

การตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นมาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

อรัญญา ต้อยคำภีร์¹ ศิริลักษณ์ เตชะธนอิทธิกุล²

¹อาจารย์ สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²นักศึกษาลัทธิศต.ม. สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เปรียบเหมือนเหรียญที่มีสองด้าน ด้านหนึ่งคือ ความพึงพอใจที่เกิดจากการได้ช่วยเหลือคนที่กำลังตกทุกข์ได้ยาก อีกด้านหนึ่งคือ การรับรู้และซึมซับความเจ็บปวด ความทุกข์ของผู้อื่น จนเกิดภาวะความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อตรวจสอบคุณภาพทางจิตมิติเบื้องต้นของมาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจฉบับภาษาไทยในนักวิชาชีพสุขภาพจิต ที่พัฒนามาจาก มาตรวัดต้นฉบับ the Compassion Fatigue Scale - Short Scale ของ Adams Boscarino และ Figley (2006) ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ การมีบาดแผลทางจิตใจทางอ้อม และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ซึ่งได้มีการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางจิตวิทยา และนำไปตรวจสอบคุณภาพของมาตรวัดนี้ ในกลุ่มตัวอย่างเป็นนักวิชาชีพทางสุขภาพจิตที่ทำงานอยู่ในสถานให้บริการด้านสุขภาพจิต เช่น องค์กร โรงพยาบาล หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 124 คน โดยการคัดเลือกตามความสะดวก อายุเฉลี่ย 34.5 ± 8.7 ปี พบว่าผลการตรวจสอบความเที่ยงของมาตรวัดฉบับสั้นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มาตรวัดทั้งฉบับจำนวน 20 ข้อ มีความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 (โดยมีรายด้าน เท่ากับ 0.82 และ 0.91 ตามลำดับ) ผลการตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ พบว่ามาตรวัดฉบับภาษาไทยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับมาตรวัดการรับรู้ความเครียดในระดับดี (r อยู่ระหว่าง 0.39 ถึง 0.54 , $p < 0.01$) และทางลบกับมาตรวัดสุขภาพในระดับดี (r อยู่ระหว่าง -0.27 ถึง -0.43 , $p < 0.01$) มาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจฉบับภาษาไทย จำนวน 20 ข้อ มีความตรง และความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี

คำสำคัญ : ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ/ นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต/ การตรวจสอบคุณภาพมาตรวัด

Preliminary Validation of The Compassion Fatigue Scale in Mental Health Services Professionals

Arunya Tuicomepee¹, Siriluk Techatanaittikul²

¹ Associate Professor Department of Counseling Psychology, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

² Graduate Student in Master of Art, Department of Counseling Psychology, Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

Abstract

There are two aspects of compassion. One is the sense of satisfaction when helping others. The other is the sense of experiencing the feeling of the suffering as a function of exposure to the sufferer which is called compassion fatigue. This article is aimed to develop a Thai version of Compassion Fatigue Scale for mental health service professions that developed from the original version by Adams, Boscarino and Figley (2006). The scale has two subscales which are secondary trauma and burnout. The Compassion Fatigue Scale was translated into Thai version and validated its content by experts in psychology. Then, the Thai version was tested in 124 mental health service professionals with mean age of 34.46 ± 8.67 years old. Convenience sampling was employed. The scale convergent validity was examined using the Perceived Stress Scale and the Five Factor Wellness Inventory as a criterion. Data analysis included descriptive statistics, item objective congruence index, corrected item-total correlation, Cronbach's alpha reliability coefficient and Pearson's correlation coefficient. According to the experts, the Thai version has acceptable content validity. The scale demonstrated good internal consistency and reliability with Cronbach's alpha was 0.93 and Cronbach's alpha of the two subscales were 0.82 and 0.91 respectively. The questionnaire demonstrated satisfying convergent validity as its positive linear relationship with the Perceived Stress Scale (r between 0.39 and 0.54, $p < 0.01$) and negative linear relationship with the Five Factor Wellness Inventory ($r = -0.27$ and -0.43 , $p < 0.01$). The analysis indicated that the 20 – items, Thai version in mental health services professionals of Compassion Fatigue Scale demonstrated acceptable validity and good reliability.

Keywords: Compassion fatigue Scale/ Mental health service professionals/ Scale validation

บทนำ

เกือบสองทศวรรษที่ผ่านมาการช่วยเหลือเยียวยาบุคคลที่มีปัญหาทางจิตใจและบาดแผลทางใจจากนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต มีบทบาทสำคัญในสังคมไทยมากขึ้น การช่วยเหลือเยียวยาได้ขยายขอบเขตจากการบริการผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตใจไปสู่ผู้คนปกติทั่วไปที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความสะเทือนใจ เป็นบาดแผลทางใจที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นจริง เช่น การสูญเสียเพื่อน คนสำคัญในชีวิต การเผชิญกับโรคร้าย การตกอยู่ในสถานการณ์ที่เลวร้าย การประสบอุบัติเหตุร้ายแรง และภัยธรรมชาติ แล้วปัจจุบัน ยังมีการสูญเสียที่เป็นบาดแผลทางใจ ที่เป็นการรับรู้แบบซ้ำๆ ต่อเนื่องจากสื่อ ภาพข่าวจากโลกทางอินเทอร์เน็ต ดังจะเห็นจากการเผยแพร่ ภาพข่าวร้าย เหตุการณ์ในชีวิตทางลบ การสูญเสีย การพลัดพราก เหตุการณ์ความไม่สงบ หรือการก่อการร้าย เป็นต้น

เมื่อพิจารณาการให้ความช่วยเหลือเยียวานักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต (Mental health service professionals) เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ พยาบาลจิต เป็นต้น ล้วนมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและเยียวยาบาดแผลทางใจ เพื่อให้ผู้มีปัญหาทางจิตใจและบาดแผลทางใจได้เติบโตและมีวุฒิภาวะมากขึ้น ปัจจัยสำคัญในกระบวนการเยียวยา และเปลี่ยนแปลงไปสู่การเติบโต คือ การที่นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตให้การรับฟังอย่างเข้าใจ และรับรู้ถึงความรู้สึก (Empathy) ของผู้มีปัญหาทางจิตใจและบาดแผลทางใจ เสมือนว่าตนเองนั้นมองโลกผ่านสายตา ความคิด ความรู้สึกของพวกเขา

ทั้งนี้ Figley และ Stamm² ได้กล่าวถึงนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตว่าโดยทั่วไปมักจะเป็นผู้ที่มีลักษณะนิสัยที่เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และมีความปรารถนาอยากจะช่วยผู้ที่มีความทุกข์ หลุดพ้นจากความทุกข์อยู่แล้ว ความเมตตาสงสาร เห็นอกเห็นใจนี้เปรียบได้เช่นเดียวกับเหรียญสองด้าน ในด้านหนึ่งคือการช่วยเหลือผู้ที่ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเห็นอกเห็นใจ ได้ส่งผลในทางบวก กล่าวคือ ก่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ และได้เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ที่ประสบกับความทุกข์ อย่างไรก็ตามการที่นักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตต้องเป็นพยานในความทุกข์และสิ้นหวังของผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตและบาดแผลทางใจ สามารถก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) บาดแผลทางจิตใจทางอ้อมจากการช่วยเหลือ (vicarious trauma) และ ความเหนื่อยล้า (burnout) ได้^{3,4}

Figley³ นักจิตวิทยาให้ความหมายความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ (Compassion fatigue) ว่าหมายถึง ความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ที่ส่งผลต่อการให้บริการความช่วยเหลือของผู้ให้บริการ และผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการค่อยๆ เริ่มเฉยชากับเรื่องของผู้มารับบริการ มีความใส่ใจลดน้อยลง เริ่มเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และบรรยากาศที่หดหู่ รวมถึงส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อการดำรงชีวิต และความสัมพันธ์กับผู้อื่นของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการเข้าอกเข้าใจ และความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจมักจะเกี่ยวข้องกับการที่ต้องทำงานกับผู้ที่ได้รับความบอบช้ำทางร่างกาย จิตใจ โดยผู้ให้บริการมักจะแบกรับความเจ็บปวด และรู้สึก

เหมือนกับที่ผู้รับบริการรู้สึก เพราะว่า มีความใส่ใจ (Empathy and compassion) Figley เรียกว่า “ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้อื่น (A cost of caring)”³ ซึ่ง Adams Boscarino และ Figley¹ ได้พัฒนามาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ซึ่งมี 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) บาดแผลทางจิตใจทางอ้อม (Secondary trauma) หมายถึง พฤติกรรมและอารมณ์ความรู้สึกของผู้ช่วยเหลือ ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการรับฟัง หรือให้ความช่วยเหลือผู้ที่ประสบกับปัญหาทางจิตใจที่เป็นความสะเทือนใจ หรือ เป็นบาดแผลทางจิตใจ และ (2) อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (Burnout) หมายถึง พฤติกรรมและอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ช่วยเหลือต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่เจ็บปวดของผู้มารับบริการที่มีความสะเทือนใจ ในระยะเวลาที่ยาวนานติดต่อกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การปลีกตัวไม่สนใจติดต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม และการปฏิบัติงานไม่เต็มประสิทธิภาพ มาตรวัดนี้มีการพัฒนาและใช้ในนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตชาวอเมริกัน อย่างไรก็ตาม มาตรวัดดังกล่าว ยังไม่มีการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเพิ่มเติมในบริบทของคนไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนามาตรวัดฉบับภาษาไทย รวมถึงตรวจสอบคุณลักษณะทางจิตมิติเบื้องต้นของมาตรวัดนี้ เพื่อนำไปใช้ในการศึกษาและงานวิจัยในวงกว้างต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อตรวจสอบคุณภาพทางจิตมิติเบื้องต้นของมาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบันชุด

ที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA 145.1/60) โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต (ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์สาขาพัฒนาการเด็ก เป็นต้น นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวช) ที่ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้อื่น ประกอบอาชีพเป็น จิตแพทย์ (ร้อยละ 8.6) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต ร้อยละ 8.87 นักจิตวิทยา ร้อยละ 56.45) พยาบาลจิตเวช ร้อยละ 16.94 และ อื่นๆ เช่น อาจารย์จิตวิทยา ร้อยละ 9.68 ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 124 คน มีอายุเฉลี่ย 34.46 ± 8.67 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.55 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.16 ปริญญาโท ร้อยละ 41.94 และปริญญาเอก ร้อยละ 12.90

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น (2) มาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ผู้วิจัยได้แปลและเรียบเรียงข้อคำถามความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ จากมาตรวัด the Compassion Fatigue Scale - Short Scale ที่พัฒนาโดย Adams Boscarino และ Figley¹ โดยมาตรวัดนี้มี 2 องค์ประกอบหลัก คือ (1) การมีบาดแผลทางจิตใจทางอ้อม และ (2) อาการเหนื่อยล้าหมดแรง มาตรวัดนี้ใช้ในการประเมินความรู้สึกของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่มีต่อสถานการณ์การทำงานและชีวิต โดยมีการตอบสนองทางลบกับข้อคำถาม ที่ให้ผู้ตอบประมาณค่าตามระดับคะแนนความรู้สึกจาก 1 ถึง 10 คะแนน (1 คือ ไม่เคยเลย และ 10 คือ บ่อยมาก) (3) มาตรวัดการรับรู้

ความเครียด ผู้วิจัยได้ใช้มาตรวัดการรับรู้ความเครียดที่แปลและพัฒนามาตรวัดโดยวัชรชาติ บุญสร้างสม⁵ ซึ่งพัฒนามาจาก The Perceived Stress Scale : PSS ของ Cohen⁶ (1994) ที่มีค่าความเที่ยงของมาตรวัดมี(Cronbach's alpha reliability coefficient) เท่ากับ 0.78 มาตรวัดการรับรู้ความเครียดประกอบด้วยข้อกระทง (item) 10 ข้อ โดยให้ผู้ตอบประเมินตนเอง มีลักษณะเป็น Rating Scale 5 ระดับ (0 คือ เกือบไม่เคยและ 4 คือ บ่อยมาก) มาตรวัดนี้มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

(4) มาตรวัดสุขภาวะแบบ 5 องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้ใช้มาตรวัดสุขภาวะแบบ 5 องค์ประกอบ ที่แปลและพัฒนามาตรวัด โดย สุวุฒิ วงศ์ทางสวัสดิ์⁷ (2559) ซึ่งพัฒนาจากมาตรวัด The Five Factor Wellness Inventory: FFWEI ของ Myers และ Sweeney⁸ (2014) ที่มีค่าความเที่ยงของมาตรวัด มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha reliability coefficient) รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 แยกตามองค์ประกอบย่อยได้ดังนี้ ตัวตอนที่สร้างสรรค์ เท่ากับ 0.93 ตัวตอนที่เผชิญปัญหา เท่ากับ 0.92 ตัวตอนที่สัมพันธ์กับสังคม เท่ากับ 0.94 ตัวตอนที่เป็นแก่นแท้สำคัญ เท่ากับ 0.91 และตัวตอนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย เท่ากับ 0.90 มาตรวัดสุขภาวะประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 69 ข้อ โดยให้ผู้ตอบประเมินตนเอง มีลักษณะเป็น ระดับ คะแนน 4 ระดับ (likert scale) ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้ตั้งแต่ 1-4 คะแนน (1 คือ ไม่ตรงเลย และ 4 คือ ตรงมากที่สุด) มีเกณฑ์การตรวจให้คะแนนเป็นรายข้อ ซึ่งให้คะแนนรายข้อตามความหมายของระดับความคิดเห็นของผู้ตอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์

และสิทธิของผู้เข้าร่วมในการวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นขอให้ผู้เข้าร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถาม โดยไม่ระบุชื่อโดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที หลังจากตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวม (CITC: Corrected Item – Total Correlation) ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามหรือวัตถุประสงค์ (IOC: Item Objective Congruence Index) และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของมาตรวัดแบบสอดคล้องภายในด้วยค่า สัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient)

ผลการวิจัย

1. ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยเริ่มจากการแปลและพัฒนาคำถามจากมาตรวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษ The Compassion Fatigue Scale - Short Scale ของ Adams Boscarino และ Figley¹ นิยามและขอบเขตของความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการพัฒนานี้คำนึงถึงความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหาใน 2 องค์ประกอบ จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 3 ท่าน พิจารณาตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทคนไทย ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้

คัดเฉพาะข้อกระทงที่มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อกระทงกับวัตถุประสงค์หรือนิยามของผู้ทรงคุณวุฒิ มากกว่า 0.33 ผลการตรวจสอบในขั้นนี้ มีดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 บาดแผลทางจิตใจทางอ้อม (Secondary trauma) มาตราวัดต้นฉบับมีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อแต่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาข้อคำถาม

ฉบับภาษาไทย เพิ่มเป็น 8 ข้อ ผลการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าทั้ง 8 ข้อ มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามหรือวัตถุประสงค์ อยู่ระหว่าง 0.50 ถึง 1 ผู้วิจัยจึง คงข้อคำถามทั้งหมดไว้ และมีการปรับข้อคำถาม 2 ข้อ ให้ชัดเจนเข้าใจง่าย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในองค์ประกอบที่ 1

ข้อ	ข้อคำถามต้นฉบับ Adam Boscarino และ Figley (2006)	ข้อคำถามโดยผู้วิจัยเรียบเรียงจาก ต้นฉบับและสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
1	I have had flashbacks connected to my clients.	ฉันเห็นภาพสะท้อนใจ เหมือนกับผู้มา รับบริการที่ดูแลอยู่	ลบ	1 (คัดเลือก)
2	I experience troubling dreams similar to those of a client of mine.	ฉันมักฝันร้ายในเรื่องที่ผู้มารับบริการ ประสบ หรือเล่าให้ฟัง	ลบ	1 (คัดเลือก)
3	I have experienced intrusive thoughts after working with especially difficult client/patients.	ฉันมักจะมีความคิดรบกวนใจ หลังจาก ดูแลผู้มารับบริการที่มีปัญหาที่แก้ไขยาก	ลบ	1 (คัดเลือก)
4	I have suddenly and involuntarily recalled a frightening experience while working with a client/patient.	ขณะดูแลผู้มารับบริการ ฉันอยู่ๆก็นึก หัวนใจ กลัวว่าจะเกิดเรื่องร้ายต่างๆ ผุด ขึ้นมาในใจแบบปัจจุบันทันด่วน ปรับข้อกระทงเป็น ขณะดูแลผู้มารับ บริการ ฉันก็นึกย้อนถึงประสบการณ์ที่ น่ากลัว โดยไม่ได้ตั้งใจ	ลบ	0.66 (คัดเลือก โดยปรับแก้)
5	I am losing sleep over a client's traumatic experiences.	ฉันนอนไม่หลับ เพราะคิดหมกมุ่นถึง เรื่องของผู้มารับบริการที่ดูแล ปรับข้อกระทงเป็นฉันนอนไม่หลับ เพราะคิดหมกมุ่นถึงประสบการณ์ เลวร้ายของผู้มารับบริการที่ดูแล	ลบ	0.66 (คัดเลือก โดยปรับแก้)
6	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกตกใจง่าย ภายหลังจากที่ดูแลผู้มารับ บริการ	ลบ	1 (คัดเลือก)
7	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกตึงเครียดสะสมมาจากการรับฟัง เรื่องราวของผู้มารับบริการ	ลบ	0.66 (คัดเลือก)
8	สร้างเพิ่มเติม	ฉันหลีกเลี่ยงที่จะนึกถึงเรื่องราวปัญหา ของผู้มารับบริการ	ลบ	0.66 (คัดเลือก)

องค์ประกอบที่ 2 อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (burnout) มาตราวัดต้นฉบับ มีข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาข้อคำถามฉบับภาษาไทย เป็น 12 ข้อ ผลการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า ทั้ง 12 ข้อ มีค่าความสอดคล้อง

ระหว่างข้อคำถามกับนิยามหรือวัตถุประสงค์ ระหว่าง 0.50 ถึง 1 ผู้วิจัยจึงได้คงข้อคำถามทั้งหมดไว้ โดยมีการปรับข้อคำถามให้ชัดเจนเข้าใจง่าย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ในองค์ประกอบที่ 2

ข้อ	ข้อคำถามต้นฉบับ Adam Boscarino และ Figley (2006)	ข้อคำถามโดยผู้วิจัยเรียงจากต้นฉบับ และสร้างเพิ่ม	ทิศทาง	IOC และ ข้อเสนอแนะ
1	I have felt trapped by my work.	ฉันรู้สึกเหมือนติดกับดัก แก้ปัญหาไม่ได้ ปรับข้อกระทงเป็น ฉันรู้สึกเหมือนติดอยู่กับ การทำงาน ในการช่วยเหลือผู้มารับบริการ	ลบ	0.66 (คัดเลือก โดยปรับแก้ไข)
2	I have thoughts that I am not succeeding in achieving my life goals	ฉันมีความคิดว่าฉันไม่สามารถบรรลุ เป้าหมายของชีวิตได้	ลบ	1 (คัดเลือก)
3	I feel that I am a "failure" in my work	ฉันรู้สึกว่า ฉันเป็นคนที่ล้มเหลวในงานของ ตนเอง	ลบ	0.66 (คัดเลือก)
4	I have felt a sense of hopelessness associated with working with clients/patients.	ฉันรู้สึกได้ถึงความสิ้นหวัง เมื่อทำงานข้อง เกี่ยวกับผู้มารับบริการ	ลบ	1 (คัดเลือก)
5	I have frequently felt weak, tired or rundown as a result of my work as a caregiver.	ฉันรู้สึกอ่อนแอ เหนื่อย หรือ หมดแรง บ่อยครั้ง จากการทำงานในฐานะผู้ให้ความ ช่วยเหลือ	ลบ	1 (คัดเลือก)
6	I have felt depressed as a result of my work.	ฉันรู้สึกหดหู เศร้า จากการทำงานของฉัน	ลบ	1 (คัดเลือก)
7	I feel I am unsuccessful at separating work from my personal life.	ฉันรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการ แยกแยะเรื่องงานออกจากชีวิตส่วนตัว	ลบ	1 (คัดเลือก)
8	I have a sense of worthlessness, disillusionment, or resentment associated with my work.	ฉันสัมผัสได้ถึงความรู้สึกไร้ค่า ความผิดหวัง ความขุ่นเคืองใจ เกี่ยวกับงานของฉัน	ลบ	1 (คัดเลือก)
9	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง และอยากถอยห่าง จากผู้คน	ลบ	0.66 (คัดเลือก)
10	สร้างเพิ่มเติม	ฉันใส่ใจกับสวัสดิภาพของผู้มารับบริการ น้อยลง	ลบ	1 (คัดเลือก)
11	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกเหมือนว่า ไม่มีใครที่จะพูดคุยหรือรับ ฟัง เมื่อมีความตึงเครียดสูงจากการทำงาน	ลบ	0.66 (คัดเลือก)
12	สร้างเพิ่มเติม	ฉันรู้สึกว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่ไม่มีหนทาง แก้ไข	ลบ	1 (คัดเลือก)

2. ผลการนำมาตราวัดไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างนักวิชาชีพสุขภาพจิตและการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติเบื้องต้น หลังจากที่ผู้วิจัยนำมาตรวัดฉบับภาษาไทย ที่ข้อกระหนงผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านไปใช้ในเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 124 คน จากนั้นได้พิจารณาคัดเลือกข้อกระหนง จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมทั้งชุด โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงกว่าค่า critical $r = 0.18$ ($df = 122, \alpha = 0.05$) และคำนวณค่าความเที่ยงของมาตรวัดด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการวิจัยพบว่า ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีค่า CITC ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด และมีความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในของมาตรวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 โดยมีรายด้านเท่ากับ 0.82 และ 0.91 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คุณภาพข้อคำถามรายข้อและมาตรวัดทั้งฉบับ

ข้อที่	ข้อคำถาม	M (SD)	CITC ทั้งฉบับ	CITC รายด้าน	คัดเลือก
องค์ประกอบที่ 1 บาดแผลทางจิตใจทางอ้อม (secondary trauma) (Cronbach's Alpha =0.815)					
1	ฉันเห็นภาพเหตุการณ์สะเทือนใจ เหมือนกับผู้มารับบริการที่ดูแลอยู่	2.52 (1.82)	0.424	0.384	คัดเลือก
2	ฉันฝันร้ายถึงเรื่องราวที่ผู้มารับบริการประสบ หรือเล่าให้ฟัง	1.28 (.79)	0.536	0.535	คัดเลือก
3	ฉันมีความคิดรบกวนใจหลังจากดูแลผู้รับบริการ โดยเฉพาะรายที่อาการหนัก	3.15 (2.22)	0.737	0.730	คัดเลือก
4	ขณะดูแลผู้มารับบริการ ฉันก็นึกย้อนถึงประสบการณ์ ที่น่ากลัว โดยไม่ได้ตั้งใจ	1.83 (1.24)	0.570	0.575	คัดเลือก
5	ฉันนอนไม่หลับ เพราะคิดหมกมุ่นถึงประสบการณ์เลวร้าย ของผู้มารับบริการที่ดูแล	1.49 (1.25)	0.642	0.627	คัดเลือก
6	ฉันรู้สึก รู้สึกไม่สดชื่น ไม่ร่าเริง ภายหลังจากดูแลผู้มารับบริการ	2.39 (1.97)	0.751	0.637	คัดเลือก
7	ฉันรู้สึก โทษตัวเองหรือ รู้สึกผิด มากกว่าปกติที่ช่วยเหลือผู้รับบริการให้ดีขึ้นไม่ได้	2.23 (1.85)	0.770	0.772	คัดเลือก
8	ฉันหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึง หรือ นึกถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการ	2.71 (2.37)	0.328	0.307	คัดเลือก
องค์ประกอบที่ 2 อาการเหนื่อยล้าหมดแรง (burnout) (Cronbach's Alpha =0.913)					
9	ฉันรู้สึกเหมือนติดอยู่กับการทำงาน ในการช่วยเหลือผู้มารับบริการ	3.66 (2.19)	0.589	0.615	คัดเลือก
10	ฉันมีความคิดว่า ฉันไม่สามารถบรรลุเป้าหมายต่างๆ ในชีวิตได้	2.65 (1.70)	0.424	0.454	คัดเลือก
11	ฉันรู้สึกว่า ตนเองเป็น "คนที่ล้มเหลว" ในงานที่ทำอยู่	2.06 (1.76)	0.666	0.673	คัดเลือก
12	ฉันรู้สึกสิ้นหวัง ในการดูแลช่วยเหลือผู้มารับบริการ	1.94 (1.42)	0.771	0.728	คัดเลือก

ตารางที่ 3 คุณภาพข้อคำถามรายข้อและมาตรวัดทั้งฉบับ (ต่อ)

ข้อที่	ข้อคำถาม	M (SD)	CITC ทั้งฉบับ	CITC รายด้าน	คัดเลือก
13	ฉันรู้สึก อ่อนล้า หดเหี่ยวแรง บ่อยครั้ง จากการทำงานในการดูแลช่วยเหลือผู้มารับบริการ	3.68 (2.36)	0.694	0.672	คัดเลือก
14	ฉันรู้สึก หดหู่ เศร้าใจ จากการทำงาน ในการดูแลช่วยเหลือผู้มารับบริการ	2.43 (1.77)	0.761	0.674	คัดเลือก
15	ฉันรู้สึกว่าตนไม่ประสบความสำเร็จในการแยกแยะเรื่องงานออกจากชีวิตส่วนตัว	2.02 (1.64)	0.685	0.663	คัดเลือก
16	ฉันรู้สึก ไร้ค่า ผิดหวัง ขุ่นเคืองใจ จากการทำงาน ในการดูแลช่วยเหลือผู้มารับบริการ	1.76 (1.50)	0.800	0.770	คัดเลือก
17	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง และอยากถอยห่างจากผู้คน	2.17 (1.92)	0.709	0.748	คัดเลือก
18	ฉันใส่ใจกับทุกข้อของผู้มารับบริการน้อยลง	2.24 (1.51)	0.601	0.618	คัดเลือก
19	ฉันรู้สึกเหมือนว่า ตนเองไม่มีคนที่จะพูดคุย หรือ รับฟัง เมื่อเกิดความเครียดจากการทำงาน ในการดูแลช่วยเหลือผู้มารับบริการ	2.21 (1.83)	0.606	0.630	คัดเลือก
20	ฉันรู้สึกว่าสถานการณ์ที่เป็นอยู่ไม่มีหนทางแก้ไข	1.74 (1.41)	0.711	0.711	คัดเลือก

3. ผลการตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยใช้มาตรวัดการรับรู้ความเครียด มาตรวัดสุขภาพแบบ 5 องค์ประกอบ เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบ โดยใช้วิธีวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยแบ่งเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างมาตรวัดทั้งฉบับ และด้านย่อย 2 ด้าน กับมาตรวัดการรับรู้ความเครียด มาตรวัดสุขภาพแบบ 5

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างมาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ มาตรวัดการรับรู้ความเครียด และมาตรวัดสุขภาพแบบ 5 องค์ประกอบ

มาตรวัด	1	1.1	1.2	2	3
1. ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ	-	0.931**	0.975**	0.505**	-0.383**
1.1 ด้านบาดแผลทางจิตใจทางอ้อม		-	0.826**	0.394**	-0.267**
1.2 อาการเหนื่อยล้าหมดแรง			-	0.539**	-0.426**
2. การรับรู้ความเครียด				-	-0.382**
3. สุขภาวะแบบ 5 องค์ประกอบ					-
ค่าคะแนนเฉลี่ย	46.16	17.60	28.56	12.90	227.83
ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	23.53	9.31	15.25	5.31	19.33
ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ (ค่าคะแนนต่ำสุด – สูงสุด)	20-200	8-80	12-120	0-40	69-276

** p<0.001

องค์ประกอบ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับมาตรวัดการรับรู้ความเครียดในระดับดี (r อยู่ระหว่าง 0.39 ถึง 0.54 , p < 0.01) และทางลบกับมาตรวัดสุขภาพในระดับดี (r อยู่ระหว่าง -0.27 ถึง -0.43 , p < 0.01) ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผล

มาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบของความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจตามต้นฉบับ the Compassion Fatigue Scale - Short Scale ของ Adams Boscarino และ Figley¹ ผลการวิจัยพบว่า มาตรวัดฉบับนี้มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือนิยาม (IOC: Item Objective Congruence Index) ของผู้ทรงคุณวุฒิ และคุณภาพเบื้องต้นของข้อคำถามทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตเกี่ยวกับผลการวิจัยนี้ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 นักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่มีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในภาพรวมระดับต่ำ โดยนักวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถาม มีคะแนนรายข้อในองค์ประกอบ ด้านบาดแผลทางจิตใจทางอ้อมที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.15 ± 2.22 (ระดับคะแนน 1 ถึง 10) ในข้อที่ 3 “ฉันมีความคิดรบกวนใจหลังจากดูแลผู้รับบริการ โดยเฉพาะรายที่อาการหนัก” สำหรับข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด เท่ากับคะแนนเฉลี่ย 1.28 ± 0.79 (ระดับคะแนน 1 ถึง 10) ในข้อที่ 2 “ฉันฝันร้ายถึงเรื่องราวที่ผู้มารับบริการประสบ หรือเล่าให้ฟัง” ส่วนองค์ประกอบด้านอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ข้อคำถามที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.68 ± 2.36 (ระดับคะแนน 1 ถึง 10) ในข้อที่ 13 “ฉันรู้สึกอ่อนล้า หมดเรี่ยวแรง บ่อยครั้ง จากการทำงาน ในการดูแล ช่วยเหลือผู้มารับบริการ” ข้อคำถามที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 1.74 ± 1.41 (ระดับคะแนน 1 ถึง 10) ในข้อที่ 20 “ฉันรู้สึกว่าการดูแลที่เป็นอยู่ ไม่มีหนทางแก้ไข” แสดงให้เห็นว่า

นักวิชาชีพผู้ตอบแบบสอบถาม มีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในภาพรวมระดับที่ต่ำ กล่าวคือมีภาวะความตึงเครียดและการหมกมุ่นกับผู้ที่มาปรึกษาน้อย มีการซึมซับประสบการณ์ด้านลบของผู้มาปรึกษาจนเกิดการชินชาต่อการเป็นพยานรับรู้เหตุการณ์เลวร้ายของผู้อื่นน้อย ถึงแม้ว่าพวกเขาจะระบุว่ามีความอ่อนล้าบ่อยครั้งในการทำงาน ซึ่งนับเป็นความเสี่ยงในการเกิดบาดแผลทางจิตใจทางอ้อมและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง อย่างไรก็ตาม นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตที่ตอบแบบสอบถามก็ยังรับรู้ว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่มีหนทางแก้ไข และยังสามารถให้ความช่วยเหลือผู้มารับบริการได้ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่มีการศึกษาสูง ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป โดยมากกว่าร้อยละ 50 เป็นนักวิชาชีพที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทและเอกหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต จึงอาจทำให้พวกเขามีแนวทางในการรักษาความสมดุลของความตึงเครียดระหว่างการให้กับการได้รับและการใส่ใจผู้อื่นกับการใส่ใจตนเองได้ดี และมีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในภาพรวมระดับต่ำ

ประเด็นที่ 2 มาตรวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต มีความตรงตามเกณฑ์ ดังผลการวิจัยที่พบว่านักวิชาชีพที่ตอบแบบสอบถามที่มีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจต่ำจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดต่ำ ดังค่าสหสัมพันธ์ของมาตรวัดทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Figley^{3,4} ที่แสดงให้เห็นว่า ความเครียดที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็ความเครียดในการช่วยเหลือผู้อื่น (compassion stress) หรือความเครียดอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับความ

เหนื่อยล้าในการช่วยเหลือผู้อื่น ในขณะที่เดียวกัน มาตรการวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะ ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Killian⁹ ที่ระบุว่าเมื่อนักวิชาชีพมีอาการและปัจจัยเสี่ยงของความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ ทั้งทางด้านบาดแผลทางจิตใจทางอ้อมและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง จะส่งผลต่อสุขภาวะของนักวิชาชีพโดยตรง หากนักวิชาชีพมีความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจสูง จะทำให้มีสุขภาวะ แย่ลง หรือ เจ็บป่วยทั้งกายและใจได้ ซึ่ง Stamm¹⁰ กล่าวเสริมว่า นอกจากความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจจะส่งผลกระทบต่อ ด้านลบต่อสุขภาวะแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนักวิชาชีพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

มาตรการวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี พอเพียงและเหมาะสมควรนำไปศึกษาวิจัยในขั้นต่อไป การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเบื้องต้น โดย เก็บตัวอย่างนักวิชาชีพทางสุขภาพจิต ทั้งหมด เอกสารอ้างอิง

1. Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of orthopsychiatry* 2006;76(1):103-8.
2. Figley CR, Stamm BH. Psychometric review of compassion fatigue self test. *Measurement of stress, trauma, and adaptation* 1996:127-30.
3. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology* 2002;58(11):1433-41.

ชายและหญิง จำนวน 124 คน ซึ่งการศึกษาวิจัยต่อไป ควรเก็บตัวอย่างจำนวนมากขึ้น มีการกระจายทางด้านลักษณะพื้นที่ทำงาน (สังคมเมือง หรือ แถบชนบทห่างไกล) และพิจารณาถึงระยะเวลาของประสบการณ์ การให้การช่วยเหลือผู้อื่น และการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตมิติเพิ่มเติม เช่นการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง เพื่อให้สามารถอธิบายถึงนิยามขอบเขต องค์ประกอบสำคัญ และมีค่าอ้างอิงสำหรับการคัดกรองภาวะความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจในนักวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิต รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ในการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ในเรื่องนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการงานวิจัยระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ภายใต้โครงการทุนวิจัยมหาบัณฑิต สกว. ด้านมนุษยศาสตร์-สังคมศาสตร์ ปี 2561

4. Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *nursing & health sciences* 2010;12(2): 235-43.
5. Watcharawadee B. The relationship between perceived stress and happiness of university students with self-compassion as a mediator. Thesis for the Degree of Master of Arts Program in Psychology. Faculty of Psychology. Chulalongkorn University; 2013.

6. Cohen S. Perceived stress scale. Palo Alto, CA: Mind Garden; 1994.6. Cohen S. Perceived stress scale. Palo Alto, CA: Mind Garden. 1994.
7. Suwawute V. The effect of Individual existential-humanistic online counseling on wellness of undergraduates with neuroticism. Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy Program in Psychology. Faculty of Psychology. Chulalongkorn University; 2016.
8. Myers JE, Sweeney TJ. Five Factor Wellness and Inventory (FFWEL): 2 edition manual. Palo Alto, CA: Mindgarden; 2014.
9. Killian KD. Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology* 2008;14(2):32-44.
10. Stamm BH. Helping the Helpers: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue in Self-Care, Management, and Policy of Suicide Prevention Hotlines. *Resources for community suicide prevention* 2012:1-4.