เท่า โดยหากอยู่ภาวะพิการระดับรุนแรง เด็กจะมีความต้องการความช่วยเหลือในทุกกิจกรรมประจำวัน การดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยตลอดเวลา หรือบางรายอาจพบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตัวเอง ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาจึงต้องดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดกับเด็กตลอดเวลาและตลอดชีวิต⁷

ภาระงานของผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาที่มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และลักษณะงานที่มีความต่อเนื่องยาวนาน การดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาอย่างใส่ใจและใกล้ชิด ตลอดจนการรับรู้เรื่องราวภูมิหลังของเด็กก่อนที่จะถูกส่งเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ไม่ว่าจะเป็นการถูกทารุณกรรม ครอบครัแตกแยก การถูกทอดทิ้ง บิดามารดาหย่าร้าง ฐานะยากจน ผู้ปกครองไม่มีความสามารถในการดูแล ฯลฯ คือสิ่งที่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องเผชิญ โดยปกติแล้วอาชีพผู้ดูแลมักไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมว่าเป็นอาชีพที่คุ้มค่ากับความพยายาม และไม่ได้ขับเคลื่อนหน้าที่จากความทะเยอทะยาน แต่ขับเคลื่อนหน้าที่ผ่านความก้าวหน้าในการดูแลความผิดปกติ และอาชีพผู้ดูแลไม่สามารถละทิ้งหน้าที่ได้ตามความต้องการของตัวเอง⁸ รวมไปถึงการมีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอยู่ในความดูแลนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลและการปรับตัวของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวเนื่องกับความบกพร่องทางสติปัญญาของเด็ก⁹ ผลกระทบจากการดูแลนั้นเกิดต่อทางร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพ เศรษฐกิจ และทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพได้¹⁰ พฤติกรรมต่างๆ ของเด็ก เช่น อารมณ์ไม่คงที่ ก้าวร้าว โกรธง่าย ตื่นตัวหรือมีพฤติกรรมซ้ำๆ ทำให้ผู้ดูแลนอนหลับไม่เพียงพอและอ่อนเพลีย¹¹ ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล¹² ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเด็กในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต้องประสบ ถึงแม้จะเป็นหน้าที่แต่ก็ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแล ซึ่งอาจนำไปสู่โอกาสในการก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าหมดแรงที่เป็นสภาวะของความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ที่เรื้อรังทางด้านอารมณ์¹³ มีความเกี่ยวข้องกับความเหน็ดเหนื่อย ความคับข้องใจ ความโกรธ และภาวะซึมเศร้าและบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ

(secondary trauma) ที่เป็ความรู้สึกทางลบที่เกิดจากความวิตกกังวลเป็นความบอบช้ำจากการทำงาน (work-related trauma)¹⁴ หรือความเครียดจากการที่รับรู้เรื่องราวจากผู้ประสบเหตุการณ์ร้ายแรง เหตุการณ์เครียดอย่างรุนแรง หรือเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ¹⁵ ซึ่งอาการหรือภาวะต่างๆ เหล่านี้ อาจนำไปสู่ปัญหาคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นด้านกระบวนการรับรู้ (cognitive) ด้านอารมณ์ (emotion) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (interpersonal relationship) ผลกระทบด้านร่างกาย (body) และผลกระทบในด้านการทำงาน (performance)¹⁶ ส่งผลต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางในการเยียวยา ดูแลป้องกันบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การศึกษาหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ หรือเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (compassion satisfaction) แต่สำหรับการศึกษาในลักษณะของการสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่ายังมีอย่างจำกัดโดยเฉพาะการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญา เพื่อช่วยลดบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ผู้วิจัยเห็นว่าหากผู้ดูแลสามารถเรียนรู้แนวคิดหรือวิธีการจากการเข้าร่วมโปรแกรมแล้วสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตรประจำวันด้วยตัวเอง และนำมาปรับใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติอื่นๆ จะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจกับผู้ดูแล สร้างการดูแลที่ยั่งยืน และคงทนอันจะส่งผลดีต่อผู้รับบริการในระยะยาว

ผู้วิจัยมีเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ อาการเหนื่อยล้าหมดแรงและความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทั้งนี้รูปแบบการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการนำเอาแนวคิดและเทคนิควิธีในการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาที่มีผลต่อบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงมาเป็นแกนหลักสำหรับการพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ เนื่องจากแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีโครงสร้างที่ชัดเจน มีกรอบระยะเวลา มีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยที่น่าเชื่อถือ

ในการบำบัด เน้นไปที่การเอื้อให้ผู้รับบริการได้ค้นพบปัญหาของตัวเอง เป็นการปรับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสภาพจริง มีการสรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้รับบริการมองเห็นถึงระบบของการบำบัดที่ชัดเจน สามารถเรียนรู้และนำแนวคิดไปใช้เองในอนาคตได้รับรู้ถึงสภาพการณ์ของปัญหาที่ชัดเจนขึ้น ได้มีโอกาสเพิ่มทางเลือกให้กับตนเองในการแก้ไขปัญหา รวมถึงได้ลองปรับพฤติกรรมของตัวเอง และเข้าใจความคิดหรือความเชื่อของตัวเอง สามารถนำไปจัดการกับความคิดเพื่อให้เกิดความคิดหรือความเชื่อใหม่ๆ ที่ส่งผลดีต่ออารมณ์และพฤติกรรมตามมา¹⁷ นอกจากนั้นแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมยังสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ (secondary trauma) และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (burnout) ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อกระบวนการรับรู้อารมณ์ พฤติกรรม จิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ตลอดจนอาการทางกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน¹⁶ โดยผลจากการลดการเกิดบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจะส่งผลถึงการทำงานที่เป็นการดูแล ผู้พิการได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จำนวน 61 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรีโดยผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะต้องเป็นผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

บ้านราชวดี (ชาย) สามารถอ่าน ฟัง เขียน พูด ภาษาไทยได้ ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และมีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมากเป็น 16 อันดับแรก และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถอ่าน ฟัง เขียน พูด ภาษาไทยได้ และหรือมีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่สร้างขึ้น โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเรียงจากสูงที่สุดไปต่ำที่สุดจำนวน 16 คน ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการจับคู่คะแนนผู้ดูแลที่ใกล้เคียงกัน โดยแต่ละคู่ทำการจับคู่รายบุคคล (matching subject) และจับฉลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอใบรับรองการอนุมัติการทำวิจัยและเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งได้รับรองโครงการโดยมีรหัสโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G-004/2565 เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการเก็บข้อมูล และการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และนำหนังสือขออนุญาตและในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยไปยังผู้อำนวยการสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชวดี (ชาย) จากนั้นได้ทำการทดสอบก่อนการทดลอง โดยการให้ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตอบแบบสอบถามแล้วเก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง และนำคะแนนที่ได้มาจัดลำดับ ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากแบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่มี 2 องค์ประกอบ คือ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง โดยเรียงจากผู้ที่มีคะแนนสูงที่สุดไปต่ำที่สุดจำนวน 16 คน และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน เพื่อแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการทดลองนี้ กลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 75 นาที ในรูปแบบออนไลน์ กลุ่มควบคุมจะได้รับใบความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง รวมถึงแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ตาม Interactional Model เนื่องจากโมเดลนี้เป็นโมเดลรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์

พฤติกรรม และปฏิกิริยาทางร่างกายซึ่งทั้ง 4 อย่างมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงส่วนใดส่วนหนึ่งก็จะส่งผลต่อกัน เป็นโมเดลการบำบัดที่สามารถเข้าไปแก้ไขในส่วนที่สามารถแก้ไขจัดการได้ หากสามารถแก้ไขให้ส่วนใดส่วนหนึ่งดีขึ้นแล้วส่วนอื่นที่เชื่อมโยงต่อกันอยู่จะค่อยๆ ดีขึ้นเช่นกัน¹⁸ และเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 6 ครั้ง ผู้วิจัยทำการวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งมีทั้งหมด 35 ข้อ มีทั้งหมด 2 องค์ประกอบ คือ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ จำนวน 17 ข้อ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง จำนวน 18 ข้อ ซึ่ง 2 องค์ประกอบข้างต้น เมื่อรวมกันจะได้เป็นแบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ แบบทดสอบเป็น Rating Scale มี 5 ระดับ แทบไม่เคยเกิดขึ้นเลย = 1 เกิดขึ้นบางครั้ง = 2 เกิดขึ้นปานกลาง = 3 เกิดขึ้นบ่อย = 4 เกิดขึ้นเป็นประจำ = 5 โดยหากผู้ที่ทำแบบวัดได้คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงที่มาก และหากผู้ที่ทำแบบวัดได้คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงที่น้อย

โดยข้อคำถามในแบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ปรับปรุงพัฒนาข้อคำถามจากแบบวัด The Compassion Fatigue Scale - Short Scale ของ Adams et al. (2008)¹⁹ และ Professional Quality of Life Scale ของ Hundall Stamm (2009)²⁰ แล้วนำแบบวัดที่ปรับปรุงพัฒนามาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 3 ท่าน ตรวจสอบและทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป โดยนำคำถามทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์ไปทดลอง (try out) กับผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในหลากหลายจังหวัด ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดผ่านเกณฑ์ทั้ง 35 ข้อ ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลรวมความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อบาดแผลทางใจ

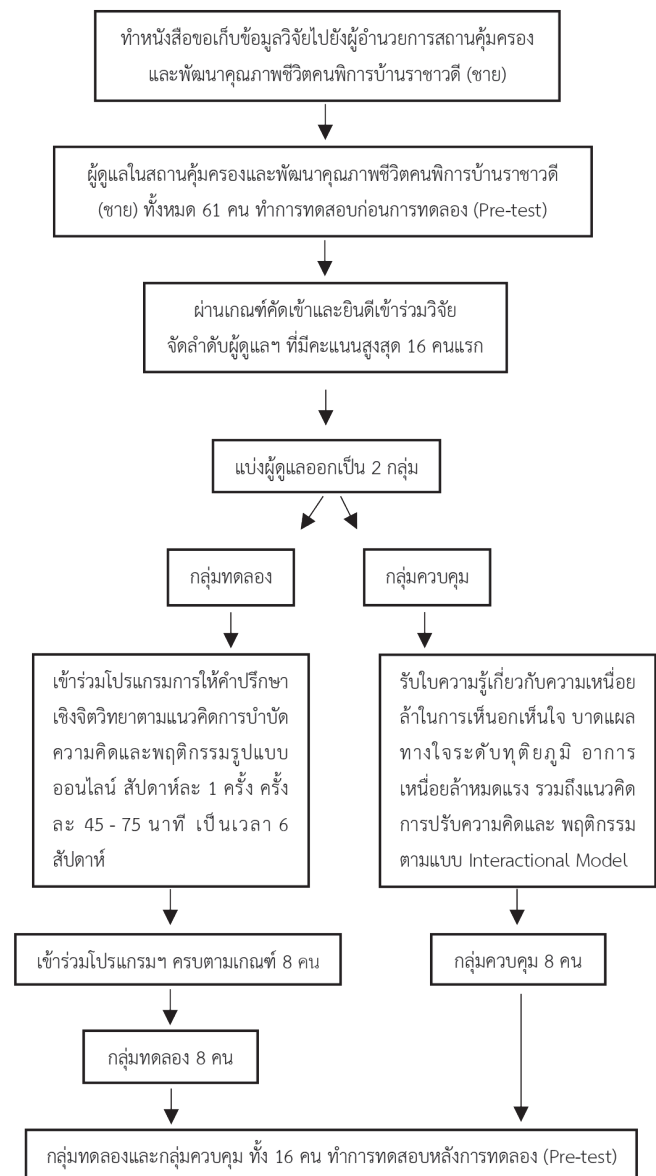
ระดับทุติยภูมิ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และความเหนื่อยล้า ในการเห็นอกเห็นใจ โปรแกรมมีทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 75 นาที รวม 6 สัปดาห์

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิด การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมให้ เหมาะสมกับผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ โดยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการเข้ารับการปรึกษา ในแต่ละครั้ง และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ประกอบไปด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและนักจิตวิทยาการศึกษา ชำนาญการที่ทำงานในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการเป็นผู้ตรวจสอบ โดยผู้วิจัยปรับแก้ตามคำแนะนำ และ นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม และนำไปใช้จริง โดยโปรแกรมทั้ง 6 ครั้ง ที่สร้างขึ้นจะประกอบไปด้วย รายละเอียดโดยย่อ ดังนี้ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมิน ความกังวล แนะนำให้รู้จักและคุ้นเคยกับความเหนื่อยล้าจากการ เห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ อาการเหนื่อยล้า หมดแรง และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ครั้งที่ 2 ร่วมค้นหา สาเหตุของปัญหา ระบุความเชื่อที่ไม่พึงประสงค์ การจดบันทึก ความคิด กำหนดเป้าหมาย ครั้งที่ 3 สำรวจแนวทางในการจัดการ ด้านความคิด เสริมสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหาด้านความคิด มอบหมายการบ้านด้านการจดบันทึกความคิด ครั้งที่ 4 ทบทวน การบ้าน สำรวจแนวทางในการจัดการด้านอารมณ์ เสริมสร้าง กระบวนการแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ มอบหมายการบ้านด้านการจัดการอารมณ์ ครั้งที่ 5 ทบทวนการบ้าน สำรวจแนวทาง ในการจัดการด้านพฤติกรรม เสริมสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหา ด้านพฤติกรรม มอบหมายการบ้านด้านการปรับพฤติกรรม กระตุ้น พฤติกรรม การผ่อนคลาย หารือเกี่ยวกับการยุติการเข้ารับการ ปรึกษาและเตรียมพร้อมสำหรับการรักษาการเปลี่ยนแปลง ครั้งที่ 6 ทบทวนการบ้าน เสริมสร้างคุณลักษณะทางบวก สรุป และทบทวนแนวทางที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรม การคงสภาพ การเปลี่ยนแปลง และยุติการให้คำปรึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของ ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test

วิธีดำเนินการวิจัย



รูปที่ 1 ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กพิการทางสมอง และปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดย คัดเลือกจากผู้ดูแลที่มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ มากที่สุด 16 อันดับแรก แต่มีผู้ดูแลบางท่านที่ไม่ประสงค์เข้าร่วม โปรแกรมฯ จึงจัดลำดับ 16 อันดับแรกที่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	8	8
อายุ		
31 - 40	1	1
41 - 50	4	4
51 - 60	2	2
61 ขึ้นไป	1	1

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงทั้งหมด เนื่องจากเป็นไปตามระเบียบของสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชวดี (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. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

จากการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .598$) และผลต่างคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .004$) เช่นเดียวกับผลต่างคะแนนเฉลี่ยบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .442$) และผลต่างคะแนนเฉลี่ยบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิของผู้ดูแลใน

สถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .006$) และผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .343$) และผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .139$) ดัง ตารางที่ 2

วิจารณ์

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยผลจากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีผลต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งอธิบายได้ว่าการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม อาจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Abolmaali และ Aghaeepour Gavasaraee ในปี 2015²¹ ที่ศึกษาผลของการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดระดับอาการบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (secondary trauma) ในภรรยาของทหารผ่านศึกในภาวะเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง โดยผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิในกลุ่มทดลองนั้นต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาการปลดปล่อยทางจิตใจจากการทำงานและความเป็นอยู่ที่ดีในกลุ่มลูกจ้าง: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมรูปแบบออนไลน์ และการเจริญสติ (mindfulness) ของ Tement และคณะ ในปี 2020²² โดยการศึกษา

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		N	Mann Whitney U Prob
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความเหนื่อยล้า จากการเห็นอกเห็นใจ	90.3	25.5	83.5	14.6	8	.598
บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ	50.6	10.3	53.1	8.8	8	.442
อาการเหนื่อยล้าหมดแรง	39.6	15.7	30.4	6.9	8	.343
หลังการทดลอง						
ความเหนื่อยล้า จากการเห็นอกเห็นใจ	44.6	2.7	78.1	23.2	8	.004
บาดแผลทางจิตใจ ระดับทุติยภูมิ	23.5	2.7	48.3	18.4	8	.006
อาการเหนื่อยล้า หมดแรง	22.4	2.2	30.9	9.9	8	.139

ผู้วิจัยคาดว่า การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์นั้น สามารถเพิ่มการแยกแยะความเครียดจากการทำงานและลดอาการเหนื่อยล้าหมดแรงได้ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการเจริญสติ และกลุ่มควบคุม และคาดว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะนำไปสู่การยกระดับสุขภาวะโดยทั่วไปและการทำงาน

จุดแข็งและข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และพัฒนาบนฐานแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมภายใต้บริบทของกลุ่มผู้ดูแลเฉพาะ ซึ่งอาจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นกลุ่มเฉพาะ ซึ่งอาจทำให้การอธิบายผลในวงกว้างเป็นไปได้ยาก

สรุป

การศึกษานี้พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยบรรเทาและลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและ

พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้ แต่อาจมีข้อจำกัดเรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่างและการอธิบายผลในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งนี้วัดผลหลังจากเสร็จสิ้นการร่วมโปรแกรมโดยทันที หากมีการศึกษาครั้งต่อไปอาจมีการติดตามผลของผู้เข้าร่วมโปรแกรมในระยะยาว เพื่อวัดการคงสภาพของระดับบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

2. ผลจากการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสามารถนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น อาสาสมัครบนพื้นที่ห่างไกล อาชีพครูใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ดูแลสัตว์พิการหรือจรจัด เจ้าหน้าที่ในค่ายผู้อพยพหรือผู้ลี้ภัย ผู้พิพากษา ทนายความ เป็นต้น

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

จิราวรรณ ธงสะอาด ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล เขียนบทความ

สุพัทธ แสนแจ่มใส ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Empowerment of Persons with Disabilities Thailand. Disabled person situation [Internet]. 2010-2021 [cited 2021 October 5]. Available form: <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>
2. Nittaya N, Boonkorn B, Thongpetch T, Karnchana K. Department of Mental Health reveals more than 1 million Thai people have intellectual disabilities [Internet]. 2018 [cited 2021 November 25]. Available form: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28246>
3. Sriwongpanich N, Wechviroon C, Phosombun W, Thatsinpong C, Chuasuk T, Anpurawatanakit A, Rayan S. Intellectual disabilities [Internet]. 2014 [cited 2021 November 25]. Available form: <https://th.rajanukul.go.th/ข้อมูลวิชาการ:กลุ่มโรคสำคัญ/บทพร่องทางสติปัญญา>
4. National Statistical Office of Thailand. Disability Poll Results [Internet]. 2017 [cited 2021 November 25]. Available form: <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib14/News/2561/12-61/N04-12-61-1.pdf>
5. Home for Protection and Development for Persons with Disabilities (Male). Statistics of service recipients and staff rates [Internet]. 2021 [cited 2021 February 17]. Available form: <http://www.banrachawadee.com/Content/Structure.aspx>
6. Mahwanukul T. Report of the disabled situation in Thailand [Internet]. 2021 [cited 2021 November 25]. Available form: https://dep.go.th/images/uploads/files/situation_Sep64.pdf
7. Siriratleka T. Intellectual disabilities [Internet]. 2017 [cited 2021 December 5]. Available form: <https://www.happyhomeclinic.com/Download/article/sp05-intellectual-disability.pdf>
8. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al. Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. BMC Pediatrics 2004; 4(1): 1-13.
9. Korsuwan K. Intellectual disabilities. 1st ed. Bangkok: Srinakarinwirot University; 2010.
10. Polkrang P. Health-promoting behavior of child caregivers with developmental delays [dissertation]. Changmai: Changmai University; 2004.
11. Didden R, Korzilius H, Aperlo B, Overloop C, Vries M. Sleep problems and daytime problem behaviours in children with intellectual disability. Journal of Intellectual J Intellect Disabil Res 2002;46:537-47.
12. Danvanich W. Depression and related factors in caregivers of children with intellectual disabilities. [dissertation]. Changmai: Changmai University; 2008.
13. Pines A, Aronson E. Career Burnout: Causes and Cures. 1st ed. New York: Free Pres; 1988.
14. Hundall S. Professional quality of life measure: Compassion, satisfaction, and fatigue version 5 (ProQOL) [Internet]. 2009 [cited 2021 November 25]. Available form: <https://proqol.org/proqol-measure>
15. Panurach S. Nursing life quality assessment. Songklanagarind Journal of Nursing 2008; 38(1): 129-43.
16. Figley C. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. 1st ed. New York: Taylor & Francis Group LLC; 1995.
17. Tapinta D. Depression: therapy and counseling by adjusting cognitive and behavior. 1st ed. Changmai: Wanida Kampim; 2020.
18. Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford 1979.
19. Adams E, Figley C, Boscarino A. The compassion fatigue scale: Its use with social workers following urban disaster. Res Soc Work Pract 2008;18(3) :238-50.
20. Hundall S. Professional quality of life measure: Compassion, satisfaction, and fatigue version 5 (ProQOL) 2009.
21. Tement S, Zorjan S, Lavric M, Postuvan V, Plohl N. A randomized controlled trial to
22. improve psychological detachment from work and well-being among employees: a study protocol comparing online CBT-based and mindfulness interventions. BMC Public Health. 2020; 20(1): 1708.
23. Abolmaali K, Aghaeepour Gavasararee M. Effectiveness of cognitive-behavioral training on reducing the secondary trauma symptoms of PTSD veterans' wives. Iranian Journal of War and Public Health 2015; 7(2): 57-65.