

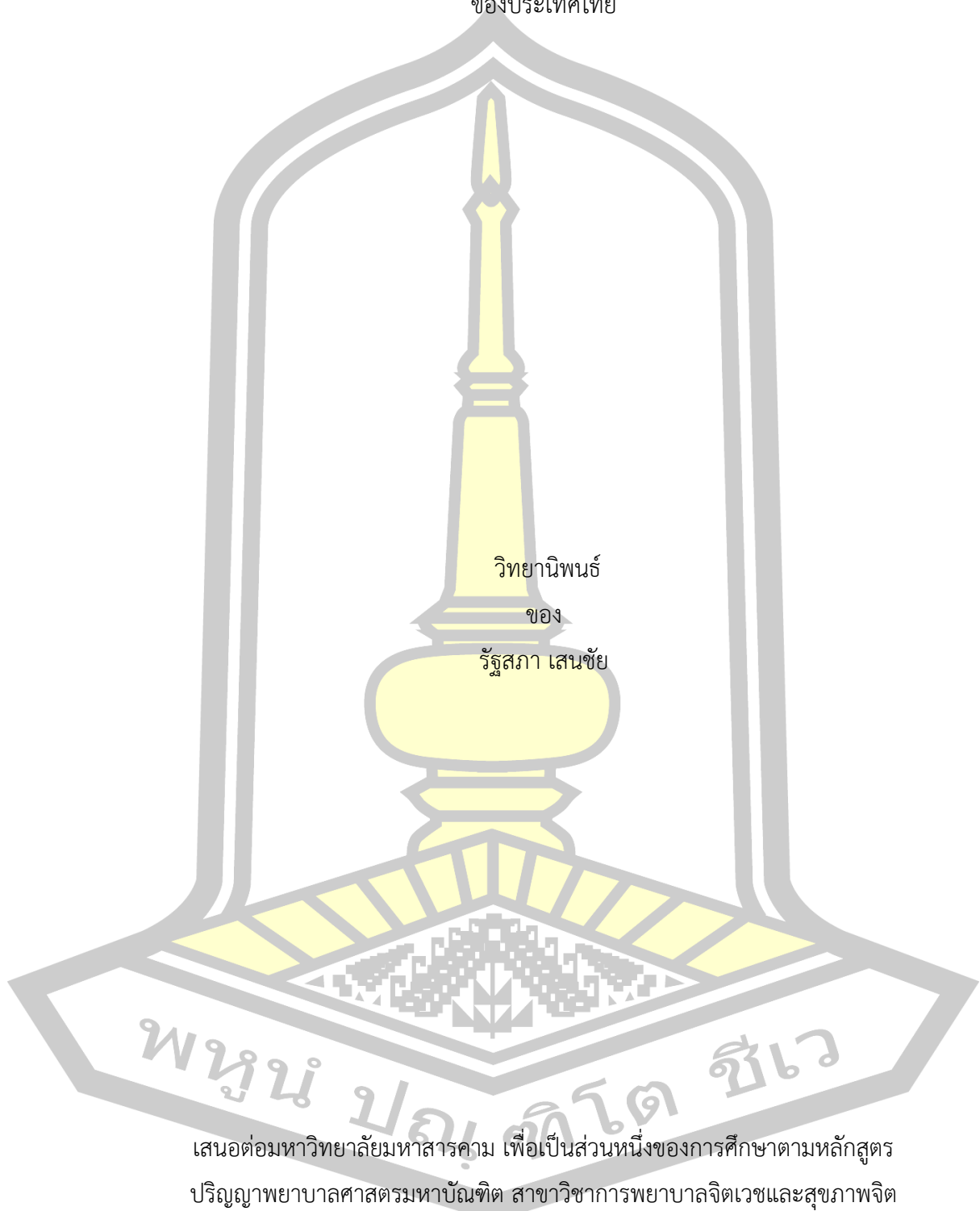
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ของประเทศไทย

วิทยานิพนธ์
ของ
รัฐสภา เสนอชัย

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
พฤษภาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาริ์สันในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ของประเทศไทย



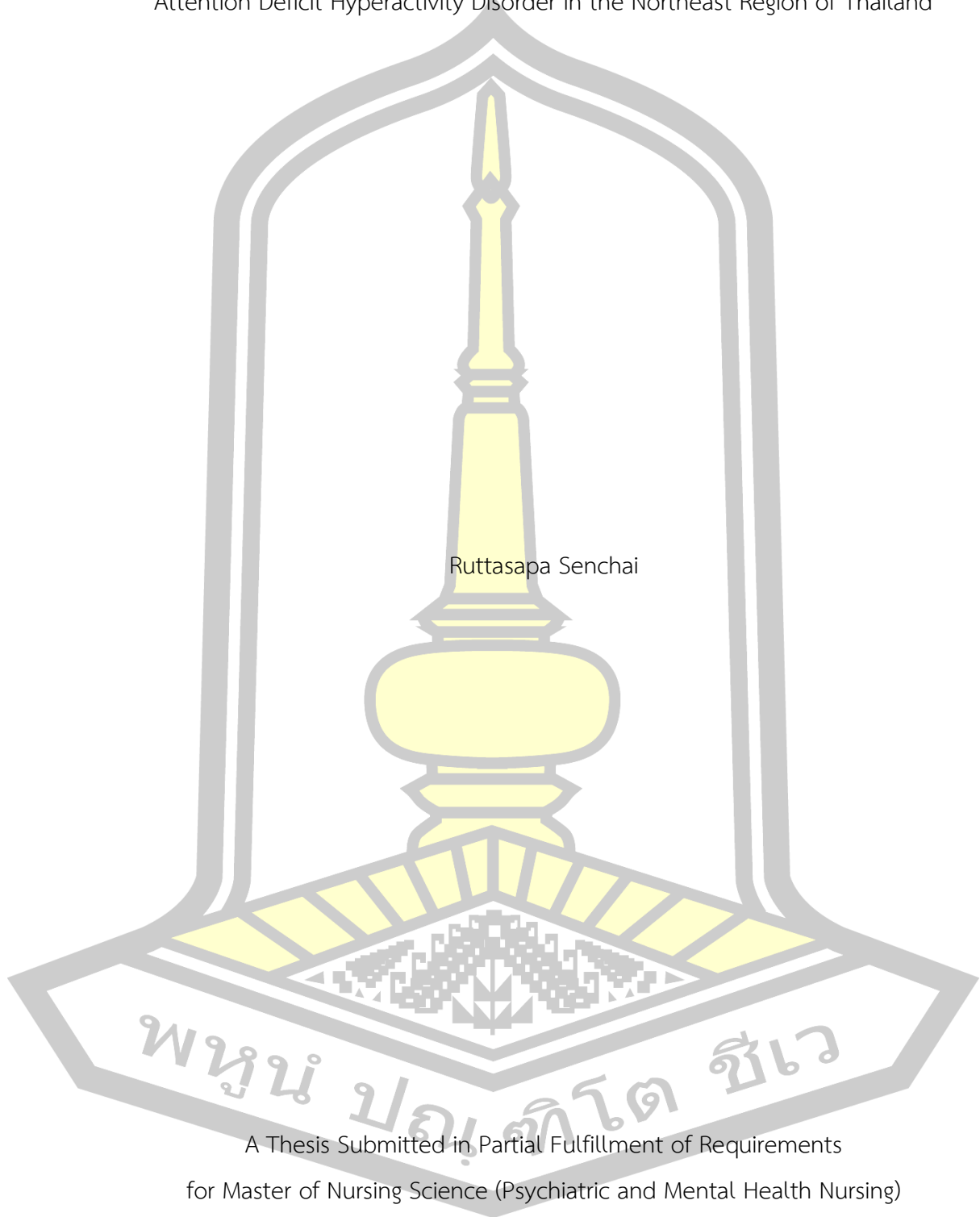
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

พฤษภาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Factors Associated with Psychological Flexibility of Caregiver of Children with
Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Northeast Region of Thailand

Ruttasapa Senchai



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

May 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายรัฐสภา เสนชัย แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ดรณิ รุจกรกานต์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. นุจรี ไชยมงคล)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. กฤตยา แสงเจริญ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย		
ผู้วิจัย	รัฐสภา เสนชัย		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: เด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมและการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการสำหรับการเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลนับเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญสำหรับการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพ การเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นถือว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านกายภาพและจิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ความยืดหยุ่นทางจิตใจเป็นผลลัพธ์อันพึงประสงค์ภายใต้กรอบทฤษฎีการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา ถือว่าเป็นแนวคิดที่สำคัญและมีความจำเป็นต้องได้รับการศึกษาวิจัย

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ ทักษะ การเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) และภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ระเบียบวิธีวิจัย: ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน ตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยเครื่องมือวิจัยดังต่อไปนี้: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แบบวัดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ: Thum-jai Scale) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า: DASS-21) และแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (กลับคะแนนสำหรับแปลผลในการวิจัยครั้งนี้: คะแนนสูงบ่งบอกถึงการมีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง) สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) ได้รับการนำมาใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เหลือจำนวน 235 คน ภายหลังการตัดรายการข้อมูลที่ผิดปกติออกไป เพื่อให้ชุดข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย: ความรู้ ($r = .015, p = .821$) และทัศนคติ ($r = -.057, p = .382$) ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ การเผชิญปัญหาของคนไทย-การทำใจ ($r = .156, p = .016$) มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ในขณะที่ภาวะสุขภาพจิตซึ่งมุ่งศึกษาความเครียด ($r = -.434, p \leq .001$) ความวิตกกังวล ($r = -.574, p \leq .001$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -.483, p \leq .001$) มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ผลการวิจัยสะท้อนถึงความสัมพันธ์ที่คาดหวังระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, เด็กสมาธิสั้น, การเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ), ภาวะสุขภาพจิต, ความยืดหยุ่นทางจิตใจ



TITLE	Factors Associated with Psychological Flexibility of Caregiver of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Northeast Region of Thailand		
AUTHOR	Ruttasapa Senchai		
ADVISORS	Assistant Professor Choochart Wong-Anuchit , Ph.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Psychiatric and Mental Health Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

Background: Children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) require proper treatments and special care to promote their growth and development to become adults who can take care of themselves. Family caregivers are important in providing effective care for children with ADHD. Caring for children with ADHD is a challenging issue that affects both the physical and mental health aspects, as well as the quality of life of the caregivers. Psychological flexibility, an expected outcome of Acceptance and Commitment Therapy, is considered important to be examined.

Objectives: This descriptive correlational research design aims to examine the relationships between knowledge, attitude, Thai coping strategy (*Thum-jai*), mental health conditions (stress, anxiety, and depression), and psychological flexibility of family caregivers of children with ADHD.

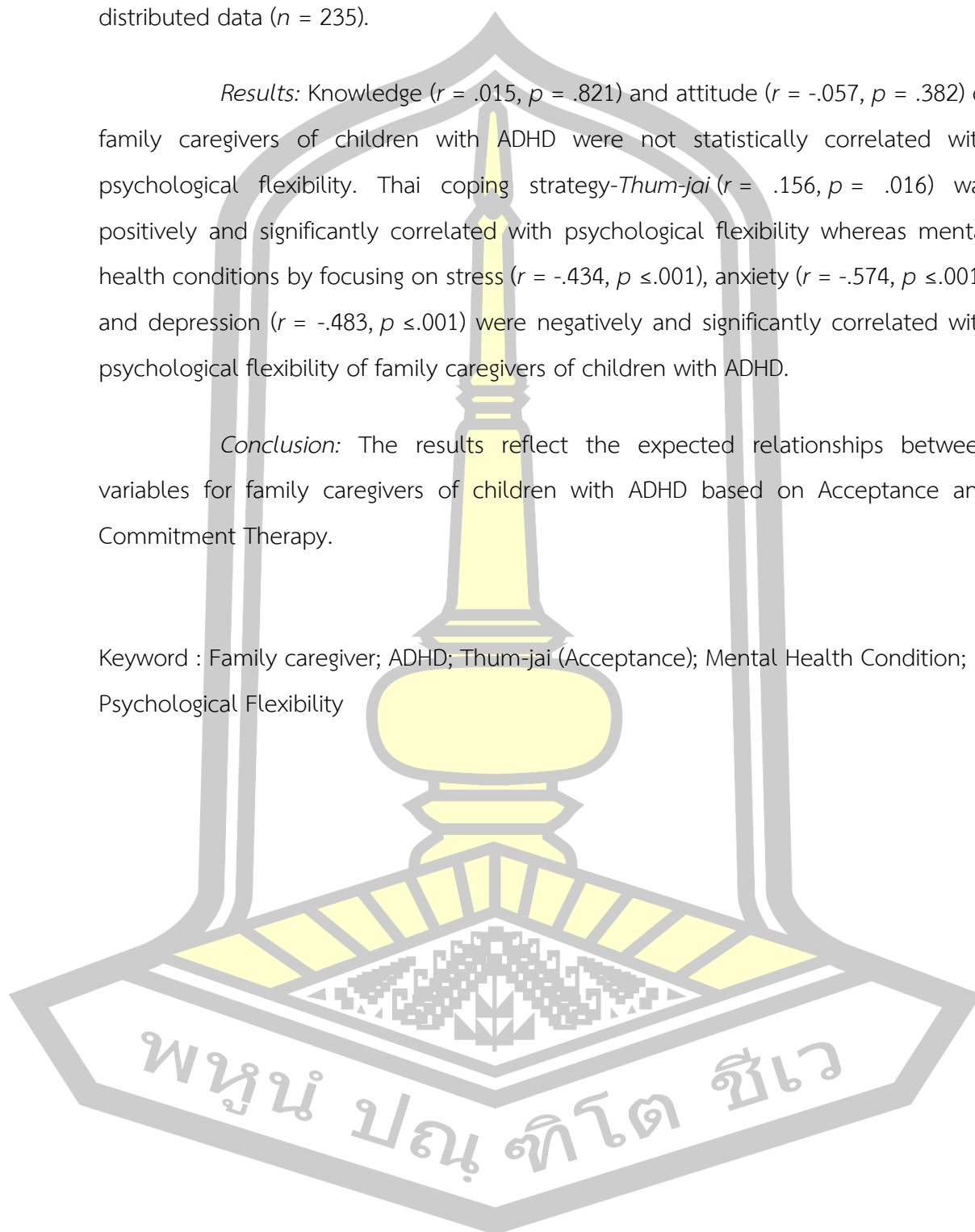
Methods: The family caregivers of children with ADHD ($n = 250$) responded to the following research instruments: Sociodemographic data questionnaire, Knowledge about ADHD questionnaire, Attitude about ADHD questionnaire, *Thum-jai* (Acceptance) Scale, Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), and Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) measuring psychological flexibility (reverse score to interpret for this research project: high scores measure high flexibility). Descriptive

statistics and Pearson's correlation coefficients were used to analyze the normally distributed data ($n = 235$).

Results: Knowledge ($r = .015, p = .821$) and attitude ($r = -.057, p = .382$) of family caregivers of children with ADHD were not statistically correlated with psychological flexibility. Thai coping strategy-*Thum-jai* ($r = .156, p = .016$) was positively and significantly correlated with psychological flexibility whereas mental health conditions by focusing on stress ($r = -.434, p \leq .001$), anxiety ($r = -.574, p \leq .001$), and depression ($r = -.483, p \leq .001$) were negatively and significantly correlated with psychological flexibility of family caregivers of children with ADHD.

Conclusion: The results reflect the expected relationships between variables for family caregivers of children with ADHD based on Acceptance and Commitment Therapy.

Keyword : Family caregiver; ADHD; Thum-jai (Acceptance); Mental Health Condition; Psychological Flexibility



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจาก ได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนอย่างยิ่งจาก รศ.ดร.ดรณี รุจนกรกานต์ (ประธานหลักสูตรและประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์) ผศ.ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต (อาจารย์ที่ปรึกษา) รศ.ดร.นุจรี ไชยมงคล (กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก) และรศ.ดร.กฤตยา แสงเวจริย (กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก) ผู้ซึ่งให้เกียรติเป็นผู้ให้คำแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและการดูแล ต้อนรับเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณนายพีระยุทธ ไชยคุณ (นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม) ผศ.ดร. กนกจันทร์ เข้ม้นการ (อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการ โรงพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม) อาจารย์แพทย์หญิงกองกาญจน์ จันทร์จารุศิริ (อาจารย์จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม) นางจินตนา ชาลิ่งษ์ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ) และแพทย์หญิงพรชนก หิรัญเขว้า (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ) ผู้ทรงคุณวุฒิในการแนะนำประเด็นข้อคำถาม ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ ที่คอยดูแลสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในทุกกระบวนการการศึกษา

ขอบพระคุณบิดา มารดา พี่สาวและน้องสาว ผู้ให้ความรักและสนับสนุนทุนการศึกษา และให้กำลังใจเสมอมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจศึกษา และผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในอนาคต

รัฐสภา เสนชัย

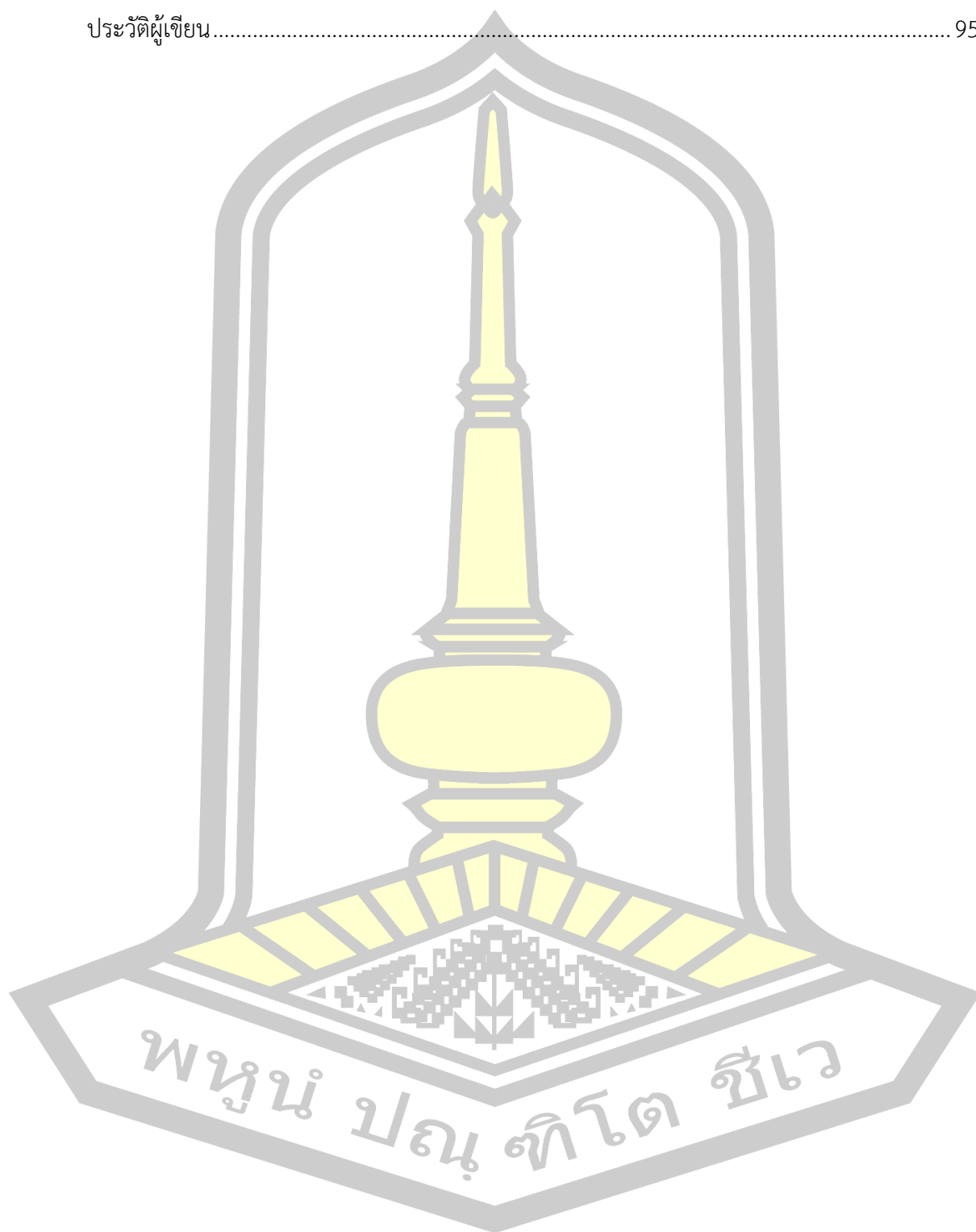
สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	๗
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
ตัวแปรที่ใช้ศึกษา.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	9
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล	12
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ	16
แนวคิดศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)	19

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต	20
แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ	22
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	27
สถานที่ในการดำเนินวิจัย	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	28
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	31
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	32
การดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล	33
การวิเคราะห์ข้อมูล	34
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	35
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษา คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลา ที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน และ ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา	35
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้ ทักษะ การ ทำใจ ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) และ ความยืดหยุ่นทาง จิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	37
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิงเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะ การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) กับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	38
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	41
สรุปผลการวิจัย	41
อภิปรายผลการวิจัย	42
ข้อเสนอแนะ	47
บรรณานุกรม	49
เอกสารอ้างอิง	50

ภาคผนวก..... 61

ประวัติผู้เขียน..... 95

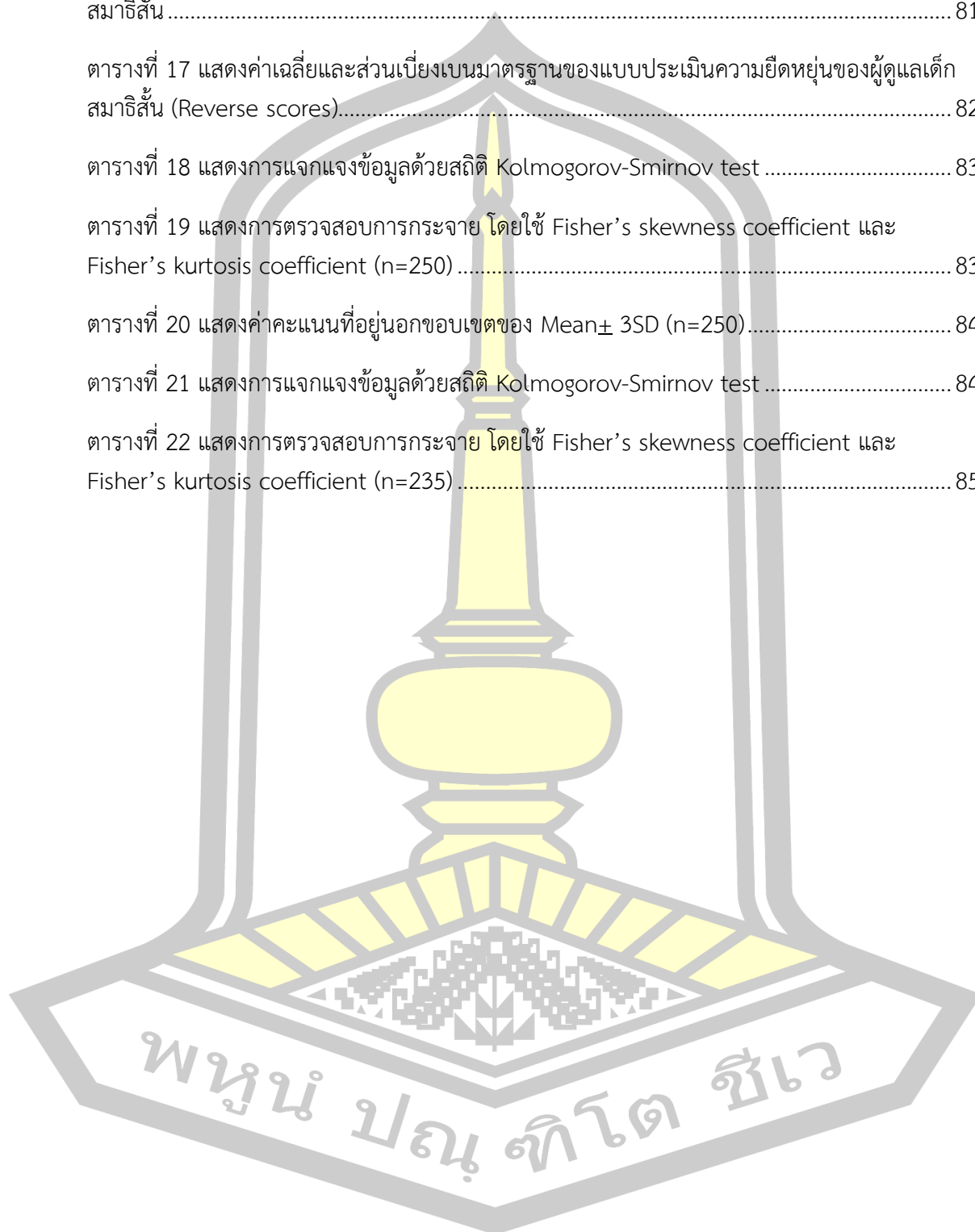


สารบัญตาราง

หน้า

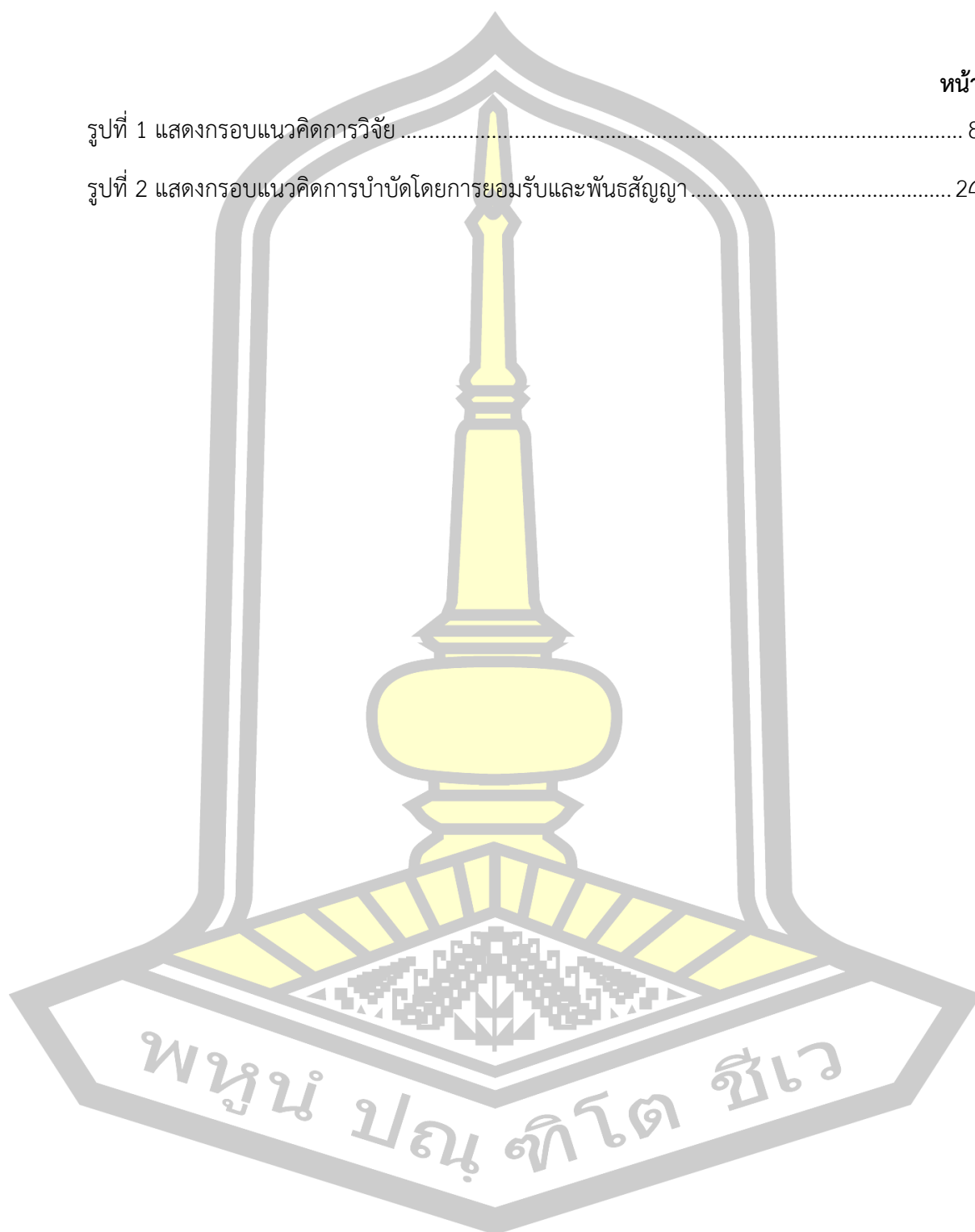
ตารางที่ 1 แสดงความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) (n=30).....	31
ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษา คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน และ ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา (n=250)	36
ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้ ทักษะคิด การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) และ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (n = 250)	38
ตารางที่ 4 แสดงค่า Skewness index และ Kurtosis Index ของตัวแปรที่ศึกษา (n=235).....	39
ตารางที่ 5 แสดงค่า r และ P-values ของสถิติ Pearson's correlation coefficient (n=235)....	40
ตารางที่ 6 แสดงการคำนวณหาค่า S-CVI.....	62
ตารางที่ 7 แสดงการคำนวณหาค่า I-CVI	66
ตารางที่ 8 แสดงข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับข้อคำถามของเครื่องมือ	70
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	76
ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	77
ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินการวัดทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	78
ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบวัดศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ).....	78
ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินการวัดความเครียด	79
ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินการวัดความวิตกกังวล	80
ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินการวัดภาวะซึมเศร้า.....	80

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินความยืดหยุ่นของผู้ดูแลเด็ก สมาธิสั้น	81
ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินความยืดหยุ่นของผู้ดูแลเด็ก สมาธิสั้น (Reverse scores).....	82
ตารางที่ 18 แสดงการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test	83
ตารางที่ 19 แสดงการตรวจสอบการกระจาย โดยใช้ Fisher's skewness coefficient และ Fisher's kurtosis coefficient (n=250)	83
ตารางที่ 20 แสดงค่าคะแนนที่อยู่นอกขอบเขตของ Mean $\pm$ 3SD (n=250).....	84
ตารางที่ 21 แสดงการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test	84
ตารางที่ 22 แสดงการตรวจสอบการกระจาย โดยใช้ Fisher's skewness coefficient และ Fisher's kurtosis coefficient (n=235)	85



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	8
รูปที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธสัญญา.....	24



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นในเด็ก (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นความผิดปกติโดยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา และ ศักดิ์สิทธิ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, 2560) การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กต้องมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 อาการนี้ ได้แก่ สมาธิสั้นกว่าปกติ (Inattention) มีความสนใจต่ำ ซุกซนหรืออยู่นิ่ง หรือซนผิดปกติ (Hyperactivity) และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นจะต้องมีอาการดังกล่าวนี้ก่อนอายุ 7 ปี (Ronald et al., 2005) และต้องมีอาการอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งส่วนใหญ่มักพบบ่อยที่สุดในวัยเรียน (American Psychiatric Association, 2013; Gipson-McElroy, 2020)

โรคสมาธิสั้นอาจมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมผิดปกติจากการดูแลหรือการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม เช่น การใช้สื่อเทคโนโลยีเป็นเวลานานและภาวะติดเกมส่งผลทำให้เกิดสมาธิสั้นได้ (ธนศักดิ์ จันทศิลป์, 2561) การเลี้ยงดูไม่เหมาะสมที่สามารถส่งผลกระทบต่อเด็ก เช่น การมีพฤติกรรมรุนแรงของผู้ปกครองซึ่งมีความสัมพันธ์กับการจัดการพฤติกรรมของเด็กและสามารถเป็นส่วนกระตุ้นให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อไปได้อีกด้วย (กัลยา สุวรรณสิงห์, 2563; Williamson et al., 2017) และถ้าหากว่าเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เด็กกลุ่มนี้ก็มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาบุคลิกภาพไปในทางที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การใช้สารเสพติด การมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน (ADHD Institute, 2018) อีกทั้งเกิดการก่ออาชญากรรมต่อไปได้ในอนาคต (Gerhand, 2020)

ปัจจุบันพบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กร้อยละ 2.8 ของประชากรทั่วไป (Gerhand, 2020) โดยที่สถานการณ์ในต่างประเทศทั่วโลก พบว่า มีเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีที่เป็นโรคสมาธิสั้นคิดเป็นร้อยละ 2.2 ในบางพื้นที่อาจพบความชุกของโรคดังกล่าวได้ตั้งแต่ร้อยละ 0.1 ถึง 8.1 (Ronald et al., 2005) นอกจากนี้ยังสามารถพบความชุกได้ในกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 18 – 44 ปี ในภูมิภาคต่างๆ ทั้งของทวีปเอเชีย ยุโรป อเมริกา และประเทศในเขตตะวันออกกลาง โดยพบได้ถึงร้อยละ 2.8 (Epidemiology, 2021) ซึ่งมักจะพบโรคดังกล่าวนี้ในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง (Ashraf et al., 2017; Freitag et al., 2012) สำหรับสถานการณ์ของโรคเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทย พบว่า ในระหว่างปี 2563 – 2565 มีเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 139,283 คน โดยมีแนวโน้มของจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในปี 2565 มีจำนวนเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 144,896 คน ในส่วนของข้อมูลสถานการณ์โรคเด็กสมาธิสั้นของภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในระหว่างปี 2563 – 2565 พบว่า มี

เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 36,640 คน 38,726 คน และ 43,986 คน ตามลำดับ สำหรับข้อมูลของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในระหว่างปี 2563 – 2565 พบว่า มีจำนวนเด็กสมาธิสั้นมากกว่า 600 คนต่อปี ซึ่งสถิติดังกล่าวนี้แสดงถึงอุบัติการณ์ของเด็กสมาธิสั้นที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

เด็กสมาธิสั้นมักจะมีพฤติกรรมขาดความระมัดระวัง ก้าวร้าว อยู่ไม่นิ่ง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่เด็กจะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษมากกว่าเด็กปกติ (ชลธิชา ขุนสะอาด, 2562) เมื่อเด็กสมาธิสั้นต้องไปโรงเรียน มักจะมีพฤติกรรมทะเลาะกับเพื่อนที่โรงเรียน ก้าวร้าว โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แม้กระทั่งในช่วงเวลาที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัดหมายที่สถานบริการด้านสุขภาพ ในขณะที่รอพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษา เด็กสมาธิสั้นก็ไม่สามารถควบคุมตนเองหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องรอคอยได้ โดยเด็กจะแสดงพฤติกรรมการอยู่ไม่นิ่ง ขว้างปาข้าวของต่างๆ (สถาบันราชานุกูล, 2561) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านกายภาพและด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เกิดความวิตกกังวลไม่สบายใจ อาจทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการที่จะรับผิดชอบเลี้ยงดูเด็กกลุ่มดังกล่าวได้ (Turner, 2019) ทั้งนี้ ความเครียดร่วมกับความวิตกกังวลในระดับที่รุนแรงเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน อาจส่งผลกระทบในทิศทางไม่พึงประสงค์จนเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นจนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด (พรณนภา อุดมโชติฤทธิ์, 2566) ปัจจัยที่เกี่ยวกับการที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นขาดความรู้ความเข้าใจในโรคเด็กสมาธิสั้น รวมไปถึงการมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ไม่ดีในการเลี้ยงดูเด็กกลุ่มดังกล่าว (สถาบันราชานุกูล, 2561; Sairanen et al., 2018) โดยที่ปัจจัยเหล่านี้นอกจากจะส่งผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแลดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ยังส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ดูแล คือ ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ และด้านสังคม คือ เกิดปัญหาการทะเลาะและขัดแย้งกันภายในครอบครัว (พาสินี แจ่มจำ และคณะ, 2562)

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนับว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญมากในการเลี้ยงดูเด็กที่มีความเฉพาะดังกล่าว ถ้าหากว่าได้รับการถ่ายทอดความรู้ต่างๆ โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เพื่อให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ซึ่งบุคลากรดังกล่าวนี้ นับว่ามีความสำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น (French et al., 2020) อีกทั้งการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กภายในครอบครัว ก็ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างถูกต้องเหมาะสมอีกด้วย (Nuri et al., 2019) ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นต้องการคำแนะนำในการเลี้ยงดูและการปฏิบัติต่อเด็กมากกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป (Holtz, 2020) ซึ่งเด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโดยเร็วเพื่อให้เด็กสามารถเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามศักยภาพ แต่ถ้าหากว่าผู้ดูแลมีความลังเลในการตัดสินใจนำบุตรหลานของตนเองเข้าสู่กระบวนการตรวจเพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา ก็จะทำให้เด็กได้รับการรักษาที่ล่าช้าและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาในระยะยาว (Carlson, 2020; Corvelli, 2019) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และยอมรับในพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ศักยภาพเหล่านี้สะท้อนถึงการมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ของผู้ดูแลเด็ก

จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ อันเนื่องมาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2556; Persaud, 2019)

จากแนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) ที่พัฒนาโดย Steven C. Hayes ในปี ค.ศ. 1999 ประกอบไปด้วยแนวคิดย่อย 6 ด้าน ได้แก่ **การแยกความคิด (Cognitive defusion)** เป็นการใช้ความคิดในรูปแบบและวิธีการใหม่เพื่อช่วยลดผลกระทบของความคิดที่ก่อให้เกิดความทุกข์ โดยความคิดนั้นเกิดขึ้นได้โดยไม่จำเป็นต้องเชื่อหรือตอบสนอง **การยอมรับ (Acceptance)** เป็นการเปิดใจเพื่อยอมรับประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ความทรงจำที่ตนเองไม่ต้องการ โดยค่อยๆ ให้ความคิด ความรู้สึก และความปรารถนาอันรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นค่อยๆ หายไปเอง **การเชื่อมโยงกับปัจจุบัน (Contact with the present moment)** เป็นการมีสติอยู่กับปัจจุบันที่เกิดขึ้น รวมไปถึงสิ่งที่ทำอยู่โดยการรับรู้ที่จะเปิดใจกว้าง **ตัวตนเป็นบริบท (Self as context)** เป็นการทำหน้าที่สังเกตความคิดและความรู้สึกที่มีปัญหาโดยไม่จมอยู่กับความคิดและความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเครียด ความกังวล และความเจ็บปวด พยายามที่จะตระหนักในการอยู่กับปัจจุบันที่สามารถเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และเวลา **การระบุค่านิยมหรือการให้คุณค่า (Values)** เป็นการมองชีวิตอย่างมีคุณค่า มีเป้าหมายที่จะปฏิบัติเพื่อทำให้ชีวิตตนเองมีความหมาย และ **การลงมือปฏิบัติตามพันธะสัญญา (Committed action)** เป็นการปฏิบัติอย่างเต็มประสิทธิภาพและสอดคล้องกับค่านิยม ทำให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณค่า ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยมหรือคุณค่าของตัวเองที่ได้กำหนดไว้ (Hayes, 1999; Hayes et al., 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ถ้าหากผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดความเข้าใจและยอมรับในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ก็จะเป็นประโยชน์ในการดูแลโดยสามารถที่จะช่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นได้ (ดารินทร์ สิงห์สาร และ วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์, 2561) โดยการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ดูแลมีผลต่อการเลือกแนวทางในการรักษาและดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม เช่น การเข้าใจในสิทธิการรับบริการของบุตรที่เป็นเด็กสมาธิสั้นภายใต้ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและเพศ โดยที่จะมีส่วนช่วยในการเข้ารับบริการมากขึ้น (Kinsey, 2020) การที่ผู้ปกครองมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นก็จะเป็นการส่งเสริมให้เกิดผลดีในการดูแลโดยที่ผู้ดูแลสามารถแก้ไขพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ (Nuri et al., 2019) การที่ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีทักษะการตระหนักรู้จะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจและความเห็นอกเห็นใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อีกด้วย (Salgado-Pascual et al., 2020) การเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นโดยผู้ดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและสามารถเข้าถึงเพื่อรับการรักษาเด็กสมาธิสั้นได้ (Von Raub et al., 2020) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล (Mikolajczak et al., 2020) ยิ่งไปกว่านั้น การที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเข้าใจถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมและเพศ ลดทัศนคติในเชิงลบต่อเด็กสมาธิสั้น (Aoki et al., 2020) ก็นับได้ว่าเป็นสิ่งที่

ก่อให้เกิดประโยชน์ในการเลี้ยงดูเด็กเป็นอย่างดี (Kinsey, 2020) อีกทั้งการมีทัศนคติที่ดีของผู้ดูแล และการแสดงออกที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น ก็จะเป็นการช่วยลดการตีตราต่อเด็กและมีช่วยในการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างตัวผู้ปกครองและเด็กได้อีกด้วย (ภาสกร คุ่มศิริ และ อุ่นเรือน เล็กน้อย, 2561)

จากข้อมูลข้างต้นที่กล่าวถึงการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะพบปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีความเครียดและความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความไม่สบายใจเกี่ยวกับบุตรในบางครั้งอาจเกิดภาวะหมดไฟ (Burn out) จากการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวอาจทวีความรุนแรงขึ้นจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอันเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลอาจขาดความรู้ความเข้าใจและการที่ต้องรับมือกับภาระการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นที่มีความเฉพาะ โดยต้องใช้ทั้งกำลังกาย กำลังใจ สติปัญญา ความอดทน และกำลังทรัพย์เพื่อสนับสนุนและตอบสนองความต้องการการดูแลของเด็กสมาธิสั้นที่เป็นบุตรหลานของตนเอง โดยส่วนใหญ่แล้ว เด็กสมาธิสั้นจะได้รับการรักษาด้วยการให้ยา ซึ่งเด็กมักจะมีการขาดยาในเวลากลางวันโดยการไม่อยากกินยา ซึ่งสาเหตุอาจจะเนื่องมาจากถูกเพื่อนที่โรงเรียนล้อเลียน สถานการณ์ดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับปัญหาที่คล้ายคลึงกัน คือ การที่เด็กกินยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้มีอาการและพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้นจนทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะควบคุมได้ในบางครั้ง โดยที่เด็กจะมีพฤติกรรมตามอาการของโรคเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและวิตกกังวลว่าเด็กจะมีปัญหาเพิ่มมากขึ้นจนเกินระดับที่ตนเองจะควบคุมได้ และเมื่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในลักษณะเรื้อรังทวีความรุนแรงมากขึ้น ก็อาจทำให้พัฒนาไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สถานการณ์ที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ของตนเองเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ยากต่างๆ ที่เกิดขึ้นนี้ นั่นก็คือ ความทุกข์หรือไม่สบายใจที่เกิดจากการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลแต่ละคนก็จะมีลักษณะเฉพาะและความรุนแรงที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ที่แตกต่างกัน ประกอบกับจากการทบทวนวรรณกรรมภายในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวถึงไปแล้ว คือ ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (เผชิญปัญหา) และภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) เพื่อหาความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาถึงอำนาจในการทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของปัจจัยต่างๆ สำหรับที่จะนำไปใช้ในการพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความยืดหยุ่นทางจิตใจที่เพิ่มมากขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งเด็กและผู้ดูแลในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็ก และระยะเวลาที่เด็กได้รับการรักษา
2. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะการเข้าใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) และความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
3. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะการเข้าใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) กับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ ทักษะการเข้าใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะการเข้าใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน ปีพุทธศักราช 2566

นิยามศัพท์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นิยามตัวแปรทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการศึกษา ประสบการณ์ ทั้งจากการอ่านหนังสือ การรับฟัง โดยผ่านการคิดวิเคราะห์ จนเกิดความเข้าใจและนำไปใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งรวมถึงเรื่องการได้รับยาอย่างต่อเนื่องและการลดความรุนแรงของพฤติกรรม ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินความรู้โดยใช้แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ซึ่งพัฒนาโดย พรทิพย์ วิชรดิolk (2551) โดยผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงโดยเพิ่มเติมเนื้อหาและจำนวนข้อคำถามเป็น 20 ข้อ

ทัศนคติ หมายถึง ความเข้าใจ ความคิด หรือความเชื่อที่เกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ผู้ดูแลมีต่อเด็กสมาธิสั้นและแสดงปฏิกิริยาออกมาในทางพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยมีปฏิกิริยาที่ตอบสนองออกมาทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ซึ่งพัฒนาโดย พรทิพย์ วิชรติลก (2551) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ

การทำใจ หมายถึง การเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยากเกินความควบคุมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล โดยมุ่งเน้นการปรับความคิดและอารมณ์ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยที่ปัญหานั้นยังคงอยู่ ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินการทำใจ (เผชิญปัญหา) โดยใช้แบบวัดการทำใจ (Thum-jai Scale) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Dr. Andrew C. Mills และคณะ (Mills et al., 2019) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ

ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีสิ่งรบกวนมากระตุ้นทำให้มีการปรับเปลี่ยนการตอบสนองหรือเผชิญต่อสภาวะดังกล่าวตามสถานการณ์ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเครียด ความวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด (Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม (Oei et al., 2013)

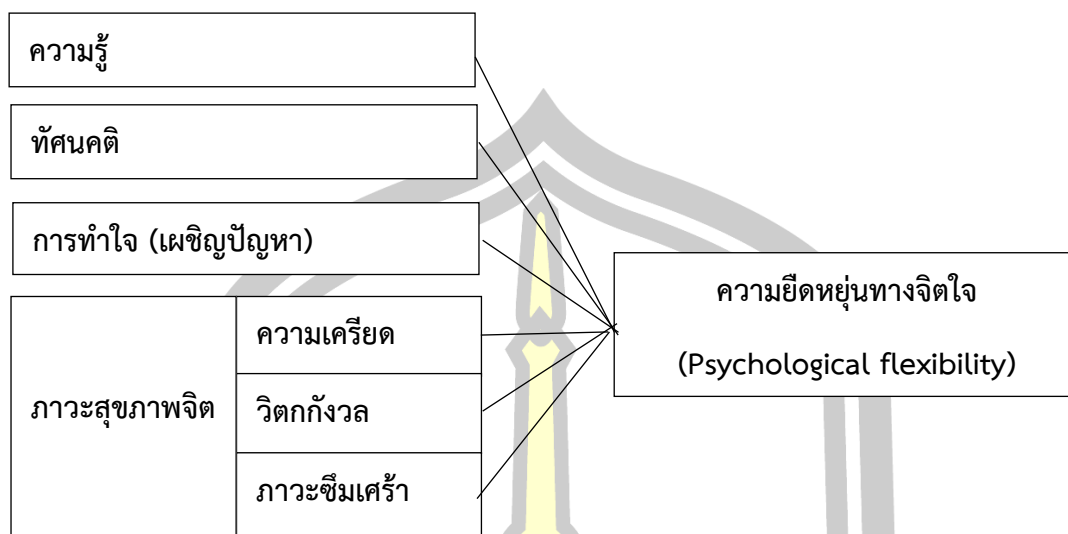
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological Flexibility) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่แตกต่าง เป็นความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดหรือพฤติกรรมเมื่อรับรู้ถึงสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อหน้าที่ส่วนบุคคลหรือส่วนรวม เป็นการรักษาความสมดุลของชีวิตให้รู้เท่าทัน ยอมรับ และเลือกแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยใช้แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (The Acceptance and Action Questionnaire หรือ AAQ-II ฉบับภาษาไทย) ซึ่งแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดย วนิษา น้อยผล (2560) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological Flexibility) หมายถึง ความสามารถในการรับรู้และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่แตกต่าง เป็นความสามารถในการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดหรือพฤติกรรมเมื่อรับรู้ถึงสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อหน้าที่ส่วนบุคคลหรือส่วนรวม เป็นการรักษาความสมดุลของชีวิตให้รู้เท่าทัน ยอมรับ และเลือกแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Hayes et al., 2006) แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ คือ การที่บุคคลยอมรับวิธีการที่ส่งผลกระทบต่อความคิด เปิดใจยอมรับประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีการเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน ให้ความตระหนัก และยอมรับความรู้สึกที่มีปัญหาโดยไม่จมอยู่กับความคิดเชิงลบ ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ความยืดหยุ่น

ทางจิตใจ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การแยกความคิด (Cognitive Defusion) คือ การใช้ความคิดเป็นวิธีการใหม่ ช่วยลดผลกระทบของความคิดที่ส่งผลต่อความทุกข์ โดยความคิดนั้นเกิดขึ้นได้โดยไม่จำเป็นที่จะต้องเชื่อหรือตอบสนอง (วนิชา น้อยผล และ นิภาพรรณ พรหมอุทัย, 2560; Hayes et al., 2006) โดยความคิดนั้นอาจเกิดขึ้นจากความรู้ ความเข้าใจ การเผชิญต่อสิ่งที่เจอ ทำให้ความรู้เกิด ความแตกต่างของแต่ละบุคคล เช่น ความรู้ที่เกิดจากการอ่าน ความรู้จากการเล่าประสบการณ์ ความรู้ที่เกิดจากผู้รู้ที่มีการบอกต่อ (2) การยอมรับ (Acceptance) คือ การเปิดใจเพื่อยอมรับประสบการณ์ที่ผ่านมาทั้งความคิด ความรู้สึก ความทรงจำที่ตนเองไม่ต้องการ โดยค่อยๆ ให้ความคิด ความรู้สึก และความปรารถนาอันรุนแรงที่เกิดขึ้นค่อยๆ หายไปเอง (วนิชา น้อยผล และ นิภาพรรณ พรหมอุทัย, 2560; Hayes et al., 2006) โดยการยอมรับ อาจเกิดการเผชิญต่อสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่งส่งผลต่อการรับรู้ รวมไปถึงทัศนคติต่อปัญหานั้นๆ โดยมีการเผชิญปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ หรือเผชิญร่วมกับการเรียนรู้ที่จะอยู่กับปัญหา เช่น การเผชิญปัญหาของคนไทยหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “การทำใจ” (3) การเชื่อมโยงกับปัจจุบัน (Contact with the Present Moment) คือ การมีสติกับปัจจุบันที่เกิดขึ้น รวมไปถึงสิ่งที่ทำอยู่โดยการรับรู้ที่เปิดใจอย่างกว้าง (วนิชา น้อยผล และ นิภาพรรณ พรหมอุทัย, 2560; Hayes et al., 2006) ซึ่งการยอมรับอาจเกิดมาจากทัศนคติของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน (4) ตัวตนเป็นบริบท (Self as Context) คือ การเป็นตัวตนทำหน้าที่สังเกตความคิดและความรู้สึกที่มีปัญหา ไม่จมกับความคิดและความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเครียด ความกังวล และความเจ็บปวด โดยการอยู่กับปัจจุบัน เพราะสามารถเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และระยะเวลา (วนิชา น้อยผล และ นิภาพรรณ พรหมอุทัย, 2560; Hayes et al., 2006) โดยแต่ละบุคคลอยู่กับความคิดและความรู้สึกด้านลบได้ ก็จะถือว่า เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (5) การระบุนิยม (Values) การมีชีวิตอย่างมีคุณค่า มีเป้าหมายที่จะปฏิบัติ เพื่อทำให้ชีวิตตนเองมีความหมาย เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของบุคคลอย่างแท้จริง ช่วยให้เกิดคุณค่าเป็นการยืนยันชีวิต เป็นหลักช่วยกำหนดทิศทางและมอบกำลังใจในการดำเนินชีวิต (วนิชา น้อยผล และ นิภาพรรณ พรหมอุทัย, 2560; Hayes et al., 2006) และ (6) การลงมือปฏิบัติตามพันธสัญญา (Committed Action) การลงมือปฏิบัติอย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับค่านิยม ทำให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณค่า ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยมหรือคุณค่าที่ตัวเองมี (วนิชา น้อยผล และ นิภาพรรณ พรหมอุทัย, 2560; Hayes et al., 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้กล่าวถึงไปแล้ว พบว่า ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (เผชิญปัญหา) และภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) มีความเกี่ยวข้องกันกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จึงเป็นที่มาของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ดังที่ได้กล่าวถึงไปแล้วข้างต้น โดยสามารถเขียนแผนภาพแสดงแนวคิดในการศึกษาดังนี้



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

ตัวแปรต้น (Independent Variables) คือ ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า)

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
2. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาถึงอำนาจในการทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของปัจจัยต่างๆ เพื่อนำไปใช้การพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความยืดหยุ่นทางจิตใจที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งเด็กและผู้ดูแลดีขึ้น

พูน ปณ จิตโต ชีเว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสรุป และแบ่งสาระสำคัญในการนำเสนอ เป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD)
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล (Family caregiver)
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge)
4. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ (Attitude)
5. แนวคิดเกี่ยวกับการศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย: การทำใจ (Thai coping strategy: Thum jai)
6. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต (Mental Health)
7. แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological Flexibility)

แนวคิดเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder :ADHD) หรือ “Hyperkinetic Disorder” (ตามเกณฑ์ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก รหัส F90)(Ronald et al., 2005) คือโรคที่พบบ่อยในวัยเด็ก เป็นโรคทางจิตเวช เกิดจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองส่งผลให้มีความผิดปกติ ทางพฤติกรรมในด้านการควบคุมตนเอง ที่สามารถส่งผลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน (ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยาและ ศักดิ์สิทธิ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, 2560) ซึ่งมีความผิดปกติที่สำคัญอยู่ 3 ด้านคือ 1) มีช่วงสมาธิที่สั้นกว่าปกติ (Inattention) 2) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Inattention) และ 3) มีลักษณะหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยมีอาการดังกล่าวติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน และเกิดก่อนอายุ 7 ปี (American Psychiatric Association, 2013) โดยมีอาการแสดงในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น โรงเรียนและบ้าน (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556)

ความหมาย ของสมาธิสั้น

กรมสุขภาพจิต (2563) ได้ให้ความหมายของโรคสมาธิสั้นว่า หมายถึง เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ในเด็กอายุ 8-11 ขวบพบประมาณ 5% และเด็กในวัยเรียนพบประมาณ 5-10% โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า (Epidemiology, 2021)

สถาบันราชานุกูล (2555) ได้ให้ความหมายของโรคสมาธิสั้นว่า หมายถึง ภาวะที่สารสื่อประสาทผิดปกติ ทำให้มีอาการซน ไม่นิ่ง ใจร้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของเด็ก

ทวิศักดิ์ สิริรัตนเรขา (2560) ได้ให้ความหมายของโรคสมาธิสั้นว่า หมายถึง กลุ่มอาการที่แสดงออกมาในทางพฤติกรรมสามารถพบเห็นพฤติกรรมได้ตั้งแต่วัยเด็ก เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเข้าสังคม และการเรียนรู้ของเด็ก ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการหลัก คือ 1) อาการขาดสมาธิ (inattention) 2) อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) อาการหุนหันพลันแล่น (impulsiveness)

สิริธารณ์ พูลพิพัฒน์ (2560) ได้ให้ความหมายของโรคสมาธิสั้นว่า หมายถึง กลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยถูกจัดในกลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมที่กระทบต่อพัฒนาการแล้วการปรับตัวในด้านต่างๆ โดยเด็กจะมีภาวะสมาธิบกพร่อง และพฤติกรรมที่อยู่ไม่นิ่ง ซึ่งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุ

กิตติพงศ์ มาศเกษม (2563) ได้ให้ความหมายของโรคสมาธิสั้นว่า หมายถึง โรคทางพัฒนาการทางระบบประสาท ที่เกิดจากพฤติกรรม โดยส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

จึงพอสรุปได้ว่า โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder :ADHD) หมายถึง ความผิดปกติทางพฤติกรรมที่เกิดในเด็ก โดยจะส่งผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งมีระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ในแต่ละอาการเกิดในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่บ้าน ที่โรงเรียน ซึ่งประกอบด้วย 3 อาการ คือ อาการขาดสมาธิ (inattention), อาการซุกซน ไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) โดยมีอาการดังกล่าวติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน และเกิดก่อนอายุ 7 ปี (American Psychiatric Association, 2013)

สาเหตุของสมาธิสั้น โดยโรคสมาธิสั้นสามารถแบ่งสาเหตุออกเป็น 2 สาเหตุ ดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม หากคนในครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น เด็กจะมีโอกาสเป็นมากกว่าคนปกติ 4-5 เท่า และมีการศึกษาในครอบครัวที่มีการรับรู้แลบุตบุรุษธรรม ซึ่งพบว่า บิดามารดาที่มีสายเลือดของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นสมาธิสั้น มีโอกาสพบเป็นว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นได้มากกว่าบิดามารดาบุรุษธรรมที่รับเด็กที่เป็นสมาธิสั้น แต่โอกาสที่เด็กมีพฤติกรรมที่วินิจฉัยว่าเป็นสมาธิสั้น ระหว่างบิดามารดาอุปถัมภ์ไม่ต่างกับบิดามารดาที่มีสายเลือดของเด็กที่เป็นสมาธิสั้น (ทัศนวัต สมบุญธรรม, 2551; นิชรา เรื่องดารกานนท์ และคณะ 2551 อ้างอิงใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561; Faraone et al., 2019)
2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม พบในมารดาตั้งครรภ์ที่มาเหมาะสม เช่น คลอดก่อนกำหนด, ได้รับสารตะกั่ว หรือจากพฤติกรรมของมารดา เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ มีผลทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้ และการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม โดยให้ดูโทรทัศน์เป็นเวลานาน และภาวะติดเกมมีผลทำให้เกิดสมาธิสั้นได้ อีกทั้งการใช้โทรศัพท์ก็ทำให้เป็นสมาธิสั้นได้ (กันยา พาณิษย์ศิริ และ เบญจพร ตันตสุติ, 2559; ดุษเดือน ตั้งอารีอรุณ และคณะ, 2564; ธนศักดิ์ จันทศิลป์, 2561; ทัศนวัต สมบุญธรรม, 2551; นิชรา เรื่องดารกานนท์ และคณะ 2551 อ้างอิงใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561)

การดำเนินโรคสมาธิสั้น

ประมาณร้อยละ 20-30 ของเด็กสมาธิสั้นมีโอกาสหายเมื่อโตขึ้น แต่ยังคงมีความผิดปกติเกี่ยวกับการขาดสมาธิมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติงาน และการเข้าสังคม (Nuri et al., 2019) อีกทั้งถ้าไม่หายจากโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษาอาจมีโอกาสที่เป็นโรคที่มีพฤติกรรมรุนแรง เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ (Storebø and Simonsen, 2016) และเด็กสมาธิสั้นที่มีความผิดปกติทางการสื่อสารมีโอกาสเกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าได้อีกด้วย (Posner et al., 2007)

อาการของโรคสมาธิสั้น

อาการของผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้น สามารถแสดงพฤติกรรมมี 2 รูปแบบหลัก คือ 1) การขาดสมาธิในการจดจ่อหรือตั้งใจทำอะไรสักอย่าง และ 2) การอยู่นิ่งและมีความหุนหันพลันแล่น โดยเด็กอาจมีพฤติกรรมรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือปรากฏพฤติกรรมทั้ง 2 รูปแบบรวมกันได้ โดยพฤติกรรมเหล่านั้นจะเป็นอุปสรรคที่ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน การเรียน การเข้าสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (สมัย ศิริทองถาวร, 2556)

การวินิจฉัยสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้น มักมีพฤติกรรม อาการที่พบความผิดปกติ โดยเด็กสมาธิสั้นแต่ละคนจะมีอาการเด่นแตกต่างกัน โดยเด็กบางคนมีอาการสมาธิสั้นกว่าปกติเป็นอาการเด่น หรือเด็กบางคนมีอาการซุกซน อยู่นิ่งเป็นอาการเด่น ในแต่ละอาการเกิดในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือสถานที่ต่างๆ ที่จัดกิจกรรมรวมเด็ก มีความเป็นไปได้สูงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้น (Gipson-McElroy, 2020) ซึ่งมีเกณฑ์วินิจฉัยโรคสมาธิสั้น จะต้องมีอาการในแต่ละด้าน เช่น 1) ด้านสมาธิสั้นกว่าปกติ (Inattention) 2) ด้านซุกซนหรืออยู่นิ่งหรือซนผิดปกติ (hyperactivity) และ 3) พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) มีคะแนนมากกว่า 6 ข้อ เพียงด้านใดด้านหนึ่ง หรือทั้ง 2 ด้านรวมกัน โดยมีระยะเวลาของอาการที่เกิดขึ้นมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปถือว่าเป็นสมาธิสั้น (American Psychiatric Association, 2013) โดยการวินิจฉัยในเด็กสมาธิสั้นสามารถวัดได้จาก แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV พัฒนาโดย นายแพทย์ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร, ธีรวัฒน์ บุรณะสุสกุล ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์และทรงภูมิ เบญญากร ฉบับแปลภาษาไทย (ฉัตร พิชัยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557)

การรักษาสมาธิสั้น สามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1. การรักษาทางยา คือ Methylphenidate โดยออกฤทธิ์กระตุ้นสมองโดยการเพิ่มระดับสารสื่อประสาทที่เด็กสมาธิสั้นมีน้อย จึงช่วยทำให้เด็กสมาธิสั้นสามารถควบคุมสมาธิ และมีความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น (วินิตดา ปิยะศิลป์ และคณะ, 2550 อ้างอิงใน จิรพรรณ สาบุญมา, 2561)
2. ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของครอบครัว ที่ได้รับการถ่ายทอดจากบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยให้ครอบครัวเกิดความตระหนักในการดูแล และส่งผลให้เกิดการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ (French et al., 2020)

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นร่วมกับการรับการรักษาทางยา โดยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเด็กสมาธิสั้นจากการเลี้ยงดูของผู้ปกครองร่วมกับการรักษาทางยาสามารถช่วยให้อาการของเด็กสมาธิสั้นเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น (สมัย ศิริทองถาวร, 2560; Von Raub et al., 2020)

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

ความหมายของผู้ดูแล

Davis (1992) ผู้ดูแล (family caregiver) หมายถึง บุคคลทั่วไปที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยภายในบ้าน

Ross and Mackenzie (1996) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ”

Amann and Leblanc (2014) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า (Caregivers) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความเจ็บป่วย จากภาวะโรค จากความบกพร่องทางพัฒนาการ ความบกพร่องทางสมอง เป็นการให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลา นานกว่าผู้ดูแลคนอื่น ๆ สถานที่ในการช่วยเหลือ หรือดูแลเกิดขึ้นในบ้าน

ศรินวล ชวศิริ และ ธนากร ธนามี (2561) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือในระยะเวลาเจ็บป่วย หน้าที่เป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นรายชั่วโมง โดยมีเวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ

พิสมัย สุระกาญจน์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์ (2562) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลภายในครอบครัวที่มีหน้าที่ให้การดูแลสมาชิกภายในครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหมายถึง สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดหรือทางเครือญาติ มีการช่วยเหลือในการดูแล การเลี้ยงดู ตามความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็กสมาธิสั้น

ประเภทของผู้ดูแล

Horowitz (1985) จำแนกประเภทของผู้ดูแล โดยแบ่งตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบได้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลในความต้องการทางด้านร่างกาย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่าง หรืออาจช่วยเหลือในการดูแลทางด้านร่างกายเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้

ผลกระทบต่อผู้ดูแล

การดูแลเด็ก โดยเฉพาะเด็กที่เป็นเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นในการดูแลโดยใช้ความพยายามและเสียสละเวลาในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลบางคนจึงเกิดความเครียดหลังจากการให้การดูแล จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดหลังจากการ ให้การดูแลเด็กสมาธิสั้น (ดลฤดี แดงน้ำคู้, 2549 อ้างถึงใน พาสินี แจ่มจำ และคณะ, 2562) และส่งผลกระทบกับผู้ดูแลหลายประการสรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ อาการอ่อนเพลียเนื่องจากนอนน้อยลง การใส่ใจสุขภาพตนเองลดลง เหนื่อยล้า (พาสินี แจ่มจำ และคณะ, 2562; ศิริมา สารนันท์, 2563)
2. ผลกระทบต่อด้านผู้ดูแลจิตใจ เช่น เกิดความเครียด เนื่องจากพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมักต่อต้าน ไม่ทำตามคำสั่ง รอคอยไม่ได้ เกิดภาวะซึมเศร้า หรือเกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล จากความรับผิดชอบและปัญหาที่ต้องได้รับการดูแล (กัลยา สุวรรณสิงห์ และคณะ, 2563; จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และ บุญเลี้ยง ทุมทอง, 2564; ศรีนวล ขวศิริ และ ธนากร ธนามี, 2561)
3. ผลกระทบต่อผู้ดูแลด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ จากพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอาจทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีการเลี้ยงดู หรือการลงโทษอย่างไม่เหมาะสม ทำให้เกิดเป็นปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครองกับเด็กสมาธิสั้น หากเด็กสมาธิสั้นไปที่โรงเรียน และครูผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นขาดความตระหนักหรือแสดงถึงการไม่ยอมรับในสภาวะของตัวเด็กสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้นก็จะกลายเป็นเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ขอบแกล้งเพื่อน และเมื่อเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ก็มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาบุคลิกภาพไปในทางที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การใช้สารเสพติด เป็นปัญหาต่อสังคมต่อไป (กานต์กรีน ศรีสุวรรณ และคณะ, 2562; จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และ บุญเลี้ยง ทุมทอง, 2563; ADHD Institute, 2018)

ภาระของผู้ให้การดูแล (Caregiver Burden)

ภาระของการที่ผู้ให้การดูแลเริ่มมีความรู้สึกว่าการให้การดูแลส่งผลกระทบในด้านต่าง ทำให้เกิดปัญหาเหนื่อยล้า ปัญหาวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าซึ่งการเกิดความเสี่ยงของภาระของผู้ใหญ่การดูแลสามารถเกิดได้หลากหลายปัจจัย เช่น ผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ที่ต้องอยู่ในความดูแล, ภาวะซึมเศร้า, ผู้รับมือกับความเครียดได้น้อย, ผู้ที่มีปัญหาด้านการเงิน และผู้ที่ไม่เต็มใจทำหน้าที่ให้การดูแล (ภาระของผู้ให้การดูแล, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบทั้งในด้านจิตใจ เช่น อารมณ์เครียด จากพฤติกรรม

การแสดงออกของเด็กสมาธิสั้นเมื่อเวลาที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดจะส่งผลกระทบในการเลี้ยงดูได้ (จิระวรรณ ศรีจันทร์ไชย และ สุจิตา ตีลาการยทรัพย์, 2564; Mash and Johnston, 1983; Yousefia et al., 2011) และ วิตกกังวล เกิดอารมณ์ท้อแท้ ด้านสังคม เช่น ความเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทำให้ขาดความสนใจในการดูแล และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและเด็กสมาธิสั้นเป็นไปในทิศทางที่ไม่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

ความหมายของความรู้

มานัส ปันหล้า (2012) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง สิ่งที่รวบรวมสะสมจากการศึกษา ค้นคว้า โดยใช้ความทักษะเข้าใจของแต่ละบุคคลที่ได้รับมาจากระบบการ การได้อ่าน การรับฟัง ซึ่งเกิดกระบวนการความคิดในแต่ละสาขาที่ศึกษา

อุรัชชา สุวพานิช (2560) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษา ค้นคว้า เรียนรู้ และประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ องค์วิชาในแต่ละสาขา

อุดมรัตน์ จรัสศรี (2560) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่อยู่กระจัดกระจาย มาจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ผ่านการศึกษา ค้นคว้า การปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล

ดังนั้น ความรู้หมายถึงสิ่งที่ได้จากการศึกษา ประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผ่านการคิด วิเคราะห์ แยกแยะ จนทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้

ความสำคัญของความรู้

ในอดีตความรู้จะสามารถพบได้เอง โดยที่ไม่ตั้งใจ เกิดจากวิธีลองผิดลองถูก ในการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดความรู้ใหม่ๆ หรืออาจเกิดจากการใช้ประสบการณ์ส่วนตัวที่พบเจอ โดยอาศัยหลักเหตุและผลเพื่อทำให้เกิดความรู้อย่างแท้จริง ในปัจจุบัน มีการนำความรู้มาวิเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบสังเคราะห์ จนนำไปสู่การพัฒนา ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดมุมมองใหม่ๆ โดยความรู้เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มี 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นปัญหา 2) ขั้นตั้งสมมุติฐาน 3) ขั้นรวบรวมข้อมูล 4) ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล และ 5) ขั้นสรุป (พรธิดา วิเชียรปัญญา, 2547) โดยความรู้มีทั้งความรู้ที่เหมือนกันความรู้ที่แตกต่างกัน หากความรู้เหมือนกันก็จะทำให้เกิดการส่งเสริมซึ่งกันและกัน หากความรู้ที่แตกต่างกันก็นำไปสู่การแข่งขันเพื่อให้เกิดการพัฒนา (สาวิตรี สกลเศรษฐ, 2561) และการมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น มีความสำคัญช่วยให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น (French et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้ศึกษา

ซึ่งพบว่า การให้ความรู้การป้องกันความพิการแต่กำเนิดทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ปกครองดีขึ้น (อุษา บุญเปลี่ยน และคณะ, 2560)

ประเภทของความรู้

ความรู้สามารถแบ่งประเภทได้หลากหลายรูปแบบ แต่นิยมกัน สามารถแบ่งความรู้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ความรู้แบบฝังลึก (Tacit Knowledge) เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวของแต่ละบุคคลที่เกิดจาก ประสบการณ์ การเรียนรู้ ทักษะต่างๆ สามารถนำมาเล่าเป็นประสบการณ์ หรืออาจใช้การจำลองสถานการณ์ และไม่สามารถเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรได้ แต่ สามารถถ่ายทอดออกมาตาม การสังเกตหรือเลียนแบบ และ 2) ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้ที่เป็นเหตุเป็นผล ที่มีการรวบรวมและถ่ายทอดออกมาในรูปแบบลายลักษณ์อักษร เช่น เอกสาร คู่มือ หนังสือ ตำรา รายงาน ซึ่งความรู้ที่แสดงออกมาอาจใช้เป็นสัญลักษณ์ สามารถสื่อสารและถ่ายทอดได้ (อุดมรัตน์ จรัสศรี, 2560)

ปัญหาเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งการดูแลทำให้เกิดปฏิกิริยาทางลบจากผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็น บิดา มารดา รวมไปถึงคุณครู ก่อให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม สามารถส่งผลให้เด็กมี พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (ศิริรัตน์ เฉลิมไทย, 2546; บุรชัย ศิริมหาสาคร, 2550) ดังนี้

1. การตามใจเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กขาดการควบคุมตนเอง ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่คิดวางแผนเป็นระบบ เอาแต่ใจ ทำตามอารมณ์ ไม่ฟังใคร และเอาตนเองเป็นศูนย์กลาง
2. การช่วยเหลือเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กช่วยเหลือตัวเองไม่เป็น บริหารเวลาไม่เป็น ทำอะไรด้วยตนเองไม่ได้ ขาดความมั่นใจ ฟังพาคคนอื่น หลบเลี่ยงปัญหา ขาดทักษะพื้นฐานในการปรับตัว
3. การดุด่า ตำหนิ ประณาม ประจาน ลงโทษมากเกินไป ทำให้เด็กมีอารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย มองตนเองไม่ดี มองโลกในแง่ร้าย ขาดความภูมิใจในตนเอง เก็บกด ความโกรธความก้าวร้าว และอาจจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นความก้าวร้าวต่อผู้อื่น
4. การปล่อยปละละเลยให้เด็กเป็นอิสระเกินไป ทำให้เด็กขาดระเบียบวินัย ขาดการควบคุมตนเอง ขาดทักษะส่วนตัว ขาดทักษะการเข้าสังคม เอาแต่ใจตนเอง ตัวลั่นใจแบบขาดการยั้งคิด ไม่ปรับตัวเข้าหาผู้อื่น

ปัญหาเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคสมาธิสั้น

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นรวมถึงคุณครูไม่เห็นความสำคัญของการกินยา โดยเด็กมีพฤติกรรมในการกินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงการกินยาโดนการหยุดยาเอง ผู้ดูแลรวมถึงครูควรเห็นความสำคัญของยาที่เด็กต้องได้รับ ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับยา เช่น ยาไม่มีฤทธิ์ง่วง ไม่ซึม ไม่ติดยา สามารถกินได้อย่างต่อเนื่อง สามารถกินยาได้ทุกๆวัน รวมไปถึงวันที่ไม่ได้เรียน

หนังสือ เพราะฤทธิ์ของยาจะช่วยด้านพฤติกรรมอื่นๆ ในรายที่เป็นมาก มักแนะนำให้กินทุกวัน เพราะเด็กจะได้รับประโยชน์มากกว่าเด็กไม่ยอมกินยา (พนม เกตุมาน, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาของเด็กสมาธิสั้น และช่วยลดความรุนแรงของอาการเด็กสมาธิสั้น คือความรู้ ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (ปัจฉิมา หลอมประโคน, 2565) รวมไปถึงผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีการเรียนรู้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างเหมาะสม ก็จะช่วยให้เกิดการลดการตีตราบาปสำหรับเด็กสมาธิสั้น (ภาสกร คุ่มศิริ และ อุ่นเรือน เล็กน้อย, 2560) และผู้ดูแลที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นโดยมีการเลี้ยงดูเชิงบวกก็สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจภายในครอบครัวต่อการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้อีกด้วย (เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร, 2563)

แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

ความหมายของทัศนคติ

สุภาวรรณ ปานจ้อย (2560) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ระดับความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่นำไปสู่พฤติกรรมโดยมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งทัศนคติที่แสดงออกของแต่ละบุคคลเกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ผ่านมา ทัศนคติเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจับต้องได้ เราสามารถรับรู้ได้จากพฤติกรรมของแต่ละบุคคลหรือจากการสอบถามพูดคุย

วีรยา อธิพัฒน์ภาคินและอานนท์ ทับเที่ยง (2019) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง เรื่องของพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่ได้รับ โดยมีการวิเคราะห์ทางความคิดออกมาในรูปแบบพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอารมณ์และความรู้สึก

นันทพร เขียนดวงจันทร์และขวัญกมล ตอนขวา (2019) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง ความรู้สึกหรือความเชื่อ ที่สอดคล้องกับพฤติกรรม หรือมีแนวโน้มของพฤติกรรม จำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการรับรู้และความเข้าใจ, ด้านอารมณ์และความรู้สึก และด้านพฤติกรรม

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2554) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า หมายถึง แนวความคิด ความรู้สึกต่อบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

Gibson et al. (2011) ได้ให้ความหมาย ทัศนคติ หมายถึง สิ่งที่กำหนดพฤติกรรมจากการเชื่อมโยงการรับรู้ หรือแรงจูงใจ ที่เป็นความรู้สึกเชิงบวกและเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นๆ โดยผลที่เกิดขึ้นเกิดจากประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่พบเจอ

ดังนั้น ทักษะของผู้ดูแล หมายถึง แง่คิด ความเข้าใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละบุคคลตามความคิด และความเชื่อที่เกิด จากประสบการณ์ โดยพฤติกรรมสามารถแสดงออกได้ทั้งทางบวกและทางลบในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

องค์ประกอบของทัศนคติ

Gibson et al. (2011) ได้มีการแบ่งองค์ประกอบของทัศนคติของบุคคลแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) คือ ความคิด ความรู้สึกที่สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อ ความรู้ และข้อมูล ที่แสดงให้เห็นถึงการใช้เหตุผล โดยความเชื่อจะแสดงออกมาในรูปแบบ การชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจที่มีต่อบุคคลหรือสิ่งของนั้น ๆ
2. ด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective) คือความเฉพาะอย่างซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เป็น ผลกระทบส่วนบุคคล ซึ่งได้จากสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เกิดจากการถ่ายทอด การเรียนรู้จากตัว ต้นแบบ เช่น พ่อแม่ ครู หรือกลุ่มของเพื่อนๆ
3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral) คือความตั้งใจที่จะแสดงออกในรูปแบบความประพฤติในทางใดทางหนึ่งต่อบุคคลในบุคคลหนึ่ง หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยมีรากฐานมาจากความรู้สึก เฉพาะเจาะจงของบุคคล

ประเภทของทัศนคติ

ดาร์ณี พานทอง (2542) (อ้างใน Li Honglin 2560 น.7) ได้มีการแบ่งประเภทของทัศนคติ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

1. ทัศนคติทางเชิงบวก (Positive Attitude) คือ สิ่งที่ชักนำให้บุคคลแสดงออกทางความรู้สึก หรืออารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมในทิศทางที่ดี ยอมรับ หรือความพึงพอใจ
2. ทัศนคติทางลบ (Negative Attitude) คือ สิ่งที่ชักนำให้บุคคลแสดงออกทางความรู้สึกหรือ อารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมในทิศทางที่ไม่ดี ไม่ยอมรับ หรือไม่พอใจ จะแสดงออกในทางลบ
3. ทัศนคติเป็นกลาง คือ ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆหรือสิ่งนั้นๆ ไม่มีแนวโน้มทั้งใน ทางบวกและทางลบ เช่น การนั่งเฉยอย่าง ไม่มีความคิดเห็น

การวัดทัศนคติ

ภัสราภรณ์ หงษ์ทอง (2560) มีการวัดทัศนคติเป็นการวัดที่แสดงออกจากความรู้สึก ซึ่งมีความเกี่ยวข้องในด้านอารมณ์หรือเป็นลักษณะทางจิตใจ สามารถแปรเปลี่ยนได้ง่าย มีความไม่แน่นอน ทัศนคติที่มั่นคงสามารถวัด โดยมีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. ต้องยอมรับในข้อตกลงเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ
 - 1.1. ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือทัศนคติของบุคคล จะมีลักษณะอยู่ในแต่ละช่วงเวลา เพราะ คนเราต่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนหรือแปรผันอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นก็จะมีช่วงเวลา หนึ่งที่ความรู้สึกคงที่และเราสามารถทำการวัดและประเมินได้

1.2. ทักษะคิดจะไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยตรง โดยวัดจากพฤติกรรมที่แสดงออกมา หรือพฤติกรรมที่ทำอย่างสม่ำเสมอ

1.3. นอกจากทักษะคิดแสดงออกมาในรูปแบบพฤติกรรม การวัดทักษะคิดก็สามารถวัดได้จากความรู้สึกนึกคิด เช่น การสนับสนุน หรือการคัดค้าน ซึ่งการวัดจะทำให้ทราบถึงทิศทางของทักษะคิด

2. การวัดทักษะคิดจะประกอบด้วย 3 อย่าง คือ 1) ตัวบุคคลที่ถูกวัดที่มีสิ่งเร้า 2) พฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาเพื่อตอบสนอง และ 3) ผลของการตอบสนอง โดยผลของการตอบสนองของบุคคลสามารถแบ่งระดับออกเป็นระดับสูงและระดับต่ำ มากหรือน้อยเพราะการวัดทักษะคิดจะเป็นข้อความเกี่ยวกับรายละเอียดที่ต้องการจะวัด

3. สิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งแสดงทักษะคิดออกมาในรูปแบบข้อความ (Attitude Statements) ซึ่งสิ่งเร้าดังกล่าวจะออกมาในรูปแบบของภาษาใช้อธิบายถึงคุณลักษณะของสิ่งนั้น เพื่อให้บุคคลสามารถตอบสนองออกมาเป็นระดับของความรู้สึก (Scale) เช่น มาก ปานกลาง น้อย

4. การวัดทักษะคิดเพื่อให้ทราบถึงระดับความรู้สึกของแต่ละบุคคล เป็นวิธีการวัดถึงคุณค่า และต้องถามถึงลักษณะในแต่ละด้านของเรื่องนั้นออกมา หลังจากนั้นจึงนำผลที่ได้มาสรุปเป็นทักษะคิด ดังนั้นการวัดทักษะคิดจะต้องมีการประเมินอย่างครอบคลุมถึงลักษณะต่างๆ

5. การวัดทักษะคิดต้องมีการคำนึงถึงความเที่ยงตรง (Validity) ของผลการวัด โดยต้องวัดให้ตรงกับสภาพความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นในทิศทางของการวัด หรือระดับช่วงของทักษะคิดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ทักษะคิดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นรวมถึงครูสามารถส่งผลต่อความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น รวมถึงการเข้ารับการรักษารักษาของบุตรหลาน เมื่อผู้ดูแลพาเด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษ ผู้ดูแลควรจะพบกับครูอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามความก้าวหน้า หรือปัญหา การช่วยเหลือด้านโรงเรียน ซึ่งเด็กสมาธิสั้นบางคนมีอาการไม่มาก ทำให้มีลักษณะเหมือนเด็กปกติทั่วไป จนครูคิดว่าเด็ก อาจจะไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น ถ้าครูไม่แน่ใจมีการวินิจฉัยโรค ควรปรึกษาแพทย์ ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่แพทย์ส่งผ่านพ่อแม่ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและการรักษาต่อเนื่องรวมถึงส่งเสริมทักษะที่เด็กขาดอยู่ เมื่อเด็กเลื่อนชั้น แจ้งให้ครูคนต่อไปทราบเพื่อเป็นการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ครูควรมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับโรคสมาธิสั้น เช่น มีการจัดตำแหน่งโต๊ะเรียน ไม่ควรให้เด็กนั่งติดหน้าต่างหรือประตูเพราะเด็กจะเสียสมาธิได้ง่าย ควรให้เด็กนั่งใกล้ครู เพื่อคุณครูสามารถเรียก ตักเตือนสมาธิของเด็ก รวมไปถึงการให้เด็กควรนั่งติดกับเด็กนักเรียนที่ไม่เล่นหรือคุยระหว่างเรียน (อรรพรรณ เล่าห์เรณู และคณะ, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การมีอคติหรือการมีทักษะคิดที่ไม่ดีโดยการเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการตีตราทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น (ภาสกร คุ่มศิริ และ อุ่นเรือน เล็กน้อย, 2561) ซึ่งการมีทักษะคิดไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น (วันรวี พิมพ์รัตน์, 2559)

แนวคิดศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)

การทำใจ เป็นรูปแบบการเผชิญปัญหาต่อเหตุการณ์ที่ไม่ดีโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาได้ หรือสถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การนำไปใช้ของคำว่า “ทำใจ” สามารถใช้ในกรณีที่อยู่ในชีวิตประจำวันหรือการทำงาน (Mills et al, 2019)

ความหมายของการเผชิญปัญหาของคนไทย(การทำใจ)

Mills, et al. (2019) ได้ให้ความหมายของการทำใจว่า หมายถึง กลไกทางจิตวิทยาในการเผชิญปัญหาจากสถานการณ์ของแต่ละบุคคล โดยสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นสถานการณ์ในเชิงลบที่ยากเกินความควบคุม โดยเผชิญกับอารมณ์ ความคิดเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตโดยปัญหานั้นๆ ยังคงอยู่ โดยในวัฒนธรรมของประเทศไทยเรียกว่า “การทำใจ”

สมศรี นวรัตน์ (2012) ได้ให้ความหมายของการทำใจว่า หมายถึง การยอมรับทางความคิดในบางสิ่งที่เราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ได้ หากใครยอมรับทางความคิดได้ก็จะเกิดผลดีที่แสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรม และช่วยลดอารมณ์ความเครียดได้

อัครเดช ญาณเตโช (2545) ได้ให้ความหมายของการทำใจว่า หมายถึง การยอมรับในสถานภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยที่เราสามารถยอมรับในสถานะที่เปลี่ยนแปลงได้ แสดงออกมาในรูปแบบอารมณ์ทางความคิดในทั้งด้านบวกและด้านลบ

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (2559) ได้ให้ความหมายของการทำใจว่า หมายถึง หมายถึง การยอมรับในสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางความคิด โดยเกิดการเรียนรู้ที่จะอยู่กับสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นๆ

แนวคิดของการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)

การทำใจสามารถเกิดขึ้นกับทุกคนซึ่งพบได้ในชีวิตประจำวัน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเสียชีวิต การทำใจขึ้นอยู่กับความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรม และศาสนา ของแต่ละบุคคล โดยบริบทดังกล่าวเป็นบทบาทที่สำคัญที่ทำให้เกิดการระลึกที่จะต้องปฏิบัติตามความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรม และศาสนา เช่น ความเชื่อทางศาสนาพุทธ คือ การเผาศพจะไม่เผาในวันศุกร์ ซึ่งในการปฏิบัติขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีความเป็นปัจเจกบุคคล (Mills, et al. (2017)

ลักษณะการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)

ลักษณะของการทำใจ คือ การยอมรับต่อสภาวะหรือสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามา ทั้งที่เราตั้งใจและไม่ตั้งใจ โดยสถานการณ์ดังกล่าวเป็นสถานการณ์เลวร้ายหรือสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผลของการทำใจ คือ ความสงบทางด้านจิตใจ ทักษะการคิดบวก

วิธีการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)

วิธีการทำใจ สามารถแบ่งวิธีการทำใจออกได้ (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2559) ดังนี้

1. การทำใจ เป็นกระบวนการทางความคิดที่ทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่คาดไม่ถึง และสามารถยอมรับและอยู่ร่วมกับมันได้
2. การทำใจ เป็นกระบวนการที่จะแก้ไขทางความคิด โดยเปิดโอกาสในการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และสะท้อนกับเหตุการณ์ในอดีต โดยผ่านแนวความคิดที่จะเกิดการยอมรับ
3. การทำใจของแต่ละบุคคลไม่สามารถบังคับหรือกำหนดระยะเวลาของการทำใจได้ แต่ระยะเวลาที่ทำใจ ขึ้นอยู่กับการเข้าใจและการยอมรับของแต่ละบุคคล
4. การทำใจของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความคิด ความรู้สึกในส่วนลึกภายในจิตใจ โดยสามารถแบ่งได้ทั้งในทางบวกและทางลบ

สรุป “การทำใจ” เป็นรูปแบบการเผชิญปัญหาต่อเหตุการณ์ที่ไม่ดีโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัญหาได้หรือสถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เราคาดไม่ถึง และเราสามารถยอมรับและอยู่ร่วมกับมันได้

จากการทบทวนวรรณกรรม การรับรู้ของผู้ดูแลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น สามารถทำนายความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ภายในครอบครัว ส่วนสภาพแวดล้อมในครอบครัว ไม่สามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ (ธัญวดี นาคมิตร และคณะ, 2561)

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิต (Mental health) คือ การรับรู้ของบุคคลที่รับมือต่อเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งเกิดจากความเข้าใจและยอมรับต่อสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งทำให้เกิดความสุขหรือความทุกข์ต่อสุขภาพจิตขณะนั้น

ความหมายของภาวะสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโรคได้นิยามคำว่า สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิตที่ทำให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ให้แก่ตนเอง และสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2563)

กรมสุขภาพจิต (2563) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึง ความสมบูรณ์ของจิตใจที่สามารถปรับปรุงจิตใจให้มีความสุข แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ ซึ่งสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม บางขณะอาจไม่ดี ทำให้เกิดความทุกข์และความสุขแล้วแต่ตามสุขภาพจิตขณะนั้น

ดังนั้น สุขภาพจิต หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้นส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยน การตอบสนองหรือเผชิญต่อสภาวะดังกล่าวตามสถานการณ์ ในบางครั้งสามารถทำให้เกิดความสุข หรือความทุกข์ได้

ลักษณะของสุขภาพจิต

ลักษณะของสุขภาพจิตมีคุณสมบัติเฉพาะพอจะจำแนกได้ดังต่อไปนี้

1. ไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
2. แต่ละบุคคลมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน บางคนมีสุขภาพจิตดี บางคนมีสุขภาพจิตไม่ดี
3. สภาวะของสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น
4. สามารถปรับปรุงและส่งเสริมให้ดีขึ้นได้
5. มีความต้องการการทะนุถนอม ดูแลปกป้อง บำบัด รักษาเหมือนเช่นเดียวกับสุขภาพกาย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตเกิดจากปัจจัยที่หลากหลายและมีลักษณะแบบพหุปัจจัย โดยปัจจัย เหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุ โดยตรง เนื่องจากสุขภาพจิตมีความซับซ้อนที่เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัย ใดปัจจัย หนึ่งแต่เป็นการผสมผสานกันระหว่างปัจจัยที่หลากหลายทั้งภายในและภายนอก ปัจจัยที่มีผล ต่อ สุขภาพจิตประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน (สมพร อินทร์แก้ว และคณะ, 2552) ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรม (Individual attributes and behaviors) เป็นลักษณะที่ ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด การเรียนรู้ภายหลังการเผชิญและการจัดการกับความคิด ความรู้สึก ในชีวิตประจำวันที่เรียกว่า ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional intelligence) หรือเป็น ความสามารถในการเผชิญและจัดการทางสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความรับผิดชอบและการเคารพมุมมองความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่เรียกว่า ความฉลาดทาง สังคม (Social intelligence)
2. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Social and economic circumstance) เป็นความสามารถ ของบุคคลในการพัฒนาในขณะที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงานและการมีข้อจำกัดหรือด้อยโอกาสทางการศึกษาและการมีรายได้ที่ดีก็เป็น ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพจิตได้
3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และ สิ่งแวดล้อมที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่มีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคล เช่น การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการต่างๆ การถูกครอบงำด้วยความเชื่อทางวัฒนธรรม ทศนคติ หรือการปฏิบัติ ต่างๆ การถูกแบ่งแยกเชื้อชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่เป็นด้านลบ สามารถสรุปได้ คือ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด คือ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น การ สื่อสารในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต (กมลนันท์ คล่องดี และคณะ,

2559) ซึ่งสามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดความเครียดได้ด้วย โดยความเครียด สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (จินณพัฒน์ ยอดโกศลศรี, 2565) และ 2) ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว การเผชิญความเครียด (พรรณนภา อุดมโชติพิสุทธิ, 2566) อีกทั้งหากภายในครอบครัวของผู้ดูแลมีผู้ป่วยจิตเวชภายในครอบครัวก็มีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบของผู้ดูแล โดยมีความคิด ความเชื่อว่า “ตนเองไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จ” (พร้อมพร วงศ์วัฒนฤกษ์ และคณะ, 2562) การมีพฤติกรรมร่วมกับโรคทางจิตเวชของผู้ป่วยสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เริ่มรักษา และผลการเรียนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแลก็สามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (ภาระวี ชโลธร, 2564) รวมไปถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อมารดาของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ ระยะเวลาหลังจากที่บุตรได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นนานกว่า 12 เดือน และสถานภาพสมรสของมารดาที่เป็นแบบแยกกันอยู่และหม้าย (สุวรรณี พุทธิศรี และคณะ, 2549) โดยพลังสุขภาพจิตที่อยู่ในด้านลบ สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (พรรณนภา อุดมโชติพิสุทธิ, 2566)

แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) เป็นการใช้ทักษะความคิดของตนเองในการยอมรับทั้งความคิดและพฤติกรรม โดยไม่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมที่เคยเกิดขึ้นหรือเคยเผชิญที่ผ่านมา (พงศ์อำมาตย์ อุเทนสุด และ ชีรวรรณ ชีระพงษ์, 2019)

ความหมายของความยืดหยุ่นทางจิตใจ

American Psychological Association: APA (2004) ได้ให้ความหมายของความยืดหยุ่นเป็นกระบวนการปรับตัว ความสามารถในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสิ่งท้าทายต่าง ๆ เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพ และปัญหาการเงิน เป็นต้น

Luoma et al. (2007) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ของแต่ละบุคคลตามเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีการยอมรับในความรู้สึกทั้งพอใจและไม่พอใจโดยเน้นตามความเข้าใจตามพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล

กรมสุขภาพจิต (2563) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ หมายถึงความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลที่สามารถยืดหยุ่น ปรับตัว พื้นฟูสภาพอารมณ์ และจิตใจได้อย่างรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์วิกฤติหรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก เป็นคุณสมบัติเฉพาะตัว ของบุคคลที่สามารถรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดฝันพลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้โดยไม่จมอยู่กับความทุกข์และสามารถดำเนินชีวิตต่อไป

ธัญพิชชา แสนนรินทร์ และคณะ (2563) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) หมายถึง ความสามารถสถานการณ์ที่กำลังดำเนินอยู่ โดยการรับรู้และสารถยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย โดยไม่ปฏิเสธต่อการตัดสินใจ และดำเนินไปตามพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

ดังนั้น ความยืดหยุ่นทางจิตใจ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวให้คืนสู่สภาพเดิม ภายหลังเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในชีวิตในด้านต่างๆ เช่น ปัญหาด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว และภาวะวิกฤตต่างๆ ของชีวิต

ความสำคัญของความยืดหยุ่นทางจิตใจ

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ เป็นความสามารถของบุคคลที่ช่วยป้องกันและแก้ไขภาวะวิกฤติของชีวิต และ ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ประสบปัญหาในชีวิต ต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และ ภาวะ ซึมเศร้า มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน โดยความยืดหยุ่นทางจิตใจ จะช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับภาวะวิกฤตต่างๆ ของชีวิต ซึ่งบางครั้งเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันทำให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติได้ ความยืดหยุ่นทางใจ เป็นกระบวนการพัฒนาบุคคลให้มีวุฒิ ภาวะมากขึ้น มีความอดทนต่อความยากลำบาก สร้างกำลังใจให้ลุกขึ้นสู้และลงมือแก้ไขปัญหา และกลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้อย่างรวดเร็ว ภายหลังเผชิญกับภาวะวิกฤติ (กรมสุขภาพจิต, 2552 อ้างถึงใน สุคนธ์จิต อุปันชัย, 2556 น.12)

องค์ประกอบของผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจ

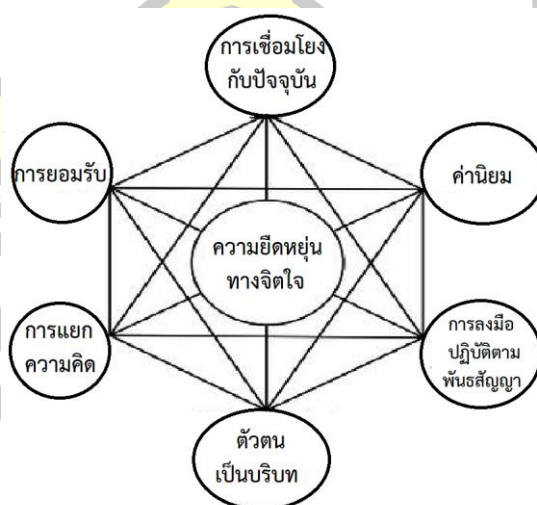
องค์ประกอบของผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางใจ ประกอบด้วย 6 ประการ (Hayes et al., 2013) ดังต่อไปนี้

1. การแยกความคิด (Cognitive Defusion) เป็นวิธีการสังเกตและการใช้ความคิดเพื่อจะประเมิน แปลความหมายรวมไปถึงการตีความของเหตุการณ์ที่เป็นต้นเหตุของปัญหา โดยในความคิดหรือการตีความของความหมายอาจเกิดจากการหล่อหลอมของสังคมรวมไปถึงการปลูกฝังในวัฒนธรรม โดยการใช้ความคิดที่เกิดขึ้นด้วยวิธีใหม่ ช่วยลดผลกระทบของความคิดที่ส่งผ่านความทุกข์ โดยในความคิดอาจจะไม่มีอยู่จริง ไม่จำเป็นต้องเชื่อหรือไม่ต้องตอบสนองต่อสิ่งนั้น
2. การยอมรับ (Acceptance) การเปิดใจสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น ทั้งความคิด ความรู้สึก จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่นำความคิดไปตัดสิน ไม่เอาอารมณ์ไปไปควบคุม ต่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งการยอมรับดังกล่าว ทำให้เกิดความเข้าใจ ในเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นว่าในชีวิตสิ่งที่ต้องเผชิญคือมีทั้งเรื่องดีหรือไม่ดี ผิดหรือถูก เมื่อพิจารณาตามความคิดตามความรู้สึกที่เกิดขึ้น จะส่งผลให้การทำความเข้าใจกับความคิดทั้งในทางบวกและทางลบ ทำให้ความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น ค่อยๆหายไปเอง
3. การเชื่อมโยงกับปัจจุบัน (Contact with the Present Moment) เป็นการตระหนักและมีสติกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ โดยการเผชิญกับสิ่งต่างๆ จะไม่มีการปิดกั้น เช่น ความสุขหรือความทุกข์ ความคิดที่ทำให้เกิดความกังวลในจิตใจเมื่อสถานการณ์นั้นๆ ยังไม่เกิดขึ้น อาจทำให้เกิดความคิดและเกิดความรู้สึกยืดหยุ่นทางจิตใจมากขึ้น
4. ตัวตนเป็นบริบท (Self as Context) เป็นการที่บุคคลใด บุคคลหนึ่งมีการรับรู้ความคิดของตนเองทั้งจากการใช้การสังเกตความคิดและความรู้สึกในการลดตัวตนจากสถานการณ์ หรือการเอาความคิดไปหลอมรวมเข้ากับเนื้อหาทางความคิด ทำให้เกิดการมองเห็นตนเอง ขณะที่มีความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ทั้งในแง่บวกและแง่ลบ เมื่อมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะใช้ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ก่อนเกิดความ

เปลี่ยนแปลงในความคิด อารมณ์หรือความรู้สึกของตนเอง เราควรมีการยอมรับและความคิดทางลบที่ทำให้เกิดความทุกข์ออกไป จะเป็นการเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจของบุคคล รวมไปถึงการมองในทัศนคติ สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้เรื่อยๆ การเปลี่ยนแปลงแบบไม่คงที่ ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกทั้งดีและไม่ดี

5. การระบุค่านิยม (Values) การมองเป้าหมายข้างหน้าพร้อมที่จะริเริ่มลงมือปฏิบัติ ทำให้มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ตามความต้องการของตนเอง โดยเริ่มจากการเข้าใจทัศนคติที่ทำให้เกิดคุณค่าในชีวิต ที่ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต และการให้คุณค่าหรือค่านิยมนั้น เป็นหัวใจสำคัญของความหมาย โดยมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ และแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตโดยมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดเป้าหมายทางไว้ โดยมอบกำลังใจในการดำเนินชีวิต
6. การลงมือปฏิบัติตามพันธสัญญา (Committed Action) เป็นการที่บุคคลนำเอาความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และประสบการณ์ที่เกิดขึ้น นำมาการลงมือปฏิบัติอย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับค่านิยม โดยมีการแบ่งเป้าหมายเป็นระยะสั้นหรือระยะยาว ซึ่งทำให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณค่า ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยมหรือคุณค่าที่ตัวเองมี

ดังนั้น ผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจ มีคุณลักษณะสำคัญทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านอารมณ์ การรู้คิด และด้านจิตวิญญาณ เช่น มีสุขภาพดี มีอารมณ์มั่นคง มีอารมณ์ขันเห็นคุณค่าในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีความกระตือรือร้น มีทักษะในการแก้ปัญหา และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น มีเป้าหมายในชีวิต มีความกระตือรือร้น มีทักษะในการแก้ปัญหา และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น และมีองค์ประกอบของความยืดหยุ่นทางจิตใจ ดังภาพที่ 2



รูปที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธสัญญา

(Hayes et al., 2012)

แนวคิดการรักษาด้วยการยอมรับและการให้สัญญา (Acceptance and commitment therapy ตัวย่อ ACT)

ความหมายของการรักษาด้วยการยอมรับและการให้สัญญา

Hayes et al. (1999) ให้ความหมายของ การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญา ว่า บุคคลสามารถเกิดความเจ็บป่วยทางจิตใจหรือเกิดความทรมานทางจิตใจได้จากความคิดที่แสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรม

Waters (2012) ให้ความหมายของ การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญา ว่า เป็นการบำบัดโดยใช้การรับรู้ การมีสติที่อยู่กับเหตุการณ์ปัจจุบัน โดยมียอมรับในการเปลี่ยนแปลง โดยเน้นการยอมรับตามความต้องการของตนเอง

จุฬามาศ แหนจอน (2561) ให้ความหมายของ การบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญา ว่า เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่พัฒนาให้ใช้กับปัญหา โดยมีการปรับสภาพของปัญหาให้เข้ากับ เหตุการณ์และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล โดยการยอมรับในการปรับพฤติกรรมขึ้นอยู่กับการรับรู้ และการควบคุมตนเอง

ดังนั้น การรักษาด้วยการยอมรับและการให้สัญญา (Acceptance and commitment therapy ตัวย่อ ACT) หมายถึง รูปแบบการบำบัดทางจิตโดยมีวิธีการในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีการใช้หลักฐานเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ถูกบำบัด ด้วยวิธีให้ยอมรับ (acceptance) และมีการใช้ความคิดเพื่อให้เกิดความรู้สึกตัว รวมทั้งการให้คำมั่นสัญญาเพื่อจะปรับเปลี่ยนใน พฤติกรรมทั้งในทางบวกและทางลบเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางใจได้

จุดประสงค์ของการรักษาด้วยการยอมรับและการให้สัญญา

จุดมุ่งหมายของ ACT ไม่ใช่เพื่อศึกษาและปรับความรู้สึกทางลบของตนเอง โดยแยก ความคิดออกจากความเป็นจริง ของความคิดที่เราสร้างขึ้นเอง ไม่หลีกเลี่ยงในความคิดหรือพฤติกรรม ที่เกิดขึ้น จนทำให้เกิดการปรับความคิด และพฤติกรรมในเชิงบวกมาทดแทน เพื่อให้เข้าใจสู่ความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น (พงศ์อำมาตย์ อุเทนสุด และ อีรพรรณ ธีระพงษ์, 2020)

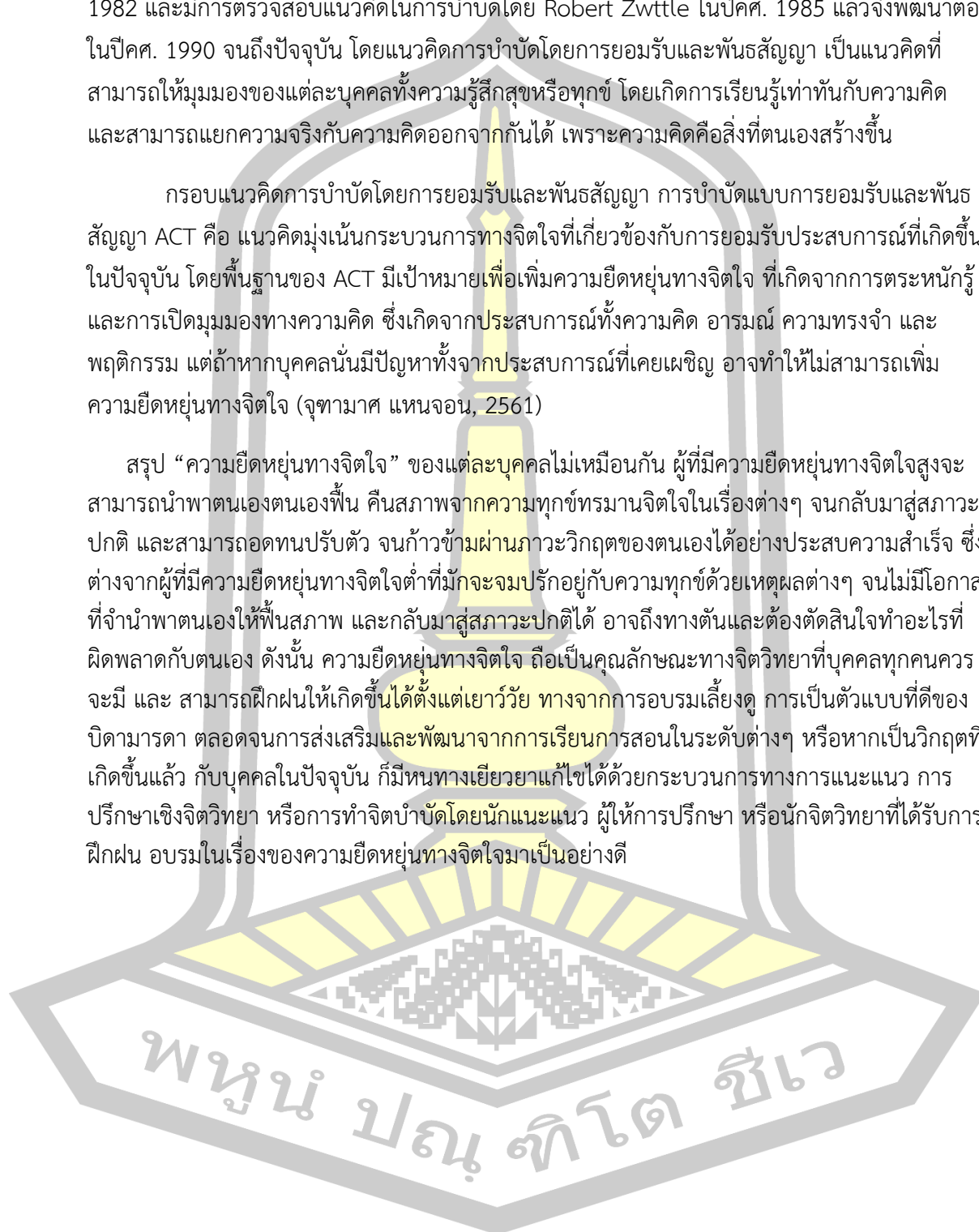
แนวคิดการรักษาด้วยการยอมรับและการให้สัญญา

แนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญา (Acceptance and commitment therapy ตัวย่อ ACT) มีรากฐานจากทฤษฎีกรอบสัมพันธ์ (Relational frame theory) เป็นแนวคิด พัฒนาโดย Steven C. Hayes ในปีคศ. 1990 แนวคิดนี้พัฒนามาจากแนวคิดเดิมคือ Cognitive Behavior Therapy (CBT) เป็นการใช้หลักจิตวิทยารวมกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล ตามในแต่ละประสบการณ์ โดยเริ่มจากการยอมรับ (acceptance) และรายละเอียดต่างๆ โดยเช่นมี สติ ผสมกับการให้คำมั่นสัญญา รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นๆ เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทาง

จิตใจ แรกเริ่มเรียกว่า “comprehensive distancing” ถูกตั้งชื่อโดย Steven C. Hayes ในปีค.ศ. 1982 และมีการตรวจสอบแนวคิดในการบำบัดโดย Robert Zwttle ในปีค.ศ. 1985 แล้วจึงพัฒนาต่อในปีค.ศ. 1990 จนถึงปัจจุบัน โดยแนวคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธสัญญา เป็นแนวคิดที่สามารถให้มุมมองของแต่ละบุคคลทั้งความรู้สึกสุขหรือทุกข์ โดยเกิดการเรียนรู้เท่าทันกับความคิด และสามารถแยกความจริงกับความคิดออกจากกันได้ เพราะความคิดคือสิ่งที่ตนเองสร้างขึ้น

กรอบแนวคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธสัญญา การบำบัดแบบการยอมรับและพันธสัญญา ACT คือ แนวคิดมุ่งเน้นกระบวนการทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยพื้นฐานของ ACT มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ ที่เกิดจากการตระหนักรู้ และการเปิดมุมมองทางความคิด ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ทั้งความคิด อารมณ์ ความทรงจำ และพฤติกรรม แต่ถ้าหากบุคคลนั้นมีปัญหาทั้งจากประสบการณ์ที่เคยเผชิญ อาจทำให้ไม่สามารถเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ (จุฑามาศ แหนจอ, 2561)

สรุป “ความยืดหยุ่นทางจิตใจ” ของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงจะสามารถนำพาตนเองฟันฝ่า ฝ่าฟันจากความทุกข์ทรมานจิตใจในเรื่องต่างๆ จนกลับมาสู่สภาวะปกติ และสามารถอดทนปรับตัว จนก้าวข้ามผ่านภาวะวิกฤตของตนเองได้อย่างประสบความสำเร็จ ซึ่งต่างจากผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำที่มักจะจมปรักอยู่กับความทุกข์ด้วยเหตุผลต่างๆ จนไม่มีโอกาสที่จำนำพาตนเองให้พ้นสภาพ และกลับมาสู่สภาวะปกติได้ อาจถึงทางตันและต้องตัดสินใจทำอะไรที่ผิดพลาดกับตนเอง ดังนั้น ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ถือเป็นคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่บุคคลทุกคนควรมี และสามารถฝึกฝนให้เกิดขึ้นได้ตั้งแต่เยาว์วัย ทางจากการอบรมเลี้ยงดู การเป็นตัวอย่างที่ดีของบิดามารดา ตลอดจนการส่งเสริมและพัฒนาจากการเรียนการสอนในระดับต่างๆ หรือหากเป็นวิกฤตที่เกิดขึ้นแล้ว กับบุคคลในปัจจุบัน ก็มีหนทางเยียวยาแก้ไขได้ด้วยกระบวนการทาง การแนะแนว การปรึกษาเชิงจิตวิทยา หรือการทำจิตบำบัดโดยนักแนะแนว ผู้ให้การปรึกษา หรือนักจิตวิทยาที่ได้รับการฝึกฝน อบรมในเรื่องของความยืดหยุ่นทางจิตใจมาเป็นอย่างดี



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การทำใจ (เผชิญปัญหา) และภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

สถานที่ในการดำเนินวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งสถาบันฯ มีนโยบายส่งเสริมพัฒนาการ รวมไปถึงการป้องกัน รักษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชน โดยเน้น 5 โรคหลัก คือ ออทิสติก ภาวะการเรียนรู้บกพร่อง (Learning Disability: LD) การติดเกม ซึมเศร้า และสมาธิสั้น โดยส่วนใหญ่คนไข้ที่เข้ารับบริการที่สถาบันฯ จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมาธิสั้นโดยจะมีคลินิกในการให้บริการสำหรับเด็กสมาธิสั้น ในช่วงเวลา 8.30 – 16.30 น. ของวันอังคารและวันพุธในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งวันที่สถาบันฯ ให้บริการกับเด็กสมาธิสั้นเป็นหลัก คือ ทุกวันพุธของสัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่พาเด็กมารับบริการ ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ซึ่งมีรายละเอียดในการกำหนดเกณฑ์การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ใช้ Test family โดยการเลือก Exact สำหรับ Statistical test เลือกแบบ Correlation: Bivariate normal model และ Type of power analysis (2) เลือก A priori: Compute required sample size – given α , power, and effect size (3) กำหนดเกณฑ์การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกการทดสอบแบบสองทาง (Two Tails test) กำหนดค่า Effect size โดยใช้ค่า Correlation (H1) เท่ากับ 0.3 ค่า α เท่ากับ 0.01 ค่า Power เท่ากับ 0.98 และ ค่า Correlation (H0) เท่ากับ 0 และ (4) เมื่อลงข้อมูลแล้ว ใช้โปรแกรม G*Power คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 227 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของจำนวนทั้งหมด จะได้เท่ากับ 250 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เด็กในการดูแลเข้ารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในความรับผิดชอบ อย่างน้อย 6 เดือน
2. เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์เป็นต้นไป
3. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือ มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับเด็กสมาธิสั้น
4. มีความสามารถในการเขียนและอ่านภาษาไทยได้ โดยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินหรือการมองเห็น
5. ยินยอมเข้าร่วมในโครงการการวิจัยโดยการลงลายมือชื่อในแบบขอความร่วมมือสำหรับการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ดูแลที่พาเด็กสมาธิสั้นมารับบริการตรวจรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีข้อจำกัดส่วนตัวทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่สามารถให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ได้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ซึ่งพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยการสุ่มเลือกวันที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้เป็นทุกวันพุธของสัปดาห์ ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองจนครบจำนวน คือ 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Socio-demographic data questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นประกอบไปด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา
2. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย พรทิพย์ วิชรติลก (2551) เป็นแบบสอบถาม 10 ข้อ โดยให้ผู้ปกครองตอบว่าถูกหรือผิด

การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ค่าคะแนนมีความมากกว่าหรือเท่ากับ 6 หมายถึง ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้เข้าใจดี และ ค่าคะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้ความเข้าใจไม่ดี โดยค่าความเชื่อมั่นจากการวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ 0.78 (วันรวิ พิมพรัตน์, 2549)

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย พรทิพย์ วิชรติลล (2551) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น มีจำนวน 10 ข้อ เครื่องมือฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นจากรายงานการวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ 0.83 (วันรวิ พิมพรัตน์, 2549) โดยลักษณะของการตอบคำถามเป็นแบบถามความคิดเห็น (Likert scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยมีความหมายและเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 | หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความ |
| 2 | หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความเล็กน้อย |
| 3 | หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความปานกลาง |
| 4 | หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความมาก |

4. แบบวัดศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ: Thum-jai Scale) เป็นแบบวัดการตอบสนองทางจิตวิทยา ความรู้สึก ความคิดที่ต้องเผชิญปัญหาของคนไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย Dr. Andrew C. Mills และคณะ (Mills. et al., 2019) ประกอบด้วย 12 ข้อ เครื่องมือนี้มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 12 ถึง 48 คะแนน โดยคะแนนรวมได้มาก หมายถึง การมีกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) สูง ลักษณะของการตอบคำถามเป็นแบบถามความคิดเห็น (Likert scale) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยมีความหมายและเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|---|------------------------------|
| 1 | หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 2 | หมายถึง ไม่เห็นด้วย |
| 3 | หมายถึง เห็นด้วย |
| 4 | หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

5. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21) เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยตนเองฉบับภาษาไทย แปลโดย สุกัลยา สว่าง (Oei et al., 2013) เพื่อใช้ประเมินความรุนแรงของอารมณ์ทางลบประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน แต่ละด้านมี 7 ข้อคำถาม คือ **ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า** ในแต่ละข้อคำถามจะประเมินคามถี่หรือความรุนแรงในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาของอารมณ์ทางลบในแต่ละด้าน ซึ่งมีลักษณะ

การตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ โดยมี ความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|---|--|
| 0 | หมายถึง ไม่เกิดความรุนแรงทางอารมณ์ด้านลบเลย |
| 1 | หมายถึง เกิดความรุนแรงทางอารมณ์ด้านลบบางครั้ง |
| 2 | หมายถึง เกิดความรุนแรงทางอารมณ์ด้านลบบ่อยครั้ง |
| 3 | หมายถึง เกิดความรุนแรงทางอารมณ์บ่อยที่สุดหรือเกือบตลอดเวลา |

โดยเครื่องมือวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นจากการวิจัยที่ผ่านมาด้าน คือ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .92, .83 และ .89 ตามลำดับ (สุจิรา ประกอบสุข และ อรัญญา ตัญจัมภีร์, 2562)

6. แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (The Acceptance and Action Questionnaire หรือ AAQ-II ฉบับภาษาไทย) แปลเป็นภาษาไทยโดย วนิษา น้อยผล (2560) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 7 ระดับ โดยมีความหมาย และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|---|---------------------------|
| 1 | หมายถึง ไม่จริงเลย |
| 2 | หมายถึง แทบไม่ค่อยจริง |
| 3 | หมายถึง ไม่ค่อยจริง |
| 4 | หมายถึง จริงบางครั้ง |
| 5 | หมายถึง จริงบ่อยครั้ง |
| 6 | หมายถึง จริงเกือบทุกครั้ง |
| 7 | หมายถึง จริงทุกครั้ง |

โดยเครื่องมือวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นจากการวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ .92 (ธัญพิชชา แสนนรินทร์, 2562) เนื่องจากข้อคำถามทั้งหมดของเครื่องมือวิจัยนี้มีความหมายไปในทิศทางด้านลบ ซึ่งสะท้อนถึง “ความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological inflexibility)” นั่นคือ คะแนนต่ำ หมายถึง การมีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง ดังนั้น เพื่อให้สะดวกในการแปลความหมายเมื่อนำไปหาความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีการกลับค่าคะแนนเป็นตรงกันข้าม เพื่อให้การแปลผลที่ได้สะท้อนถึง “ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility)”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาเพื่อขอรับการรับรองการวิจัยในมนุษย์
2. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง พร้อมทั้งหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขป และเครื่องมือวิจัย โดยส่งหนังสือไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability)
3. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ แล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึง จำนวน 30 ราย
4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง แบบวัดศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวทางการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) แบบประเมินการวัดภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า: DASS-21) และ แบบประเมินการวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ สำหรับเครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบสอบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ดำเนินการหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-20: KR-20) โดยสรุปผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) (n=30)

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น
แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (ก่อนการปรับปรุงเครื่องมือ)	.495*
แบบประเมินการวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง	.804**
แบบวัดศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวทางการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)	.950**
แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต	
■ ภาวะซึมเศร้า	.810**
■ วิตกกังวล	.858**
■ ความเครียด	.941**
แบบประเมินการวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ	.878**
แบบประเมินการวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Reverse scores)	.878**

* ค่าจากสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-20: KR-20)

** ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

จากการที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ซึ่งพัฒนาโดย พรทิพย์ วิชรติลก (2551) ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .495 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่จะยอมรับได้สำหรับเครื่องมือวิจัยที่เคยนำไปใช้ในการวิจัยที่ผ่านมาแล้ว ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้ขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือในการนำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมจนได้ข้อสรุปว่า แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง มีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มเติมเนื้อหาดัชนีชี้วัดสำคัญให้มีความครอบคลุมกับบริบทที่สะท้อนถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงโดยการเพิ่มจำนวนของข้อคำถามรวมเป็นทั้งหมด 20 ข้อ ในกระบวนการปรับปรุงเครื่องมือดังกล่าวนี้มีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนทั้งหมด 5 คน ให้คำแนะนำในการเพิ่มข้อคำถามให้ครอบคลุมและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้

1. นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3. อาจารย์จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
4. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ
5. นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม) โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการคำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา ได้ค่า Scale CVI เท่ากับ .80 (ผ่านเกณฑ์) และค่า Item CVI อยู่ในช่วง .80 – 1.0 (ผ่านเกณฑ์) ซึ่งเมื่อได้ค่า CVI ที่เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง โดยการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) อีกครั้งกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับที่ใช้ในการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยในครั้งแรก สำหรับครั้งนี้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ .878

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ โดยทุกขั้นตอนของกระบวนการศึกษา ผู้วิจัยให้การเคารพสิทธิและคุ้มครองสิทธิของผู้ให้ข้อมูล รวมไปถึงการไม่กระทำการใดๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์ทรมาน จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคามเพื่อขออนุมัติดำเนินการ

ศึกษาวิจัย โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 292/2565 (ต่ออายุครั้งที่ 1) และหมดอายุในวันที่ 24 สิงหาคม 2567

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไปเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชและกุมารเวชและขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาควิชาจิตเวชและกุมารเวช เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัยที่ชัดเจนและเพียงพอ โดยการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอผลลัพธ์ และการรักษาข้อมูลเป็นความลับ ทั้งนี้ ผู้ดูแลเด็กสมมติที่เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องผ่านกระบวนการให้ความยินยอม และลงนามในหนังสือยินยอมก่อน ซึ่งในการยินยอมนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถลงนามในเอกสารที่ผู้วิจัยแนบมา กับแบบสอบถาม ในกรณีที่ไม่ประสงค์จะเขียนลายมือด้วยตัวจริง ก็สามารถใส่ลายเซ็นแทนได้
4. การตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยไม่ให้มีการระบุชื่อของผู้ดูแลเด็กสมมติที่ให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่มิใช่ชื่อสงสัยก็สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง
5. ในระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้ดูแลเด็กสมมติสามารถยุติการเข้าร่วมในการวิจัย ได้ตลอดเวลา ทั้งนี้การยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาเด็กสมมติแต่อย่างใด โดยสามารถแจ้งขอยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
6. การเก็บรักษาความเป็นส่วนตัวโดยการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ในแบบสอบถามจะไม่มี การระบุชื่อผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลในงานวิจัย สำหรับการนำเสนอข้อมูลที่ได้จะเป็นไปใน ลักษณะภาพรวมที่ไม่สามารถระบุกลับถึงตัวบุคคลหรือก่อให้เกิดความเสียหายกับผู้ให้ ข้อมูลได้แต่อย่างใด ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดการวิจัยหลังจากวิจัย ได้รับการตีพิมพ์ไปแล้วภายใน 1 ปี

การดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ เพื่อขอรับการพิจารณาความเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย มหาสารคามโดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติเลขที่การรับรอง 292/2565 (ต่ออายุครั้งที่ 1) และหมดอายุเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2567
2. ผู้วิจัยยื่นหนังสือที่ลงนามโดยคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พร้อมทั้งหนังสือที่แสดงถึงการผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย มหาสารคาม โครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บ ข้อมูลที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาควิชาจิตเวชและกุมารเวช
3. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาควิชาจิตเวชและกุมารเวชแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลของการวิจัยด้วย ตนเอง การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยใช้วิธีการสุ่มจากผู้ดูแลเด็กสมมติที่มารับบริการในวัน

บุตรของทุกสัปดาห์ ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมจำนวนทั้งหมด 250 คน การเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลาในการเก็บประมาณ 3 เดือน คือ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566

4. ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองกับกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นและบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการร่วมตอบแบบสอบถาม ชี้แจงถึงสิทธิในการตอบแบบสอบถาม เช่น การวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาของเด็กสมาธิสั้น หากผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่ยินดีก็สามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลใดๆ กับเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแล รวมไปถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ และเมื่อผู้ดูแลเด็กทำความเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายโดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยใช้แบบประเมินเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น แบบวัดศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต และแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้งภายหลังที่ผู้ร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ
6. เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และชี้แจงการสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 ซึ่งแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกได้ ดังนี้

1. **สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)** ใช้สถิติในการวิเคราะห์และนำเสนอตัวแปรที่นำมาศึกษา เช่น ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา) และตัวแปรความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยการใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. **สถิติเชิงอ้างอิง (inferential statistics)** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า) กับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด การทำใจ (เผชิญปัญหา) และภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) กับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นซึ่งพาเด็กในความดูแลของตนเองมารับบริการ ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 250 คน ในระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกันยายน ปี 2566

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษา คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน และ ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้ ทักษะคิด การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) และ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิงเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) กับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษา คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน และ ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.40) มีอายุเฉลี่ย 44.43 ปี (SD = 11.23) สถานภาพสมรสคู่โดยอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 59.20) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.20) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 32.00) ประกอบอาชีพโดยการทำการงานส่วนตัว (ร้อยละ 27.60) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 17,907.20 บาท (SD = 16,115.25) ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ คือ เป็นมารดา (ร้อยละ 55.60) มีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อวัน คือ 13.08 ชั่วโมง (SD = 4.41) และ

ระยะเวลาเฉลี่ยที่เด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาคือ 44.54 เดือน (SD = 24.28) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษา คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน และ ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา (n=250)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	17.60
หญิง	206	82.40
อายุ(ปี)		
Mean = 44.53, SD = 11.23, Min = 19, Max = 73		
สถานภาพ		
โสด	206	82.40
สมรส (อาศัยอยู่ด้วยกัน)	47	18.80
สมรส (อาศัยอยู่คนละที่)	148	59.20
หย่าร้าง	32	12.80
ศาสนา		
พุทธ	248	99.20
คริสต์	2	0.80
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	1.60
ประถมศึกษา	59	23.60
มัธยมศึกษา	75	30.00
ปวส. หรือ อนุปริญญา	32	12.80
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	80	32.00
ลักษณะอาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	4	1.60
ข้าราชการ	44	17.60

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พนักงานเอกชน	33	13.20
กิจการส่วนตัว	69	27.60
เกษตรกรรม	56	22.40
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	36	14.40
อื่นๆ ระบุ (รับจ้าง)	8	3.20
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
Mean = 17,907.20, SD = 16,115.25, Mode = 10,000, Min = 0, Max = 90,000		
ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น		
บิดา	26	10.40
มารดา	139	55.60
พี่ชาย/พี่สาว	3	1.20
ญาติ (ปู่/ย่า/ตา/ยาย)	49	19.60
ญาติ (ป้า/ลุง/น้า/อา)	33	13.20
ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (ชั่วโมงต่อวัน)		
Mean = 13.08, SD = 4.41, Min = 3, Max = 24		
ระยะเวลาในการรักษาของเด็กสมาธิสั้น (เดือน)		
Mean = 44.54, SD = 24.28, Min = 1, Max = 120		

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้ ทักษะคิด การทำใจ ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) และ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความรู้ (Mean = 14.57, SD = 3.97) ทักษะคิด (Mean = 29.98, SD = 4.25) การทำใจ (Mean = 39.89, SD = 6.58) และ ภาวะสุขภาพจิต ซึ่งแยกออกเป็น ความเครียด (Mean = 3.14, SD = 3.64) ความวิตกกังวล (Mean = 4.32, SD = 4.40) และภาวะซึมเศร้า (Mean = 4.53, SD = 5.66) ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ยความยืดหยุ่นทางจิตใจ เท่ากับ 38.65 (SD = 8.30) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) และ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (n = 250)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	SD
ความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	14.57	3.97
ทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	29.98	4.25
ศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวความคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)	39.89	6.58
ภาวะสุขภาพจิต		
ความเครียด	3.14	3.64
วิตกกังวล	4.32	4.40
ภาวะซึมเศร้า	4.53	5.66
ความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ	17.35	8.30
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Reverse scores)	38.65	8.30

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิงเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) กับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

การตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลสองครั้ง (Double data entry) ได้ข้อมูลจำนวนสองชุด หลังจากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกันเพื่อหาความแตกต่างระหว่างชุดข้อมูลทั้งสอง โดยการตรวจสอบและวิเคราะห์ซ้ำจนไม่พบความแตกต่างระหว่างชุดข้อมูลทั้งสองชุดนี้ ในขั้นตอนต่อมา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติอ้างอิง โดยได้ดำเนินการประเมินตัดสินการกระจายตัวแบบโค้งปกติของชุดข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติและเกณฑ์การพิจารณาต่างๆ ดังนี้

1. การวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov (KS) test
2. การตรวจสอบการกระจายแบบโค้งปกติของชุดข้อมูลโดยการคำนวณหาค่า Fisher's skewness coefficient ($Z_{skewness}$) ค่า Fisher's kurtosis coefficient ($Z_{kurtosis}$) และการคำนวณหาค่า $Z_{skewness}$ และ $Z_{kurtosis}$
3. การพิจารณาข้อมูลที่อยู่นอกขอบเขตของการกระจายแบบโค้งปกติ (Univariate outliers)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตัดข้อมูลบางส่วนที่อยู่นอกขอบเขตของการกระจายแบบโค้งปกติ (Univariate outliers) คงเหลือจำนวนผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 235 คน อย่างไรก็ตาม เมื่อนำชุดข้อมูลดังกล่าวไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov (KS) test ประกอบกับ

การตรวจสอบการกระจายแบบโค้งปกติของชุดข้อมูลด้วยการคำนวณค่า Fisher's skewness coefficient ($Z_{skewness}$) ค่า Fisher's kurtosis coefficient ($Z_{kurtosis}$) ร่วมกับการหาค่า $Z_{skewness}$ และ $Z_{kurtosis}$ ก็ยังพบว่าไม่มีบางตัวแปรที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่จะยอมรับได้สำหรับการพิจารณาว่ามีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ (Mishra et al., 2019) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาแบบผ่อนปรนมากขึ้นตามหลักการปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับการยอมรับโดยนักสถิติ (Rule of thumb) คือ ถ้าชุดข้อมูลใดที่มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 200 แล้ว ถึงแม้ว่าการกระจายตัวของชุดข้อมูลจะไม่ใช่แบบโค้งปกติ ก็ไม่ถือว่าเป็นประเด็นข้อห้ามที่สำคัญในการเลือกใช้สถิติแบบอิงพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล (Hair, et al, 2019) ทั้งนี้ เนื่องจากชุดข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ขึ้นจะทำให้แนวโน้มของผลการวิเคราะห์หาความแตกต่างโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov (KS) test มีโอกาสได้ผลการวิเคราะห์หาความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้ง่ายขึ้นที่บ่งบอกถึงโอกาสการกระจายแบบโค้งปกติลดลง ซึ่งเป็นการปฏิเสธสมมติฐาน H_0 ที่แท้จริง (Type I error)

นอกเหนือจากที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักเกณฑ์การพิจารณาค่า Skewness index (SI) และ Kurtosis index (KI) ที่ว่า หากพบว่าค่า SI น้อยกว่า 3 และ ค่า KI น้อยกว่า 10 ก็ไม่ถือว่าข้อมูลมีความเบ้และความโด่งมากจนเกินที่จะยอมรับได้สำหรับการเลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอิงพารามิเตอร์ (Kline., 2011) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีตัวแปรใดที่มีค่า SI และ KI เกินขอบเขตที่สามารถยอมรับได้ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่า Skewness index และ Kurtosis Index ของตัวแปรที่ศึกษา ($n=235$)

ตัวแปรที่ศึกษา	Skewness index (SI)	Kurtosis index (KI)
ความรู้	-1.131	.875
ทัศนคติ	-.986	.146
การทำใจ	-.732	.612
ภาวะสุขภาพจิต		
ความเครียด	1.710	3.077
วิตกกังวล	1.194	1.012
ภาวะซึมเศร้า	1.391	3.043
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	-.319	-1.202

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) กับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผลการวิเคราะห์ พบว่า ความรู้ ($r = .015$, $P = .821$) ทัศนคติ ($r = -.057$, $P = .382$) ไม่

มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในขณะที่ การทำใจ ($r = .156^*$, $P = .016$) ความเครียด ($r = -.434^{**}$, $P = .000$) ความวิตกกังวล ($r = -.574^{**}$, $P = .000$) และ ภาวะซึมเศร้า ($r = -.483^{**}$, $P = .000$) ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่า r และ P -values ของสถิติ Pearson's correlation coefficient ($n=235$)

ตัวแปรที่ศึกษา ($n = 235$)	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. ความรู้	1						
2. ทักษะคิด	.097 (.140)	1					
3. การทำใจ	.042 (.520)	-.016 (.808)	1				
4. ความเครียด	.099 (.131)	-.191** (.003)	-.186** (.004)	1			
5. วิตกกังวล	.106 (.105)	-.150* (.021)	-.201** (.002)	.787** (.000)	1		
6. ภาวะซึมเศร้า	.058 (.375)	-.193** (.003)	-.166* (.011)	.731** (.000)	.721** (.000)	1	
7. ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	.015 (.821)	-.057 (.382)	.156* (.016)	-.434** (.000)	-.574** (.000)	-.483** (.000)	1

พหุ ประถมศึกษา

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา ความรู้ การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) และความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และศึกษาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การทำใจ (เผชิญปัญหา) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) กับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ไว้ที่ระดับ .05 ซึ่งได้สรุป อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีจำนวนทั้งหมด 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.40) มีอายุเฉลี่ย 44.43 ปี ($SD = 11.23$) สถานภาพสมรสคู่โดยอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 59.20) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.20) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 32.00) ประกอบอาชีพโดยการทำการงานส่วนตัว (ร้อยละ 27.60) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 17,907.20 บาท ($SD = 16,115.25$) ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ คือ เป็นมารดา (ร้อยละ 55.60) มีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อวัน คือ 13.08 ชั่วโมง ($SD = 4.41$) และระยะเวลาเฉลี่ยที่เด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาคือ 44.54 เดือน ($SD = 24.28$)

ผลการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ความรู้ ($r = .015$, $P = .821$) ทักษะ ($r = -.057$, $P = .382$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในส่วนของ การทำใจ ($r = .156^*$, $P = .016$) ความเครียด ($r = -.434^{**}$, $P = .000$) ความวิตกกังวล ($r = -.574^{**}$, $P = .000$) และ ภาวะซึมเศร้า ($r = -.483^{**}$, $P = .000$) ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีทั้งหมด 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.40) สอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 70 จากผลการวิจัยครั้งนี้ที่เกี่ยวกับตัวแปรอายุ พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีอายุเฉลี่ย 44.43 ปี (SD = 11.23) โดยอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี ซึ่งใกล้เคียงกันกับผลการวิจัยที่ผ่านมา (จิณณพัต ยอดไกรศรี, 2564; สนธยา มณีรัตน์, 2562) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็กสมาธิสั้น (ร้อยละ 55.60) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่สะท้อนถึงบทบาทที่สำคัญของมารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยพฤติกรรมของมารดาในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นได้ (ธัญวดี นาคมิตร และคณะ, 2561) การที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีสถานภาพสมรสคู่โดยอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 59.20) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 32.00) และประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว (ร้อยละ 27.60) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ไม่ต่ำมาก คือ 17,907.20 บาท สะท้อนถึงผลดีที่จะเกิดกับเด็กจากการมีระบบการสนับสนุนทางสังคมที่ดี พื้นที่ในการศึกษาวิจัยซึ่งเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือสะท้อนให้เห็นได้จากการที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.20) ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อวัน คือ 13.08 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าจะสะท้อนถึงการที่ต้องรับภาระการดูแลต่อวันมากพอสมควร ในทางกลับกัน ก็สะท้อนให้เห็นถึงความใกล้ชิดและการทุ่มเทเวลาในการดูแลบุตรหลานของตนเอง อันจะนำไปสู่การที่เด็กเกิดพฤติกรรมการปรับตัว และสามารถลดการตีตราบาปให้กับเด็กสมาธิสั้นได้ (ภาสกร คุ่มศิริ และ อุ่นเรือน เล็กน้อย, 2560) สำหรับระยะเวลาเฉลี่ยที่เด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาคือ 44.54 เดือน เป็นประเด็นที่สมควรถูกมองข้าม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษาเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบางส่วนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ด้วย (ภาระวี ชโลธร, 2564)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้เครื่องมือ AAQ-II ในการวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเกณฑ์ในการแปลผลของเครื่องมือดังกล่าวนี้ คือ คะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจที่ประเมินโดยใช้เครื่องมือ AAQ-II แล้วได้คะแนนต่ำ หมายถึง การมีความยืดหยุ่นทางจิตใจมาก ในทางตรงกันข้ามถ้าประเมินแล้วได้คะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง จะสะท้อนถึงผลลัพธ์ คือ **การมีความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility)** เนื่องจากข้อคำถามทั้งหมดของเครื่องมือ AAQ-II ที่ใช้ในการวิจัยนี้มีความหมายไปในทิศทางด้านลบ ซึ่งสะท้อนถึง “**ความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological inflexibility)**” ดังนั้น เพื่อให้สะดวกในการแปลความหมายเมื่อนำไปหาความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีการกลับค่าคะแนนเป็นตรงกันข้าม เพื่อให้การแปลผลที่ได้สะท้อนถึง “**ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility)**” โดยผู้วิจัยได้มีการอภิปรายผลแยกตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1: ความรู้มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากแนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) ที่พัฒนาโดย Steven C. Hayes ในปี ค.ศ. 1999 เป็นแนวคิดที่เน้นให้บุคคลเปิดใจยอมรับประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีการเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นอย่างกับปัจจุบัน รวมไปถึงการเปิดใจรับความรู้สึกที่เป็นปัญหาโดยไม่จมอยู่กับความคิดเชิงลบและใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า (Hayes, 2013) มีการใช้ความสามารถของตนเองในการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่เน้นปรับเปลี่ยนความคิด แต่ให้ความสำคัญกับการเข้าใจถึงการทำงานของจิตใจที่ตอบสนองความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อให้เกิดคุณค่าในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดใจให้กับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาการใช้ความคิดความรู้สึกกับเหตุการณ์นั้นๆ และเผชิญต่อเหตุการณ์ทั้งที่ดีและไม่ดี แยกสิ่งที่เป็นจริงออกจากความคิดและความรู้สึก (Defusion) ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและรับรู้เหตุการณ์นั้นๆ ตามความเป็นจริงที่ปราศจากการพันนาการด้วยความคิด อารมณ์ และความรู้สึกทั้งในเชิงบวกและลบ จากแนวคิดดังกล่าวนี้ อาจสามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นใช้การแยกความจริงออกจากความคิดและความรู้สึกมากกว่าการใช้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น นับว่าเป็นการยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (เด็กในความรับผิดชอบเป็นสมาธิสั้น) เผชิญต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่มาประทบภายใต้บริบทนั้นๆ ด้วยความตระหนัก ณ ปัจจุบัน (Contact with the present moment) รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงตัวตนตามบริบท (Self as context) โดยระบุด้านนิยามและให้คุณค่ากับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่นั้น คือ การที่ต้องรับผิดชอบดูแลเด็กสมาธิสั้น (Values) ผู้ดูแลเด็กให้การยอมรับสถานการณ์ดังกล่าวนี้ (Acceptance) และลงมือปฏิบัติตามพันธสัญญา (Committed action) โดยการกระทำนี้อาจไม่ได้มีสาเหตุโดยตรงจากการมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ แต่ในทางตรงกันข้าม เป็นสิ่งที่เกิดจากการยอมรับซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการแยกความเป็นจริงออกจากความคิดความรู้สึก (Cognitive defusion) ดังนั้น การที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมุ่งจัดการกับความคิดโดยการแยกความเป็นจริงออกจากความคิดความรู้สึก อาจทำให้ไม่สนใจเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลมีอยู่จึงอาจไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ อาจเทียบเคียงเพื่ออธิบายผลการวิจัยในครั้งนี้ไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด (กมลนัธ ค่องดีและคณะ, 2559) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ไดยังมีความไม่คงเส้นคงวา เพราะผลที่ได้ขัดแย้งกัน โดยผลจากการศึกษาการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลราชบุรี ที่พบว่า ความเข้าใจในครอบครัวทำนายการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร, 2563) และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาของเด็กสมาธิสั้น (ปัจฉิมา หลอมประโคน, 2565) ซึ่งจากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว จึง

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการทำวิจัยซ้ำในประเด็นนี้ด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่รัดกุมและเครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพ เพื่อยืนยันผลในประเด็นดังกล่าวให้ชัดเจน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2: ทักษะการมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย พบว่า ทักษะการมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากแนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) ซึ่งเน้นการเปิดใจยอมรับประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีการเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นอย่างกับปัจจุบัน รวมไปถึงการเปิดใจรับความรู้สึกที่มีปัญหาตามบริบทในขณะนั้นโดยไม่จมอยู่กับความคิดเชิงลบและมีการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า (Hayes, 2013) ในทำนองเดียวกันกับการอธิบายถึงประเด็นที่ว่า ความรู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในการวิจัยนี้ โดยการที่ผู้ดูแลมีการใช้ความสามารถของตนเองในการยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยให้ความสำคัญกับการเข้าใจถึงการทำงานของจิตใจที่ตอบสนองความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อให้เกิดคุณค่าในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดใจให้กับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาการใช้ความคิดความรู้สึกกับเหตุการณ์นั้นๆ และเผชิญต่อเหตุการณ์ทั้งที่ดีและไม่ดี แยกสิ่งที่เป็นจริงออกจากความคิดและความรู้สึก (Defusion) ทำให้ความเกิดความรู้ความเข้าใจและรับรู้ต่อเหตุการณ์นั้นๆ ตามความเป็นจริงที่ปราศจากการพันนาการด้วยความคิด อารมณ์ และความรู้สึกทั้งในเชิงบวกและลบ จากแนวคิดดังกล่าว อาจสามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นใช้การแยกความจริงออกจากความคิดและความรู้สึก นับว่าเป็นการยอมรับ (Acceptance) สถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (การมีเด็กสมาธิสั้นอยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง) ด้วยความตระหนัก ณ ปัจจุบัน (Contact with the present moment) รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงตัวตนตามบริบท (Self as context) โดยระบุด้านนิยามและให้คุณค่ากับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่นั้นคือการที่ต้องรับผิดชอบดูแลเด็กสมาธิสั้น (Values) ผู้ดูแลเด็กให้การยอมรับสถานการณ์ดังกล่าวนี้ และลงมือปฏิบัติตามพันธสัญญา (Committed action) โดยไม่เกี่ยวข้องกับทักษะที่มีอยู่ ดังนั้น ทักษะการเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลมีอยู่จึงอาจไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ อาจเทียบเคียงเพื่ออธิบายผลการวิจัยในครั้งนี้ไปในทิศทางที่ขัดแย้งกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ที่พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์กับการตีตราทางสังคม (ภาสกร คุ่มศิริ และ อุณเรื้อน เล็กน้อย, 2561)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3: ศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวความคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ศักยภาพภายใต้แนวความคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจ ($r = .156, P = .016$) นั่นคือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีคะแนนการเผชิญปัญหามากจะมีคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจมากเช่นเดียวกัน จากแนวความคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy) ซึ่งเน้นการเปิดใจยอมรับประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีการเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นอยู่กับปัจจุบัน รวมไปถึงการเปิดใจรับรู้ความรู้สึกที่มีปัญหาโดยไม่จมอยู่กับความคิดเชิงลบ และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า (Hayes, 2013) จากแนวคิดดังกล่าว อาจสามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นใช้การแยกความจริงออกจากความคิดและความรู้สึก (Defusion) ทำให้ความเกิดความรู้ความเข้าใจและรับรู้ต่อเหตุการณ์นั้นๆ และให้การยอมรับ (Acceptance) สถานการณ์ดังกล่าว คือ การยอมรับว่าเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองว่าเป็นเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเผชิญต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่มากระทบภายใต้บริบทนั้นๆ ตามความเป็นจริงที่ปราศจากการพันนาการด้วยความคิด อารมณ์ และความรู้สึกทั้งในเชิงบวกและลบ ด้วยความตระหนักในปัจจุบันกาล (Contact with the present moment) โดยยอมรับและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนตนเองตามบริบท (Self as context) โดยการให้คุณค่ากับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่นั้น (Values) คือการที่ต้องรับผิดชอบต่อเด็กสมาธิสั้นและลงมือปฏิบัติการดูแลนั้นตามพันธสัญญา (Committed action) ที่ได้ให้คุณค่าไว้ ศักยภาพภายใต้แนวความคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) เป็นการเชื่อมโยงกับปัจจุบันโดยตั้งใจให้กลับมาจดจ่อกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดการเรียนรู้ การยอมรับ โดยไม่ปิดกั้น ที่ทำให้เกิด ความคิด ความรู้สึก ผลกระทบทางความรู้สึก และการเผชิญปัญหา ต่อสถานการณ์นั้นๆ ที่อาจจะยังไม่เกิดขึ้น โดยการเผชิญปัญหาทางความคิดก็ทำให้เกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งการยอมรับอย่างมีสติเมื่อเด็กถูกวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้น ในผู้ดูแลจะมีปฏิริยาการตอบสนองกว่าจะเผชิญกับความจริง (ภาสกร คุ่มศิริ และ อุ่นเรือน เล็กน้อย, 2560) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา ที่พบว่า การรับรู้ของมารดาในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลพฤติกรรมเด็กที่อยู่ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ (ธัญวดี นาคมิตร และคณะ, 2561) และการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เด็กเกิดโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ปกครอง เช่น ครูเรียนพบผู้ปกครอง การเรียนช้าขึ้น และพฤติกรรมที่เด็กติดส่อเทคโนโลยี (ฟิรณช พันธุ์ภักดี และคณะ, 2564)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4: ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ภาวะสุขภาพจิต ซึ่งมุ่งศึกษา ความเครียด ($r = -.434, P = .000$) ความวิตกกังวล ($r = -.574, P = .000$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -.483, P = .000$) ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น นั่นคือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีคะแนนความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิตจะมีคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจมาก แนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) ซึ่งเน้นการยอมรับประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีการเชื่อมโยงกับสิ่งที่ปัจจุบัน ไปถึงการเปิดใจรับความรู้สึกที่มีปัญหาโดยไม่ติดอยู่กับความคิดเชิงลบ และใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า (Hayes, 2013) ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) ประกอบด้วย การแยกความคิด (Cognitive defusion) การยอมรับ (Acceptance) การเชื่อมโยงกับปัจจุบัน (Contact with the present moment) ตัวตนเป็นบริบท (Self as context) การระบุค่านิยม (Values) และ การลงมือปฏิบัติตามพันธสัญญา (Committed action) การที่บุคคลมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ คือ การที่บุคคลมีดุลยภาพในแนวคิดย่อยทั้ง 6 ด้าน (Balancing in the hexagon model of psychological flexibility) โดยการนำพาตนเองออกจากการหลอมรวมทางความคิด (Cognitive fusion) เพื่อก้าวเข้าสู่การแยกความจริงที่เกิดขึ้นในปัจจุบันออกจากการถูกพันธนาการ ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก (Cognitive defusion) โดยสามารถรับรู้และยอมรับในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดรอบตัวด้วยการเชื่อมโยงกับปัจจุบัน สามารถปรับเปลี่ยนตนเองไปตามบริบท โดยสามารถระบุค่านิยมและให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ ในทิศทางที่ดีและเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นได้ พร้อมทั้งมุ่งมั่นในการลงมือปฏิบัติตามพันธสัญญาอย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งหนึ่งในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสามารถสะท้อนให้เห็นได้จากมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ในทางตรงกันข้าม การที่บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี คือ มีความเครียดและความวิตกกังวลสูง อันเป็นสาเหตุเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้า สะท้อนถึงการที่บุคคลนั้นๆ มีความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological inflexibility) นั่นเอง

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางตรงกันข้ามกับ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological flexibility) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (กมลนันธ์ คล่องดี และคณะ, 2559) และความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต (จิณณพัต ยอดไกรศรี, 2565) โดยปัญหาของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น คือ การที่ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลในผลการเรียนของเด็ก การรับรู้คุณค่าของตนเองลดลง (สุนทรี ศรีโกไสยและกันต์กนิษฐ์ เปียงใจ, 2560) รวมไปถึงประเด็นของภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้า คือ ในช่วงระยะเวลาหลังจากที่บุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมาธิสั้นมากกว่า 12 เดือน และ การมีสถานภาพสมรสของมารดาเป็นแบบแยกกัน

อยู่และหม้าย (สุวรรณี พุทธิศรีและคณะ, 2549) รวมไปถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ปกครองที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีโรคร่วมทางจิตเวชของผู้ป่วยสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เริ่มรักษา และผลการเรียนเฉลี่ยของเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแล (ภาระวี ชโลธร, 2564) ซึ่งปัจจัยต่างๆ สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อีกด้วย เช่น พลังสุขภาพจิตที่มีในด้านลบ สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมากที่สุด (พรรณนภา อุดมโชติพฤทธิ์, 2566) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยภาวะซึมเศร้าสามารถพบในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกือบร้อยละ 30 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชในครอบครัวด้วย (พร้อมพร วงศ์วัฒนฤกษ์ และคณะ, 2562)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

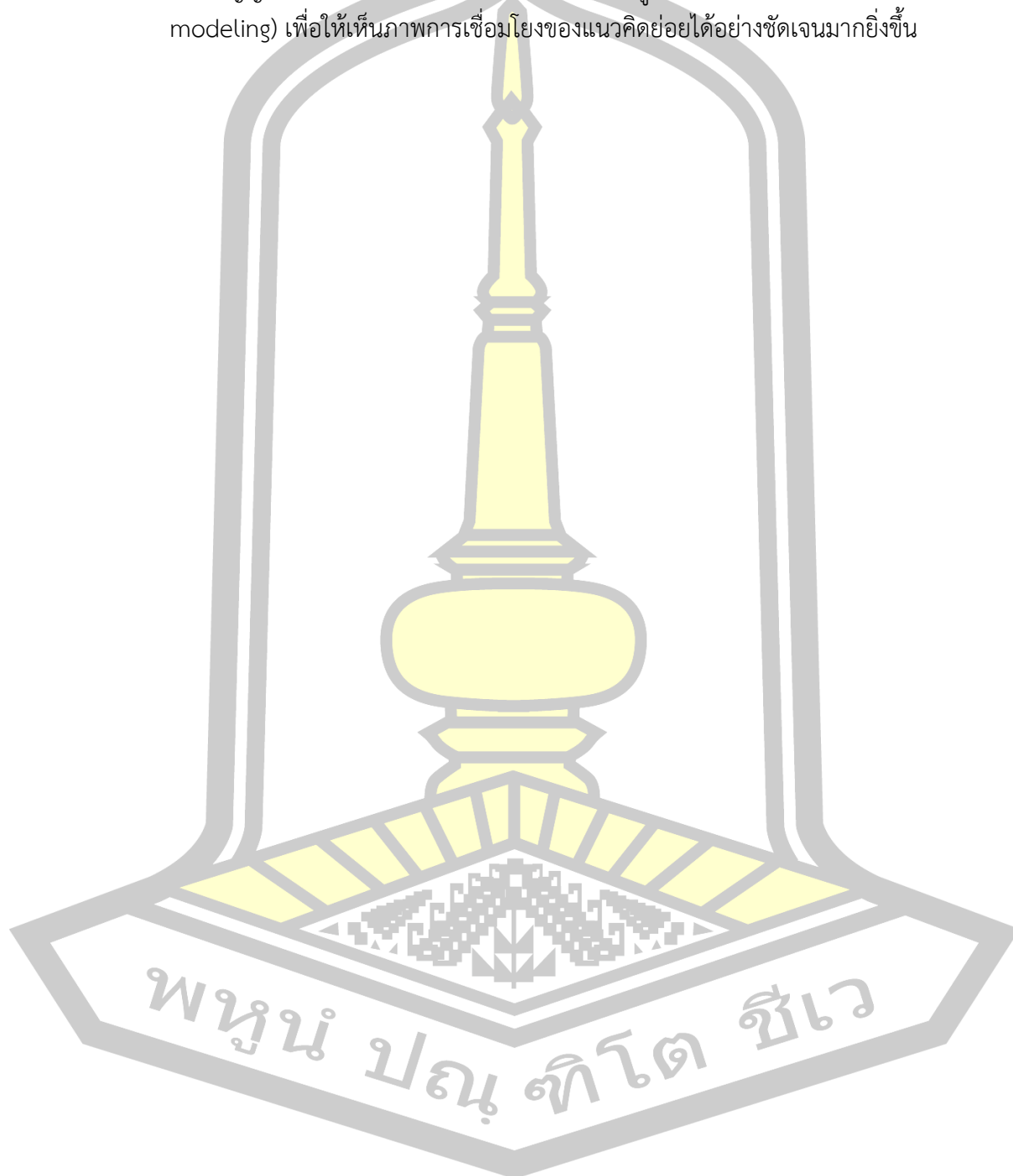
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นของจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
2. ใช้เป็นแนวทางในการดูแลความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น รวมไปถึงการพัฒนาในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งเด็กและผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความยืดหยุ่นของจิตใจ ได้แก่ ศักยภาพการเผชิญปัญหา ภายใต้แนวความคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) มาใช้ศึกษาปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจ
2. เพื่อให้เกิดความกระจ่างและยืนยันในประเด็นที่พบเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น การวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมให้มากขึ้นโดยอาจเพิ่มรายละเอียดของปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับความรู้อและความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
3. จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยในครั้งนี้ ยังไม่ได้รวมเอาตัวแปรสำคัญอื่นๆ ตามแนวความคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy) ที่ครอบคลุม 6 แนวคิดย่อย คือ การแยกความคิด (Cognitive defusion) การยอมรับ (Acceptance) การเชื่อมโยงกับปัจจุบัน (Contact with the present moment) ตัวตนเป็นบริบท (Self as context) การระบุค่านิยม (Values) และ การลงมือปฏิบัติตามพันธสัญญา (Committed action) เข้ามาศึกษาอย่างครอบคลุม ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการวางแผนการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป โดยพิจารณานำปัจจัยที่ยังไม่ได้มีการศึกษาเข้ามาด้วย
4. ควรมีการศึกษาในลักษณะของทดสอบทฤษฎี (Model testing) ตามแนวความคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy) ที่มีตัวแปรใน

การศึกษาคครอบคลุม 6 แนวคิดย่อย คือ การแยกความคิด (Cognitive defusion) การยอมรับ (Acceptance) การเชื่อมโยงกับปัจจุบัน (Contact with the present moment) ตัวตนเป็นบริบท (Self as context) การระบุค่านิยม (Values) และ การลงมือปฏิบัติตามพันธสัญญา (Committed action) โดยการเก็บข้อมูลและทดสอบในคราวเดียว (Structural modeling) เพื่อให้เห็นภาพการเชื่อมโยงของแนวคิดย่อยได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม



เอกสารอ้างอิง

- กมลนันท์ คล่องดีและคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมมติฐาน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 52-68.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลัสุขภาพจิต RQ : Resilience Quotient*. สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญาวิรุ บุญเสนันท์และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2555). ผลของการบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมมติฐาน. *วารสารทางการแพทย์พยาบาล*, 26(1), 114-128.
- กันยา พาณิษฐ์ศิริและเบญจพร ต้นตสุติ. (2559). การติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมมติฐานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(3), 191-204.
- กัลยา สุวรรณสิงห์และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมมติฐานสำหรับต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมมติฐาน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, (34)3, 37-51.
- กานต์กรีน ศรีสุวรรณ และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมมติฐาน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(2), 49-61.
- กิตติพงศ์ มาศเกษม. (2563). โรคสมมติฐานในเด็กและวัยรุ่น. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 16(2), 75-102.
- ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา และศักดิ์สิทธิ์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. (2560). เด็กสมมติฐาน: บทบาทของพยาบาล. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(3), 125-135.
- จินนพัต ยอดไกรศรี. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมมติฐาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 67(1), 7-20.
- จุฑามาศ แหนจอน. (2561). *การยอมรับและพันธะสัญญา (ACT): กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพแนวใหม่*. ชลบุรี: เก็ดกัทธิศรีเอช.
- จิรพรรณ สาบุญมา. (2561). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์แบบกลุ่มของบิดามารดาต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมมติฐาน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิระวรรณ ศรีจันทร์ไชยและสุจิตา ตีการยทรัพย์. (2564). บทความวิชาการผลกระทบจากการใช้สมาร์ตโฟนในเด็กปฐมวัย: บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏ*, 8(10), 113 - 124.
- ชลธิชา ขุนสะอาด. (2562). กระบวนการกลุ่มร่วมกับการชี้แนะเพื่อพัฒนาทักษะการวางแผนและจัดระบบของนักเรียนที่มีภาวะสมมติฐานชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์*, 12(2), 28-37.

- ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์และบุญเลี้ยง ทุมทอง. (2564). โรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: บทบาทครูและแนวทางการช่วยเหลือในโรงเรียน. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 35(2), 33-49.
- ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียรและคณะ. (2557). คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(2), 97-110.
- ดารณี พานทอง. (2542). *ทฤษฎีจิตใจ*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ดารินทร์ สิงห์สารและวุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2561). ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมาธิสั้นด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. *บูรพาเวชสาร*, 5(2), 70-86.
- ดุขเดือน ตั้งอารีอรุณและคณะ. (2564). ความชุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการสูญเสียหน้าที่ของภาวะติดเกมในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(2), 93-104.
- ตารางการให้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวช. (2564). [Online]. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565. จาก <https://www.dmh.go.th/service/pdf/5icam.pdf>
- ทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา. (2560). *สมาธิสั้น*. [Online]. สืบค้นเมื่อ 16 กรกฎาคม 2565. จาก : <http://www.happyhomeclinic.com/sp03-adhd.htm>
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 66-75.
- ทัศนวัต สมบุญธรรม. (2551). *เด็กชนสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD)*. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก กรุงเทพฯ: โฮสิสติก พับลิชชิง. 265-271.
- ธนศักดิ์ จันทศิลป์. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเสพติดเกม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมาธิสั้น และภาวะย่ำคิดย่ำทำของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะเสพติดเกมออนไลน์ พื้นที่กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์)*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(จิตเวชคลินิกและชุมชน). มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ธัญพิชชา แสนนรินทร์. (2562). การพัฒนาและตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของมาตรวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจในวัยรุ่น: การศึกษานำร่อง. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 50(1), 1-10.
- ธัญวดี นาคมิตร, บุษกร พันธเมธาฤทธิ์ และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2561). "ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 135-149.
- นันทพร เขียนดวงจันทร์และขวัญกมล ตอนขวา. (2019). ทักษะสติและความตั้งใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภคในการซื้อสินค้าผ่านไลน์. *Suranaree J. Soc. Sci*, 13(2), 58-78.

- นิขรา เรืองดารกานนท์และคณะ. (2551). *เด็กสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD)*. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก กรุงเทพฯ: โอเอสสติก พับลิชชิง. 265-271.
- บุรชัย ศิริมหาสาคร. (2550). *จัดการความรู้สู่ความเป็นเลิศ*. กรุงเทพฯ : แสงดาว.
- ประวัติศาสตร์ฉบับ. (2563). [Online]. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565. จาก <https://new.camri.go.th/AboutUs/%E0%B8%9B%E0%B8%>
- ปัจฉิมา หลอมประโคน. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก (2563-2564). *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(2), 381-390.
- พงศ์อำมาตย์ อุเทนสุดและธีรวรรณ ธีระพงษ์. (2019). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดการบำบัดด้วยการยอมรับและพันธสัญญาต่อความสอดคล้องในตนเองของนักจิตวิทยาการปรึกษาฝึกหัด. *มนุษยศาสตร์สาร*, 20(1), 240-270.
- พนม เกตุมาน. (2550). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส.
- พรทิพย์ วิชรติลก. (2551). *ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น*. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรธิดา วิเชียรปัญญา. (2547). *การจัดการความรู้ : พื้นฐานและการประยุกต์ใช้ “แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการความรู้”*. กรุงเทพมหานคร : ธรรมกลการพิมพ์.
- พรรณนภา อุดมโชติพิสุทธิ. (2566). ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 42(1), 51-62.
- พร้อมพร วงศ์วัฒนฤกษ์และคณะ. (2562). ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. *วารสารกรมการแพทย์* 44(3), 93-99.
- พาสินี แจ่มจำ, สุนิศา สุขตระกูลและประนอม รอดคำดี. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น. *วารสารแพทยนาวิ*, 46(1), 32-48.
- พิกุลทอง กัลยาและจินตนา ยูนิพันธุ์. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น. *วารสารแพทยนาวิ*, 46(3), 522 - 535.
- พิสมัย สุระกาญจน์และดารุณี จงอุดมการณ์. (2562). บทบาทของผู้ดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(2), 83-92.
- พีรณัฐ พันธุ์พักดี, วรพรรณ ทิพย์วาริรัมย์และสมศักดิ์ โทจำปา. (2564). ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 15(3), 38-51.

- แพรภัทร ยอดแก้ว. (2012). *ทัศนคติหรือเจตคติ (Attitude)* [Online]. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2565. จาก <https://www.gotoknow.org/posts/280647>
- ภัสราภรณ์ หงษ์ทอง. (2560). การเปิดรับ ทัศนคติ และแนวโน้มพฤติกรรมในการเปิดรับที่มีต่อ แอปพลิเคชัน Mello. [การค้นคว้าอิสระ วารสารศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภาระของผู้ให้การดูแล. (2020). [Online]. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2565. จาก <https://www.tht.co.th/blog/Caregiver-Burden/>
- ภาสกร วิชโสธร. (2564). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้น ที่มารักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 40(3), 429-438.
- ภาสกร คุ่มศิริและอุ๋นเรือน เล็กน้อย. (2560). บทความพินพิววิชาการ: โรคสมาธิสั้นและการติตรอบาปทางสังคม. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 302-311.
- ภาสกร คุ่มศิริและอุ๋นเรือน เล็กน้อย. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการติตรอบาปทางสังคม เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น (วิทยานิพนธ์). สหสาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มานัส ปันหล้า. (2012). *ความหมายของความรู้อยู่*. [Online]. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2565. จาก <https://www.gotoknow.org/posts/396638>
- ลัดดาวัลย์ คุณวุฒิและคณะ. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 7(2), 44-61.
- เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร. (2563). การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(3), 392-403.
- วนิชา น้อยผล. (2560). *ความเที่ยงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินความยึดหยุ่นทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฉบับภาษาไทย*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต.
- วนิชา น้อยผล และนิภาพรรณ พรหมอุทัย. (2560). ผลการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแนวคิด Acceptance and Commitment Therapy (ACT) การศึกษาเชิงทดลองทางคลินิกแบบนำร่อง. ประชุมวิชาการโรงพยาบาลสวนปรุง, เชียงใหม่.
- วันวิ พิมพรัตน์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(1), 15-26.
- วิชัย วงษ์ใหญ่. (2552). “ความรู้”. สารานุกรมวิชาชีพรู เณลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการคุรุสภา. 181-184.

- วินัดดา ปิยะศิลป์, ปราณี เมืองน้อย และศิริรัตน์ อุฬารตินนท์. (2550). เด็กสมาธิสั้น และแนวทางให้ความช่วยเหลือ. *กุมารเวชสาร*, 14(2), 145-149.
- วีรยา อธิพัฒน์ภากินและอานนท์ ทับเที่ยง. (2019). การศึกษาทัศนคติในมุมมองของพนักงานที่มีผลต่อการทำงานจากที่บ้าน. *Engineering transactions*, 20(2), 105-111.
- ศรีนวล ขวศิริและธนากร ธนามี. (2561). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรับผิดชอบของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กพิการในสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูเด็ก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, 28(2), 54-61.
- ศิริมา สารนันท์. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(3), 374-383.
- ศิริรัตน์ เฉลิมไทย. (2546). พฤติกรรมทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น : กรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. ศึกษาศาสตร (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันราชานุกูล. (2561). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2561. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้. (2562). คู่มือแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น. สุราษฎร์ธานี.
- สนธยา มณีรัตน์และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), : 81-89.
- สมถวิล วิจิตรวรรณ. (2565). สถิติความสัมพันธ์: เลือกใช้อย่างไร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์*, 8(2), 1-15.
- สมพร อินทร์แก้ว, เยาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ, ศรีวิภา เอี่ยมสะอาด และ สายศิริ ดำเนินงาน. (2552). คู่มือเปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี: พลัสสุขภาพจิต. สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมศรี นวรัตน์. (2012). ทำใจ "Tum Jai" [Online]. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2565. จาก <https://www.gotoknow.org/posts/444049>
- สมัย ศิริทองถาวร. (2556). โรคสมาธิสั้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : สถาบันพัฒนาการเด็กกรานนครินทร์.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2559). "ทำใจ" ทำอย่างไร [Online]. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2565. จาก <https://www.facebook.com/ThaiPsychiatricAssociation/posts>
- สาวิตรี สกลเศรษฐ. (2561). การจัดการความรู้ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. [Online]. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2565. จาก <http://www.royin.go.th/dictionary/>.

- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2556). *บทบาทของพ่อแม่ ครูที่เลี้ยง และ ผู้ดูแลเด็กในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กปฐมวัย*. [แผ่นพับ]. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2565. จาก <http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1232-file.pdf>
- สิริธารณ์ พูลพิพัฒน์. (2560). *ผลการใช้กิจกรรมฝึกสมาธิเพื่อพัฒนาการเรียนรู้สำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ*. [พุทธศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (พระพุทธศาสนา), มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย]. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=70&ReclId
- สุคนธ์จิต อุปนันทย์. (2556). *อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าของตนเองและการรับรู้ความสามารถของตน ที่มีต่อความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ของนักเรียนในจังหวัดนนทบุรี*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. Srinakharinwirot University DSpace Repository, <http://ir.swu.ac.th/jspui/handle/123456789/4204>
- สุจิรา ประกอบสุขและอริญญา ต้อยคัมภีร์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะนิสัยแบบพื้นดินพลังความหมายในชีวิต และปัญหาทางจิตใจของนักเรียนทุนที่ศึกษาต่อต่างประเทศ. *วารสารสาธิตศึกษาศาสตร์*, 49(2), 184-199.
- สุนทรี ศรีโกสยและกันต์กนิษฐ์ เปียงใจ. (2560). ผลเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กออทิสติกและผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(4), 381-395.
- สุภาวรรณ ปานจ้อย. (2560). *การศึกษาทัศนคติที่มีต่อฟรีเซนต์เนอร์ซึ่งมีพฤติกรรมอ่อนแอของกลุ่มวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร*. [การค้นคว้าอิสระ บริการธุรกิจมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวรรณี พุทธิศรีและคณะ. (2549). ภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(3), 213-223.
- สุวิยา เพชรชูและภัทรพร แจ่มใส. (2565). การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือผู้ปกครองของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*, 12(2), 88-105.
- อรรณพ เล่าห์เรณู, ภัทรา ธนรัตนกร, สมใจ สิทธิปรีชาชาญ, ต่อพงศ์ สงวนเสริมศรี. (2002). ปัญหาจิตสังคมในผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียและในพี่น้องของผู้ป่วย. *จดหมายเหตุทางแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 85(8), 881-885.
- อัญชลี ศรีสมุทร. (2564). *บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น*. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(2), 140-147.
- อุดมรัตน์ จรัสศรี. (2560). การศึกษาสภาพการจัดการความรู้ของครูโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, 11(3), 236-251.

อุรัชชา สุวพานิช. (2560). *การจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) คืออะไร*.

[Online]. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2565. จาก

<https://erp.mju.ac.th/acticleDetail.aspx?qid=669>

อุษา บุญเปลี่ยน, พิชิต ศิริวรรณและเกรียงศักดิ์ สนิทวงศ์. (2560). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองหลังจากผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ได้รับการผ่าตัดโครงการศัลยกรรมตกแต่งแก้ไขปากแหว่งเพดานโหว่และความพิการอื่นของสมาคมฯ ประเทศไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 61(5), 77-87.

ADHD Institute. (2018). *Burden of ADHD 2018*. [online]. สืบค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2564.

จาก: <http://adhd-institute.com/burden-of-adhd/impact-of-adhd/social-impact/>.

Amann, C. A., & Leblanc, R. G. (2014). Caring across the continuum in gerontological nursing competencies for care. *Mauk, K.L*, 25, 857-878.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Text rev. (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2004). *The road to resilience*. [Online]. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2565. จาก <http://www.apahelpcenter.org/featuredtopics/feature.php>

Aoki, Y., T. Tsuboi, et al. (2020). "The experiences of receiving a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder during adulthood in Japan: a qualitative study." *BMC Psychiatry*, 20, 1-8.

Ashraf, S., N. Eskander, et al. (2020). "Do Demographics and Comorbidities Act as Predictors of Co-diagnosis of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder in Autism Spectrum Disorder?" *Cureus*, 12(4).

Carlson, G. (2020). The Effects of Parental Stress and Child's ADHD Severity on Treatment Choice. Ann Arbor, The Chicago School of Professional Psychology. 27542601: 94.

Corvelli, J. (2019). *Clinician Psychological Flexibility and Stigma Level After Training on ADHD Content-Specific Acceptance and Commitment Therapy*. Ann Arbor, Capella University. 13884634: 132.

Davis, N. J., & United States. (1999). *Resilience: Status of the research and research based programs*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

<http://mentalhealth.samhsa.gov/choolviolece>

- Epidemiology*. (2021). [Online]. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2564. จาก <https://adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology/>.
- Faraone SV, Cruz LP, de la Peña Olvera FR. (2019). *Understanding the essentials of the etiology of ADHD*. In: Rohde LA, Buitelaar JK, Gerlach M, Faraone SV, editors. *The world federation of ADHD guide*. Porto Alegre: ARTMED EDITORA LTDA., a GRUPO A EDUCAÇÃO S.A. company . p. 1-16
- Freitag CM, Hänig S, Schneider A, Seitz C, Palmason H, Retz W, et al. (2012). Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. *Journal of Neural Transmission* 2012;119(1):81-94.
- French, B., Daley, D., et al. (2020). "Development and evaluation of an online education tool on attention deficit hyperactivity disorder for general practitioners: the important contribution of co-production." *BMC Family Practice* 21: 1-10.
- Gerhand, S. (2020). *Autism Diagnosis Late in Life and the ADHD Prevalence Rates in Psychiatric Population*. Ann Arbor, Bangor University (United Kingdom). 28225557: 103.
- Gibson L. J. et al. (2011) *Organization behavior structure process* (14th Edition). New York: McGraw-Hill.
- Gipson-McElroy, K. (2020). *Provider Utilization of an Electronic Health Record Diagnostic and Statistical Manual V Criteria Evaluation Tool for Individuals with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Ann Arbor, University of California, Los Angeles. 27997959: 55.
- Hair, et al (2019). *Multivariate Data Analysis*. Hampshire, Cengage Learning EMEA.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, C. S., Strosahl, D. K. & Wilson, G. K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2 edition)*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-98. doi:10.1016/j.beth.2009.08.002

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Holtz, C. D. (2020). *Parental Non-Compliance of Recommended Therapies Impact on Adolescents (11–15) Diagnosed with Adhd*. Ann Arbor, Northcentral University. 28092827: 160.
- Horowitz, A. (1985). *Family caregiving to the frail elderly*. In Lawton, M.P. & Maddox, G. L. (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5: 194-246. New York: Springer.29(2) : 111-121.
- Kinsey, B. A. (2020). *Empowering African American Parents: A Parent Education Workshop for ADHD Children*. Ann Arbor, Alliant International University. 27964792: 98.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Cx]=[vGuilford Press.
- Li Honglin. (2560). *ทัศนคติ ความพึงพอใจและความคาดหวังของชาวไทยเชื้อสายจีนในกรุงเทพมหานครที่มีต่อจรรยาบรรณในการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนไทย*. [การค้นคว้าอิสระ นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- Mash EJ and Johnston C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consul Clin Psychol* 1983; 51: 86-99.
- Mikolajczak, M. and I. Roskam (2020). "Parental burnout: Moving the focus from children to parents." *New Directions for Child and Adolescent Development*.
- Mills, A., Wong-Anuchit, C., & Poogpan, J. (2017). A Concept Analysis of Thum-jai: A Thai Coping Strategy. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21, 234- 243.
- Mills, A. C., Poogpan, J., Wong-Anuchit, C., & Rujkorakarn, D. (2019). The meaning of acceptance (Thum-jai) in Thai people: Letting it go...so life goes on. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 879-887. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12587>
- Mishra P, Pandey CM, et al. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth*2019, 22, 67-72.

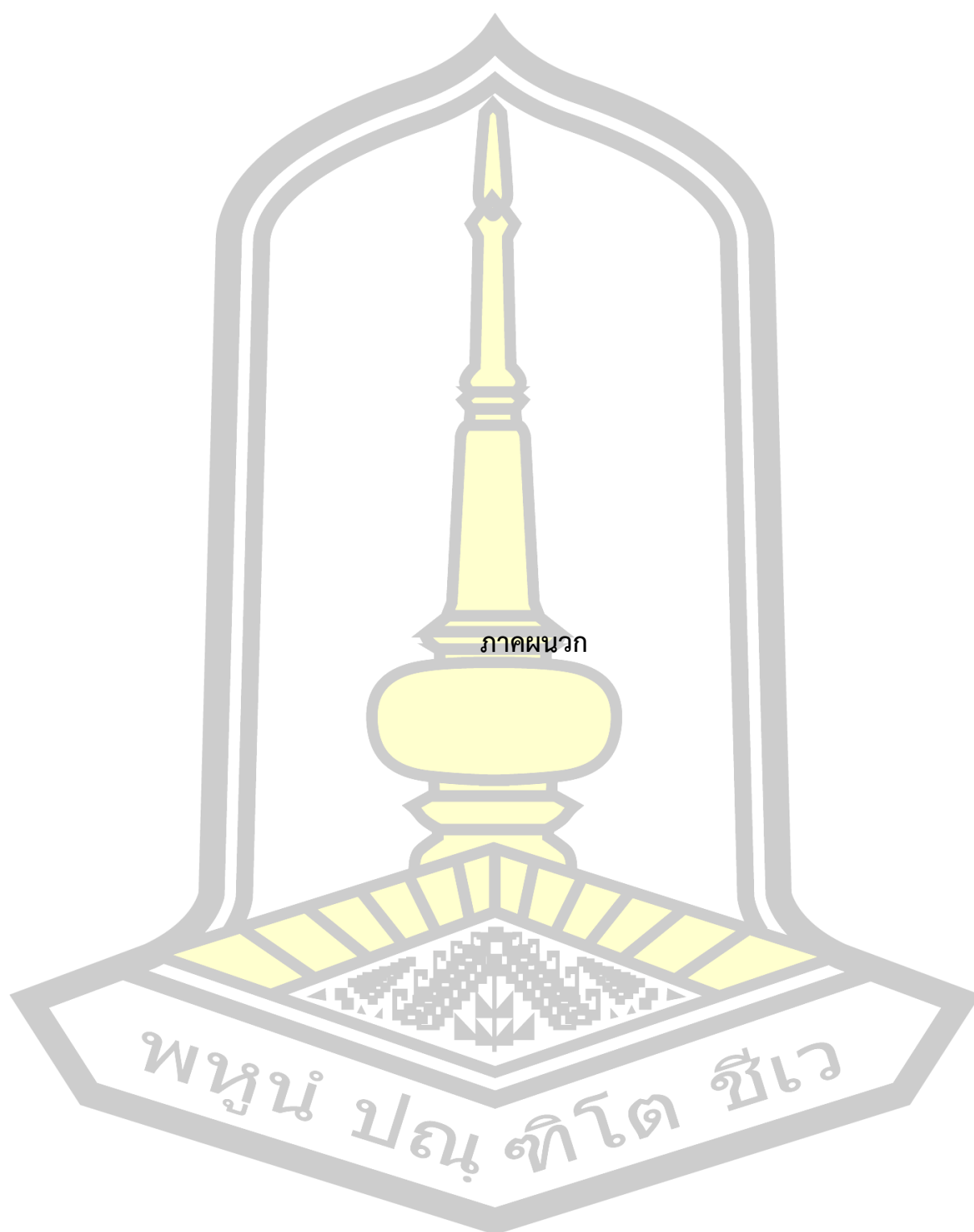
- Nuri, C., G. Akçamete, et al. (2019). "A Combined Model Study: The Needs of Parents of Children with Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (ADHD) in Parent Education *." *International Electronic Journal of Elementary Education*, 12(1), 19-25.
- Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. (2013). Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol*, 48(6), 18-29.
- Persaud, D. S. (2019). *Portuguese-American Parents' Knowledge of Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)*. Ann Arbor, Walden University. 10933554: 181.
- Posner K, Melvin GA, Murray DW, et al. (2007). Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The preschoolers with attention-deficit/hyperactivity treatment study (PATs). *Child AdolescPsychopharmacol*, ;17(5), 547–62.
- Ronald C. et al. (2005). Life time prevalence and Age-of-Onset Distribution of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*.;62:593-602
- Ross F., and Mackenzie, A. (1996). *Nursing in primary care*. London: Routledge.
- Sairanen, E., L. ✕ Päivi, et al. (2018). "Psychological inflexibility explains distress in parents whose children have chronic conditions." *PLoS One* 13(7).
- Salgado-Pascual, C. F., L. J. Martín-Antón, et al. (2020). "Impact of a Mindfulness and Self-Care Program on the Psychological Flexibility and Well-Being of Parents with Children Diagnosed with ADHD." *Sustainability*, 12(18), 7487.
- Storebø OJ and Simonsen E. (2016). The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD): A Review. *J Atten Disord*.;20(10):815–24.
- Turner, M. (2019). *The Effect of Social Support on Perceived Stress, Self-Efficacy, and Burnout of Foster Parents*. Ann Arbor, Texas A&M University - Commerce. 13881837: 59.
- Von Raub, D. R. H. (2020). *African-American Fathers' Perspectives of Their Sons' Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Ann Arbor, Walden University. 27739645: 152.
- Waters, C. S. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: Efficacy and Mechanisms of Therapeutic Action*. University of Cardiff. Retrieved from <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/9713295.pdf> <http://orca.cf.ac.uk/37760/1/DCLIN PSYCH Thesis Dr Cerith Waters.pdf>

Williamson, D., Johnston, C., Noyes, A., Stewart, K., & Weiss, M. D. (2017).

Attentiondeficit/hyperactivity disorder symptoms in mothers and fathers:
family level interactions in relation to parenting. *Journal of Abnormal Child
Psychology*, 45(3), 485-500.

Yousefia S, Farb AS, Abdolahian E. (2011). *Parenting stress and parenting styles in
mothers of ADHD with mothers of normal children*. *Procedia-Social and
Behavioral Sciences* ; 30: 1666-71.





การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (CVI)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ได้ผู้ทรงคุณวุฒิในการแนะนำประเด็นข้อคำถามจำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1. นายพิระยุทธ ไชยคุณตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกจันทร์ เข้มนาการ ตำแหน่ง อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3. อาจารย์แพทย์หญิงกนกกาญจน์ จันทร์จารุศิริ ตำแหน่ง อาจารย์จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
4. นางจินตนา ซาลีวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าแผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ
5. แพทย์หญิงพรชนก หิรัญเขว้า ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม) โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

การหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย สามารถแบ่งการคำนวณออกเป็น 2 ประเภท คือ คือ Scale CVI (S-CVI) เป็นการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด และ Item level CVI (I-CVI) ซึ่งเป็นการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ โดยสามารถคำนวณทั้ง 2 ประเภท ดังนี้

1. หาค่า Scale CVI

การหาค่า S-CVI คำนวณได้จากสูตร คือ

$$S-CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนลงเห็นระดับ 3 และระดับ 4}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

ตารางที่ 6 แสดงการคำนวณหาค่า S-CVI

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ระดับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					จำนวนคนที่ลงความเห็นระดับ 3-4
				1	2	3	4	5	
ข้อคำถามเกี่ยวกับหนึ่งในอาการของอาการเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 คือ	5	เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่สามารถยับยั้งชั่งใจในแต่ละพฤติกรรม	ผิด	4	4	4	4	4	5 ท่าน

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ระดับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					จำนวนคนที่ลงความเห็นระดับ 3-4
				1	2	3	4	5	
อาการชุน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity / impulsiveness)	12	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อมีผู้อื่นมาพูดคุยด้วยจะมีพฤติกรรมรอฟังจนจบประโยค	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน
	15	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมเรียบร้อย ไม่ซุกซนไม่วิ่งหรือปีนป่าย อย่างไม่รู้กาลเทศะ	ผิด	4	4	4	4	4	5 ท่าน
	16	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอาจมีพฤติกรรมในการรอคอยอะไรนานๆได้ เช่นการรอคิว	ถูก	4	4	4	3	4	5 ท่าน
	19	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอาจขณะอยู่โรงเรียนมักมีพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่ ไม่ชอบลุกเดินไปมา	ถูก	4	4	4	3	4	5 ท่าน
ข้อคำถามเกี่ยวกับคือหนึ่งในอาการของอาการเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 คืออาการขาดสมาธิ (inattention)	3	เด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ทำงานตามกฎโรงเรียนและทำงานอย่างเป็นระเบียบ	ผิด	4	4	3	2	4	4 ท่าน
	4	เด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานานแสดงว่าเด็กไม่เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน	ถูก	4	4	4	4	1	4 ท่าน
	13	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะทำงานที่รับผิดชอบมอบหมายไม่สำเร็จ	ถูก	4	4	4	3	4	5 ท่าน

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ระดับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					จำนวนคนที่ลงความเห็นระดับ 3-4
				1	2	3	4	5	
	14	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอาจมีพฤติกรรมทำของหายบ่อยๆ	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน
	18	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ขาดความละเอียดรอบคอบ หรือทำงานผิดจากความสะเพร่า	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน
ข้อคำถามเกี่ยวกับคือสาเหตุของการเกิดของโรคสมาธิสั้น	1	โรคสมาธิสั้น เกิดจากพันธุกรรมของพ่อแม่	ถูก	4	4	3	3	4	5 ท่าน
	2	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย	ถูก	4	3	3	2	4	4 ท่าน
ข้อคำถามเกี่ยวกับคือผลกระทบการเกิดโรคสมาธิสั้น	6	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นทุกคนเมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นเด็กเกเร	ผิด	4	3	3	3	4	5 ท่าน
	8	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นทุกคนเมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด	ผิด	4	3	3	3	4	5 ท่าน
	20	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ มีปัญหาการเรียน เรียนช้าขึ้น เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ทำให้ถูกทำโทษบ่อย ๆ	ถูก	4	4	3	3	4	5 ท่าน
ข้อคำถามเกี่ยวกับคือแนวทางในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้น	7	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ อาการจะดีขึ้นเมื่อกินยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ระดับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					จำนวนคนที่ลงความเห็นระดับ 3-4
				1	2	3	4	5	
	9	ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น หากกินอย่างถูกวิธีจะสามารถควบคุมอาการสมาธิสั้นได้ดีขึ้น	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน
	10	เมื่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ที่โรงเรียน ตำแหน่งที่อยู่ในห้องเรียนควรจะอยู่หน้าห้องเรียนใกล้กับคุณครู	ถูก	4	4	4	4	2	4 ท่าน
	11	ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในการเลี้ยงดูเด็ก เมื่อเด็กสมาธิสั้น อาการไม่ดีสามารถปรับได้ด้วยตนเอง	ผิด	4	3	4	4	4	5 ท่าน
	17	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเมื่อได้รับประทานยาแล้ว จะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง นอนไม่หลับ แต่เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะ ร่างกายของเด็กจะสามารถปรับตัวได้เอง	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน
สรุปผล	S-CVI=16/20 = .80 (ผ่านเกณฑ์)								

จากตารางที่ 6 จะเห็นว่าจำเห็นได้ว่า จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนลงความเห็นระดับ 3 หรือระดับ 4 มีจำนวน 16 ข้อ (คือข้อ 1, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, และ 20) และเมื่อนำไปหาด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อคำถาม จึงได้เท่ากับ .80 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

2. Item level CVI

การหาค่า I-CVI คำนวณได้จากสูตร คือ

$$I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ลงความเห็นระดับ 3 และระดับ 4 ในแต่ละข้อ}}{\text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ตารางที่ 7 แสดงการคำนวณหาค่า I-CVI

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ระดับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					จำนวนคนที่ลงความเห็นระดับ 3-4	การคำนวณ	แปลผล
				1	2	3	4	5			
ข้อคำถามเกี่ยวกับหนึ่งในอาการของเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 คือ อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity / impulsiveness)	5	เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่สามารถยับยั้งชั่งใจในแต่ละพฤติกรรม	ผิด	4	4	4	4	4	5 ท่าน	I-CVI = $5/5=1.0$	ใช้ได้
	12	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเมื่อมีผู้อื่นมาพูดคุยด้วยจะมีพฤติกรรมรอฟังจนจบประโยค	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน	I-CVI = $5/5=1.0$	ใช้ได้
	15	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมเรียบร้อย ไม่ซุกซนไม่วิ่งหรือปีนป่ายอย่างไม่มีรู้กาลเทศะ	ผิด	4	4	4	4	4	5 ท่าน	I-CVI = $5/5=1.0$	ใช้ได้
	16	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอาจมีพฤติกรรมในการรอคอยอะไรนานๆได้ เช่นการรอคิว	ถูก	4	4	4	3	4	5 ท่าน	I-CVI = $5/5=1.0$	ใช้ได้
	19	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอาจขณะอยู่โรงเรียนมักมีพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่ ไม่ชอบลุกเดินไปมา	ถูก	4	4	4	3	4	5 ท่าน	I-CVI = $5/5=1.0$	ใช้ได้

ประเด็นข้อ คำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำ ตอบ	ระดับ ความเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิ					จำนวนคน ที่ลง ความเห็น ระดับ 3-4	การ คำนวณ	แปล ผล
				1	2	3	4	5			
ข้อคำถาม เกี่ยวกับคือหนึ่ง ในอาการของ อาการเด็กสมาธิ สั้นตามเกณฑ์การ วินิจฉัย DSM-5 คืออาการขาด สมาธิ (inattention)	3	เด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ ทำงานตามกฎโรงเรียน และทำงานอย่างเป็น ระเบียบ	ผิด	4	4	3	2	4	4 ท่าน	I-CVI = 4/5=0.8	ใช้ได้
	4	เด็กสามารถนั่งดู โทรทัศน์หรือเล่นเกม ติดต่อกันได้เป็น เวลานานแสดงว่าเด็กไม่ เป็นโรคสมาธิสั้นอย่าง แน่นอน	ถูก	4	4	4	4	1	4 ท่าน	I-CVI = 4/5=0.8	ใช้ได้
	13	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่จะทำงานที่ รับผิดชอบมอบหมายไม่ สำเร็จ	ถูก	4	4	4	3	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้
	14	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น อาจมีพฤติกรรมทำของ หายบ่อยๆ	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้
	18	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ขาดความละเอียด รอบคอบ หรือทำงานผิด จากความสะเพร่า	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้
ข้อคำถาม เกี่ยวกับคือ สาเหตุของการ เกิดของโรคสมาธิ สั้น	1	โรคสมาธิสั้น เกิดจาก พันธุกรรมของพ่อแม่	ถูก	4	4	3	3	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้
	2	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่ 	ถูก	4	3	3	2	4	4 ท่าน	I-CVI = 4/5=0.8	ใช้ได้

ประเด็นข้อ คำถาม	ข้อ	ข้อความคำถาม	คำตอบ	ระดับ ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					จำนวนคนที่ลง ความเห็น ระดับ 3-4	การ คำนวณ	แปล ผล
				1	2	3	4	5			
		เป็นระเบียบ สบาย วุ่นวาย									
ข้อความคำถาม เกี่ยวกับคือ ผลกระทบการ เกิดโรคสมาธิสั้น	6	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ทุกคน เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมี ความเสี่ยงสูงที่จะเป็น เด็กเกเร	ผิด	4	3	3	3	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้
ข้อความคำถาม เกี่ยวกับคือ ผลกระทบการ เกิดโรคสมาธิสั้น	8	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ทุกคน เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมี ความเสี่ยงสูงที่จะติดสาร เสพติด	ผิด	4	3	3	3	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้
	20	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ มีปัญหาด้าน การเรียนรู้ เรียนช้าขึ้น เนื่องจากมีปัญหา พฤติกรรมในห้องเรียน ทำให้ถูกทำโทษบ่อย ๆ	ถูก	4	4	3	3	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้
ข้อความคำถาม เกี่ยวกับคือ แนวทางในการ ดูแลรักษาเด็ก สมาธิสั้น	7	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ อาการจะดีขึ้น เมื่อกินยาร่วมกับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้
	9	ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น หากกินอย่างถูกวิธีจะ สามารถควบคุมอาการ สมาธิสั้นได้ดีขึ้น	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้

ประเด็นข้อ คำถาม	ข้อ	ข้อความคำถาม	คำตอบ	ระดับ ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					จำนวนคนที่ลง ความเห็น ระดับ 3-4	การ คำนวณ	แปล ผล
				1	2	3	4	5			
	10	เมื่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ที่ โรงเรียน ตำแหน่งที่อยู่ ในห้องเรียนควรจะอยู่ หน้าห้องเรียนใกล้กับ คุณครู	ถูก	4	4	4	4	2	4 ท่าน	I-CVI = 4/5=0.8	ใช้ได้
	11	ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นใน การเลี้ยงดูเด็ก เมื่อเด็ก สมาธิสั้น อาการไม่ดี สามารถปรับยาด้วย ตนเอง	ผิด	4	3	4	4	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้
	17	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อได้รับประทานยา แล้ว จะมีอาการเบื่อ อาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง นอนไม่หลับ แต่เมื่อเวลา ผ่านไปสักระยะ ร่างกาย ของเด็กจะสามารถ ปรับตัวได้เอง	ถูก	4	4	4	4	4	5 ท่าน	I-CVI = 5/5=1.0	ใช้ได้

จากตารางที่ 7 จะเห็นว่าทุกข้อความคำถามผ่านเกณฑ์หรือใช้ได้ เนื่องจากค่า I-CVI ที่คำนวณได้
มีค่าอยู่ระหว่าง .80-1.0

3. ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ตารางที่ 8 แสดงข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับข้อคำถามของเครื่องมือ

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อคำถามเกี่ยวกับ หนึ่งในอาการของ อาการเด็กสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การ วินิจฉัย DSM-5 คือ อาการชน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity / impulsiveness)	5	เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ สามารถยับยั้งชั่งใจใน แต่ละพฤติกรรม	ผิด	- แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้นมัก สามารถยับยั้งชั่งใจในการทำกิจกรรม เช่น ไม่หยุดหยิกและสามารถนั่งอยู่ กับที่นานๆได้”
	12	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อมีผู้อื่นมาพูดคุย ด้วยจะมีพฤติกรรมร่อ ฟังจนจบประโยค	ผิด (แก้ คำตอบ ว่า “ถูก”)	- แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้นเมื่อ พูดคุยกับผู้อื่นมักจะพูดมาก ไม่ สามารถรอจังหวะของตน เช่น ชิง ตอบคำถามก่อนที่จะถามจนจบ”
	15	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรม เรื้อร่อย ไม่ซุกซนไม่ วิ่งหรือปีนป่ายอย่างไม่ รู้กาลเทศะ	ผิด	- แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้น มี พฤติกรรมเรื้อร่อย รู้กาลเทศะ ไม่ ซุกซนไม่วิ่งหรือปีนป่าย”
	16	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น อาจมีพฤติกรรมในการ รอคอยอะไรนานๆได้ เช่นการรอคิว	ผิด(แก้ คำตอบ ว่า “ถูก”)	- คำว่า “อาจ” ทำให้ไม่สามารถตอบ คำถามนี้ว่าผิดได้ 100% เพราะเด็ก สมาธิสั้นบางคนก็ไม่ได้มีปัญหาในการ รอคอย ควรใช้ “สมาธิสั้นส่วนใหญ่ มี พฤติกรรม...” - แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้น มี พฤติกรรมขาดการอดทนรอคอย เช่น รอคอยอะไรนานๆไม่ได้ มักแซงคิว”
	19	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น อาจขณะอยู่โรงเรียน มักมีพฤติกรรมนั่งอยู่ กับที่ ไม่ชอบลุกเดิน	ผิด (แก้ คำตอบ ว่า “ถูก”)	- ควรใช้ “สมาธิสั้นส่วนใหญ่ มี พฤติกรรม...” - แก่นื้อหาคือ “ ”

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อคำถามเกี่ยวกับ คือหนึ่งในอาการของ อาการเด็กสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การ วินิจฉัย DSM-5 คือ อาการขาดสมาธิ (inattention)	3	เด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ ทำงานตามกฎโรงเรียน และทำงานอย่างเป็น ระเบียบ	ผิด	- เรื่องการทำตามกฎหรือละเมิดกฎ ไม่ใช่เกณฑ์ในการวินิจฉัย ADHD ควร ตัดออกหรืออาจเปลี่ยนเป็น “ทำงาน ตามขั้นตอนและเป็นระเบียบ” ก็ได้ - แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้น มักมี พฤติกรรมนั่งอยู่กับที่นานๆไม่ได้ มัก ลุกออกจากที่นั่งบ่อยๆ”
	4	เด็กสามารถนั่งดู โทรทัศน์หรือเล่นเกม ติดต่อกันได้เป็น เวลานานแสดงว่าเด็ก ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น อย่างแน่นอน	ผิด	- แนวโน้มที่ข้อคำถามจะมี ความสามารถในการจำแนกระหว่างผู้ มีความรู้ กับไม่มีความรู้ ไม่ดีนัก เพราะจะได้จากคำว่า “อย่าง แน่นอน” - ข้อนี้ไม่ได้อยู่ใน DSM5 ถ้าจะดึงจาก DSM5 อาจจะแก่นื้อหาคือ “เด็ก สมาธิสั้นมักวอกแวก สนใจสิ่งเร้า ภายนอก และใจลอยเวลาทำงาน”
	13	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่จะทำงานที่ รับผิดชอบมอบหมาย ไม่สำเร็จ	ถูก	- อยากให้เพิ่มคำว่า “มักจะ” ทำงาน ที่ - แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้นมักจะ ทำงานที่รับผิดชอบมอบหมายไม่ สำเร็จ”
	14	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น อาจมีพฤติกรรมทำของ หายบ่อยๆ	ถูก	- แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้น มักจะ ทำของใช้ส่วนตัวหายบ่อยๆ เช่น ยางลบ ดินสอ
	18	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ขาดความละเอียด	ถูก	- แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้น มักขาด ความละเอียดรอบคอบ และหือลือเลี่ยง

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
		รอบคอบ หรือทำงาน ผิดจากความสะเพร่า		งานที่ต้องใช้ความพยายามมาก”
ข้อคำถามเกี่ยวกับ คือสาเหตุของการ เกิดของโรคสมาธิสั้น	1	โรคสมาธิสั้น เกิดจาก พันธุกรรมของพ่อแม่	ถูก	- ตัดคำว่า “พ่อแม่” ออก เพราะ บางครั้งพ่อแม่อาจไม่ได้เป็น แต่มีญาติ พี่น้องคนอื่นเป็นก็ได้ - ถูกบางส่วน พันธุกรรม เป็นปัจจัย หนึ่งในการเกิดโรคสมาธิสั้น (ADHD เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัย ร่วมกัน ได้แก่ ประสาทชีววิทยา พันธุกรรม สิ่งแวดล้อมและจิตสังคม) - แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้นส่วน หนึ่ง เกิดจากสาเหตุพันธุกรรม”
	2	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ ไม่เป็นระเบียบ สับสน วุ่นวาย	ถูก	- น่าจะใช้คำว่าเด็กสมาธิสั้นบางส่วน เกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อมใน ครอบครัว - ไม่จำเป็นที่เด็กสมาธิสั้นต้องมาจาก ครอบครัวที่สับสนวุ่นวาย environmental factor ไม่ใช่สาเหตุ ของการเกิดโรค แต่เป็นเพียง ตัวกระตุ้นให้อาการของโรคชัดเจน และรุนแรงขึ้น - ข้อนี้เป็นข้อปัจจัยด้าน จิตสังคม ซึ่ง ในเด็กADHD บางคนไม่พบปัจจัยนี้ ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู อาจเป็น ความสัมพันธ์ในมุขกลับ คือ พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กระตุ้นให้ เกิดการตอบสนองดังกล่าวจาก ครอบครัว

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
				- แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้น เกิดจากสภาพแวดล้อมจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย และมีความขัดแย้งในครอบครัว”
ข้อคำถามเกี่ยวกับคือผลกระทบการเกิดโรคสมาธิสั้น	6	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นทุกคน เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นเด็กเกเร	ผิด	- เด็กสมาธิสั้นบางคน - ตัดคำว่า “ทุกคน” ออก เพราะไม่ใช่ทุกคนที่จะเสี่ยง - อาจมีความสับสนของการรับรู้ด้านภาษาของผู้ตอบแบบประเมินระหว่าง conduct disorder กับเด็กเกเรในภาษาพูด - แก่นื้อหาคือ “เด็กสมาธิสั้นทุกคนเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นเด็กเกเร”
	8	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นทุกคน เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด	ผิด	- เด็กสมาธิสั้นบางคน - ตัดคำว่า “ทุกคน” ออก เพราะไม่ใช่ทุกคนที่จะเสี่ยง - Impact ของโรคสมาธิสั้น จะพบการเริ่มใช้สารเสพติดในวัยรุ่น และติดสารเสพติดในวัยผู้ใหญ่ และมีความเสี่ยงมากขึ้นเมื่อ มี comorbid โรค conduct disorder หรือโรคด้านอารมณ์ - คำถามนี้มีอิทธิพลของการรับรู้และใช้ภาษา ผู้ตอบแบบสอบถามอาจมองการเริ่มใช้สารเสพติด เป็นว่า ติดสารเสพติดได้

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
				- หากเด็กสมาธิสั้น ไม่ได้รับการรักษา จะส่งผลกระทบในอนาคต - แก่นื้อหาคือ “เด็กสั้นทุกคน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด”
	20	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านการเรียน เรียนช้าขึ้น เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน	ถูก	- มีปัญหาด้านการเรียน เนื่องจากมี ปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ไม่มีสมาธิ ไม่ตั้งใจเรียน ทำให้ถูกถูกทำโทษบ่อยๆ (ตัดคำว่าเรียนช้าขึ้นออก เพราะปัจจุบันระบบการเรียนไม่นิยม
		ทำให้ถูกทำโทษบ่อย ๆ		ให้เด็กช้าขึ้น) - ปัญหาด้านพฤติกรรมของ ADHD เป็นอุปสรรคต่อการเรียน การถูกทำโทษ การช้าขึ้นเป็น reaction ของครู/ระบบโรงเรียนที่แตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล - แก่นื้อหาคือ “เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมีปัญหาด้านการเรียน เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ขาดความสนใจและเอาใจใส่ในการเรียน”
ข้อคำถามเกี่ยวกับ คือแนวทางในการ ดูแลรักษาเด็กสมาธิ สั้น	7	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ อาการจะดีขึ้นเมื่อกินยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ถูก	- แก่นื้อหาคือ “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการกินยา จะทำให้อาการของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น”

ประเด็นข้อคำถาม	ข้อ	ข้อคำถาม	คำตอบ	ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ
	9	ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น หากกินอย่างถูกวิธี จะสามารถควบคุมอาการสมาธิสั้นได้ดีขึ้น	ถูก	- แก่นื้อหาคือ “การรักษาสมาธิสั้นด้วยยา หากกินอย่างถูกวิธีจะสามารถควบคุมอาการสมาธิสั้นได้”
	10	เมื่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ที่โรงเรียน ตำแหน่งที่อยู่ในห้องเรียนควรจะอยู่ในหน้าห้องเรียนใกล้กับคุณครู	ถูก	- ข้อนี้จะเป็นที่โรงเรียนถามเกี่ยวกับครู โดยสามารถปรับเปลี่ยนให้เป็นคำถามเมื่ออยู่ที่บ้าน คือ “การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สงบ ไม่มีเสียงรบกวน สมาธิของเด็กเวลาทำการบ้าน อ่านหนังสือ สามารถช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นให้สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ”
	11	ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในการเลี้ยงดูเด็ก เมื่อเด็กสมาธิสั้น อาการไม่ดีสามารถปรับได้ด้วยตนเอง	ผิด	- แก่นื้อหาคือ “ผู้ดูแลเด็กสามารถปรับขนาดยารักษาสมาธิสั้นของเด็กได้เอง หากพบว่าเด็กมีอาการขาดสมาธิเพิ่มมากขึ้น”
	17	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อได้รับประทานยาแล้ว จะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง นอนไม่หลับ แต่เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะ ร่างกายของเด็กจะสามารถปรับตัวได้เอง	ถูก	- ใช้คำว่า “อาจ” - แก่นื้อหาคือ “เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเมื่อได้รับประทานยาแล้ว จะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง นอนไม่หลับ สามารถลดอาการข้างเคียงได้ โดยการรับประทานยาหลังอาหารและไม่ควรทานยาเกิน 16.00น”

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะจิตศึกษาการเผชิญปัญหาภายใต้แนวคิด การเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) ภาวะสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) และ ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยวิเคราะห์โดยใช้โดยการใช่วิธีการวิเคราะห์เชิงสถิติแบบ ความถี่ หาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีการแบ่งรายละเอียด

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแล เด็กสมาธิสั้น

ความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (N = 250)	Mean	SD
1. อาการเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 คืออาการชุน อยู่ไม่นิ่ง	3.86	1.36
เด็กสมาธิสั้นมักสามารถยับยั้งชั่งใจในการทำกิจกรรม เช่น ไม่หยุดหยิกและสามารถนั่งอยู่กับที่นานๆได้	0.28	0.45
เด็กสมาธิสั้น เมื่อพูดคุยกับผู้อื่นมักจะพูดมาก ไม่สามารถรอจังหวะของตน เช่น ชิงตอบคำถามก่อนที่จะถามจนจบ	0.79	0.41
เด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมเรื้อรัง รื้อแกะเศษ ไม่ซุกซนไม่วิ่งหรือปีนป่าย	0.78	0.41
เด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมขาดการอดทนรอคอย เช่น รอคอยอะไรนานๆไม่ได้ มักแซงคิว	0.68	0.46
เด็กสมาธิสั้น มักมีพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่นานๆไม่ได้ มักลุกออกจากที่นั่งบ่อยๆ	0.88	0.33
2. อาการของอาการเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 คืออาการขาดสมาธิ	3.19	1.29
เด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ทำงานตามกฎโรงเรียนและทำงานอย่างเป็นระเบียบ	0.55	0.49
เด็กสมาธิสั้นมักวอกแวก สนใจสิ่งเร้าภายนอก และใจลอยเวลาทำงาน	0.86	0.35
เด็กสมาธิสั้นมักจะทำงานที่รับผิดชอบมอบหมายไม่สำเร็จ	0.69	0.46
เด็กสมาธิสั้น มักจะทำของใช้ส่วนตัวหายบ่อยๆ เช่น ยางลบ ดินสอ	0.84	0.36
เด็กสมาธิสั้น มักขาดความละเอียดรอบคอบ และหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้ความพยายามมาก	0.80	0.39
3. สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น	0.92	0.75
เด็กสมาธิสั้นส่วนหนึ่ง เกิดจากสาเหตุพันธุกรรม	0.36	0.48
เด็กสมาธิสั้น เกิดจากสภาพแวดล้อมจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย และมีความขัดแย้งในครอบครัว	0.56	0.49
4. ผลกระทบการเกิดโรคสมาธิสั้น	1.91	0.97
เด็กสมาธิสั้นทุกคน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นเด็กเกเร	0.51	0.50
เด็กสมาธิสั้นทุกคน เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด	0.68	0.46

ความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (N = 250)	Mean	SD
เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมีปัญหาด้านการเรียน เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ขาดความสนใจและเอาใจใส่ในการเรียน	0.71	0.45
5. แนวทางในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้น	4.14	0.95
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการกินยา จะทำให้อาการของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น	0.95	0.22
การรักษาสมาธิสั้นด้วยยา หากกินอย่างถูกวิธีจะสามารถควบคุมอาการสมาธิสั้นได้	0.96	0.18
เมื่อเด็กสมาธิสั้นอยู่ที่โรงเรียน ตำแหน่งที่อยู่ในห้องเรียนควรจะอยู่หน้าห้องเรียน ใกล้กับคุณครู	0.83	0.37
ผู้ดูแลเด็กสามารถปรับขนาดยารักษาสมาธิสั้นของเด็กได้เอง หากพบว่าเด็กมีอาการขาดสมาธิเพิ่มมากขึ้น	0.85	0.36
เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเมื่อได้รับประทานยาแล้ว จะมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง นอนไม่หลับ สามารถลดอาการข้างเคียงได้ โดยการรับประทานยาหลังอาหารและไม่ควรทานยาเกิน 16.00น	0.55	0.49
รวมคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	14.57	3.97

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นแยกเป็นประเด็นข้อคำถาม (N = 250)	Mean	SD
1. อาการเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 คืออาการชน อยู่ไม่นิ่ง	3.86	1.36
2. อาการของอาการเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 คืออาการขาดสมาธิ	3.19	1.29
3. สาเหตุของการเกิดของโรคสมาธิสั้น	0.92	0.75
4. ผลกระทบการเกิดโรคสมาธิสั้น	1.91	0.97
5. แนวทางในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้น	4.14	0.95
รวมคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	14.57	3.97

จากตารางที่ 10 มีการวิเคราะห์เกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน มีคะแนนเฉลี่ย 14.57 (SD = 3.97) ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับคือ แนวทางในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ย 4.14 (SD = 0.95) รองลงมา อาการเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 คืออาการชน อยู่ไม่นิ่ง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.86 (SD = 1.36) และ อาการของอาการเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 คืออาการขาดสมาธิ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.19 (SD = 1.29)

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินการวัดทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (N = 250)	Mean	SD
1. เด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติ สามารถพัฒนาได้	3.77	0.50
2. ไม่ควรพาเด็กสมาธิสั้นเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมทั่วไป	3.18	1.17
3. เด็กสมาธิสั้น มักเป็นเด็กขี้เกียจ	2.81	1.14
4. เมื่อเด็กสมาธิสั้นทำดี ก็ควรได้รับรางวัลเช่นเดียวกับเด็กอื่น	3.83	0.47
5. เด็กสมาธิสั้น ต้องช่วยเหลือด้านการเรียนเพิ่มเติมเป็นพิเศษ	3.67	0.53
6. การทำให้เด็กสมาธิสั้นปฏิบัติตามกฎระเบียบ ควรใช้วิธีลงโทษ	1.85	1.04
7. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น	3.19	1.13
8. เมื่อลูกเป็นโรคสมาธิสั้นพ่อแม่รู้สึกเป็นปมด้อยและอาย	1.25	0.66
9. ยารักษาโรคสมาธิสั้นมีผลเสียมากกว่าผลดี	3.13	1.19
10. ไม่จำเป็นต้องรักษาโรคสมาธิสั้นก็ได้ เพราะโตขึ้นเด็กมักจะหายจนตามวัยอยู่แล้ว	3.30	1.11
รวมคะแนนทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	29.98	4.25

จากตารางที่ 11 แสดงผลของการวิเคราะห์ทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน มีคะแนนเฉลี่ย 29.98 (SD = 4.25) ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีทัศนคติเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นเป็นทัศนคติเชิงบวก(จากการวิเคราะห์ผลของทัศนคติมีค่า ≥ 24 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติเชิงบวก)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับคือ เมื่อเด็กสมาธิสั้นทำดี ก็ควรได้รับรางวัลเช่นเดียวกับเด็กอื่น มีคะแนนเฉลี่ย 3.83 (SD = 0.47) รองลงมา เด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติสามารถพัฒนาได้ มีคะแนนเฉลี่ย 3.77 (SD = 0.50) และ เด็กสมาธิสั้น ต้องช่วยเหลือด้านการเรียนเพิ่มเติมเป็นพิเศษ มีคะแนนเฉลี่ย 3.67 (SD = 0.53)

ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบวัดศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)

การเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ : Thum-jai Scale) (N = 250)	Mean	SD
1. ฉันมักจะรู้ว่าควรทำสิ่งใดเพื่อให้ชีวิตของฉันดำเนินต่อไป	3.28	0.79
2. โดยปกติแล้วฉันมีวิธีการที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา	3.30	0.69
3. ฉันสามารถรับความรักจากผู้อื่นได้	3.34	0.69
4. ฉันจะเอาชนะความท้าทายต่างๆ ในอนาคตได้สำเร็จ	3.26	0.74
5. ฉันมีคนที่ขอคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการปัญหาในครอบครัวได้	3.26	0.74
6. ส่วนใหญ่ฉันตัดสินใจเรื่องสำคัญได้โดยมีเหตุผลเพื่อการเปลี่ยนแปลง	3.33	0.72

การเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ : Thum-jai Scale) (N = 250)	Mean	SD
7. เมื่อเผชิญกับสถานการณ์อันยากลำบากอย่างแสนสาหัส ฉันก็ยังมั่นใจว่าฉันจะประสบความสำเร็จ	3.33	0.65
8. ฉันรู้ว่าฉันเป็นคนที่สามารถเปลี่ยนมุมมองของตนเองได้	3.39	0.62
9. ฉันแสวงหาความสุขในชีวิตของฉันได้อย่างมีสติ	3.44	0.62
10. ไม่ว่าจะเกิดสิ่งใดขึ้นกับฉัน ฉันเชื่อว่า ฉันสามารถควบคุมตนเองได้	3.36	0.69
11. ฉันมีคนที่เชื่อใจได้ที่ฉันจะพูดคุยปัญหาต่างๆ	3.35	0.75
12. เมื่อฉันประสบกับภาวะวิกฤต ฉันเชื่อว่า “อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด”	3.40	0.74
รวมคะแนนการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)	39.89	6.58

จากตารางที่ 12 ผลของการวิเคราะห์ศักยภาพการเผชิญปัญหาภายใต้แนวคิดการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) ในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน มีคะแนนเฉลี่ย 39.89 (SD = 6.58) ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) สูง (จากการวิเคราะห์ผลของการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) มีค่าอยู่ระหว่าง 12 – 48 คะแนน หมายถึง การเผชิญปัญหาของคนไทยสูง)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับคือ ฉันแสวงหาความสุขในชีวิตของฉันได้อย่างมีสติ มีค่าเฉลี่ย 3.44 (SD = 0.62) รองลงมา เมื่อฉันประสบกับภาวะวิกฤต ฉันเชื่อว่า “อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด” มีค่าเฉลี่ย 3.40 (SD = 0.74) และ ฉันรู้ว่าฉันเป็นคนที่สามารถเปลี่ยนมุมมองของตนเองได้ มีค่าเฉลี่ย 3.39 (SD = 0.62)

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินการวัดความเครียด

ความเครียด (N = 250)	Mean	SD
1. ข้าพเจ้ารู้สึกข้าพเจ้ามีอาการคล้ายกับอาการหัวใจวาย	0.50	0.66
2. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด	0.59	0.78
3. ข้าพเจ้ารู้สึกตนเองเป็นคนไม่มีคุณค่า	0.33	0.67
4. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าค่อนข้างมีอาการเหนื่อยง่าย	0.92	0.84
5. ข้าพเจ้ารับรู้ถึงการทำงานของหัวใจของข้าพเจ้าในตอนที่ข้าพเจ้าไม่ได้ออกกำลังกาย (เช่น รู้สึกถึงการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การหยุดเต้นของหัวใจ)	0.31	0.65
6. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลใดๆ	0.26	0.56
7. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย	0.21	0.58
รวมคะแนนความเครียด	3.14	3.64

จากตารางที่ 13 แสดงผลของการวิเคราะห์ความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน มีความเครียดมีคะแนนเฉลี่ย 3.14 (SD = 3.64) ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็ก

สมาธิสั้นไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดอยู่ในระดับปกติ (จากการวิเคราะห์ผลของความเครียด มีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 7 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ มีการแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับคือ ข้าพเจ้ารู้สึกข้าพเจ้าค่อนข้างมีอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย มีคะแนนเฉลี่ย 0.92 (SD = 0.84) รองลงมา ข้าพเจ้าไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใดมีคะแนนเฉลี่ย 0.59 (SD = 0.78) และข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก มีคะแนนเฉลี่ย 0.50 (SD = 0.66)

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินการวัดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (N = 250)	Mean	SD
1. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าวิตกกังวลมาก	0.68	0.75
2. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัวและกระทำสิ่งใดโดยมิได้คิด	0.67	0.75
3. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าไม่มีเป้าหมาย	0.50	0.80
4. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการกระวนกระวายใจ	0.62	0.73
5. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ผ่อนคลาย	0.73	0.79
6. ข้าพเจ้ารู้สึกจิตใจหงายหงอยและเศร้าซึม	0.57	0.82
7. ข้าพเจ้าทนไม่ได้กับภาวะใดก็ตามที่ทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถทำอะไรต่อจากที่ข้าพเจ้ากำลังกระทำอยู่	0.55	0.73
รวมคะแนนความวิตกกังวล	4.32	4.40

จากตารางที่ 14 แสดงผลของการวิเคราะห์ความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน มีความวิตกกังวล มีคะแนนเฉลี่ย 4.32 (SD = 4.40) ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ (จากการวิเคราะห์ผลของวิตกกังวล มีค่าอยู่ระหว่าง 4 – 5 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ มีการแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับคือ ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ผ่อนคลาย มีคะแนนเฉลี่ย 0.73 (SD = 0.79) รองลงมา ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าวิตกกังวลมากมีคะแนนเฉลี่ย 0.68 (SD = 0.75) และข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัวและกระทำสิ่งใดโดยมิได้คิด มีคะแนนเฉลี่ย 0.67 (SD = 0.75)

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินการวัดภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (N = 250)	Mean	SD
1. ข้าพเจ้ารู้สึกว่ายากที่จะผ่อนคลายอารมณ์	0.97	0.70
2. ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้ามีอาการปากแห้ง	0.58	0.74
3. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไม่ดีขึ้นเลย	0.80	1.27

ภาวะซึมเศร้า (N = 250)	Mean	SD
4. ข้าพเจ้ามีอาการหายใจลำบาก (เช่น มีอาการหายใจเร็วขึ้นผิดปกติ มีอาการหายใจไม่ออกแม้ว่าจะไม่ได้ออกกำลังกาย)	0.54	1.28
5. ข้าพเจ้ารู้สึกเริ่มทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ค่อนข้างลำบาก	0.50	1.26
6. ข้าพเจ้าเริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ มากเกินไป	0.82	1.29
7. ข้าพเจ้ามีอาการสั่น (เช่น ที่มือทั้งสองข้าง)	0.31	0.64
รวมคะแนนภาวะซึมเศร้า	4.53	5.66

จากตารางที่ 15 แสดงผลของการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน มีคะแนนเฉลี่ย 4.53 (SD = 5.66) ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ (จากการวิเคราะห์ผลของภาวะซึมเศร้า มีค่าอยู่ระหว่าง 5 – 6 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในภาวะซึมเศร้า มีการแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับคือ ข้าพเจ้ารู้สึกว่ายากที่จะผ่อนคลายอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 0.97 (SD = 0.70) รองลงมา ข้าพเจ้าเริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ มากเกินไปมีคะแนนเฉลี่ย 4.32 (SD = 1.29) และข้าพเจ้ารู้สึกที่ไม่ดีขึ้นเลย มีคะแนนเฉลี่ย 0.80 (SD = 1.27)

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินความยืดหยุ่นของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (N = 250)	Mean	SD
1. ประสบการณ์และความทรงจำที่เจ็บปวดในอดีตทำให้ยากลำบากที่ฉันจะดำเนินชีวิตอย่างที่ผมเห็นว่ามีความหมาย	2.62	1.66
2. ฉันกลัวความรู้สึกของตัวเอง	2.48	1.45
3. ฉันกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลและความรู้สึกต่างๆ ได้	2.43	1.51
4. ความทรงจำที่เจ็บปวดขัดขวางฉันจากการมีชีวิตดังที่ปรารถนา	2.08	1.34
5. อารมณ์เป็นสาเหตุของปัญหาในชีวิตของฉัน	2.79	1.53
6. ดูเหมือนว่าคนส่วนใหญ่จัดการชีวิตของเขาได้ดีกว่าที่ฉันจัดการชีวิตของฉัน	2.35	1.46
7. ความกังวลเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในชีวิตของฉัน	2.60	1.54
รวมคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจ	17.35	8.30

จากตารางที่ 16 ผลของการวิเคราะห์ของแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าการวัดการประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน มีคะแนนเฉลี่ย 17.35 (SD = 8.30) ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความยืดหยุ่นทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (จากการวิเคราะห์ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจที่มีค่าอยู่ระหว่าง 18 – 28 หมายถึง ความยืดหยุ่นทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับคือ อารมณ์เป็นสาเหตุของปัญหาในชีวิตของฉันมีคะแนนเฉลี่ย 2.79 (SD = 1.53) รองลงมา ประสบการณ์และความทรงจำที่เจ็บปวดในอดีตทำให้ยากลำบากที่ฉันจะดำเนินชีวิตอย่างที่ผมเห็นว่ามีความหมาย 2.62 (SD = 1.66) และ ความกังวลเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในชีวิตของฉันมีคะแนนเฉลี่ย 2.60 (SD = 1.54)

ตารางที่ 17 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมินความยืดหยุ่นของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Reverse scores)

ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Reverse scores) (N = 250)	Mean	SD
1. ประสบการณ์และความทรงจำที่เจ็บปวดในอดีตทำให้ยากลำบากที่ฉันจะดำเนินชีวิตอย่างที่ผมเห็นว่ามีความหมาย	5.38	1.66
2. ฉันกลัวความรู้สึกของตัวเอง	5.52	1.45
3. ฉันกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลและความรู้สึกต่างๆได้	5.57	1.51
4. ความทรงจำที่เจ็บปวดขัดขวางฉันจากการมีชีวิตดังที่ปรารถนา	5.92	1.34
5. อารมณ์เป็นสาเหตุของปัญหาในชีวิตของฉัน	5.21	1.53
6. ดูเหมือนว่าคนส่วนใหญ่จัดการชีวิตของเขาได้ดีกว่าที่ฉันจัดการชีวิตของฉัน	5.65	1.46
7. ความกังวลเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในชีวิตของฉัน	5.40	1.54
รวมคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตใจ	38.65	8.30

จากตารางที่ 17 ผลของการวิเคราะห์ของแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นแบบกลับค่าคะแนน พบว่าการวัดการประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน มีคะแนนเฉลี่ย 38.65 (SD = 8.30) ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความยืดหยุ่นทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (จากการวิเคราะห์ระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจที่มีค่าอยู่ระหว่าง 18 – 28 หมายถึง ความยืดหยุ่นทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 อันดับคือ ความทรงจำที่เจ็บปวดขัดขวางฉันจากการมีชีวิตดังที่ปรารถนามีคะแนนเฉลี่ย 5.92 (SD = 1.34) รองลงมา คือ ดูเหมือนว่าคนส่วนใหญ่จัดการชีวิตของเขาได้ดีกว่าที่ฉันจัดการชีวิตของฉันมีคะแนนเฉลี่ย 5.65 (SD = 1.46) และ ฉันกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลและความรู้สึกต่างๆได้มีคะแนนเฉลี่ย 5.57 (SD = 1.51)

การตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษา

การตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษา การตรวจสอบการกระจายตัวของชุดข้อมูลก่อนที่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลสองครั้ง (Double data entry) ได้ข้อมูลจำนวนสองชุด หลังจากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกันเพื่อหาความแตกต่างระหว่างชุดข้อมูลทั้งสอง โดยการตรวจสอบและวิเคราะห์ซ้ำจนไม่พบความแตกต่างระหว่างชุดข้อมูลทั้งสองชุดนี้ ในขั้นตอนต่อมา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง

เบื้องต้นในการใช้สถิติอ้างอิง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov (KS) test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) สะท้อนให้เห็นว่าตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ (สมถวิล วิจิตรวรรณ, 2565) ดังผลการวิเคราะห์ที่แสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 แสดงการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test

ตัวแปร (n=250)	Mean	SD	Kolmogorov-Smirnov Z	P-value
ความรู้	14.57	3.976	2.676	.000
ทัศนคติ	29.98	4.258	2.957	.000
การทำใจ	40.02	6.187	1.928	.001
ภาวะสุขภาพจิต				
ความเครียด	3.14	3.637	3.072	.000
วิตกกังวล	4.32	4.392	2.621	.000
ภาวะซึมเศร้า	4.53	5.664	3.696	.000
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	17.35	8.302	2.020	.001
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Reverse scores)	38.65	8.302	2.020	.001

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการกระจายแบบโค้งปกติของชุดข้อมูลโดยการคำนวณหาค่า Fisher's skewness coefficient (Z_{skewness}) และ Fisher's kurtosis coefficient (Z_{kurtosis}) เพิ่มขึ้นอีกวิธีหนึ่ง พบว่า ค่าสถิติ Z_{skewness} และ Z_{kurtosis} ของบางตัวแปร มีค่าเกินช่วง ± 3.29 สำหรับกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 50 คนแต่ไม่เกิน 300 คน ซึ่งสะท้อนถึงการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติ (Mishra et al., 2019) ดังผลการคำนวณที่แสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แสดงการตรวจสอบการกระจาย โดยใช้ Fisher's skewness coefficient และ Fisher's kurtosis coefficient (n=250)

ตัวแปรที่ศึกษา	Skewness			Kurtosis		
	Statistic	Std. Error	Z_{skewness}	Statistic	Std. Error	Z_{kurtosis}
ความรู้	-1.313	0.154	-8.526	1.495	0.307	4.870
ทัศนคติ	-0.929	0.154	-6.032	-0.004	0.307	-0.013
การทำใจ	-0.824	0.154	-8.344	0.779	0.307	11.453
ภาวะสุขภาพจิต						
ความเครียด	1.776	0.154	11.532	3.043	0.307	9.912
วิตกกังวล	1.301	0.154	8.448	1.514	0.307	4.932
ภาวะซึมเศร้า	3.904	0.154	25.351	20.309	0.307	66.153

ตัวแปรที่ศึกษา	Skewness			Kurtosis		
	Std.			Std.		
	Statistic	Error	Z _{skewness}	Statistic	Error	Z _{kurtosis}
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	0.634	0.154	4.117	0.229	0.307	0.746
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Reverse scores)	- 0.634	0.154	4.117	0.229	0.307	0.746

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิเคราะห์ผลการวิจัยโดยใช้สถิติแบบอิงพารามิเตอร์ (Parametric statistics) ได้ ผู้วิจัยจึงได้นำชุดข้อมูลแต่ละตัวแปรมาพิจารณาถึงการมีข้อมูลที่ย้อนนอกขอบเขตของการกระจายแบบโค้งปกติ (Univariate outliers) ภายใต้เกณฑ์การพิจารณาตัดข้อมูลที่ผิดปกติบางตัวออกจากชุดข้อมูล คือ การตัดค่าคะแนนผิดปกติที่มีค่าอยู่ระหว่าง 1 ถึง -1 ซึ่งนำข้อมูลที่ย้อนนอกขอบเขตของ $\text{Mean} \pm 3\text{SD}$ ออก ดังผลการคำนวณที่แสดงในตารางที่ 20 ซึ่งผู้วิจัยพบว่ามีข้อมูลผิดปกติ 15 คน คงเหลือ 235 คน

ตารางที่ 20 แสดงค่าคะแนนที่ย้อนนอกขอบเขตของ $\text{Mean} \pm 3\text{SD}$ (n=250)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	SD	Mean-3SD	Mean+3SD
ความรู้	14.57	3.976	2.64	26.50
ทัศนคติ	29.98	4.258	17.21	42.75
การทำใจ	40.02	6.187	21.46	58.58
ภาวะสุขภาพจิต				
ความเครียด	3.14	3.637	-7.77	14.05
วิตกกังวล	4.32	4.392	-8.86	17.50
ภาวะซึมเศร้า	4.53	5.664	-12.46	21.52
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	17.35	8.302	42.26	-7.56
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Reverse scores)	38.65	8.302	13.74	63.56

นำข้อมูลที่ได้ คือจำนวน 235 คน ดำเนินการตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติอ้างอิง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov (KS) test อีกครั้ง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) สะท้อนให้เห็นว่าตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ ดังผลการวิเคราะห์ที่แสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 แสดงการแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test

ตัวแปร (n=235)	Mean	SD	Kolmogorov-Smirnov Z	P-value
ความรู้	14.85	3.561	2.800	.000

ตัวแปร (n=235)	Mean	SD	Kolmogorov-Smirnov Z	P-value
ทัศนคติ	30.09	4.216	2.844	.000
การทำใจ	40.36	5.881	1.569	.015
ภาวะสุขภาพจิต				
ความเครียด	2.77	3.117	3.002	.000
วิตกกังวล	3.92	3.957	2.615	.000
ภาวะซึมเศร้า	3.60	3.071	1.848	.002
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ(Reverse scores)	39.29	7.655	2.102	.000

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการกระจายแบบโค้งปกติของชุดข้อมูลโดยการคำนวณหาค่า Fisher's skewness coefficient (Z_{skewness}) และ Fisher's kurtosis coefficient (Z_{kurtosis}) เพิ่มขึ้นอีกวิธีหนึ่ง พบว่า ค่าสถิติ Z_{skewness} และ Z_{kurtosis} ของบางตัวแปร มีค่าเกินช่วง ± 3.29 สำหรับกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 50 คนแต่ไม่เกิน 300 คน ซึ่งสะท้อนถึงการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติ (Mishra et al., 2019) ดังผลการคำนวณที่แสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 แสดงการตรวจสอบการกระจาย โดยใช้ Fisher's skewness coefficient และ Fisher's kurtosis coefficient (n=235)

ตัวแปรที่ศึกษา	Skewness			Kurtosis		
	Statistic	Std. Error	Z_{skewness}	Statistic	Std. Error	Z_{kurtosis}
ความรู้	-1.313	0.159	-8.258	0.875	0.316	2.769
ทัศนคติ	-.986	0.159	-6.201	0.146	0.316	0.462
การทำใจ	-.732	0.159	-4.604	0.612	0.316	1.937
ภาวะสุขภาพจิต						
ความเครียด	1.710	0.159	10.755	3.077	0.316	9.737
วิตกกังวล	1.194	0.159	7.509	1.012	0.316	3.203
ภาวะซึมเศร้า	1.391	0.159	8.748	3.043	0.316	9.630
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	-0.319	0.159	-2.006	-1.202	0.316	-3.804
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Reverse scores)	-0.319	0.159	-2.006	-1.202	0.316	-3.804

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาแบบผ่อนปรนมากขึ้นตามหลักการปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับการยอมรับโดยนักสถิติ (Rule of thumb) คือ ถ้าชุดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากกว่า 200 แล้ว ถึงแม้ว่าการกระจายตัวของชุดข้อมูลจะไม่เป็นแบบโค้งปกติ ก็ไม่ถือว่าเป็นประเด็นข้อห้ามที่สำคัญในการ

เลือกใช้สถิติแบบอิงพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล (Hair, et al, 2019) ทั้งนี้ เนื่องจากชุดข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ขึ้นจะทำให้แนวโน้มของผลการวิเคราะห์หาความแตกต่างโดยใช้สถิติ KS test มีโอกาสได้ผลการวิเคราะห์ว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้ง่ายขึ้นที่บ่งบอกถึงโอกาสการกระจายแบบโค้งปกติน้อยลง ซึ่งเป็นการปฏิเสธสมมติฐาน H_0 ที่เป็นจริง (Type I error) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำหลักเกณฑ์การพิจารณาค่า Skewness index (SI) และ Kurtosis index (KI) ที่ว่า หากพบว่าค่า SI น้อยกว่า 3 และ ค่า KI น้อยกว่า 10 ก็ไม่ถือว่าข้อมูลมีความเบ้และความโด่งมากจนเกินที่จะรับได้สำหรับการเลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอิงพารามิเตอร์ (Kline., 2011) ผู้วิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ ภาวะสุขภาพจิต กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมารถสัน



เครื่องมือที่นำมาใช้

เลขที่แบบสอบถาม:

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (Factors Associated with Psychological Flexibility of Caregiver of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the North-east Region of Thailand)

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / หรือกากบาท X และเติมคำลงในช่องว่าง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านเองมากที่สุด

1. อายุ..... ปี (นับอายุปีเต็มโดยเศษของเดือนให้ปัดขึ้น)

2. เพศ

☐ ชาย (1)

☐ หญิง (2)

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด (1)

☐ สมรส อาศัยอยู่ด้วยกัน (2)

☐ สมรส อาศัยอยู่คนละที่ (3)

☐ หย่าร้าง (4)

1 () โสด

2 () คู่ อาศัยอยู่ด้วยกัน

3 () คู่ อาศัยอยู่คนละที่

4 () หม้าย/ร้าง/หย่า

4. อาชีพ

1 () ข้าราชการ

2 () นักเรียน/นักศึกษา

3 () พนักงานเอกชน

4 () กิจกรรมส่วนตัว

5 () เกษตรกร

6 () แม่บ้าน/พ่อบ้าน

7 () อื่นๆ ระบุ

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท

6. ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น

1 () บิดา

2 () มารดา

3 () พี่ชาย/พี่สาว

4 () ปู่/ย่า

5 () ตา/ยาย

6 () ลุง/ป้า/น้า/อา

7. ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน ชั่วโมง

8. ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา ปี เดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้วัดมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของท่านขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงตัวท่านมากที่สุด โดยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นตอบว่าถูกหรือผิด

ข้อ	ข้อความ	ถูก	ผิด
1	เด็กสมาธิสั้นส่วนหนึ่ง เกิดจากสาเหตุพันธุกรรม		
2	เด็กสมาธิสั้น เกิดจากสภาพแวดล้อมจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย และมีความขัดแย้งในครอบครัว		
3	เด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ทำงานตามกฎโรงเรียนและทำงานอย่างเป็นระเบียบ		
4	.....		
5	.....		
6	.....		
7	.....		
8	.....		
9			
10			
11			
12			
13	.....		
14	.....		
15	.....		
16	.....		
17	.....		
18	เด็กสมาธิสั้น มักขาดความละเอียดรอบคอบ และหลีกเลี่ยงงานที่ต้องใช้ความพยายามมาก		
19	เด็กสมาธิสั้น มักมีพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่นานๆไม่ได้ มักลุกออกจากที่นั่งบ่อยๆ		
20	เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมีปัญหาด้านการเรียน เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ขาดความสนใจและเอาใจใส่ในการเรียน		

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้วัดมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้เป็นข้อความที่ท่านมีทัศนคติต่อการดูแลเด็กสมาธิสั้นของท่านขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงตัวท่านมากที่สุด โดยจะแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วย	หมายถึง เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับทัศนคติสำหรับผู้ดูแลเลย
เห็นด้วยเล็กน้อย	หมายถึง เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับทัศนคติสำหรับผู้ดูแลเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับทัศนคติสำหรับผู้ดูแลปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับทัศนคติสำหรับผู้ดูแลมาก

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยมาก
1	เด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติ สามารถพัฒนาได้	1	2	3	4
2	ไม่ควรพาเด็กสมาธิสั้นเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมทั่วไป	1	2	3	4
3	เด็กสมาธิสั้น มักเป็นเด็กขี้เกียจ	1	2	3	4
4	.....	1	2	3	4
5	.....	1	2	3	4
6	.....	1	2	3	4
7	.....	1	2	3	4
8	เมื่อลูกเป็นโรคสมาธิสั้นพ่อแม่รู้สึกเป็นปมด้อยและอาย	1	2	3	4
9	ยารักษาโรคสมาธิสั้นมีผลเสียมากกว่าผลดี	1	2	3	4
10	ไม่จำเป็นต้องรักษาโรคสมาธิสั้นก็ได้ เพราะโตขึ้นเด็กมักจะหายจนตามวัยอยู่แล้ว	1	2	3	4

ส่วนที่ 4 แบบวัดการทำใจ (Thum-jai Scale)

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้วัดมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการตอบสนองทางจิตวิทยา ความรู้สึก ความคิดที่ต้องเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านมีความรู้สึกอย่างไรในแต่ละข้อคำถาม ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 12 ข้อคำถาม กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงตัวท่านมากที่สุดโดยจะแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|----------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ฉันมักจะรู้ว่าควรทำอะไรเพื่อให้ชีวิตของฉันดำเนินต่อไป	1	2	3	4
2	โดยปกติแล้วฉันมีวิธีการที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา	1	2	3	4
3	ฉันสามารถรับความรักจากผู้อื่นได้	1	2	3	4
4	.....	1	2	3	4
5	.....	1	2	3	4
6					
7					
8	.....	1	2	3	4
9	.....	1	2	3	4
10	ไม่ว่าจะเกิดสิ่งใดขึ้นกับฉัน ฉันเชื่อว่า ฉันสามารถควบคุมตนเองได้	1	2	3	4
11	ฉันมีคนที่จะเชื่อใจได้ที่ฉันจะพูดคุยปัญหาต่างๆ	1	2	3	4
12	เมื่อฉันประสบกับภาวะวิกฤต ฉันเชื่อว่า “อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด”	1	2	3	4

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการวัดภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และเครียด

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้วัดมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการและประเมิน ความรุนแรงเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยข้อความใน แบบสอบถามต่อไปนี้เป็นข้อความที่ระบุข้อความได้ท่านที่ตรงที่สุดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา เพราะการที่ท่านได้เป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอาจจะมีภาวะเหล่านี้เกิดขึ้นได้ โดยในแต่ละข้อคำถามจะมีการแบ่งแต่ละข้อออกเป็น 3 ด้าน ด้านภาวะซึมเศร้า, ด้านภาวะวิตกกังวล และด้านความเครียด ซึ่งมีทั้งหมด จำนวน 21 ข้อคำถาม กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงตัวท่านมากที่สุดโดยจะแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่เกิดขึ้นเลย
- 1 หมายถึง เกิดขึ้นบางครั้ง
- 2 หมายถึง เกิดขึ้นบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง เกิดขึ้นบ่อยที่สุดหรือเกือบตลอดเวลา

ข้อ	คำถาม	ไม่เกิดขึ้นเลย	เกิดขึ้นบางครั้ง	เกิดขึ้นบ่อยครั้ง	เกิดขึ้นบ่อยที่สุดหรือเกือบตลอดเวลา
1	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ายากที่จะผ่อนคลายอารมณ์	0	1	2	3
2	ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้ามีอาการปากแห้ง	0	1	2	3
3	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีดีขึ้นเลย	0	1	2	3
4					
5					
6					
7					
16					
17	.....	0	1	2	3
18	.....	0	1	2	3
19	ข้าพเจ้ารับรู้ถึงการทำงานของหัวใจของข้าพเจ้าในตอนที่ข้าพเจ้าไม่ได้ออกกำลังกาย (เช่น รู้สึกถึงการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การหยุดเต้นของหัวใจ)	0	1	2	3
20	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลใดๆ	0	1	2	3
21	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย	0	1	2	3

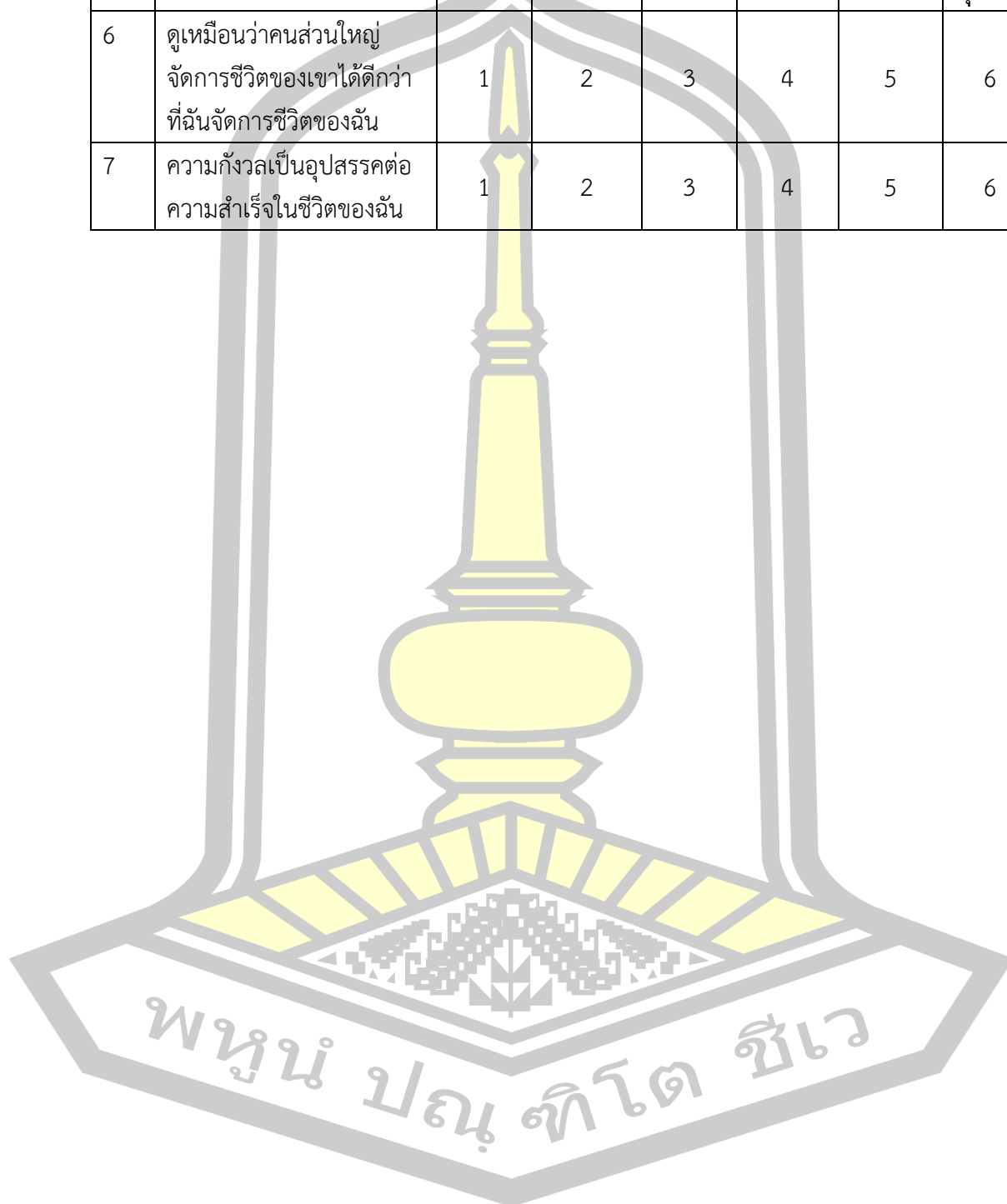
ส่วนที่ 6 แบบประเมินการวัดความยืดหยุ่นทางจิตใจ

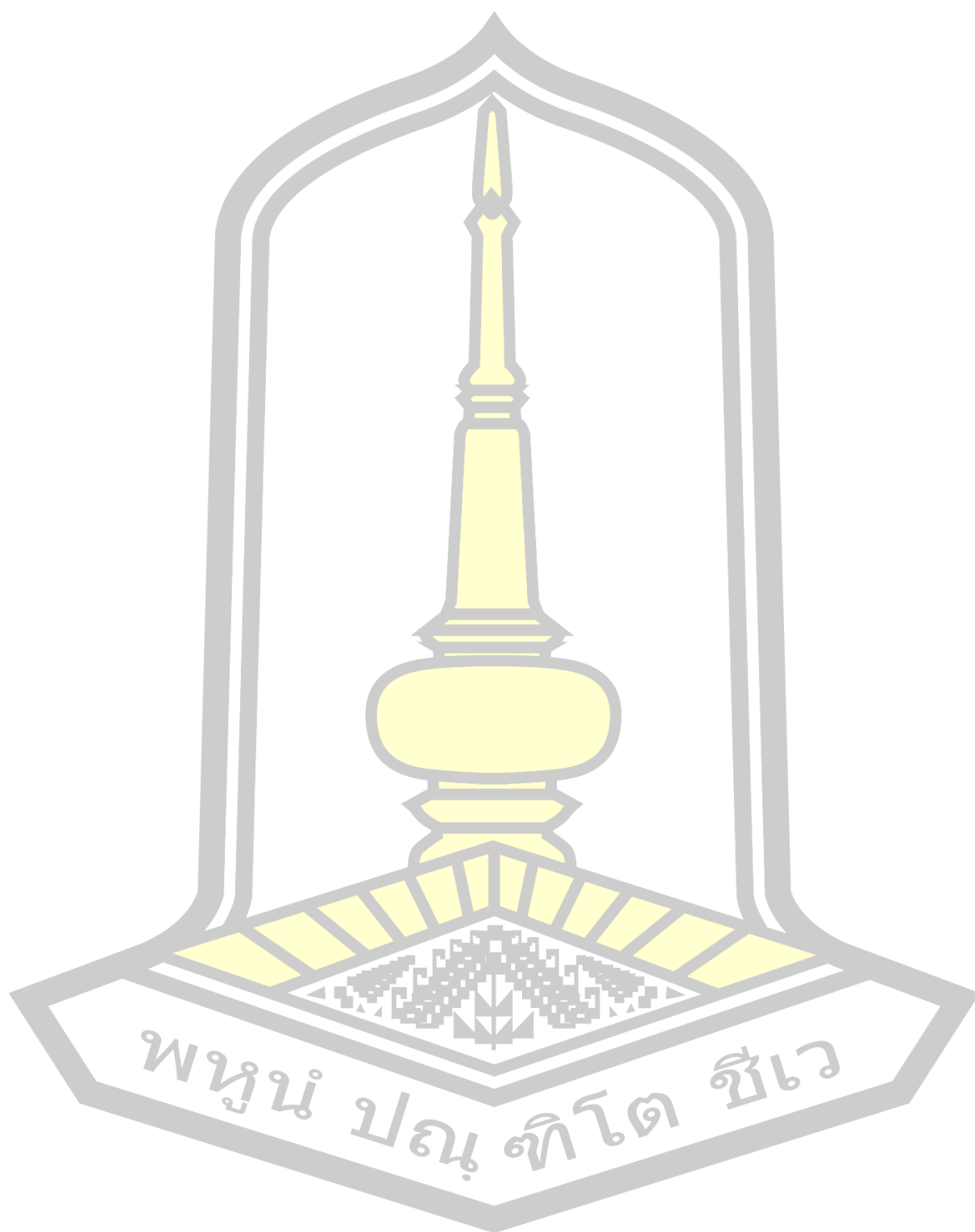
คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้วัดมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการตอบสนองทางจิตวิทยา ความรู้สึก ความคิดที่ต้องเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้เป็นข้อความที่ท่านมีความยืดหยุ่นทางจิตใจว่าเป็นความจริงแค่ไหนในแต่ละข้อคำถาม ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 7 ข้อคำถาม กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงตัวท่านมากที่สุดโดยจะแบ่งระดับออกเป็น 7 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|-------------------|
| 1 | หมายถึง | ไม่จริงเลย |
| 2 | หมายถึง | แทบไม่ค่อยจริง |
| 3 | หมายถึง | ไม่ค่อยจริง |
| 4 | หมายถึง | จริงบางครั้ง |
| 5 | หมายถึง | จริงบ่อยครั้ง |
| 6 | หมายถึง | จริงเกือบทุกครั้ง |
| 7 | หมายถึง | จริงทุกครั้ง |

ข้อ	ข้อความ	ไม่จริงเลย	แทบไม่ค่อยจริง	ไม่ค่อยจริง	จริงบางครั้ง	จริงบ่อยครั้ง	จริงเกือบทุกครั้ง	จริงทุกครั้ง
1	ประสบการณ์และความทรงจำที่เจ็บปวดในอดีตทำให้ยากลำบากที่ฉันจะดำเนินชีวิตอย่างที่ผมเห็นว่ามีความคุณค่า	1	2	3	4	5	6	7
2	ฉันกลัวความรู้สึกของตัวเอง	1	2	3	4	5	6	7
3	ฉันกังวลว่าฉันจะไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลและความรู้สึกต่างๆได้	1	2	3	4	5	6	7
4	.....	1	2	3	4	5	6	7
5	อารมณ์เป็นสาเหตุของปัญหาในชีวิตของฉัน	1	2	3	4	5	6	7

ข้อ	ข้อความ	ไม่จริง เลย	แทบไม่ ค่อยจริง	ไม่ค่อย จริง	จริง บางครั้ง	จริง บ่อยครั้ง	จริง เกือบ ทุกครั้ง	จริงทุก ครั้ง
6	ดูเหมือนว่าคนส่วนใหญ่ จัดการชีวิตของเขาได้ดีกว่า ที่ฉันจัดการชีวิตของฉัน	1	2	3	4	5	6	7
7	ความกังวลเป็นอุปสรรคต่อ ความสำเร็จในชีวิตของฉัน	1	2	3	4	5	6	7





ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายรัฐสภา เสนชัย
วันเกิด	14 พฤศจิกายน 2535
สถานที่เกิด	อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 189 หมู่ 1 บ้านหนองบัวระเหว ตำบลหนองบัวระเหว อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์ 36250
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ บ้านเลขที่ 217 หมู่ 21 ถนนสุนทรารายณ์ ตำบลบ้านเพชร อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ รหัสไปรษณีย์ 36160
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2558 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี (สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล) พ.ศ. 2567 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ภิโต ชีเว