

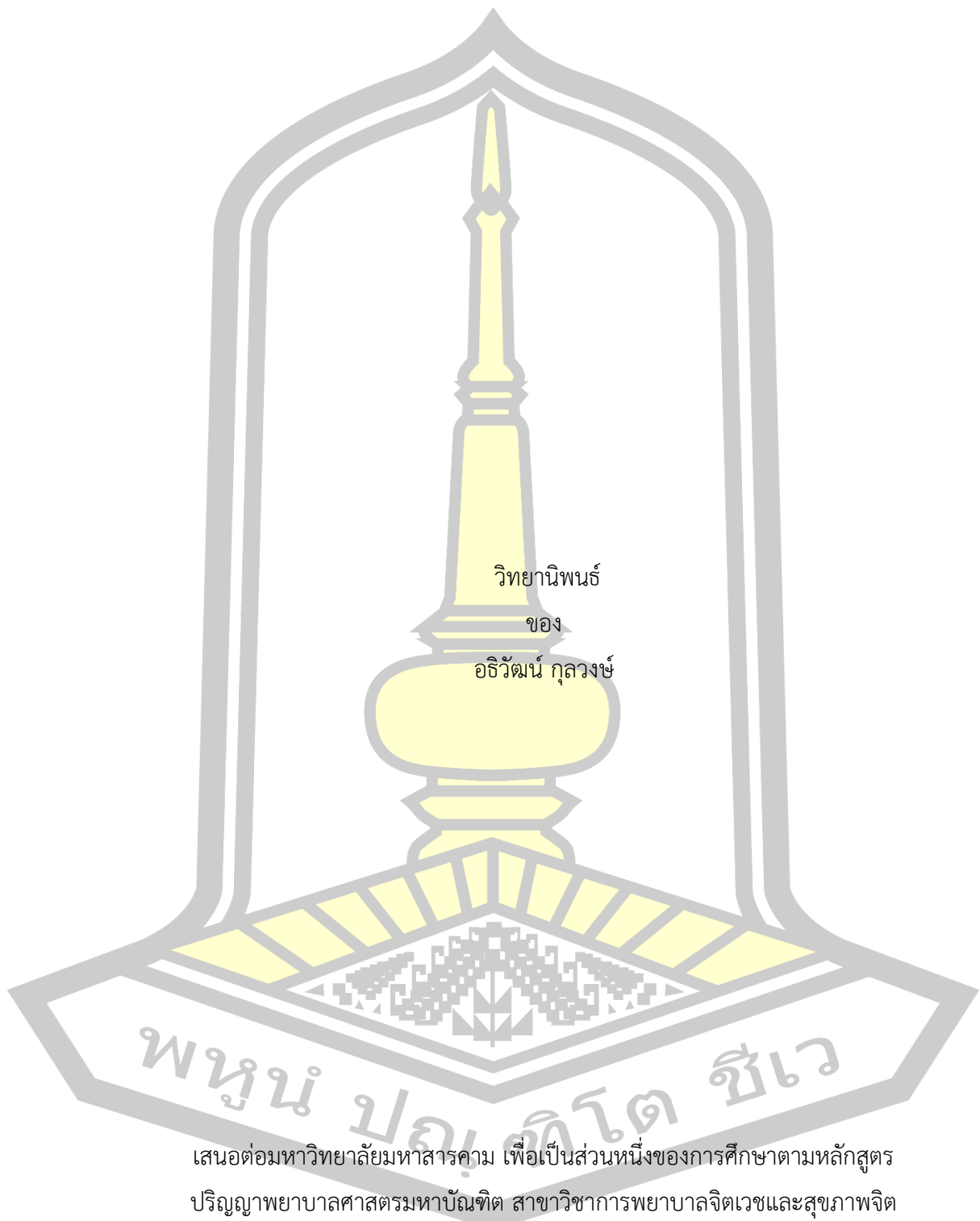
ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

วิทยานิพนธ์
ของ
อริวัฒน์ กุลวงษ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มิถุนายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น



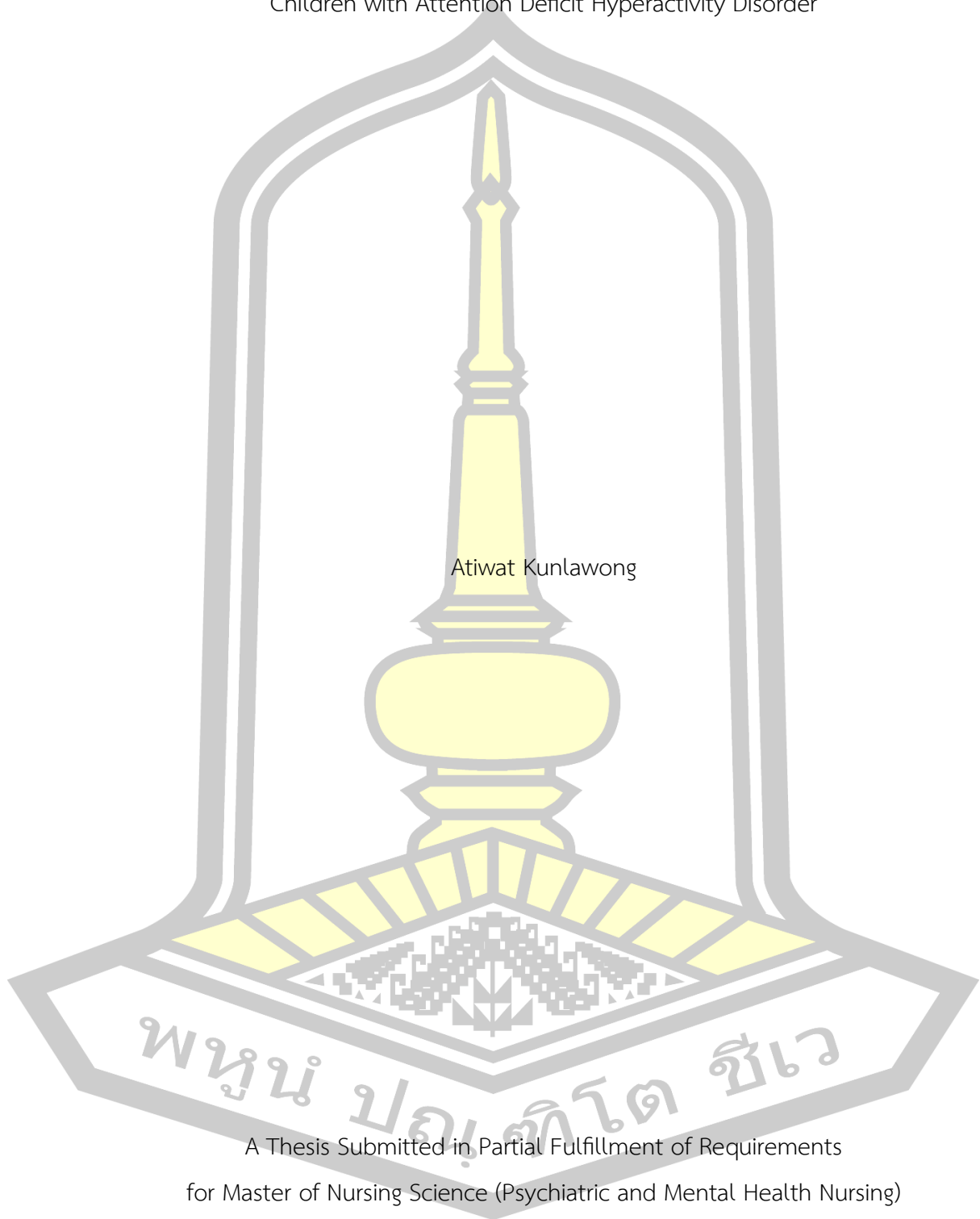
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

มิถุนายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Effects of Stress Management Program on Stress Management Skills of Parents of
Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Atiwat Kunlawong



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

June 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายอริวัฒน์ กุลวงษ์ แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. ตรุณี รุจกรกานต์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. ยาใจ สิริธิมงคล)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. กฤตยา แสงวงเจริญ)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

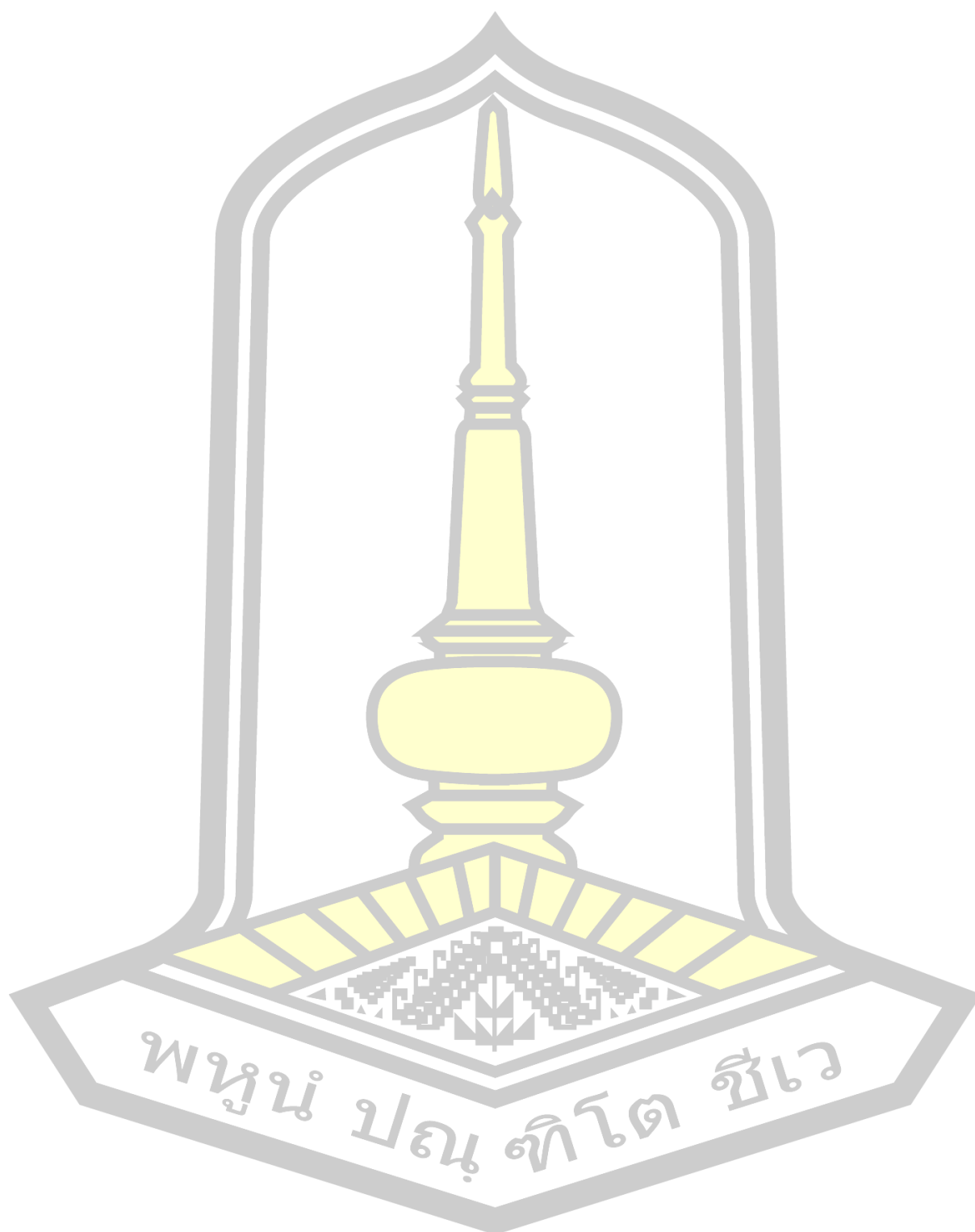
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น		
ผู้วิจัย	อริวัฒน์ กุลวงษ์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. ตรุณี รุจกรกานต์		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียดพัฒนาขึ้นโดยพาสินี แจ่มจำ และคณะ (2562) โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 7 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมการจัดการความเครียด 3) แบบวัดทักษะการจัดการกับความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดหลังการทดลอง ($M=58.78$, $SD=5.53$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M=40.34$, $SD=5.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.06, p < .001$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ระหว่างก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ($D1=16.02$, $SD=6.87$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($D2=0.51$, $SD=3.83$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.43, p < .001$) จากผลการศึกษานี้ สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับความเครียดช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้ จึงเหมาะสมในการนำไปใช้เพื่อเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียด และช่วยในการลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมจัดการกับความเครียด, ผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น, การจัดการกับความเครียด



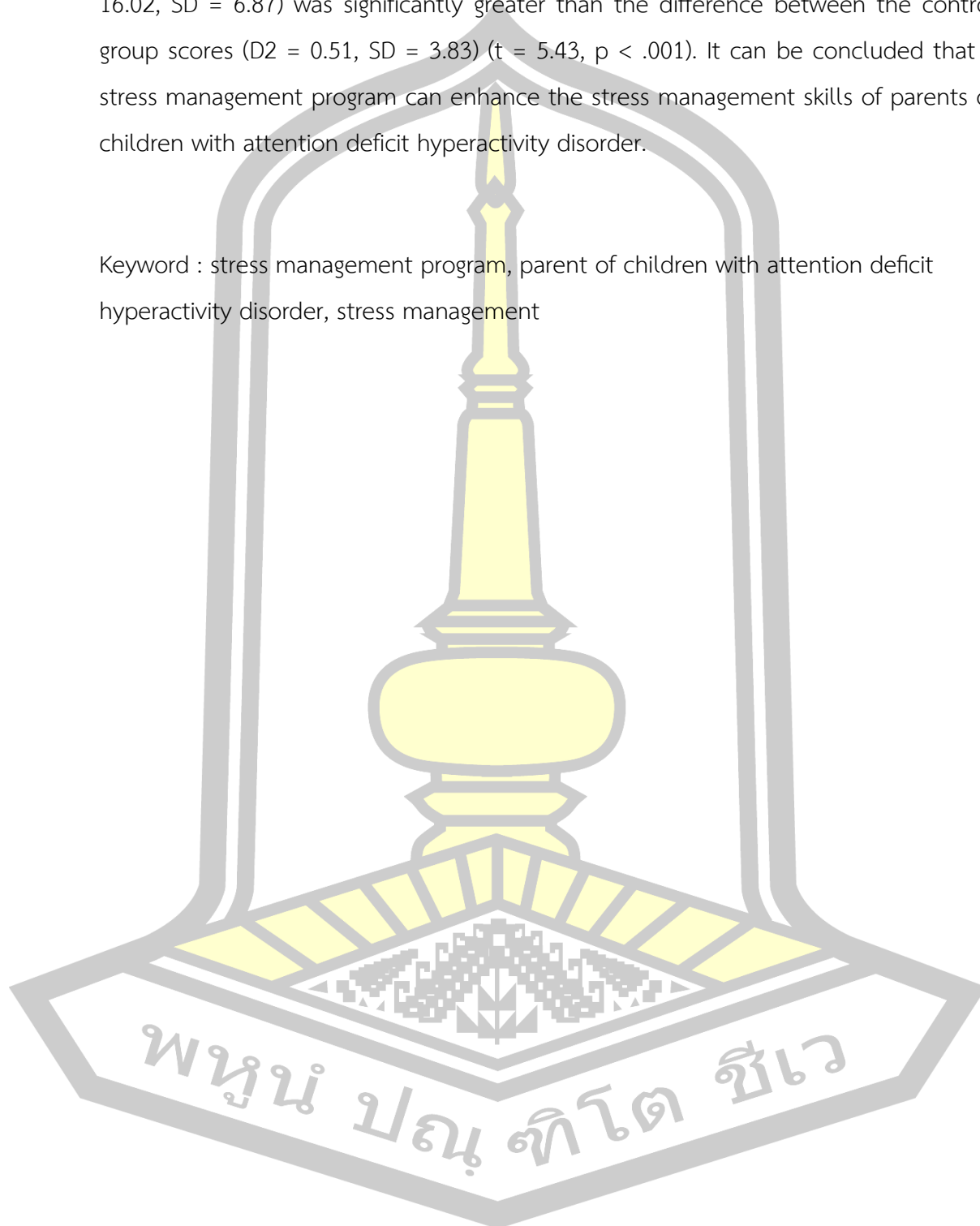
TITLE	Effects of Stress Management Program on Stress Management Skills of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder		
AUTHOR	Atiwat Kunlawong		
ADVISORS	Associate Professor Darunee Rujkorakarn , Ed.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Psychiatric and Mental Health Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to determine the effects of a stress management program on the stress management skills of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. The sample consisted of 60 parents of children with attention deficit hyperactivity disorder who were recruited using specific inclusion criteria. They were randomly assigned to the control and experimental groups, with 30 subjects in each group. The experimental group participated in the stress management program created by Pasinee Jamja et al. (2019). The program comprised 7 sessions, each lasting 60–90 minutes, once a week for 4 weeks. The control group received routine care activities. Data were collected using 1) a personal data questionnaire, 2) the stress management program, and 3) a stress management skills scale. The reliability of these questionnaires was determined with a Cronbach's alpha coefficient of .89. The demographics were analyzed using descriptive statistics. The experimental group's pretest and posttest mean scores on the stress management scale were compared using a dependent t-test. Differences in the experimental and control groups' pretest and posttest mean scores were compared using the independent t-test. The experimental groups' posttest mean score ($M = 58.78$, $SD = 5.53$) after completing the program was significantly greater than the pretest mean score ($M = 40.34$, $SD = 5.27$) before attending the program ($t = 6.41$, $p < .001$). The mean difference between the

experimental group's pretest and posttest stress management scale scores ($D1 = 16.02$, $SD = 6.87$) was significantly greater than the difference between the control group scores ($D2 = 0.51$, $SD = 3.83$) ($t = 5.43$, $p < .001$). It can be concluded that a stress management program can enhance the stress management skills of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Keyword : stress management program, parent of children with attention deficit hyperactivity disorder, stress management



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งกรุณาให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง และให้คำปรึกษาในการทำวิจัย ตลอดจนให้ ความเมตตา กรุณา เสียสละเวลาของอาจารย์ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความอดุสาหะ และมุ่งมั่นที่จะ ทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้รับการประสิทธิ ประสาทวิชาความรู้จากท่านเป็นที่สุด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณประธานกรรมการและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณา ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่าง วิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ให้ข้อคิด และคำแนะนำในการแก้ไขเพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากขึ้น ขอ กราบขอบพระคุณอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่ให้ความกรุณาใน การตรวจสอบเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มี ความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณนาวาตรีหญิงพาสินี แจ่มจำ และคณะผู้พัฒนาโปรแกรมการจัดการ ความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่กรุณาให้นำโปรแกรมมาใช้ในการศึกษาทดลองครั้งนี้

ขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ให้ความร่วมมือและ เสียสละเวลาในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในหลักสูตรนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย หัวหน้าแผนกจิตเวชและ เจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการ วิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจให้ความรักความเข้าใจ คอยดูแลเอาใจใส่ และให้การสนับสนุนแก่ตัวผู้วิจัยด้วยดี จนกระทั่งสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ในการวิจัย ครั้งนี้ ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา

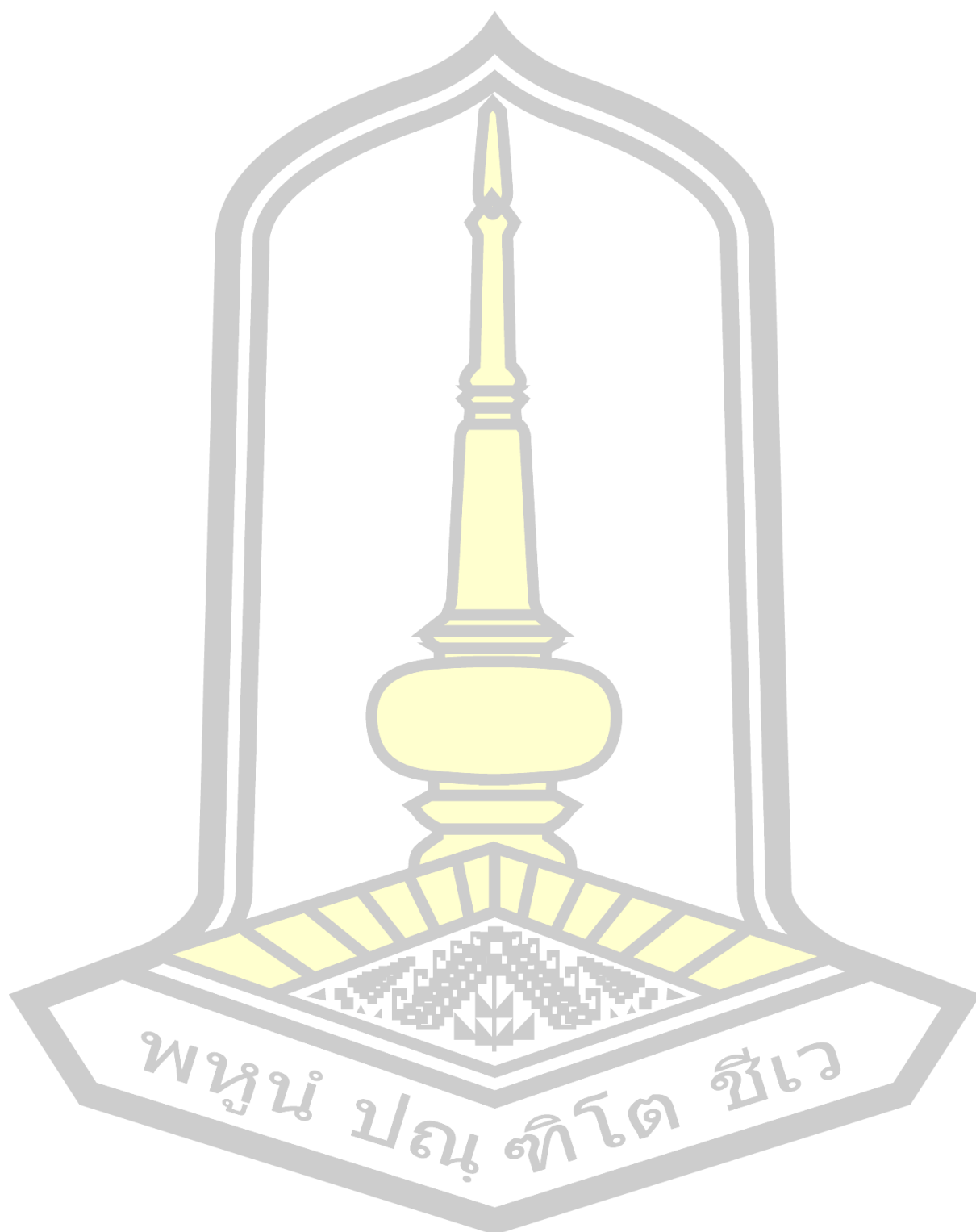
สุดท้ายนี้คุณค่าผลงานและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี ครูอาจารย์ ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและครอบครัวรวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุกท่านจงมี ความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดไป

อธิวัฒน์ กุลวงษ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.3 สมมติฐานการวิจัย	4
1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	4
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น.....	8
2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น.....	15
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด.....	24
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	30
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	33
3.1 รูปแบบการทดลอง.....	33

3.2 สถานที่.....	33
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	40
3.6. การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย	41
3.7. วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล	42
3.8. การวิเคราะห์ข้อมูล	44
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
4.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.....	46
4.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	49
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	54
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	54
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	56
5.3 ข้อเสนอแนะ	61
บรรณานุกรม.....	63
ภาคผนวก.....	73
ภาคผนวก ก การตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ	74
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	77
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง	79
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	81
ภาคผนวก จ ตัวอย่างโปรแกรม/คู่มือ/แบบบันทึกรายละเอียดกิจกรรมกลุ่ม	83
ภาคผนวก ฉ เอกสารการผ่านการอบรมและหนังสือราชการต่างๆ	86
ภาคผนวก ช ทะเบียนกำกับกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย.....	88



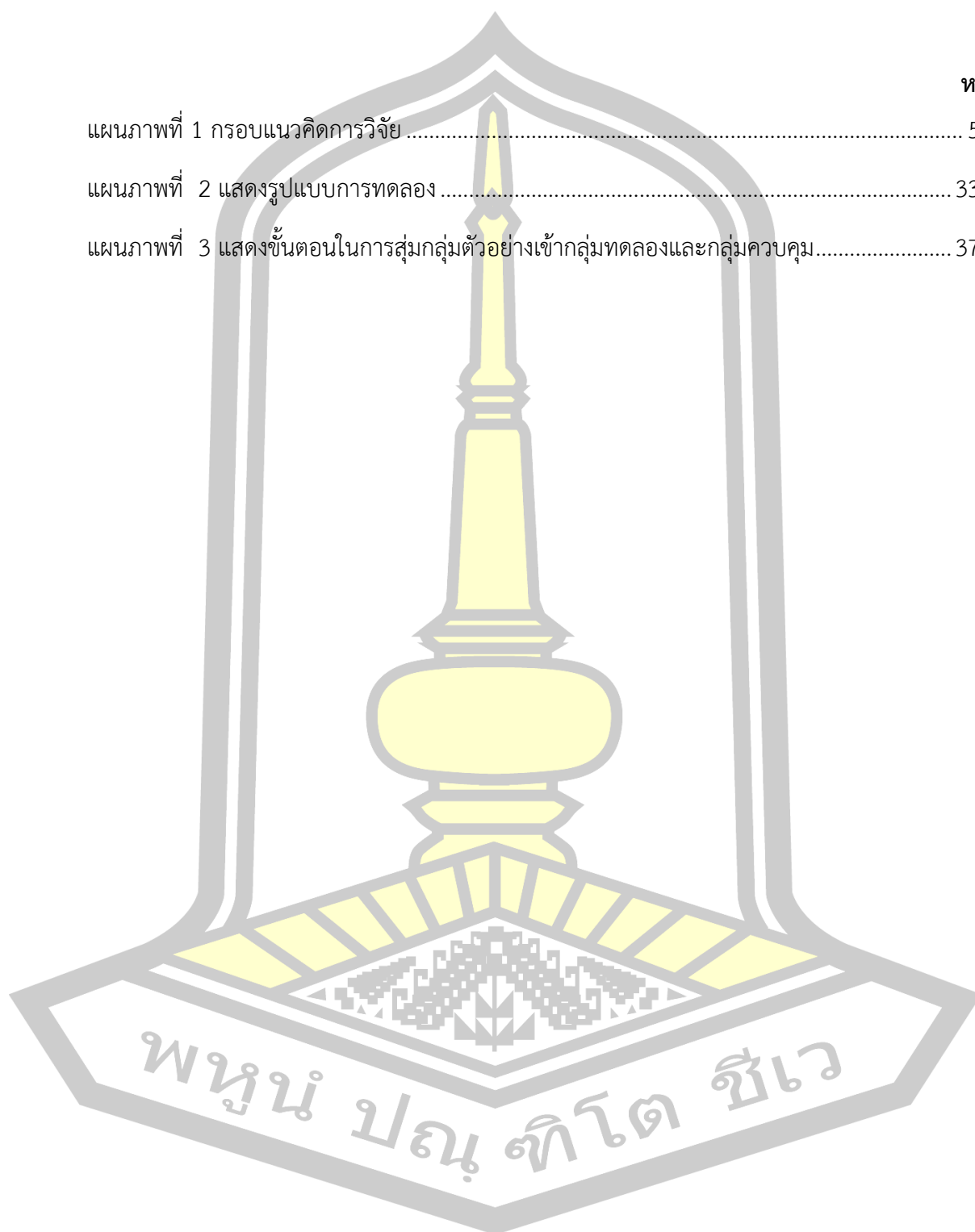
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการให้คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด	38
ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของ กลุ่มทดลอง	44
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและอายุ (n=56)	47
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปจำแนกตามการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะ ครอบครัว จำนวนบุตร อาชีพ รายได้และช่วงอายุของบุตร (n=56).....	48
ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=56).....	50
ตารางที่ 6 แสดงคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแล เด็กโรคสมาธิสั้น ในกลุ่มทดลอง (n=26).....	51
ตารางที่ 7 แสดงคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็ก โรคสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุม (n=30).....	52
ตารางที่ 8 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นหลัง ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=56)	53
ตารางที่ 9 แสดงผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	53
ตารางที่ 10 สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมและสูญหาย (Drop out) ระหว่างการทดลอง	74
ตารางที่ 11 การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Shapiro-Wilk.....	75
ตารางที่ 12 การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มทดลองก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ.....	75
ตารางที่ 13 การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มควบคุมก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ	76

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
แผนภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการทดลอง	33
แผนภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	37



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นภาวะผิดปกติทางด้านจิตเวช ที่ส่งผลให้เด็กมีสมาธิสั้นมากกว่าปกติจัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท ที่มีอาการสำคัญ 3 ด้านคือ อาการขาดสมาธิ (inattention) อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyper-activity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) (American Psychiatric Association, 2019) โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีอัตราความชุกเฉลี่ยจากการศึกษาในประเทศต่างๆ (worldwide-pooled prevalence) พบความชุกในประชากรเด็กทั่วโลกร้อยละ 5.29 (Polanczyk G. et al., 2007) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพเด็กประเทศสหรัฐอเมริกาปี ค.ศ. 2016-2019 พบว่าเด็กอายุ 3-17 ปี มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 9.6-9.8 และในประเทศไทยจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จำนวน 7,188 ราย พบว่ามีความชุกร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.24 (กรมสุขภาพจิต, 2565) ประมาณร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น จะมีอาการต่อเนื่องจนถึงช่วงวัยรุ่นใหญ่ (Russell et al., 2016) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่ความผิดปกติด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ จนถึงการทำตัวตายและปัญหาการเสี่ยงสารเสพติด (Sayal et al., 2018)

โรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อตัวเด็กเองคือ ความสัมพันธ์ทางลบกับเพื่อนคิดเป็นร้อยละ 70 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งร้อยละ 62.5 พฤติกรรมด้านอารมณ์ร้อยละ 54.2 พฤติกรรมเกรร้อยละ 34.2 และสัมพันธ์ทางสังคมร้อยละ 20 (ธนิดา ทีปะปาล, 2564) ปัญหาดังกล่าวนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นอีกด้วย ซึ่งผู้ดูแลจะเกิดความเครียดในการเลี้ยงดูสูงกว่าผู้ดูแลเด็กปกติทั่วไป (Flynn et al., 2023) เนื่องจากความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กสามารถขัดขวางพัฒนาการตามปกติของเด็ก เพิ่มความทุกข์ใจของผู้ปกครองและสร้างภาระให้กับสังคม (Hsu, 2018) โดยเฉพาะผู้ปกครองที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากสาเหตุการดูแลบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้น (Evans et al., 2018) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว (Kostyrka-Allchorne et al., 2022) และยิ่งผู้ปกครองมีความเครียดในการเลี้ยงดูสูงมากขึ้นเท่าไร ก็ยิ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษาของเด็กสมาธิสั้นมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในปัจจุบันยังมีการช่วยเหลือผู้ปกครองในการจัดการกับความเครียดน้อยมาก

ในปัจจุบันการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น นอกจากการใช้ยาแล้วยังมีการรักษาแบบผสมผสานที่เป็นการรักษาด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สมภพ เรืองตระกูล, 2561) ซึ่งเป็นการรักษาที่ได้ผลดีในการรักษาโรคสมาธิสั้นแล้วนั้น ในประเทศไทยยังมีโปรแกรมการฝึกอบรมสำหรับผู้ปกครอง เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นค่อนข้างน้อย โดยจะมีการดำเนินการแคในบางสถานบริการ ส่วนใหญ่จะมีบริการในสถานบริการระดับทุติยภูมิเท่านั้น แต่จากการศึกษาในต่างประเทศ

พบว่า มีโปรแกรมการฝึกอบรมสำหรับผู้ปกครองที่หลากหลาย และมีการใช้การปรับพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยาควบคุมกันในเด็กสมาธิสั้น ในสถานบริการเกือบทุกระดับ โดยแพทย์จะเป็นผู้ติดตามผลการรักษา ด้วยการประเมินอาการของโรคสมาธิสั้น และความบกพร่องทางหน้าที่ของเด็กสมาธิสั้น เพื่อวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับผู้ปกครองด้วย (Clinical and Research Information, 2021) การให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ดูแลหรือผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น เช่น การฝึกอบรมผู้ปกครอง ถือเป็นวิธีการรักษาอีกรูปแบบหนึ่ง ที่ได้รับความนิยมและการแนะนำเป็นอันดับแรก ของการบำบัดสำหรับผู้ป่วยสมาธิสั้น ซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูให้มีความเหมาะสมและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น (Evans et al., 2018) โดยมีเป้าหมายให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรม อารมณ์ ความยังยั้งชั่งใจ และมีทักษะการใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข

การที่ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ต้องดูแลเด็กโดยขาดการสนับสนุนจากสังคม หรือหน่วยงานด้านสุขภาพ ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาและความเครียดเพียงลำพัง Theule et al (2020) พบว่า ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ปกครองเด็กทั่วไป ความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีผลกระทบต่อดังและรูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก มีการลงโทษเด็กอย่างไม่เหมาะสม ใช้การอบรมเลี้ยงดูแบบการจำกัดพฤติกรรมการใช้ความรุนแรง และปัญหาสัมพันธภาพกับเด็กสมาธิสั้น เป็นต้น (Yousefia et al., 2011) ปัญหาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้น ส่งผลกระทบส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตใจของผู้ดูแล และก่อให้เกิดความเครียดตามมา จากผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป (Pimentel, 2011) ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่า ผู้ดูแลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความแข็งแกร่งในชีวิต ขาดทักษะการสื่อสารในครอบครัว และปัญหาพฤติกรรมในเด็ก มักจะมีความเครียดที่สูงกว่าผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวได้ (รัชวัลย์ บุญโฉม และคณะ, 2565) ปัญหาด้านสุขภาพจิตและความเครียดในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดต่อพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งหากผู้ดูแลมีความเครียดและไม่สามารถจัดการได้นั้น จะนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น (Williamson, 2017) และยังพบว่าความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาด้วย (พรธรรณภา อุดมโชติพฤทธิ, 2566) และพบว่าหากผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมีความเครียด และขาดทักษะในการจัดการกับความเครียดนั้น จะส่งผลให้เกิดผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อารมณ์ตามมา เกิดการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Theule et al., 2020)

ดังนั้นผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทักษะในการจัดการกับความเครียดของตนเอง เพื่อนำมาสู่สุขภาพจิตที่ดีป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งทักษะการจัดการกับความเครียดนั้นยังไม่มีรูปแบบที่แน่ชัด ขึ้นอยู่กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของแต่ละครอบครัว ในส่วนข้อค้นพบเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่าโปรแกรมการอบรมสำหรับผู้ดูแล (เทพสิรินทร์ มากบุญศรี, 2559) โปรแกรมการปรับพฤติกรรมและความรู้ต่อการจัดการ

ความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (Parand et al., 2020) การบำบัดด้วยการรู้สติและการอบรมการเลี้ยงดู (Miller & Brooker, 2017) โดยพบว่าโปรแกรมที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดการและการส่งเสริมความรู้การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นหลัก แต่ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นยังต้องเผชิญกับปัญหาการเลี้ยงดูเด็ก และปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและยาวนาน และจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่มีความเครียดสูง เกิดจากขาดทักษะและประสบการณ์ในการจัดการความเครียด (Theule et al., 2020) มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดู และการทำงานทางอารมณ์และสังคมในเด็กสมาธิสั้นและเด็กปกติพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงลบ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความเครียดของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับการทำงานทางสังคม และอารมณ์ของเด็กที่แย่งลง แม้ว่าเมื่อคำนึงถึงความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นของเด็กพร้อมกับภาวะอื่น ๆ (Bhide et al., 2019) และยังพบว่าในโปรแกรมข้างต้น มีการใช้กระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ร่วมกันการส่งเสริมทักษะในการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น การใช้พฤติกรรมบำบัด และกระบวนการกลุ่มอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล และลดระดับความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ โดยการเสริมสร้างทางด้านจิตสังคมเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมต่อผู้ดูแล แต่การจะป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้นั้น สิ่งสำคัญคือผู้ดูแลต้องมีทักษะในการจัดการกับความเครียดก่อน (Lindo et al., 2016) ซึ่งทักษะในการจัดการความเครียดของผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ครอบคลุม 3 ทักษะดังนี้ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และการเพิ่มความต้านทานความเครียด เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการกับความเครียด นำไปสู่การลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในผู้ดูแล ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพร่างกายจิตใจและสังคม (Pender, 2011)

จึงควรมีโปรแกรมที่ช่วยเพิ่มทักษะในการจัดการกับความเครียดให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้มีทักษะและจัดการกับความเครียดในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งปัจจัยที่จะทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการกับความเครียดได้แก่ ทักษะทางสังคม การปรับรูปแบบของความคิด สัมพันธภาพระหว่างและแหล่งทรัพยากร ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ทักษะทางสังคมมีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล (Hauser-Cram et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่ามีโปรแกรมสำหรับการจัดการกับความเครียดในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นนั้นค่อนข้างจำกัด และส่วนใหญ่จะเป็นโปรแกรมที่มุ่งแก้ปัญหาและจัดการกับตัวเด็ก (พาสินี แจ่มจำ และคณะ, 2562) และยังพบว่าโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นนั้น มีบริการในสถานบริการในระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลเฉพาะทางเท่านั้น โปรแกรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น แต่ยังขาดแนวทางการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลจึงส่งผลให้ความเครียดในผู้ดูแลนั้นยังคงอยู่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียด ต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

1.4 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น
ตัวแปรตาม คือ ทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาโปรแกรมการจัดการกับความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น โดยศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับบริการในคลินิกตรวจผู้ป่วยนอก แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองบัวลำภู ในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2566

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติทั้งหมด แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวน 60 คน แล้วทำการสุ่มต่อเพื่อเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และทำการเปรียบเทียบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1.6 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ทั้งนี้จะเป็นการให้ความรู้ชี้แนะแนวทาง และให้การสนับสนุนการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้ สามารถลงมือกระทำสิ่งที่ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลเด็ก โดยผู้ดูแลสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรม

การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ใด และเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยพาสินี แจ่มจำ และคณะ (2562) เป็นการดำเนินการในรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม มุ่งเน้นการให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น

โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 7 กิจกรรมจำแนกเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (cognitive appraisal) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 2) ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือก ที่ตนเองสามารถกระทำได้และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่การค้นหาแหล่ง ประโยชน์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น การฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใจใหม่ประกอบด้วย 1 กิจกรรมคือการประเมินตัดสินใจใหม่ การประเมินสถานการณ์ซ้ำว่าสถานการณ์ที่มีอันตรายยังคงอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด ดังแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการความเครียด ตามแนวคิด Lazarus and Folkman (1984) พัฒนาโดยพาสินี แจ่มจำ และคณะ (2562)

1. การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องการประเมินความเครียดของผู้ดูแล
กิจกรรมที่ 2 ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแล
เด็กสมาธิสั้น

2. ประเมินแหล่งประโยชน์และการจัดการกับสถานการณ์ตามการ
รับรู้ (Secondary appraisal) มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิ
สั้นและทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียด

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์

3. การประเมินตัดสินใจใหม่ มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 7 การประเมินตัดสินใจใหม่

ทักษะการจัดการ
ความเครียดของ
ผู้ดูแลเด็กโรค
สมาธิสั้น

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1.7.1 สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความเครียด ไปฝึกทักษะการจัดการความเครียด ให้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นสามารถลดความเครียดด้วยตนเองได้ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น

1.7.2 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ผ่านการอบรมในโปรแกรมนี สามารถให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ดี และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

1.7.3 นำผลการศึกษาในครั้งนี้ ไปเผยแพร่ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้

1.8 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.8.1 ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์ได้ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5 มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กเป็นหลักมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กสมาธิสั้นโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

1.8.2 โปรแกรมการจัดการกับความเครียด

โปรแกรมการจัดการกับความเครียด หมายถึง กิจกรรมตามกระบวนการและขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น และเกิดทักษะต่างๆ ได้แก่ การดูแลเด็กสมาธิสั้น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ด้วยวิธีผ่อนคลายความเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นพัฒนาขึ้นโดยพาสินี แจ่มจำ และคณะ (2562) และผู้วิจัยได้ขออนุมัติใช้เครื่องมือโปรแกรมหัดกล่าว ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเครียดและกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (Cognitive appraisal) ของ Lazarus & Folkman (1984) ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 15 คนจำนวน 2 กลุ่ม จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน รวม 7 กิจกรรม ใช้ครั้งละเวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรมติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ กิจกรรมที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

และกิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 6 ในการฝึกทักษะ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ และใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นหลังการฝึกปฏิบัติว่าส่งผลอย่างไรต่อตนเอง และได้รับผลประโยชน์อย่างไรบ้าง และ ชี้แจงประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกวิธีคลายเครียด และขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือกิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียด

1.8.3 ทักษะการจัดการความเครียด

ทักษะการจัดการความเครียด หมายถึง การแสดงความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรค สมาธิสั้น ในการจัดการกับความเครียดด้วยเทคนิคที่หลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่มากระตุ้น ให้เกิดความเครียดและเกิดประสิทธิผล โดยครอบคลุมทักษะ 3 กลุ่ม คือ การลดความถี่ของ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียด และสามารถปรับตัวต่อสิ่ง กระตุ้นได้อย่างต่อเนื่อง การเพิ่มภูมิคุ้มกันต่อความเครียด หมายถึง การเพิ่มสมรรถนะต่อตนเองเพื่อ ต่อต้านกับความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการ จัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อ ความเครียดหมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เป็นผลจาก ความเครียด โดยใช้แบบสอบถามวัดทักษะการจัดการ กับความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งพัฒนาโดยเสาวภาคย์ ทัดสิงห์ (2560) มีทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็นการ จัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จำนวน 8 ข้อ การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดจำนวน 8 ข้อ การเพิ่มความต้านทาน ความเครียดจำนวน 8 ข้อ

1.8.4 การดูแลตามปกติ

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ตามวิธีที่ปฏิบัติ เป็นประจำของสถานบริการ โดยพยาบาลทำการซักถามอาการและประวัติเจ็บป่วยของเด็กสมาธิสั้น แต่ละคน ประเมินพัฒนาการตามวัย และการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลเด็กสมาธิสั้นเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด โดยพยาบาลประจำคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ในช่วง เวลาหลังพบแพทย์ และหากผู้ดูแลมีความเครียดวิตกกังวลก็จะส่งพบพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิต เวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเพื่อให้คำแนะนำและการรักษาต่อไป

พญ. ปณ. จิต ชีเว

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โปรแกรมการจัดการกับความเครียดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้กำหนดหัวข้อและอธิบายสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

2.1 โรคสมาธิสั้นกับความเครียดของผู้ดูแล

- 2.1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น
- 2.1.2 ความชุกของโรคสมาธิสั้น
- 2.1.3 ปัจจัยสาเหตุของโรคสมาธิสั้น
- 2.1.4 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
- 2.1.5 ผลกระทบของครอบครัวเด็กโรคสมาธิสั้น
- 2.1.6 บทบาทของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

- 2.2.1 ความหมายของความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น
- 2.2.2 แนวคิดทฤษฎีความเครียดในผู้ดูแลเด็ก
- 2.2.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น
- 2.2.4 ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น
- 2.2.5 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

2.3 แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับความเครียด

- 2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด
- 2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

2.1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นหรือ Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) คือกลุ่มอาการที่เป็นความผิดปกติของพัฒนาการ อันเกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง ทำให้มีปัญหาในการควบคุมตนเอง ทั้งอาการ ซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (Inattention) (กรมสุขภาพจิต , 2560) ซึ่งเด็กสมาธิสั้นอาจจะมีอาการ 1 ด้านหรือมากกว่านั้นได้ (Rajaprakash & Leppert, 2022) โดยพฤติกรรมเหล่านี้มีมากกว่าพฤติกรรมปกติในเด็กวัยเดียวกัน ซึ่งส่งผลทำให้การทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคมบกพร่องไป ส่วนใหญ่พบว่ามีการเรื้อรังนานกว่า 6 เดือน ระดับพัฒนาการของเด็กไม่เป็นไปตามวัยที่ควรจะเป็น สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของสมอง จนเปี่ยงเบนไปจากเด็กปกติ ก่อให้เกิดความบกพร่องทางด้านพฤติกรรม ซึ่งความบกพร่องที่เกิดขึ้นนั้น ยังส่งผลต่อวิวัฒนาการตลอดช่วง

พัฒนาการของเด็กหลายช่วง ซึ่งจะพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง อาการมักเกิดขึ้นในวัยเด็กและคงอยู่ตลอดช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ (Plowden et al., 2022) ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านอารมณ์ การควบคุมตนเองที่ไม่ดีตามมา (poor self-regulation) (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2566) การเรียน การทำงานร่วมกับผู้อื่น การเข้าสังคมทำให้มี ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่นตามมา (หิฐกร สำเร็จดี และคณะ, 2564) และเด็กบางคนอาจมีพฤติกรรมที่แสดงออกซ้ำ ๆ ไม่เหมาะสมกับช่วงอายุ (ธนิดา ทีปะปาล และคณะ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมพบผู้ที่ให้ความหมายของโรคสมาธิสั้นไว้ดังต่อไปนี้

บาร์คลีย์และเมอร์ฟี (Barkley & Murphy, 1998) ให้ความหมายว่า โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติของพฤติกรรม มีอาการสำคัญคือ สมาธิสั้น ชุกชนอยู่ไม่นิ่ง และยับยั้งตัวเองได้ลำบาก และอาการต่าง ๆ จะหายไปเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

ชาญวิทย์ พรนพดล (2563) ให้ความหมายว่า โรคสมาธิสั้น คือ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ตั้งแต่วัยเด็ก ที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคมกับผู้อื่นของเด็ก กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วยอาการขาดสมาธิ อาการหุนหัน พลันแล่นวู่วาม อาการชน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น มากกว่าเด็กหรือวัยรุ่นปกติที่อยู่ในวัยเดียวกันจนทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ทั้งที่บ้าน โรงเรียน และสถานที่อื่นๆ

ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และบุญเลี้ยง หุมทอง (2564) ให้ความหมายว่า โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดใน กลุ่มเด็กวัยเรียน มีอาการที่สำคัญ 3 อย่าง คือ สมาธิสั้น (inattention) ชุกชนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และยับยั้งตัวเองได้ลำบาก (impulsivity) จากอาการที่ปรากฏในระยะเวลายาวนานในชีวิตของเด็กจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ มีปัญหาการเรียน การปรับตัวและการเข้าสังคมตามมา

ธนิดา ทีปะปาล และคณะ (2565) ให้ความหมายว่า โรคสมาธิสั้นเป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน การทำงาน หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย สมาธิสั้น (inattention) อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity)

โรคสมาธิสั้น หากไม่ได้รับการดูแลรักษา อาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการควบคุม อารมณ์ ความสามารถในการเรียนรู้ การเห็นคุณค่าในตนเอง และการปรับตัวเข้ากับสังคม (Hsu et al., 2019) และมีอัตราการเจ็บป่วยร่วมกับความผิดปกติทางจิตอื่นๆในระดับสูง เช่น การใช้สารเสพติด ความวิตกกังวลและอารมณ์แปรปรวน และความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Chequer de Castro Paiva et al., 2022) อีกทั้งยังมีการศึกษาพบว่าอาการสมาธิสั้นนั้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นอย่างมากต่อการใช้แอลกอฮอล์ การใช้ยาผิดกฎหมาย และการใช้สารเสพติดหลายชนิด (Capusan et al., 2019)

จากความหมายของเด็กโรคสมาธิสั้นที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าเด็กโรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder) หมายถึง เป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาท และสมอง โดยมีอาการสำคัญ 3 ด้านคือ อาการขาดสมาธิ อาการชุกชนอยู่ไม่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น

2.1.2 ความชุกของโรคสมาธิสั้น

ความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 3-5 ของเด็กทั่วโลก โดยที่ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2011 พบว่าเด็กอายุ 3-17 ปี มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 9 หรือประมาณ 5 ล้านคน (Bloom, Cohen, & Freeman, 2012) ซึ่งมีความใกล้เคียงข้อมูลล่าสุดของประเทศไทย ที่พบว่ามีอัตราความชุกของเด็กสมาธิสั้น ที่ประมาณร้อยละ 6 และพบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยทวิศิลป์ วิษณุโยธิน (2556) ได้ศึกษาในเด็กนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จำนวน 7,188 คน พบความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.1 หรือประมาณการได้ว่ามีเด็กนักเรียนไทยที่เป็นโรคสมาธิสั้นอยู่จำนวน 1 ล้านคน เมื่อเทียบกับประชากรเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1-5 ทั้งหมด

2.1.3 ปัจจัยสาเหตุของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นยังไม่สามารถระบุสาเหตุได้อย่างแน่ชัด สันนิษฐานว่าเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน และมีการสืบทอดทางพันธุกรรม (heritability) สูงถึงร้อยละ 76 อย่างไรก็ตามพันธุกรรมไม่ใช่สาเหตุเดียว แต่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้เด็กเป็นสมาธิสั้นร่วมกับปัจจัยทางด้านชีวภาพและ สิ่งแวดล้อม การที่เด็กมีสมาธิสั้นนั้นยังไม่มีการศึกษาที่สรุปสาเหตุของการเกิดที่แท้จริงได้ การพิจารณาจากงานวิจัยทางวิชาการมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2563) แม้ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดว่าโรคสมาธิสั้นนั้นมีสาเหตุจากปัจจัยใดเป็น ปัจจัยหลัก แต่จากผลการค้นคว้าวิจัยที่ผ่านมา ทำให้มีสมมติฐานที่พอจะสรุปได้ว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติ ในเด็กสมาธิสั้นนั้นเป็นผลรวมของหลายปัจจัย (สุรียลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561) ดังนี้

ปัจจัยด้านพันธุกรรม จากข้อมูลพบอัตราการเกิดโรคของเด็กสมาธิสั้น ในแฝดไข่ใบเดียวกันสูงถึง 0.6-0.8 และยังพบว่าญาติพี่น้องที่ใกล้ชิดกัน ในครอบครัวเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้น มักเป็นโรคนี้ด้วยสูงถึงร้อยละ 20-25 (Drechsler et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของยีนที่เกี่ยวข้องกับสารโดปามีน (dopamine-related genes) เช่น ดีเอที1 (dopamine transporter genes [DAT1]), ดีเอที 4 (dopamine 4 receptor gene[DRD4]), ดีเอที5 (DRD5) และดี 2 (D2) นอกจากนี้ยังมียีนอื่น ๆ อีกจำนวนมากที่อาจทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและสมองส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ (executive function) และการควบคุมตนเอง (self-regulation) มีความสมบูรณ์และทำงานที่ช้าลง เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน

ปัจจัยด้านประสาทวิทยา (Neurobiology) เป็นภาวะความผิดปกติในระบบประสาทที่รบกวนการทำงานของสมอง เช่น โรคไข่มองอักเสบ โรคลมชัก โรคพยาธิในสมอง มี ภาวะติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ มีการศึกษาความเชื่อมโยง ระหว่างการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ของหญิงตั้งครรภ์กับโรคสมาธิสั้นในบุตรหญิงตั้งครรภ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กัน เพราะการที่ทารกได้รับสารพิษขณะอยู่ในครรภ์ มีความเสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้น และเกิดอาการของโรคนี้ขึ้น (Gallo & Posner, 2016) ทารกคลอดก่อนกำหนด ได้รับบาดเจ็บขณะคลอดหรือมีอุบัติเหตุทางสมอง น้ำหนักตัวน้อย มีภาวะสมองขาดออกซิเจนขณะคลอด โรคขาดสารอาหาร การได้รับสารพิษต่าง ๆ เช่น สารตะกั่ว อาจจะทำให้เกิดอาการของโรคสมาธิสั้นได้ และมี

ผลกระทบโดยตรงต่อสมองและพัฒนาการของเด็กในด้านสติปัญญา (ธนิดา ที่ปะपाल และคณะ, 2564) ซึ่งจากหลักฐานในปัจจุบันพบว่าโรคสมาธิสั้นนี้ เกิดจากความบกพร่องของการทำงานด้านการบริหารจัดการ ในสมองส่วนหน้าทำให้ไม่สามารถยับยั้งพฤติกรรมต่าง ๆ หรือควบคุมตนเองได้ เนื่องจากไม่สามารถตระหนักถึงผลเสีย ที่จะตามมาจากการทำพฤติกรรมต่าง ๆ รวมทั้งยังขาดการสร้างแรงจูงใจ ความสามารถในการควบคุมสมาธิ อารมณ์ การวางแผน ความบกพร่องของความจำที่ใช้สำหรับการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นหน้าที่ของสมองระดับสูงที่ใช้จดจำข้อมูลที่เพิ่งได้รับมา สิ่งแวดล้อมปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม เช่น อาศัยอยู่ในแหล่งที่มีสารตะกั่วสูงหรือสัมผัสกับสารประเภท polychlorinated biphenyls พ่อแม่มีปัญหาทางจิตเวช (parental psychopathology) เศรษฐกิจทางครอบครัวต่ำ ความขัดแย้งภายในครอบครัว การเลี้ยงดูของพ่อแม่ในการการปล่อยปละละเลยจนทำให้เด็กขาดระเบียบวินัย หรือการเข้มงวดมากเกินไป และการลงโทษด้วยวิธีรุนแรง หรือทำทารุณกรรม ปัจจัยเหล่านี้อาจไม่ได้เป็นสาเหตุหลักของโรคสมาธิสั้นโดยตรง แต่เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้อาการสมาธิสั้นมากขึ้น (เทพสิรินทร์ มากบุญศรี, 2559)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและจิตสังคม อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมไม่ว่าจะโดยตรง หรือผ่านการปฏิสัมพันธ์ของยีนกับสิ่งแวดล้อม ล้วนมีความสัมพันธ์กับอาการและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น ทำให้มีข้อจำกัดในด้านการควบคุมพฤติกรรม ความยับยั้งชั่งใจ และความจำในการใช้งาน จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น โดยตรง แต่ส่งผลต่อการดำเนินโรค และความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นที่มีแนวโน้มทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และมีความรุนแรงของพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น พัฒนาการของพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กนั้น ได้รับผลกระทบอย่างมากจากประสบการณ์ในช่วงวัยเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูและบริบทของครอบครัว อาจส่งผลต่อการพัฒนาและการแสดงออกของอาการทางพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้น (Claussen et al., 2022) การอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และสภาพแวดล้อมภายในบ้านเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กป่วย หรือมีปัญหาสุขภาพจิต จะส่งผลต่อการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม และอาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรม ซึ่งอาการคล้ายกับโรคสมาธิสั้น ส่วนเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นหากได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เลี้ยงแบบตามใจ ไม่มีกฎระเบียบกติกา ก็จะทำให้เด็กมีอาการ ความรุนแรงของโรคนี้น่าจะมากขึ้นตามมา

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สาเหตุหลักของการเกิดโรคสมาธิสั้นนั้นยังไม่เป็นทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ทราบว่าเกิดได้จากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยสาเหตุสำคัญมาจากปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้านกายภาพ ที่เกิดจากผิดปกติของยีนในสมองส่วนหน้า ที่ทำหน้าที่บกพร่องไป ส่งผลต่อสมาธิและอารมณ์ ร่วมกับปัจจัยทางด้านจิตสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมความรุนแรงมากขึ้น

2.1.4 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิตเวช (American Psychiatric Association, 2013) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทยนั้นอ้างอิง ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorder (Kostyrka-Allchorne et al., 2022) โดยฉบับล่าสุด คือ DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition: DSM-5) เริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2556 มีเกณฑ์การวินิจฉัยที่แตกต่างจากเดิมที่เคยใช้ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revised (DSM-IV-TR) เล็กน้อย กล่าวคือ 1) อาการแสดงเริ่มแรกเปลี่ยนจากอายุ 7 ปี เป็น 12 ปี 2) ใน DSM-5 สามารถให้การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในผู้ป่วยออทิสซึมได้ 3) เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 17 ปี (Posner et al., 2020) การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM-5 (Black & Grant, 2014; Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed, 2013; สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และคณะ, 2561) ดังนี้ ผู้ป่วยมีอาการขาดสมาธิ และ/หรือ อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอยู่ตลอดเวลา และรบกวนการทำหน้าที่หรือพัฒนาการ ดังลักษณะข้อ (1) และ/หรือ (2)

(1) อาการขาดสมาธิ ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือน ถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการ และมีผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน หมายเหตุ: สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ (อายุ 17 ปีขึ้นไป) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

(1.1) ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือเล่นเล่ในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงาน หรือกิจกรรมอื่น

(1.2) มักมีความลำบากในการคงสมาธิในการประกอบการทำงานหรือเล่น

(1.3) มักดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่คนอื่นพูดกับตนอยู่

(1.4) มักทำตามคำสั่งงานที่โรงเรียน งานบ้าน หรือหน้าที่ในที่ทำงานไม่ครบ

(1.5) มักมีความลำบากในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม

(1.6) มักเลียง ไม่ชอบ หรือลังเลที่จะร่วมในงานที่ต้องการความใส่ใจพยายาม

(1.7) มักทำของที่จำเป็นต่องานหรือกิจกรรมหาย

(1.8) มักกวอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย (ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่อาจรวมถึง การคิดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง)

(1.9) มักหลงลืมงานประจำวัน

(2) อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อ ขึ้นไปนานมากกว่า 6 เดือน และถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการและผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน หมายเหตุ: สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ (อายุ 17 ปีขึ้นไป) มีอาการต่อไปนี้มากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

(2.1) มือ เท้า มักยุกหยิก นั่งไม่ติดเก้าอี้

(2.2) มักลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานการณ์อื่นที่ต้องนั่งที่

(2.3) มักวิ่ง หรือปีนป่ายอย่างมาก โดยไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ (ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ อาจมีเพียงรู้สึกอยู่นิ่งไม่ได้)

(2.4) มัก “พร้อมที่จะขยับ” หรือทำเหมือน “ติดเครื่องยนต์”

(2.5) มักพูดมากเกินไปจนควร

(2.6) มักชิงตอบคำถามก่อนจะถามจบ

(2.7) มักลำบากที่จะรอตตามลำดับ

(2.8) มักขัดหรือแทรกขึ้น

2.1.5 ผลกระทบของครอบครัวเด็กโรคสมาธิสั้น

ผลกระทบของครอบครัวเด็กสมาธิสั้นพบว่า ครอบครัวที่เผชิญกับปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากความเครียดที่มีลูกเป็นเด็กสมาธิสั้น ซึ่งโดยทั่วไปการเลี้ยงดูเด็กถือว่าเป็นเรื่องยากสำหรับครอบครัว ยิ่งในครอบครัวที่ต้องมีการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้นนั้น ยิ่งเพิ่มความท้าทายของครอบครัวสูงขึ้นเป็นอย่างมาก เมื่อเทียบกับครอบครัวของเด็กปกติ เพราะครอบครัวของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ต้องใช้ทักษะในการดูแลที่สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งบ่อยครั้งในครอบครัว และมีแนวโน้มสูงในการหย่าร้างของคู่สมรสในครอบครัวเด็กโรคสมาธิสั้น (Mazursky Horowitz et al., 2015) การที่มีเด็กสมาธิสั้นอยู่ในครอบครัว ย่อมทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เนื่องจากเด็กมักมีพฤติกรรมที่แสดงออกมาหลากหลาย ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ดังต่อไปนี้

(1) ผลกระทบจากความคาดหวังของครอบครัว จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีลูกเป็นโรคสมาธิสั้น ทำให้ครอบครัวรู้สึกผิดหวังและยากที่จะรับความบกพร่องของลูก เมื่อรู้ว่าลูกเป็นโรคสมาธิสั้น ครอบครัวจะเกิดปฏิกิริยาต่างๆ ได้แก่ ตกใจ และปฏิเสธความจริง โกรธ มีการต่อรอง ชี้แจงเสียใจและรู้สึกเจ็บปวด และครอบครัวยังคาดหวังต่ออนาคตของบุตรในด้านต่างๆ เช่น การเรียน การดำเนินชีวิตในสังคม ซึ่งครอบครัวต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในอนาคตของลูก บางครั้งอาจส่งผลให้เกิด ความรู้สึกสิ้นหวังและจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในอนาคตที่มีต่อลูก (Mazursky-Horowitz et al., 2015)

(2) ผลกระทบจากการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น ครอบครัวในฐานะผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ การดูแลใส่ใจมากกว่าเด็กปกติ และเป็นการดูแลที่ติดต่อกันไม่มีวันหยุด ยิ่งไปกว่านั้นเด็กต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ และคิดว่าเด็กสมาธิสั้นเป็นภาระ อาจเกิดการใช้การจัดการแก้ปัญหาที่ผิด เช่น ละเลยการดูแลเด็ก บางรายพบว่าไม่มีความก้าวหน้าในการรักษาเลยทำให้ผู้ปกครองรู้สึกท้อแท้ บางครั้งใช้วิธีแก้ปัญหาที่ผิด เช่น การละเลยการดูแลเด็กบางรายทุตีเด็กหรืออาจดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้ามากกว่าผู้ดูแลเด็กปกติ (Joseph, et al., 2019) ผลกระทบต่อครอบครัวด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะขาดงานเฉลี่ย 17 วันต่อปี ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลปกติที่ขาดงานเฉลี่ย 6 วันต่อปี และยังมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงคิดเป็นการสูญเสียวันทำงาน 5 วันต่อปี (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2563) นอกจากนี้จากการศึกษาครอบครัวของเด็กที่มีสมาธิสั้น 36 คู่ พบว่าร้อยละ 89 มีความเครียด ร้อยละ 64 มีความไม่สบายใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็ก และร้อยละ 50 มีปัญหาเรื่องการทะเลาะกันของคู่สมรส (Theule et al., 2013)

จากการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวและผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดเกิดการขัดแย้งกัน เมื่อความเครียดสะสมเป็นเวลานาน โดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ตามมา

2.1.6 บทบาทของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น มีบทบาทและส่วนสำคัญเป็นอย่างมาก ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น เป็นผู้ที่จะคอยส่งเสริมพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือและรักษาอย่างถูกวิธี รวมไปถึงการแก้ไขปรับพฤติกรรมเด็ก ให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (กานต์ตริน ศรีสุวรรณ และคณะ, 2564) หากผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ขาดความรู้ ขาดทักษะและขาดการเอาใจใส่อย่างจริงจัง ทั้งในการปลูกฝังเรื่องระเบียบวินัย รวมถึงขาดประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการ ความคิดและจิตใจของเด็กย่อมส่งผลให้การเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม เช่น มีการออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป จะทำให้เด็กรู้สึกต่อต้าน และปฏิกิริยาต่อการควบคุมที่มากเกินไป อาจแสดงออกมาในรูปแบบของปัญหาทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า วิตกกังวลหรือปัญหาพฤติกรรม ส่งผลกระทบถึงการดูแลและจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก และก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว

เมื่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขอย่างผิดวิธี ด้วยความไม่เข้าใจปัญหาพฤติกรรม เหล่านั้นก็จะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นปัญหาให้กับครอบครัวและสังคมครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการแลกเปลี่ยนความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ โดยเริ่มต้นจากพ่อแม่เป็นผู้ให้และลูกเป็นผู้รับ ถ้าการแลกเปลี่ยนความรักในครอบครัวเป็นไปในสัดส่วนที่เหมาะสม พัฒนาการของลูกก็จะเป็นไปอย่างราบรื่น เกิดความไว้วางใจบุคคลในครอบครัวเอื้ออาทรต่อกัน และพร้อมจะเสียสละให้แก่กัน ซึ่งจะส่งผลให้ลูกเกิดความสุขเกิดความมั่นคงในจิตใจ มีความนับถือและเชื่อมั่น ในตนเองรู้สึกว่าคุณค่า มีพลังที่จะก้าวไปข้างหน้าอย่างมั่นคง จึงถือว่าครอบครัว เป็นบันไดขั้นพื้นฐานแห่งการพัฒนาบุคคล และสร้างสังคมให้อยู่เย็นเป็นสุข บทบาทของผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

1) ผู้ดูแลเด็กควรปรับทัศนคติที่มีต่อเด็กให้เป็นทัศนคติเชิงบวก จะต้องเข้าใจก่อนว่าโรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติของการทำงานของสมอง พฤติกรรมที่ก่อปัญหาของเด็กไม่ได้เกิดขึ้นจากความตั้งใจที่จะก่อวินาศกรรมให้เกิดปัญหา แต่เกิดขึ้นเนื่องจากเด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้

2) ผู้ดูแลควรใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม ที่ไม่ได้ทำลายความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของเด็กให้เกิดการบั่นทอนหรือลดลง

3) มีการจัดทำตารางเวลาให้ชัดเจนว่า กิจกรรมในแต่ละวันที่เด็กต้องทำนั้นมีอะไรบ้าง ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน

4) จัดหาสถานที่ที่เด็กสามารถใช้ทำงาน ทำการบ้าน อ่านหนังสือหรือมีกิจกรรมได้ โดยไม่มีใครรบกวน และไม่มีสิ่งที่จะทำให้เด็กเสียสมาธิเช่น โทรทัศน์ วิทยุ เกม หรือของเล่นอยู่ใกล้ ๆ

5) ถ้าเด็กวอกแวกง่ายมากหรือหมดสมาธิง่าย อาจจำเป็นที่เด็กต้องมีผู้ใหญ่คอยนั่งประกบอยู่ด้วยระหว่างทำงาน หรือทำการบ้านเพื่อให้งานเสร็จเรียบร้อย

6) ผู้ปกครองและสมาชิกในบ้าน ต้องพยายามควบคุมอารมณ์อย่าตวาด ต่ำหนิหรือลงโทษเด็กทางกายอย่างรุนแรง เมื่อเด็กกระทำผิดควรมีการตั้งกฎเกณฑ์ไว้ล่วงหน้าว่า เมื่อเด็ก

ทำผิดจะมีการลงโทษอย่างไรบ้าง การใช้ความรุนแรงกับเด็กสมาธิสั้น มีโอกาสทำให้เด็กเติบโตขึ้นมาเป็นเด็กที่มีความก้าวร้าวและใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา

7) การลงโทษควรใช้วิธีจำกัดสิทธิต่างๆ เช่น งดดูทีวี งดเที่ยวนอกบ้าน งดขี่จักรยาน หักค่าขนม เป็นต้น

8) ควรให้คำชมหรือรางวัลเล็กน้อย ๆ เวลาที่เด็กทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เด็กทำพฤติกรรมที่ดีต่อไป ซึ่งเด็กสมาธิสั้นมักจะชอบรางวัลที่มีขนาดเล็ก และหันเหมากกว่ารางวัลที่ใหญ่กว่าและล่าช้า (Sonuga-Barke et al., 2008)

9) ทำตัวเองให้เป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็ก เช่น ความมีระเบียบ รู้จักการรอคอย ความสุภาพ รู้จักกาลเทศะ หลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงต่าง ๆ เป็นต้น

10) เวลาสั่งให้เด็กทำงานอะไร ควรให้เด็กพูดทวนคำสั่งที่พ่อแม่เพิ่งสั่งไปทันที เพื่อให้มั่นใจว่าเด็กได้ฟังคำสั่งและเข้าใจว่าพ่อแม่ต้องการให้เขาทำอะไร

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

2.2.1 ความหมายของความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

ความเครียดเป็นอุปสรรคที่คอยรบกวนสุขภาพร่างกายและจิตใจ ความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้น ต้องกระทำการที่ฝืนระดับความสามารถปกติ ผลของความเครียดเป็นอันตรายต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ความหมายของความเครียดในที่นี้ จึงขออธิบายตามความหมายของเซลีย์ Selye, H. (1976) ให้ความหมายว่าความเครียดว่าไม่ใช่นามธรรม แต่สามารถประเมินหรือวัดได้เป็นรูปธรรมคือ ภาวะทางชีวภาพที่แสดงโดยปรากฏในลักษณะของอาการเฉพาะ ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองแบบทั่วไปของร่างกาย ต่อปฏิกิริยารบกวนความเครียด มีทั้งด้านคุณและด้านโทษ ความเครียดที่ให้คุณ (eustress) คือการตอบสนองต่อปฏิกิริยาทางร่างกาย เนื่องจากเงื่อนไขที่ไม่พึงพอใจ ส่งผลให้เกิดความอึดเอนใจ และเพิ่มแรงผลักดันไปสู่จุดมุ่งหมาย ส่วนความเครียดที่ให้โทษ (distress) คือการปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เนื่องจากเงื่อนไขที่รู้สึกไม่พึงพอใจ ก่อให้เกิดจากความรู้สึกหวาดกลัว ลนลานทำอะไรไม่ถูก เกิดผลกระทบต่อร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกลไกการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อ เมื่อผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมีภาวะกดดันที่เกิดขึ้นในร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายเสียสมดุลและมีปรับตัวต่อสิ่งคุกคามนั้นในรูปแบบ “สู้หรือหนี” (fight or flight) โดยแสดงออกทางด้านร่างกายความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ เช่น เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะแบบไมเกรน วิดกกังวล ซึมเศร้า ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ หรือความเครียด สามารถแสดงออกในรูปแบบของการรับรู้ หรือความคิดต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ (Selye, 1976)

ลักษณะความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีลักษณะและความหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง อะไบดิน (Abidin, 1992) ให้ความหมายว่า ความเครียดของการเป็นผู้ดูแลเกิดจากการที่ผู้ดูแลได้ประเมินบริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกต่อภาระหน้าที่ในการแสดงบทบาทผู้ดูแลว่าเป็นความไม่สมดุลของความต้องการและตอบสนองความต้องการ

ไมล์ส (Miles, 1989) ให้ความหมายของความเครียดในการผู้ดูแลว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแล ที่เกิดจากไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

รอตเจอร์ส (Rodgers, 1998) ให้ความหมายของความเครียดของผู้ดูแลว่า เกิดจากความสามารถในการประเมิน และเผชิญกับเหตุการณ์ไม่สัมพันธ์กันกับการทำหน้าที่หลากหลายบทบาทในขณะเดียวกัน ความเครียดของผู้ดูแลเกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลประเมินตนเองว่าไม่สามารถทำหน้าที่ของผู้ดูแลได้ดี

แดเตอร์-แดคาร์ด (Deater-Deakard, 1998) ให้ความหมายไว้ว่า ความเครียดของผู้ดูแลเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าการต้องการของการเป็นผู้ดูแลอยู่นอกเหนือจากการรับรู้ความสามารถในการรับมือกับตัวเอง

อัญชลี ศรีสมุทร. (2564) ให้ความหมายไว้ว่า การที่ผู้ดูแลประสบปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลเด็ก ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ ทำให้เกิดการคุกคามความสมดุลของจิตใจ และผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวกับสมดุลนั้นได้ ก็จะสะสมความสมดุลนั้นไว้นานก่อให้เกิดความเครียด

รสสุคนธ์ เจริญสัจยศิริ (2557) ให้ความหมายไว้ว่าความเครียดของผู้ดูแล คือ ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก นึกคิดที่เกิดจากการรับรู้หรือแปลความหมายต่างๆ ของตนเองมีไม่เพียงพอต่อการทำบทบาทเป็นผู้ดูแล

จากการทบทวนของความหมายของความเครียดในผู้ดูแลที่ผ่านมาสรุปได้ว่า ความเครียดของผู้ดูแลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ที่เกิดจากการรับรู้และการเผชิญ สถานการณ์ต่างๆ ของผู้ดูแลไม่เหมาะสมต่อการทำหน้าที่บทบาทของผู้ดูแล กระตุ้นทำให้เกิดความรู้สึก ไม่สบายใจ วิตกกังวล เศร้า ทุกข์ใจ และส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ก่อให้เกิดความเครียดสะสมได้

2.2.2 แนวคิดทฤษฎีความเครียดในผู้ดูแลเด็ก

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การจัดการกับความเครียดคือความสามารถในการรักษาสมดุลทางจิตใจ ได้จัดกระทำเพื่อควบคุมความเครียด เป็นการเผชิญกับความเครียด (Coping) รวมถึงความพยายามที่เป็นทั้งการกระทำที่เห็นชัดเจนและการกระทำที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจ เพื่อที่จะจัดการกับความต้องการที่เกิดขึ้นจากภายในและภายนอกที่ต้องจัดการกับความเครียดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน

การศึกษาความเครียดของผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องนิยมใช้กรอบแนวคิดของอะไบดิน โดยกรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดพฤติกรรมกรอบเลี้ยงดูของอะไบดิน (the determinants of parenting behavior) (Abidin, 1992) ทฤษฎีนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งอะไบดินเป็นนักจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบิดามารดาผู้ดูแลและบุตร และได้ริเริ่มการศึกษาความเครียดของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดความเครียดของการเลี้ยงดูของอะไบดิน (the Stresses of Parenting) ซึ่งกล่าวไว้ว่า ความเครียดของผู้ดูแลเป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบที่มีลักษณะหลากหลายมิติมาก ความเครียดในสถานการณ์การเลี้ยงดูบุตร เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากผู้ดูแลไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ และไม่สามารถทำ

หน้าที่ในการเป็นผู้เลี้ยงดูแลที่ดีที่สุดได้ โดยความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมาจาก 3 แหล่งคือ ลักษณะของผู้ดูแลเด็ก ลักษณะของเด็ก และสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ส่วนชนิดของความเครียดนี้ ทั้งเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้นในชีวิตและสิ่งที่เป็นนามธรรม เช่น ความรู้สึกอ่อนล้า การเจ็บป่วยหรือพิการ ของบุตร (Abidin,1990) ต่อมาพัฒนามาเป็นแนวคิดปัจจัยกำหนดพฤติกรรม การอบรมเลี้ยงดู (the Determinants of Parenting Behavior) (Abidin,1992) อะไบดินได้พัฒนาแนวคิดนี้จากการ ผสมผสานแนวคิดปัจจัยกำหนดการเลี้ยงดูของเบลสกี (Belsky's process model of determinants of parenting) (Belsky, 1984) ซึ่งอธิบายว่า สมรรถนะของการทำหน้าที่ผู้ดูแล ที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูบุตรจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลจากแหล่งการเลี้ยงดู ซึ่งมีผลมาจากประวัติและพัฒนาการของแหล่งการสนับสนุนทางจิตใจของผู้ดูแล โดยมีผลต่อบุคลิกลักษณะและความผาสุกด้านจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแล เช่น อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและเด็กสมาธิสั้น และลักษณะงาน เป็นต้น

ปัจจัยด้านบริบททางสังคม ที่เป็นแหล่งความเครียดและการสนับสนุน ได้แก่ สัมพันธภาพของคู่สมรส (marital relations) การสนับสนุนทางสังคม (social network) ซึ่งสามารถ เป็นแหล่งของการสนับสนุน และแหล่งของความเครียด ต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแล และปัจจัยด้านลักษณะของเด็ก ได้แก่ เพศ พื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก ซึ่งเด็กแต่ละคนมีพื้นฐานทางอารมณ์แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลตอบสนองต่อเด็กแตกต่างกัน จึงทำให้การทำหน้าที่ของผู้ดูแล แตกต่างกัน ตามพื้นฐานอารมณ์ของเด็กกับแนวคิดความเครียดของการเลี้ยงดูของอะไบดิน อธิบายว่า สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กมาจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะของเด็ก ลักษณะของบิดามารดา และสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งความเครียดของผู้ดูแลเด็ก นำไปสู่การทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูไม่มีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านเด็ก ได้แก่ การปรับตัว การยอมรับ ความต้องการ อารมณ์สมาธิสั้น และลักษณะเด็กที่ส่งเสริมผู้ดูแลเด็ก ปัจจัยด้านลักษณะของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ความวิตกกังวล สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลเด็ก ถูกจำกัดบทบาท ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ บุคลิกภาพของผู้ดูแลเด็ก สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สุขภาพของผู้ดูแลเด็ก (Abidin, 1992)

จนกระทั่งพัฒนามาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัยครั้งนี้ The Determinants of Parenting Behavior (Abidin, 1992) โดยส่งเสริมองค์ประกอบที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดซึ่ง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 คือ การปรับตัวด้านการรู้คิด (cognitive coping) โดยจัดกิจกรรมที่จะฝึกการปรับตัวด้านการรู้คิดใน 3 ด้าน คือ 1) การปรับตัวทางกาย 2) การ ปรับตัวทางจิต 3) การปรับตัวทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การกำหนดลมหายใจเข้าออก เป็นต้น องค์ประกอบที่ 2 คือ การให้ความรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น โดยจัดกิจกรรมที่จะส่งเสริมความรู้ความสามารถของในการเลี้ยงดูของผู้ดูแลเด็กโดยให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น และการจัดการกับพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น เพื่อส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (parenting skills competencies) องค์ประกอบที่ 3 คือ การดูแลรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ของตนเพื่อส่งเสริม สัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง (parenting alliance) องค์ประกอบที่ 4 คือ การสนับสนุนทางสังคม (social support) ผู้ดูแลเด็ก

จะปรับตัวได้ดี จะต้องมีความสนับสนุนที่ดีการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่าเป็นการสะท้อนคิด และองค์ประกอบที่ 5 คือ แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลเด็กเด็กโรคสมาธิสั้นแหล่งสนับสนุนทรัพยากร (material resources) สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการให้คำปรึกษา (อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร, 2560)

2.2.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลแบ่งเป็นปัจจัยหลักได้ 3 ปัจจัย (Belsky, 1984; Abidin, 1990; Abidin, 1992; ทศนี ประสพกิตติคุณ และคณะ, 2554) คือ ปัจจัยจากตัวผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ลักษณะการทำงานของผู้ดูแล และสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว ปัจจัยจากตัวเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ลักษณะเฉพาะของพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และ แหล่งทรัพยากร มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยจากตัวผู้ดูแล (parent characteristics) คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กที่สามารถ ทำนายความเครียดในการเป็นผู้ดูแล ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ ซึ่งผู้ดูแลเด็กที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำก็จะมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดจากการเลี้ยงดูเด็กสูง ลักษณะการทำงานของผู้ดูแลเป็นอีกด้านที่เกี่ยวข้องกับ ความเครียดของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะขาดงานเฉลี่ย 17 วันต่อปี ซึ่งมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลเด็กปกติที่ขาดงานเฉลี่ย 6 วันต่อปี และยังมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงคิดเป็นการสูญเสียวันทำงาน 5 วันต่อปี (ธนิดา ทีปะपाल และคณะ, 2564) และสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของรัชวัลย์ บุญโถม และคณะ (2565) พบว่าการสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์ เชิงลบกับความเครียดของผู้ดูแล อาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลที่มีการสื่อสารในครอบครัวดีมีแนวโน้มที่จะมี ความเครียดในการดูแลเด็กต่ำทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้นในครอบครัว ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นยอมรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวเปิดโอกาสให้แต่ละคนได้ระบายความรู้สึก ใช้คำพูดในการสื่อสารความต้องการแบบแสดงความรู้สึกของตนเอง ไม่ใช่คำพูดที่ทำร้ายจิตใจคนอื่น ตลอดจนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้การจัดการกับปัญหาในครอบครัวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดลดลง ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าครอบครัวเด็กสมาธิสั้นที่ใช้การสื่อสารในครอบครัวเชิงบวกในการ จัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดมีแนวโน้มที่จะสามารถปรับตัวได้ดี (Brown, Howcroft, & Muthen, 2010) ปัจจัยจากตัวเด็กสมาธิสั้น (child characteristics) คือ ลักษณะเฉพาะของพฤติกรรม การแสดงออกของเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งเด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหา

1) การเรียนจากการวิจัยในฝรั่งเศสที่ติดตามเด็กสมาธิสั้น จำนวน 1,264 ราย เป็นเวลา 8 ปี พบว่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ เด็กกลุ่มนี้มีโอกาสสอบตกซ้ำชั้นมากกว่า และอัตราการสำเร็จการศึกษาในมัธยมน้อยกว่าเด็กปกติ (โชติ ชัชวาลกุล และคณะ, 2564)

2) การเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บมากกว่าเด็กปกติ โดยอัตราบาดเจ็บรุนแรง เช่น กะโหลกศีรษะแตกกระดูกหัก การบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ สอดคล้องกับการศึกษาของ เมอร์ริลและคณะ (Merrill et al, 2019) ทำการศึกษาพฤติกรรมการเกิดอุบัติเหตุในเด็กสมาธิสั้นพบว่ามักจะ

เกิดอุบัติเหตุ เพิ่มขึ้น 3.07 เท่า เนื่องจากมีพฤติกรรมชุกชนผิดปกติ เล่นโลดโผนโดยไม่ระวังหรือกลัวอันตรายที่จะ เกิดขึ้น จนทำให้เกิดอุบัติเหตุได้บ่อยๆ

3) เข้ากับเพื่อนไม่ได้ เนื่องจากเด็กมีพฤติกรรมควบคุมตนเองให้อยู่ ในกฎระเบียบไม่ได้ หงุดหงิด ขี้โมโหง่าย เมื่อไม่ได้ดังใจ ทำให้เพื่อนร่วมชั้นไม่ยอมเข้ามาเล่นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของปิงฉิม่า หลอมประโคน (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมานิสัยในเด็ก โดยเก็บข้อมูลจากการแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ครู เพื่อน และตัวเด็กพบว่าพฤติกรรมทางสังคมที่เป็นปัญหาพุดคุ้ยเสียงดัง เวลาครูสอนจะพูดแทรกกรบกวนการเรียนการสอนของครูและเพื่อนมีพฤติกรรมก้าวร้าวทะเลาะวิวาทกับเพื่อนจากการที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อตัวเด็กเอง คือ ความสัมพันธ์ทางลบกับเพื่อนคิดเป็นร้อยละ 70 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งร้อยละ 62.5 พฤติกรรมด้านอารมณ์ร้อยละ 54.2 พฤติกรรมเกรงร้อยละ 34.2 และ สัมพันธภาพทางสังคมร้อยละ 20 ปัจจัยจากสังคม คือ สถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่คุณดูแลต้อง เผชิญกับความเครียด ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดของคุณดูแล และยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (อัจฉราพรรณ วงษ์น้อย, 2564)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การ รับรู้ของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมของตนเอง ได้แก่ พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อน ที่มีต่อกิจกรรมใด กิจกรรมหนึ่งที่บุคคลนั้นๆ ตั้งใจในด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากรการเงิน และข้อมูลข่าวสาร (ธนิดา ทีปะपाल และคณะ, 2564) เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ชนิด ดังนี้

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการ ยกย่องเห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใยและการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) เป็นการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกันหรือสังคมเดียวกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ เปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (social reinforcement)

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูล ข้อชี้แนะ คำแนะนำและการบอกแนวทางเลือกหรือแนวปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่ก ล้างเผชิญอยู่ได้

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือเรื่องสิ่งของ และการให้บริการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเผชิญ หรือการจัดการกับความเครียดของบุคคล (House, 1981)

สรุปจากปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้คุณดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเกิดความเครียดนั้น การเรียนรู้วิธีการปรับตัว เป็นการช่วยให้คุณดูแลเผชิญกับความเครียด และอธิบายได้ว่าเป็นการเรียนรู้ การใช้กระบวนการรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม เพื่อเป็นการส่งเสริมให้คุณดูแล สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม

หรือ เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมนั้นได้ ในกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแล ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม (Lazarus & Folkman, 1984) จะเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จของการปรับตัวอย่างชัดเจน การประเมินทางด้านการรู้คิด และการปรับตัว เป็นการเริ่มต้นการปรับตัวต่อความเครียด ในชีวิตของแต่ละบุคคล มีการเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละวัยแตกต่างกันไปบางคนปรับตัวได้ แต่บางคนปรับตัวไม่ได้ดังนั้นเพื่อการป้องกันผลกระทบที่เกิดจากความเครียด อันเป็นการป้องกันตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบจากความเครียด (Pender, 2011)

2.2.4 ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลเด็ก โรคสมาธิสั้นแล้วยังส่งผลกระทบต่อตัวเด็กโรคสมาธิสั้นเองด้วย เนื่องจากหากผู้ดูแลมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมนั้นจะส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลกระทบที่ส่งผลกับตัวผู้ดูแลได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้าน จิตใจ และผลกระทบด้านสังคม ดังต่อไปนี้

2.2.4.1 ผลกระทบด้านร่างกายต่อผู้ดูแลผลว่า สุขภาพของผู้ดูแลที่ดูแลเด็กโรค สมาธิสั้นอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการดูแลยาวนานมี 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมป้องกันอันตรายในการเลี้ยงดูเด็ก การดูแลเด็กและงานบ้านที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลเด็ก ซึ่งส่งผลกับผู้ดูแลโดยตรงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายทรุดโทรมลง (อัญชลี ศรีสมุทร, 2564) รับประทานอาหารน้อยลง นอนไม่หลับทำให้ขาดการพักผ่อน ไม่มีเวลา เป็นทำกิจกรรมส่วนตัว ส่งผลให้ร่างกายเหนื่อยล้าอ่อนเพลีย และอ่อนแรงมากกว่าผู้ดูแลเด็กที่แข็งแรงปกติ (Theule, Wiener ,Tannock, & Jenkins, 2013)

2.2.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจอารมณ์ต่อผู้ดูแลพบว่า เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเป็นโรคสมาธิสั้น ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกผิดหวังท้อแท้ รู้สึกเจ็บปวด และสิ้นหวังและโทษตนเองว่าเป็นบุคคลที่ทำให้ลูกเป็นเช่นนั้น จนเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายจนอยากฆ่าตัวตายเกิดภาวะซึมเศร้า (ธนิดา ทีปะปาล และคณะ, 2564) และส่งผลทำให้ปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้ดูแลยังวิตกกังวลกับการรับมือกับพฤติกรรมที่เหมาะสมของเด็ก เกิดความยากลำบากในการจัดการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ และเกิดความเครียดที่ต้องรับภาระดูแลที่ยาวนาน (Williamson, Johnston, Noyes, Stewart, & Weiss, 2017) จึงส่งผลโดยตรงกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดความรู้สึกเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีเด็กปกติ (Pimentel, Vieira-Santos, Santos, & Vale, 2011; Sethi, Gandhi, & Anand, 2012; Theule, Wiener ,Tannock, & Jenkins, 2013)

2.2.4.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจต่อผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลทำหน้าที่หลัก ในการเลี้ยงดูดูแลเด็กขาดเวลาส่วนตัว ความมีอิสระและความเป็นส่วนตัวลดลง และเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการดูแลลูกไม่มีเวลาดูแลเลี้ยงดูให้ความรัก ความเอาใจใส่ครอบครัวได้อย่างเต็มที่ (Theule, Wiener ,Tannock, & Jenkins, 2013) ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องลาออก จากงาน ย้ายงานทำให้มีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอก่อให้เกิดภาระหนี้สิน ส่งผลทางสถานภาพการเงินที่ต้องการพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับความเครียดเผชิญกับภาวะค่าใช้จ่ายสูงกับค่ารักษาพยาบาลในการเลี้ยงดูเด็กไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับภาระทางเศรษฐกิจตลอดไป (แสงนภา บารมี และคณะ, 2566) ส่วน

ผลกระทบด้านสังคม คือ ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์สามิ ญาติ และเพื่อนลดลงทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมลดลง การมีบทบาททางสังคมของผู้ดูแลลดลง และการพาเด็กสมาธิสั้นไปตามสถานที่สาธารณะก็ลดลงตามไปด้วย (รัชวัลย์ บุญโถม และคณะ, 2565)

2.2.5 ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้น มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น อาจเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความแข็งแกร่งในชีวิต ขาดทักษะการสื่อสารใน ครอบครัว และปัญหาพฤติกรรมในเด็ก ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความวิตกกังวล เครียดหรือซึมเศร้าได้ ซึ่ง ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความเครียดของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นส่งผล กระทบต่อพัฒนาการของบุตรหลาน ได้แก่ ปัญหาพัฒนาการทางสติปัญญา อารมณ์ การเคลื่อนไหว และพัฒนาการทางสังคมของเด็ก (Sweeney & MacBeth, 2016) ผู้ปกครองที่มีความเครียดใน ชีวิตประจำวัน มีความวิตกกังวล เรื่องเศรษฐกิจในครอบครัว ขาดแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์จิตใจ มี ปัญหาสัมพันธ์ภาพในชีวิต สมรส และการมีสุขภาพทางร่างกาย จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเลี้ยงดู เด็ก (Horwitz et al., 2007) โดยเฉพาะการขาดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเด็ก แสดงอารมณ์ทางลบต่อเด็ก (Barry et al., 2015) จากแนวคิดของ Denham ที่อธิบายว่าอารมณ์และพฤติกรรมของพ่อแม่ทำให้ เกิดความต่อเนื่อง และการเปลี่ยนแปลงของปัญหาพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็กก่อนวัยเรียน (Denham et al., 2000)

นอกจากนี้ พัฒนาการของเด็กไม่เพียงแต่เป็นผลลัพธ์ของการกระทำของบิดามารดา แต่รวมถึงเป็นผลต่อเนื่องจากความเป็นตัวตนของบิดามารดา (Parent's self) ดังนั้นความเชื่อหรือมุมมองต่อตนเองและต่อโลกรอบตัวของบิดามารดาทั้งที่สุขภาพจิตดีหรือมีปัญหาทางจิต จะส่งผลกระทบต่อความคิด ความเชื่อของเด็กให้เป็นไปในทางที่คล้ายกัน จะเห็นได้ว่า โรคสมาธิสั้น (ADHD) เป็นโรคทางพัฒนาการที่มีความผิดปกติทาง ระบบประสาท ทำให้มีพฤติกรรมในลักษณะไม่ตั้งใจ สมาธิสั้นและหุนหันพลันแล่น ส่งผลให้ผู้ปกครองของเด็กที่มีสมาธิสั้นมีความเครียดในการเลี้ยงดูและประสบกับปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่า ผู้ปกครองเด็กปกติ (Cheung & Theule, 2016) สุขภาพจิตที่ไม่ดีนำไปสู่ทักษะการเลี้ยงดูที่ผิดปกติ เช่น การลงโทษทางร่างกาย การขาดวินัย ระเบียบวินัยที่เข้มงวดมากเกินไป ทำให้การสมาธิสั้นของ เด็กแย่ลง ปัญหาพฤติกรรม และความผิดปกติของการต่อต้านฝ่ายตรง (Brammer et al., 2018; Walls et al., 2018) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยต่างๆของผู้ปกครอง ได้แก่ความผิดปกติด้านอารมณ์ ความผิดปกติทางจิตและการปฏิบัติตัวของผู้ปกครอง เป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า อาการวิตก กังวล และพฤติกรรมในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้ผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเกิดภาวะซึมเศร้าและไม่พอใจกับบทบาทของตนเองมากกว่าผู้ปกครองของเด็กที่ไม่มีความผิดปกตินี้ (Harpin, 2005) ดังนั้น สิ่งสำคัญคือต้องจัดการปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นร่วมด้วย (Cheung & Theule, 2016) เพราะเมื่อผู้ปกครองมีภาวะสุขภาพจิตดีจะส่งผลให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นดีขึ้นด้วย (ประสาทพร ศิริโชค, 2562)

จะเห็นว่าสุขภาพจิต คือ สภาพความสมบูรณ์ของจิตใจ ซึ่งสภาพของจิตใจจะมี ความสมบูรณ์มากน้อยเพียงใด ดูได้จากสมรรถภาพของจิตใจ ภาวะของจิตใจที่ดี มีความสุข มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีศักยภาพ มีความรับผิดชอบ มีความสามารถในการทำงาน แก้ไขปัญหา จัดการกับภาวะยุ่งยากหรือวิกฤตได้ ปรับตัวได้ สามารถประเมินและพัฒนาตนเองได้ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่นและช่วยส่งเสริมสังคมได้ ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด

ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน ความเครียด ตามแนวคิดและความหมาย หมายถึง ความเครียดที่เป็นผลกระทบที่รบกวนจิตใจและร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นโดยมีสิ่งเร้ามากระตุ้น กดดัน บีบคั้นจนกระทั่งบุคคลนั้นกระทำการ ฝืนระดับความสามารถของตนเอง ส่งผลต่อความเครียดเป็นอันตรายต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมอาจเกิดขึ้นได้กับทุกคนทุกวัย และทุกเพศ เมื่อความเครียดเพิ่มระดับขึ้นเรื่อยๆ บุคคลจะต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อแก้ไขปัญหาและรักษาสมดุลเพื่อความอยู่รอด (ธนิดา ทิปะปาล, 2564)

ลาซารัส (Lazarus, 1966) อธิบายกระบวนการเกิดความเครียด การเผชิญความเครียดและผลของการปรับตัวดังต่อไปนี้

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายว่าความเครียด เป็นที่มาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งถือว่าเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่ารู้สึกถูกคุกคาม และเป็นอันตรายเกินขีดจำกัดความสามารถที่ตนเองจะต่อต้านได้

การปรับตัวคือกระบวนการการตอบสนองต่อระบบชีวิตที่มีต่อสิ่งเร้าส่งผลให้เกิด ระบบของชีวิตนั้นๆ ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการเพื่อรักษาสมดุลของชีวิตไว้ ซึ่งภาวะสมดุลมีความ เกี่ยวข้อง และเกิดความสัมพันธ์กัน โดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ได้แก่ กาย จิต สังคมและ สิ่งแวดล้อม การปรับตัวจึงเป็นรูปแบบการรักษาสมดุลของแต่ละองค์ประกอบเพื่อดำรงไว้ซึ่งสมดุล โดยรวมของ คนหนึ่งคนนั้นเอง การปรับตัวด้านกาย เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาดุลยภาพทางร่างกาย ในขณะที่ ร่างกายต้องเจริญเติบโต เปลี่ยนแปลงตามวัย และเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาการปรับตัวทางร่างกายอาศัยกระบวนการทางชีวเคมีในการกิน ย่อย ดูดซึม และใช้สารที่ต้องการการขับถ่ายของเสีย เคลื่อนไหว และต่อสู้ป้องกันการชำรุดทำลาย หากเกิดความล้มเหลว หรือ บกพร่องในการปรับตัวด้านนี้ จะทำให้เกิดพยาธิสภาพทางกายซึ่งเรียกร่องให้ต้องปรับตัว เพิ่มขึ้น

การปรับตัวด้านจิตใจ เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางการทำปฏิกิริยาเคมีของระบบ ประสาท และกลไกทางบุคลิกภาพ เพื่อแสวงหาความสมดุลระหว่างแรงผลักดันต่อความต้องการกับ สถานการณ์ที่เป็นความจริงของสิ่งแวดล้อม ดำเนินการไปโดยที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว และสามารถ ควบคุม ด้วยระบบประสาทอัตโนมัติ ต่อมไร้ท่อและกระบวนการเรียนรู้ การปรับตัวด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อม เป็นการปรับตัวทางด้านสังคมและด้าน สิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับการรักษาดุลยภาพ ของความขัดแย้งต่อความต้องการ ค่านิยม ความเชื่อ และ วัฒนธรรมที่สร้างขึ้นเป็นองค์ประกอบของ

บุคคลกับความต้องการทางสังคม และสิ่งแวดล้อม รวมไปถึง ความเครียดจากปฏิกิริยาด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะสภาพแวดล้อม บริเวณที่อยู่อาศัย สภาพการทำงานมีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการปรับตัวของมนุษย์สูงมาก การล้มเหลวในด้านของการปรับตัวถ้าเกิดขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ก็จะส่งผลกระทบต่อ องค์ประกอบ 4 ด้าน และต่อตัวบุคคล ทำให้เกิดการเสียดุลยภาพทางกาย หรือเกิดพยาธิสภาพทางกาย ส่งผลให้เกิดปัญหาจึงต้องเรียนรู้ปรับตัวทางจิตและสังคมได้ก็จะส่งผล เสียแก่องค์ประกอบทางกาย แนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของลาซารัส (Lazarus, 1966) กล่าวถึงระบบการ ตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response system) เป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับ สิ่งแวดล้อม การตอบสนองทางอารมณ์จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นกับการประเมินทางปัญญาของ บุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบโดยที่บุคคลมีหลายรูปแบบทั้งทาง ความคิดและการรับรู้ ทางอารมณ์และ ความรู้สึกทางพฤติกรรมและสรีระ เป็นการตอบสนองทาง อารมณ์ประกอบด้วยองค์ประกอบหลักที่สำคัญ 4 องค์ประกอบ

แนวคิดในการจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะเป็นผู้วิเคราะห์สถานการณ์ว่าปฏิสัมพันธ์นั้นจะเป็นโทษ หรือมีผลเสีย ต่อร่างกายการประเมินนั้นเกิดจากความคิด ความจำประสบการณ์เดิม เมื่อบุคคลวิเคราะห์ว่า สถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่อตนเอง บุคคลก็จะดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการปรับตัว เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม เรียกว่า การจัดการกับความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) เมื่อบุคคลวิเคราะห์สถานการณ์ได้ว่าเป็นผลเสีย หรือความเครียดนั้นย่อมมี ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยทั่วไปบุคคลจะเกิดการใช้ สติปัญญาเพื่อแสวงหาแหล่งประโยชน์ มาจัดการกับความเครียดซึ่งแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมอย่างใด อย่างหนึ่งเพื่อลดความทุกข์ใจ และปรับตัวให้กลับคืนสู่ภาวะสมดุล สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ (เสาวภาค ทัดสิงห์ และคณะ, 2560) ปัจจัยจากตัวผู้ดูแลเด็กที่เผชิญกับปัญหาต่างๆ หลายอย่างที่ส่งผลต่อความเครียด ของผู้ดูแล เด็กที่มีลูกเป็นเด็กโรคสมาธิสั้นมี 3 ประการ คือ จากตัวผู้ดูแลเด็กเอง จากตัวเด็กโรคสมาธิสั้นและ จากสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เมื่อผู้ดูแลเด็กมีปัญหาที่ก่อให้เกิดผลให้เกิดความเครียด แต่ ละบุคคลก็จะมีวิธีการ จัดการกับความเครียดที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะเลือกสรร วิธีการใดกับการจัดการกับความเครียดของตนเอง (Abidin, 1990; Adidin, 1992) การจัดการกับ ความเครียด (stress management) เป็นการดูแลสุขภาพจิตของ ตนเอง และเป็นกิจกรรม พื้นฐานที่บุคคลสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เพื่อป้องกัน และลดสถานการณ์ที่ ก่อให้เกิด ความเครียด ซึ่งครอบคลุมการเทคนิคการจัดการกับความเครียดมี 3 ด้าน คือ การเพิ่มความ ทนทานต่อความเครียด การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด และการ ลด การเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Pender, 1996)

สรุปแนวคิดในการจัดการกับความเครียดคือ เทคนิคต่างๆ ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือ การเป็นกระทำที่นำมาใช้ในการลด การป้องกัน การควบคุม และจัดการกับเหตุการณ์ ที่ก่อให้เกิด ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นการพฤติกรรม หรือการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด ซึ่งรวม ไปถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการพักผ่อนที่เพียงพอและการใช้เวลาว่างให้เป็น ประโยชน์

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด

จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ช่วยลดความเครียดในกลุ่ม ผู้ดูแลเด็กเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่ามีผู้ทำการศึกษาโปรแกรมดังต่อไปนี้ได้แก่ ลินโดและคณะ (Lindo et al., 2016) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดกลุ่มให้บิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นได้มาแลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร และทักษะใน การจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของบุตร พบว่าบิดามารดาที่เข้าร่วมกลุ่มมีความพึงพอใจ ได้ แลกเปลี่ยนและเรียนรู้ทักษะในการจัดการบุตรด้วยวิธีการที่หลากหลายจากบิดาผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์ และรู้สึกว่าได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียวแต่ยังมีเพื่อนที่คอยให้คำแนะนำเป็นกำลังใจให้กันและกัน

โปรแกรม Chicago Parent Program (CPP) เป็นโปรแกรมที่เน้นบทบาทของ ผู้ปกครองในการกำหนดพฤติกรรมของเด็ก ผ่านการสร้างแบบจำลองและหลักการเรียนรู้ทางสังคม มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก โดยลดวินัยที่รุนแรง เพิ่มความสามารถใน การเป็นพ่อแม่ และขยายเครือข่ายสังคมของพ่อแม่ เพื่อลดความถี่และความรุนแรงของปัญหา พฤติกรรมของลูก สามารถปรับให้เข้ากับบริบทในสถานที่ต่างๆ เช่น ศูนย์รับเลี้ยงเด็ก, คลินิกสุขภาพจิต และผ่านการจัดการด้วยตนเอง โปรแกรมใช้รูปแบบวิดีโอ แสดงให้ผู้ปกครองเห็นและใช้ โปรแกรมเพื่อกระตุ้นการสนทนาและการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของเด็ก ปรับทักษะการ เลี้ยงดู มุ่งเน้นไปที่การสร้างความสัมพันธ์เชิงบวก ทักษะการจัดการพฤติกรรมเด็ก ทักษะการจัดการ ความเครียด ทักษะการแก้ปัญหา และการรักษาทักษะต่างๆให้คงอยู่ ช่วยให้ผู้ปกครองปรับเปลี่ยน ค่านิยมและเป้าหมายการเลี้ยงดูบุตร ด้วยเหตุนี้โปรแกรมจึงได้รับการออกแบบให้มีความเกี่ยวข้อง และมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กในสังคมพหุวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายทาง เศรษฐกิจ (Breitenstein et al., 2012) โปรแกรมนี้มีเป้าหมายหลักเพื่อฝึกอบรมผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุ 2-5 ปี จากทบทวนวรรณกรรมพบว่าการมีส่วนร่วมในโปรแกรมนี้นำไปสู่การลดลงของ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำหรับเด็ก และการพัฒนาตนเองของผู้ปกครองที่ดีขึ้น มีระเบียบวินัยที่ สม่่าเสมอมากขึ้น การลงโทษทางร่างกายน้อยลง และในครอบครัวมีความอบอุ่นมากขึ้น

โปรแกรม Circle of Security เป็นโปรแกรมการเลี้ยงดูที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริม ความผูกพันเชิงบวกระหว่างผู้ดูแลและบุตร (Huber et al., 2018) เหมาะกับผู้ปกครองของเด็กอายุ ตั้งแต่ 2 เดือนถึง 6 ปีซึ่งเดิมออกแบบมาสำหรับผู้ดูแลหลักของเด็กวัยหัดเดินและเด็กเล็กที่แสดง สัญญาณของความผิดปกติทางพฤติกรรม กำหนดเป้าหมายระบบแรงจูงใจพื้นฐาน 3 ระบบ ได้แก่ ระบบความผูกพัน ระบบสำรวจ และระบบผู้ดูแล (Zimmer-Gembeck et al., 2022) มุ่งเน้นไปที่ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับระบบการสำรวจที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็ก เพิ่มความไวของ ผู้ดูแลต่อระบบความผูกพันและการสำรวจผ่านการสอนที่รวมถึงกิจกรรมการไตร่ตรอง เช่น การทบทวนวิดีโอของปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าร่วมกับลูก

โปรแกรม Coping Power (CP) เป็นโปรแกรมที่พัฒนาเพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรม ของเยาวชนอายุ 8-14 ปี มุ่งเน้นไปที่การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กและเยาวชน (Lochman et al., 2012) เช่น ปัญหาพฤติกรรม การกระทำผิด การใช้สารเสพติด โปรแกรมนี้ดำเนินการในโรงเรียน โดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรม เช่น ครู ผู้ให้คำปรึกษา

นักจิตวิทยา มีการจำลองความรู้ความเข้าใจทางสังคมที่มองพฤติกรรมของเด็กกว่าเป็นผลที่เกิดจากเด็ก เช่น ความหุนหันพลันแล่น การควบคุมอารมณ์ที่ผิดปกติ ทักษะการรับรู้ที่ไม่ดี การแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพและผลที่เกิดจากผู้ปกครอง เช่น ทักษะการเลี้ยงดูที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความเสียเปรียบทางเศรษฐกิจ และจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ เริ่มจากการสอนเด็กๆ ให้ตระหนักถึงอารมณ์ของตนเอง ตั้งเป้าหมาย สร้างทักษะทางสังคม ผูกเทคนิคการผ่อนคลาย และเรียนรู้ที่จะจัดการกับแรงกดดันจากเพื่อน ส่วนผู้ปกครองได้ฝึกการเรียนรู้ที่จะแยกแยะระหว่างพฤติกรรมเชิงบวกและเชิงลบ ทักษะในการจัดการพฤติกรรม เช่น การเสริมแรงเชิงบวก การเพิกเฉยตามแผน การให้คำสั่งที่มีประสิทธิภาพ และยังสอนผู้ปกครองถึงวิธีการสนับสนุนบุตรหลานในด้านวิชาการ

โปรแกรม Family Check-Up (FCU) รูปแบบเป็นโปรแกรมแบบครอบครัวที่เน้นจุด แข็ง เน้นส่งเสริมแนวทางการเลี้ยงดูเชิงบวก และลดปัญหาพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่น มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เบื้องต้น มุ่งเน้นไปที่การสร้างสายสัมพันธ์กับที่ปรึกษา ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความกังวลของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตรและกลยุทธ์การจัดการครอบครัว การพิจารณาว่าการเลี้ยงดูบุตรส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กอย่างไร และการประเมินแรงจูงใจของผู้ปกครองในการเปลี่ยนแปลง แนวทางการเลี้ยงดูบุตร การประเมินครอบครัวเชิงนิเวศตามจุดแข็ง รวบรวมข้อมูลจากตัวเด็ก ผู้ปกครอง และการสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็ก แนวปฏิบัติในการเลี้ยงดูและพลวัตร ของครอบครัว ส่วนระยะที่ 2 ของโปรแกรมเป็นการติดตามผลของโปรแกรม ผลลัพธ์ของโปรแกรม ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความก้าวร้าวและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก การยับยั้งและควบคุม ตนเอง การมีส่วนร่วม และความมั่นใจ นอกจากนี้ยังช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านสังคม ความหุนหันพลันแล่น ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด รวมถึงความขัดแย้งใน ครอบครัว โปรแกรมนี้ยังแสดงให้เห็นประโยชน์ทางอ้อม เพื่อเพิ่มความพยายามในการควบคุม ความ พร้อมในการไปโรงเรียน ลดอาการซึมเศร้าและลดการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น พฤติกรรมทางเพศที่มี ความเสี่ยงสูง (Chang et al., 2015)

โปรแกรม Family Foundations (FF) เป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นคู่รัก สำหรับพ่อแม่ลูกคนแรกที่ตั้งงานหรืออยู่กินด้วยกัน โปรแกรมนี้จัดทำขึ้นในช่วงเปลี่ยนผ่านไปสู่การ เลี้ยงดูบุตรและมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูร่วมกัน ตั้งเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ปกครองในการประสานงานและสนับสนุนซึ่งกันและกัน เช่นเดียวกับการปรับตัวของผู้ปกครองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่ส่งผลต่อการปรับตัวของเด็ก โปรแกรมนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อนำไปใช้ในแผนการคลอดบุตรของโรงพยาบาลในท้องถิ่น และเผยแพร่ทางออนไลน์ด้วย ประกอบด้วย 8 หรือ 9 ขั้นตอน ระยะเวลา 2-3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นระยะก่อนคลอดและระยะหลังคลอด โปรแกรมในระยะก่อนคลอด เป็นการเตรียมพ่อแม่โดยส่งเสริมการสื่อสารและความร่วมมือ ในขณะที่ระยะหลังคลอดมุ่งเน้นไปที่การทำให้ความยากลำบากของการเป็นพ่อแม่เป็นเรื่องปกติ ช่วยให้พ่อแม่รับรู้อารมณ์ของลูก การแก้ปัญหา พลวัตรของการเลี้ยงดู และส่งเสริมความปลอดภัยและความชื่นชม และโปรแกรมนี้ยังได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อ นำไปใช้ในแผนการคลอดบุตรของโรงพยาบาลในท้องถิ่น และเผยแพร่ทางออนไลน์ด้วย (Feinberg et al., 2020)

โปรแกรม Parent Management Training Oregon Model (PMTO) เป็นโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเชิงพฤติกรรม ที่ก่อตั้งขึ้นบนทฤษฎีการเรียนรู้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในการลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กวัยเรียน โดยสอนให้ ผู้ปกครองเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกผ่านกลยุทธ์เพื่อเพิ่มทักษะการเลี้ยงดู ประกอบด้วย การให้กำลังใจ ทักษะการควบคุมและจำกัดพฤติกรรม การติดตาม การแก้ปัญหา และการมีส่วนร่วมเชิงบวก การรักษามีทั้งระยะสั้น 3 ครั้ง หรือระยะยาวนานถึง 6 เดือน แต่ละขั้นตอน มักจะมีความยาว 60-90 นาที และมีการโทรศัพท์สอบถามระหว่างสัปดาห์เพื่อตรวจสอบการใช้ทักษะ ของผู้ปกครอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุตรหลานที่บ้าน

โปรแกรม Incredible Years (IY) เป็นชุดของโปรแกรมการฝึกอบรม 3 โปรแกรมที่ แยกจากกัน แต่ใช้หลักฐานเชื่อมโยงกันสำหรับผู้ปกครอง เด็ก และครู โปรแกรมนี้ได้รับการออกแบบ มาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ปกครองและครู ในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหา พฤติกรรม รวมถึงปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาและป้องกันปัญหาพฤติกรรมในเด็กอายุ 0-12 ปีที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ปกครองจะได้เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์ เช่น การเล่นและการมีส่วนร่วม เทคนิคการเสริมแรงเชิงบวก เช่น การยกย่องและการชมเชย และเทคนิคการฝึกวินัย โดยไม่ ใช้ความรุนแรง เช่น การจำกัดพฤติกรรมและการเพิกเฉย ผู้ปกครองจะได้รับคำแนะนำให้เปลี่ยนความ สนใจจากพฤติกรรมเชิงลบเป็นพฤติกรรมเชิงบวก เพื่อหลีกเลี่ยงปฏิสัมพันธ์ที่บีบบังคับ และเพิ่มปฏิสัมพันธ์เชิงบวก (Overbeek et al., 2021) โปรแกรมนี้สามารถปรับให้เข้ากับบริบทต่างๆ ได้ และได้ถูกนำมาใช้ในโรงเรียน คลินิกผู้ป่วยนอก สถานพยาบาลเด็ก/ปฐมภูมิ บ้าน และหน่วยงานในชุมชนที่ด้อยโอกาส โดยสอนผู้ปกครองเกี่ยวกับการเล่นแบบโต้ตอบและทักษะการเสริมแรง เทคนิค การสร้างวินัย เช่น การหมดเวลา การเพิกเฉย และทักษะการแก้ปัญหาผ่านขั้นตอนต่างๆ เน้นทักษะ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับพ่อแม่ เช่น ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความ โกรธ และภาวะซึมเศร้า โปรแกรม IY Child Training (CT) เป็นหลักสูตรที่ออกแบบมาเพื่อส่งเสริม ความรู้ทางด้านอารมณ์ของเด็ก การเอาใจใส่ มุมมอง การจัดการ ความโกรธ และทักษะการแก้ปัญหา ระหว่างบุคคล ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลลัพธ์ของโปรแกรม แสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยน ทักษะคิดของผู้ปกครองและปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก ช่วยลดการใช้รูปแบบการเลี้ยงดูที่รุนแรง ของผู้ปกครองและลดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็ก

โปรแกรม Parent Corps (PC) เป็นโปรแกรมในระยะเริ่มต้นที่พัฒนาขึ้นเพื่อ จัดการกับผลกระทบของความยากจนที่มีต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย การสนับสนุนพฤติกรรมเชิงบวก การจัดการ พฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและครู โดยมีการพัฒนาเพื่อ ส่งมอบใน โรงเรียนและจัดทำโปรแกรมโดยครูเตรียมอนุบาล ตลอดจนการพัฒนาวิชาชีพสำหรับครู เตรียม อนุบาลและครูอนุบาล เน้นที่การสร้างกิจวัตรประจำวันผ่านการเล่นที่เด็กเป็นผู้กำหนด การใช้ การเสริมแรงเชิงบวกเพื่อเพิ่มการปฏิบัติตาม การเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กบางอย่าง โปรแกรมนี้ได้รับการดัดแปลงเป็นโปรแกรมออนไลน์ระยะสั้น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงโปรแกรม (Lochman et al., 2017) และให้ผลลัพธ์ในการลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กได้

โปรแกรม Parents as Teachers (PAT) โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองในฐานะครู เป็นโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองที่รวมการเยี่ยมบ้านและออกแบบมาเพื่อเริ่มต้นตั้งแต่วัยคลอดหรือตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 3 ปี ผ่านการเยี่ยมบ้าน ผู้เยี่ยมที่เรียกว่านักการศึกษาผู้ปกครอง ช่วยผู้ปกครองเสริมสร้างทักษะการเป็นพ่อแม่ ความรู้ในการพัฒนาเด็กและเตรียมเด็กเล็กสำหรับโรงเรียน (Wagner & Clayton, 1999) มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการเลี้ยงดูบุตร เช่น แนวทางการเลี้ยงดูเชิงบวก ความรู้ด้านพัฒนาการของเด็ก การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กที่พัฒนาการล่าช้าและมีปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ลดการทารุณกรรมและการทอดทิ้งเด็ก และเพิ่มความพร้อมในการเข้าโรงเรียน หลักสูตรสำหรับการเยี่ยมบ้านประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูก การเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามพัฒนาการ และการให้ความสำคัญกับความเป็นอยู่ที่ดี ของครอบครัว แนะนำให้เยี่ยมบ้านทุกเดือนจนกว่าเด็กอายุ 3 ขวบ ผลลัพธ์ของโปรแกรมพบว่า ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการช่วยเหลือตนเอง พัฒนาการทางความคิด การสื่อสาร และสังคมของเด็ก และลด ปัญหาด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล พฤติกรรม และปัญหาพัฒนาการของเด็ก ผู้ปกครองมีการยอมรับ พฤติกรรมของเด็กเพิ่มขึ้น มีการใช้ภาษามากขึ้นและส่งเสริมพฤติกรรม เช่น การอ่านออกเสียง การ ร้องเพลง และการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้น การปรับพฤติกรรมและความรู้ด้านพัฒนาการ เช่น ความรู้ความ เข้าใจอารมณ์ และการพัฒนาทางภาษา จึงควรมีการสนับสนุนการฝึกสอนการสร้างทักษะเพื่อช่วยให้ ผู้ปกครองสามารถจัดการสุขภาพส่วนบุคคลและการดูแลสุขภาพเด็กได้ดียิ่งขึ้น (Carroll et al., 2015)

โปรแกรม Promoting First Relationships (PFR) โปรแกรมได้รับการออกแบบ มาเพื่อรองรับความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก มากกว่าที่จะตอบสนองความต้องการที่จับต้องได้ ผ่านการจัดการรายกรณี (Oxford et al., 2020) อิงตามทฤษฎีความผูกพันและการวิจัยเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าเด็กที่มีความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ละเอียดอ่อน และได้รับการเลี้ยงดูอย่างดีจากผู้ใหญ่ จะได้รับประสบการณ์ที่ดีขึ้นจากการทำงานหลายส่วน ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวโดยรวมที่ดีขึ้นและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (Perry & Conners-Burrow, 2016) โปรแกรมมีเป้าหมายมุ่งไปที่การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และความต้องการทางอารมณ์ของเด็ก ถือเป็นโปรแกรมการเลี้ยงดู ตามความสัมพันธ์ที่ใช้วิธียึดตามจุดแข็งของครอบครัว เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้และมั่นคงระหว่างผู้ดูแลและเด็ก ช่วยให้เกิดความเข้าใจความต้องการทางสังคมและเข้าถึงอารมณ์ของเด็ก ได้มากขึ้น โปรแกรมออกแบบมาสำหรับผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปีหรือต่ำกว่า โปรแกรมใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ใช้การโต้ตอบผ่านวิดีโอเพื่อให้ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และเอกสารประกอบคำบรรยายเพื่อเพิ่มความตระหนักของผู้ปกครองเกี่ยวกับความต้องการของเด็ก ความกังวล และพัฒนาการทางอารมณ์ สามารถดำเนินการเป็นกลุ่ม (ผู้เข้าร่วม 6-8 คน) หรือรูปแบบเดี่ยวก็ได้

โปรแกรม Strong African American Families (SAAF) เป็นโปรแกรมเชิง ป้องกันที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลางแห่งแรก ออกแบบมาโดยเฉพาะสำหรับครอบครัวชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน สร้างจากโครงสร้างและรากฐานของ Strengthening Families Program มี จุดมุ่งหมายเพื่อลดผลกระทบด้านลบของความเครียดในชีวิตที่มีต่อเยาวชนผิวดำในชนบท โดยส่งเสริม การเป็นพ่อ

แม่ผู้ปกครอง ดูแลสนับสนุนและเพิ่มการขัดเกลาทางสังคมทางเชื้อชาติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม การเลี้ยงดูแบบมีส่วนร่วม ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมที่อบอุ่น การเลี้ยงดูพร้อมกับ การติดตามและควบคุม การปรับตัวให้เข้ากับสังคมทางเชื้อชาติและการสร้างความคาดหวังที่ชัดเจน เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและการมีส่วนร่วมกับเพื่อน การปรับให้เข้ากับสังคม รวมถึงการปลูกฝัง ภาวะภูมิใจทางเชื้อชาติและสอนกลยุทธ์ในการรับมือกับการเลือกปฏิบัติให้กับกับเยาวชนที่ผู้ดูแล มีส่วนร่วม รักษาความผูกพันกับโรงเรียน และพัฒนาอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ในเชิงบวกแม้ว่าครอบครัวจะเผชิญกับความท้าทายทางเศรษฐกิจและการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในชุมชนก็ตาม (Kogan et al., 2016) โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 7 ครั้ง จัดกิจกรรมติดต่อกันทุกสัปดาห์ สำหรับผู้ดูแล และ เยาวชนอายุ 10-14 ปี จัดขึ้นตามความสะดวกของชุมชน โดยมีหลักสูตรเสริมสร้างทักษะสำหรับ ผู้ปกครองและเด็กแยกจากกัน

โปรแกรม Triple P-Positive Parenting Program เป็นโปรแกรมการเลี้ยงดูที่มี เป้าหมายหลักในการเพิ่มความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ปกครอง และลดความชุกของปัญหา สุขภาพจิต อารมณ์ และพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่น มี 5 ระดับ

ระดับ 1 การรณรงค์ตามสื่อที่เผยแพร่ข้อมูลการเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กในชุมชน

ระดับ 2 การจัดการช่วยเหลือผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมเล็กน้อยหรือข้อ กังวลอื่นๆ เช่น การฝึกเข้าห้องน้ำ ผ่านการสัมมนาหรือผ่านขั้นตอนสั้นๆ เพียงครั้งเดียว

ระดับ 3 การจัดการช่วยเหลือผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมเล็กน้อยถึงปาน กลาง ซึ่งนำเสนอในรูปแบบรายบุคคลหรือกลุ่มที่ตอบสนอง 1-4 ครั้ง เป็นเวลา 80 นาที

ระดับ 4 มุ่งเป้าไปที่ปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงมากขึ้น และให้บทวนกลยุทธ์การ เลี้ยงดูอย่างครอบคลุมใน 4 รูปแบบ ได้แก่ การบำบัดแบบรายบุคคล กลุ่มออนไลน์ หรือการบำบัดด้วยตนเอง ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่ม 8 ครั้งต่อสัปดาห์

ระดับ 5 กล่าวถึงสถานการณ์ครอบครัวที่ซับซ้อน เช่น ความขัดแย้งของผู้ปกครอง ความเครียด ปัญหาสุขภาพจิตด้วย และทักษะการเลี้ยงดูเพิ่มเติม สำหรับผู้ปกครองที่มีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติต่อเด็กในทางที่ผิด Pathways Triple P ในระดับ 5 กำหนดเป้าหมายการจัดการความ โกรธของผู้ปกครอง และทักษะพฤติกรรมด้านอื่นๆ เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ปกครองในการรับมือกับการเลี้ยงดูอย่างมีประสิทธิภาพ Triple P ได้รับการปรับให้เข้ากับประชากรเฉพาะ Stepping Stones Triple P (SSTP) สำหรับเด็กที่มีความพิการและ Indigenous Triple P ที่เหมาะสำหรับ ครอบครัวพื้นเมือง ผล จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้มแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า Triple P-Positive Parenting Program ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเป็น มาตรการการเลี้ยงดูที่มี ประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนผลลัพธ์ทางสังคม อารมณ์ และพฤติกรรมใน เด็ก (Sanders et al., 2014)

โปรแกรม Combined Parent- Child Cognitive-Behavioral Therapy เป็นโปรแกรมการ บำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบผสมผสานสำหรับผู้ปกครองและเด็ก เหมาะ สำหรับเด็กที่ถูก ทำร้ายร่างกายหรือครอบครัวที่เสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายเด็ก (Kjobli et al., 2013) ซึ่งรวมวิธีการ

บำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) เข้ากับการแสดงบทบาทสมมติ แบบจำลองการ ชักซ้อม พฤติกรรม การยกย่องและข้อเสนอแนะที่ถูกต้องต่อผู้ปกครองเป้าหมายและพฤติกรรมของ เด็ก ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลของผู้ปกครอง โปรแกรมการดูแลของเด็ก และโปรแกรมการ ดูแลของผู้ปกครองและเด็ก เป้าหมายการรักษามุ่งเน้นไปที่การช่วยเหลือผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-17 ปี ด้วยการจัดการความโกรธของผู้ปกครอง ความรู้ความเข้าใจและกระบวนการทางอารมณ์ของเด็ก สุขภาพจิตศึกษา ทักษะการรับมือแบบปรับตัว และลดความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายร่างกาย

โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training Program) ที่พัฒนาขึ้นโดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2544 โดยเน้นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือมุมมอง การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อ ตนเอง ต่อตัวเด็กและปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีปัญหา พฤติกรรม โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training Program) พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎี 3 ด้าน ได้แก่

1) แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยให้ความสำคัญกับผู้ปกครองที่เข้าร่วมการอบรมเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมาจากการมี ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม ทำให้เกิดการพัฒนาคำความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ให้กว้างขวางออกไป เกิดการ แลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ จากการนำประสบการณ์และการเรียนรู้เดิมของ ผู้ปกครองที่เข้ารับการฝึกอบรมมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้แสดงออกเพื่อ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันด้วยการสะท้อนและแลกเปลี่ยนความคิด ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ จากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกัน และประสานให้เป็นความคิดรวบ ยอด และประยุกต์แนวคิดหรือการนำไปใช้ โดยนำการเรียนรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้ใน สถานการณ์ต่างๆจนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง

2) แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ที่เชื่อว่าการแสดงออกทางพฤติกรรมเกิดจากการ วางเงื่อนไข อย่างใดอย่างหนึ่งทั้งจากสิ่งเร้า เงื่อนไข และจากการผ่านตัวแบบ ซึ่งการเสริมแรง ก่อให้เกิดการ เรียนรู้ใหม่ เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการเสริมสร้างและปรับพฤติกรรม โดยหากผู้แสดง พฤติกรรมพอใจ ในผลพฤติกรรมนั้นๆ จะมีผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกมามีเพิ่มขึ้น หรืออาจทำให้ พฤติกรรมนั้นๆ ลดลง หากผู้แสดงพฤติกรรมไม่พอใจในผลพฤติกรรมดังกล่าว

3) แนวคิดจากทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (group process) ให้ความสำคัญกับ ปฏิสัมพันธ์ที่ เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิด โอกาสให้ สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้ การรับ การแบ่งปัน และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย แก่กันและกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อตนเอง และยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไขข้อ ขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยเน้นการปรับเปลี่ยนตนเองก่อน สามารถแบ่งปันความรู้ เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริมกำลังใจ เกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงใจ จนเกิดความเป็น อันหนึ่งอันเดียวกัน ทำให้เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก ซึ่งได้บรรลุตาม จุดมุ่งหมายของกลุ่มผู้ปกครองนี้ โดยการนำทฤษฎีการเรียนรู้ที่ใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม เพื่อให้

เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง พร้อมทั้งฝึกการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้มากยิ่งขึ้น ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแนวคิดกระบวนการกลุ่ม มาเป็นกรอบแนวคิดในการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็ก โดยโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง มีแผนการสอนทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติ มีกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ใช้เวลาสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมง วัน รวม 3 สัปดาห์ติดต่อกันไป และในแต่ละครั้ง ผู้ปกครองจะได้รับความรู้ตาม ใบความรู้ของเนื้อหาครั้งนั้นๆ มีการฝึกปฏิบัติ กรณีศึกษาตัวอย่างตามใบงานและการฝึกปฏิบัติกับเด็กในความดูแลของตนเองต่อที่บ้าน โดยให้ใบงานแก่ผู้ดูแลเด็กเพื่อกลับไปทบทวนที่บ้านในแต่ละครั้ง และเว้นระยะเวลาให้ผู้ดูแลนำไปทดลองใช้เทคนิคต่างๆ ที่ได้เรียนรู้กับเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในความ ดูแลของตนเอง เมื่อมีการเข้ากลุ่มครั้งต่อไปต้องส่งใบงาน นำเสนอในกลุ่มและให้กลุ่มช่วยกันหา คำตอบในประเด็นที่ไม่สามารถทำได้ ทั้งนี้วิทยากรจะเป็นผู้สรุปสาระสำคัญให้แก่ผู้ปกครองรับฟังอีก ครั้ง ซึ่งมีแผนการสอน ดังนี้ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรม 2) ทักษะพื้นฐานในการสื่อสาร 3) เทคนิคการชม 4) เทคนิคการให้รางวัล 5) เทคนิคการลงโทษ 6) เทคนิคการทำตารางให้คะแนน และ 7) การการฝึกใช้วิธีการปรับพฤติกรรม

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในระหว่าง พ.ศ.2560 - 2567 จากฐานข้อมูลPubMed (Pubmed), ชานน์ไคเร็ค (Science direct), ไทยโจ (Thaijo), ไทยลิส (ThaiLIS) โดยคัดเลือกวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (parent of ADHD) ความเครียดของผู้ปกครอง (parenting stress) และทักษะการจัดการความเครียด (stress management) พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนกว่า 26 เรื่อง และพบงานวิจัยในรูปแบบงานการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ซึ่งมีความน่าเชื่อถือของหลักฐานในระดับ 1 เกี่ยวกับความเครียดในผู้ปกครองเด็กสมาธิโรคลิ้น พบว่าจากการศึกษาจำนวน 45 ฉบับ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูง และปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดเกิดจาก 2 แหล่งคือ ปัจจัยจากตัวของผู้ปกครองและปัจจัยจากตัวเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดในมารดาสูงกว่าบิดา เนื่องจากความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูเด็กของมารดามากกว่าบิดา (Theule et al., 2020) และจากการสืบค้นวรรณกรรมที่มีความน่าเชื่อถือของหลักฐานในระดับ 2 และ 3 พบว่า ในผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้นมากกว่าครึ่งมีความเครียดในการดูแลเด็ก (Narkunam et al., 2019) ยิ่งไปกว่านั้นพบการศึกษาในต่างประเทศซึ่งผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 89 (Theule et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทย พบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นนั้นจะมีความเครียดในระดับรุนแรง สูงถึงร้อยละ 68.8 (ดลฤดี แดงน้ำคู้, 2559)

เทพสิรินทร์ มากบุญศรี (2559) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมการอบรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบสอบถามข้อมูลบุคคล แบบประเมินอาการความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมในบ้านแต่ละเหตุการณ์ แบบประเมินความเครียดจากการดูแลบุตรและแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง สามารถลดอาการเครียดที่เกิดขึ้นได้

นาซิมิ โมฮาเมตคานี และโกซาบี (Nazemi et al., 2010) ทำการศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการของบิดาผู้ดูแลเด็กที่มีบุตรสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคพฤติกรรมของเด็ก แหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือให้คำปรึกษาแก่บิดาผู้ดูแลเด็ก ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่ได้รับ โปรแกรมมีความวิตกกังวลและความเครียดลดลงสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุตรได้ และพบว่าบุตรมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้คำปรึกษาแก่บิดามารดา เกี่ยวกับอาการของโรค การรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ดูแลเด็กเข้าใจและยอมรับข้อจำกัดต่างๆ ของบุตรได้

พารันด์ และคณะ (Parand et al., 2010) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กเด็กสมาธิสั้นจำนวน 50 คน วัตถุประสงค์ของการศึกษาคือการวางแผนโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยใช้วิธีการทางพฤติกรรมและความรู้ความสามารถและประเมินประสิทธิผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กของเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น โปรแกรมมุ่งเน้นไปที่ความเครียดของผู้ปกครองสถานการณ์และบุคคล และได้รับการออกแบบใน 10 ครั้ง สองชั่วโมงครั้ง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคะแนนการหดหู่ความวิตกกังวลและ ความทุกข์ทรมานทางจิตวิทยาของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์แสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในจิตใจของผู้ดูแลเด็กและลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

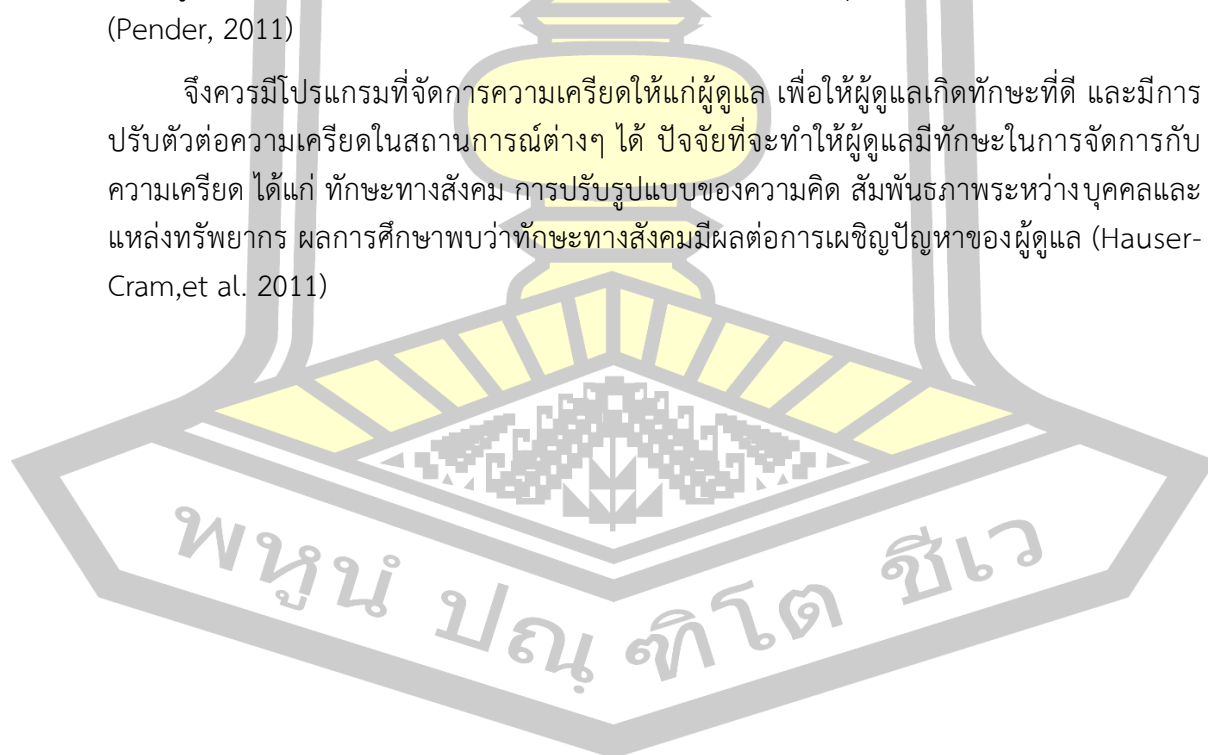
ชัยพร จันทรศิริ (2563) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอายุ ระหว่าง 6-15 ปี จำนวน 10 ราย ที่มารับคำปรึกษาในคลินิกผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6-15 ปี จำนวน 10 ราย ที่มารับคำปรึกษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยได้รับความรู้เรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก การฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการสื่อสาร การชม การให้รางวัล การลงโทษ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นลดลง คะแนนความสามารถในการ ปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น

สุภาวดี ชุ่มจิตต์ (2565) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้เด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น การที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่เพิ่มขึ้นจะ ช่วยส่งเสริมการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้มีประสิทธิภาพต่อไป มิลเลอร์และโบรเกอร์ (Miller & Brooker, 2017)

ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการฝึกสติสำหรับผู้ปกครองและครูของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือ บิดาผู้ดูแลและครูของเด็กที่มีสมาธิสั้น จำนวน 26 คน วัตถุประสงค์ของหลักสูตรการลดความเครียดจากสติ (MBSR) คือ นอกจากการฝึกสติแล้ว ยังเพิ่มการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และการฝึกอบรมผู้ปกครองโดยย่อ ผลการวิจัยพบว่าผลของโปรแกรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้ปกครองและครูมีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง

จากการศึกษาที่ผ่านมา จะเห็นว่ามีโปรแกรมเกี่ยวกับการดูแลของผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้นนั้นมีจำนวนมากที่ถูกพัฒนาขึ้น แต่ยังไม่มียุทธวิธีหรือโปรแกรมใดที่มุ่งจัดการกับตัวของผู้ดูแลโดยตรง พบว่าส่วนใหญ่มีการใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ร่วมกัน การส่งเสริมทักษะในการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น การใช้พฤติกรรมบำบัด และกระบวนการกลุ่มอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลและลดระดับความเครียดและความวิตกกังวลได้โดยการเสริมผลทางด้านจิตสังคมเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมต่อผู้ดูแล แต่การจะป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดนั้นผู้ดูแลต้องมีทักษะในการจัดการกับความเครียดก่อน (Lindo, et al., 2016) ทักษะในการจัดการความเครียด ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ครอบคลุม 3 ทักษะดังนี้ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด การลดความถี่ของ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การเพิ่มความต้านทานความเครียด เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการกับความเครียด นำไปสู่การลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจและสังคม (Pender, 2011)

จึงควรมีโปรแกรมที่จัดการความเครียดให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะที่ดี และมีการปรับตัวต่อความเครียดในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ปัจจัยที่จะทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ ทักษะทางสังคม การปรับรูปแบบของความคิด สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและแหล่งทรัพยากร ผลการศึกษาพบว่าทักษะทางสังคมมีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล (Hauser-Cram, et al. 2011)



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

3.1 รูปแบบการทดลอง

กลุ่มทดลอง	O11	X	O12
กลุ่มควบคุม	O21		O22

$$\bar{D}1 = O12 - O11$$

$$\bar{D}2 = O22 - O21$$

แผนภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการทดลอง

O11 หมายถึง การประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด

O12 หมายถึง การประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด

O21 หมายถึง การประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ

O22 หมายถึง การประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการกับความเครียด

$\bar{D}1$ หมายถึง ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด โดยใช้ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ลบด้วยค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการทดลอง ได้แก่ $\bar{D}1 = O12 - O11$

$\bar{D}2$ หมายถึง ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ลบด้วยค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ได้แก่ $\bar{D}2 = O22 - O21$

3.2 สถานที่

คลินิกกุมารเวชกรรมและแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ของโรงพยาบาลทั่วไป ณ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-5 และ ICD-10 ซึ่งระบุรหัสโรค ได้แก่ F90.0 - F90.9 ที่นำบุตรมารับบริการรักษาที่มารับบริการในคลินิกตรวจผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชและแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

3.3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-5 และ ICD-10 ซึ่งระบุรหัสโรค ได้แก่ F90.00 - F90.90 ที่นำบุตร หลาน หรือเด็กในความดูแลมารับบริการรักษา ในคลินิกตรวจผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชและแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกดังกล่าว ได้เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง (contamination) หลังจากนั้น จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เมื่อเสร็จสิ้นจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) และเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร

3.3.2.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 ด้วยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ 0.8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 หรือระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 สำหรับค่าขนาดของอิทธิพลกลุ่ม (effect size) และผู้วิจัยได้คำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของ Treacy, et al. (2005) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 9.38 ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองเท่ากับ 95.64 และใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.99 ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมเท่ากับ 89.64 มาคำนวณหาค่าอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 0.72 จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้อีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (Grove, et al., 2013) และคำนวณได้จำนวน 10 คน รวมเป็นทั้งหมด 60 คน จึงได้แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

3.3.2.2 เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ตา ย่า ยาย น้า อา ที่ทำหน้าที่

หลักใน การดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และให้การดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2. ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย
3. มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถพูดและเข้าใจภาษาได้ดี
4. สนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์

3.3.2.3 เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการทดลอง
2. ผู้ดูแลมีอาการเจ็บป่วยทางจิต เช่น ภาวะเครียดสูง วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ในระหว่างการทดลอง
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป (กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมแล้ว 1 ครั้ง แต่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งถัดไป สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปได้ แต่จะไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อรายงานผลในการวิจัยครั้งนี้)

3.3.3 ขั้นตอนการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นเข้ากลุ่มตัวอย่าง เป็นลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัว และขอเข้าถึงข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจแผนกกุมารเวชกรรม และแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
2. ผู้วิจัยเข้าศึกษาแฟ้มประวัติเวชระเบียนของเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด จากเวชระเบียนรายชื่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมารับบริการในแต่ละวันจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีวันนัดมารับบริการในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นทั้งหมดย้อนหลัง 3 ปี เพื่อคัดเลือกผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน โดยแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน
3. ติดต่อกลุ่มตัวอย่างตามเบอร์โทรศัพท์จากประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ในกรณีที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ผู้วิจัยจะประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเจ้าหน้าที่ อสม.ในพื้นที่นั้นในการช่วยติดตาม
4. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ พูดคุย แนะนำตัวผู้วิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สอบถามความสมัครใจใน การเข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล จากนั้นให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ลงนามในแบบฟอร์มเพื่อยินยอม ในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมแจ้งตารางนัดหมาย หัวข้อเรื่องกิจกรรม วันและเวลาในการดำเนินการวิจัย

5. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลาก ดังนี้

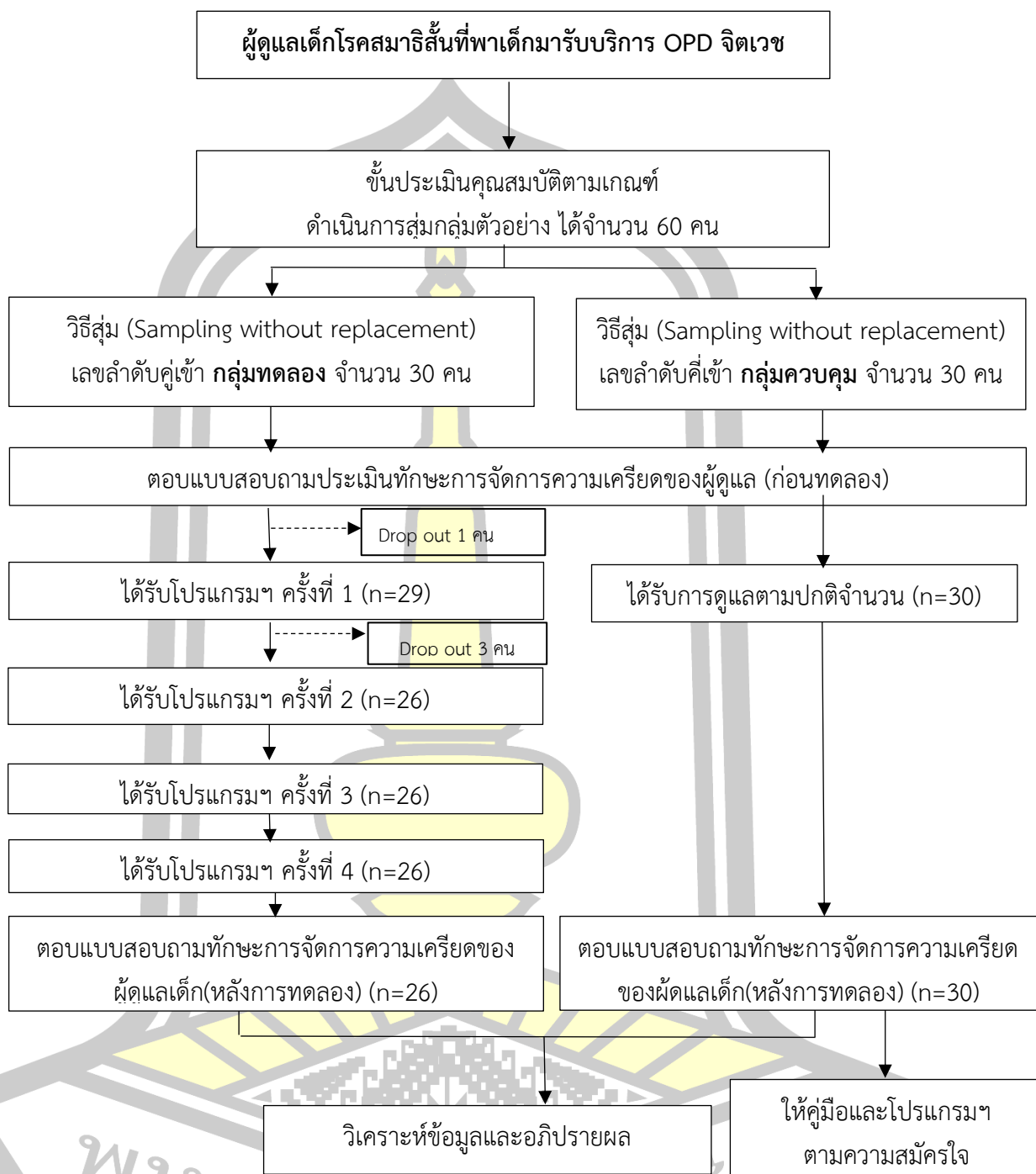
5.1 กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่ทุกคน โดยใช้เลขที่ประจำตัวเด็กที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล (Hospital Number: HN) ของเด็กตามรายชื่อประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในระบบเวชระเบียนที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จากนั้นเรียงลำดับรายชื่อทั้งหมดของประชากรกลุ่มตัวอย่างจากน้อยไปหามาก

5.2 นำหมายเลขประจำตัวเด็กที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล (Hospital Number: HN) ของประชากรกลุ่มตัวอย่างมาจัดทำเป็นสลาก โดยทำสลากหมายเลขแล้วจับสลากแบบไม่คืนที่ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย รวมทั้งหมด 60 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างต่อเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยให้ลำดับเลขที่สุ่มได้เลขคู่เข้ากลุ่มทดลอง ลำดับเลขคู่เข้ากลุ่มควบคุมจนครบตามจำนวน

6. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองในครั้งนี้ โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ให้มีคุณลักษณะด้านประชากรที่คล้ายคลึงกัน หรือใกล้เคียงกันและเป็นไปได้มากที่สุด ซึ่งใช้วิธีการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันคือ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง เพศของผู้ดูแลเด็ก และอายุของผู้ดูแลเด็ก

7. ผู้ดูแลเด็กสมารถยื่นที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ตามวันและเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด จากนั้นผู้วิจัยให้ตารางนัดหมายเรื่องวันและเวลาและสถานที่ในการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งเบอร์ติดต่อของแผนกที่โรงพยาบาลดำเนินการวิจัยในครั้งนี้





แผนภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยสรุปจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดได้ 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ระหว่างการทดลองมีการสูญหาย (Drop out) ทั้งหมด 4 คน เป็นกลุ่มทดลองทั้งหมด 4 คน โดยมีการสูญหายระหว่างการทำโปรแกรมก่อนครั้งที่ 1 จำนวน 1 คนและก่อนครั้งที่ 2 จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ซึ่งคงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรหรือเด็กที่ต้องดูแลทั้งหมด โรคประจำตัวของผู้ดูแล

3.4.1.2 แบบประเมินทักษะการจัดการกับความเครียด พัฒนาโดยเสาวภาคย์ ทัดสิงห์ (2560) โดยมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการทั้งหมด 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 21 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 ด้านของทักษะการจัดการความเครียด คือ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด การเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทานต่อความเครียด และการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นการประเมินผลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมตามความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและใช้เทคนิคต่างๆ ในการผ่อนคลายและจัดการกับความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดค่า (rating scale) แบ่งคะแนนเป็น 0 - 4 คะแนน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ดังนี้

การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,3,7,9,11,14,21 และ 23

การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2,6,8,12,15,18,19 และ 20

การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 10, 13, 16, 17, 22 และ 24 แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน และมีการให้คะแนนดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการให้คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด

ระดับ ความเห็น	ความหมายของพฤติกรรม	เกณฑ์ให้คะแนน คำถามเชิงบวก	เกณฑ์ให้คะแนน คำถามเชิงลบ
ทำประจำ	ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นเป็นประจำ	4	0
ค่อนข้างบ่อย	ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นค่อนข้างบ่อย	3	1
บ่อยครั้ง	ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นบ่อยครั้ง	2	2
บางครั้ง	ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นบางครั้ง	1	3
ไม่เคยเลย	ท่านไม่เคยปฏิบัติตนเช่นนั้นเลย	0	4

3.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น พัฒนาโดยพาสินี แจ่มจำ (2562) โดยมีกิจกรรมตามกระบวนการและขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น และเกิดทักษะต่างๆ ได้แก่ การดูแลเด็กสมาธิสั้น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ด้วยวิธีผ่อนคลายความเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเครียดและกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (Cognitive appraisal) ของ Lazarus & Folkman (1984) ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 15 คน จำนวน 2 กลุ่ม จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน รวม 7 กิจกรรม ใช้ครั้งละเวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้ (พาสินี แจ่มจำ, 2562)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ หมายถึง การสร้างบรรยากาศในกลุ่มเกิดสัมพันธภาพที่ดี พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งให้ความรู้กระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ทั้ง 3 ขั้นตอน คือการประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิ และการประเมินซ้ำ

กิจกรรมที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมวิธีการแก้ไขและการปรับเปลี่ยนการประเมินทางความคิด หมายถึง ให้ผู้ดูแลประเมินเพื่อตีค่าสถานการณ์ที่เครียด โดยบุคคลจะพิจารณาว่าอันตราย หรือความเสียหายนั้นอยู่ในรูปแบบใด เป็นอันตราย หรือเสียหายหรือคุกคามหรือเป็นความท้าทาย เพื่อให้สามารถตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทันที และมีการตอบสนองต่อความเครียดอย่างไร และสรุปคะแนนความเครียด ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียด พร้อมแนวทางในการแก้ไข และเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของสมาชิกในกลุ่ม และสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องสมาธิสั้น และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 3 ในการให้ความสำคัญกับการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอก และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่มี พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา ทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ยา ผลข้างเคียงของยาและการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พร้อมให้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 4 ให้ความรู้เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบของการสื่อสาร ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสารด้านบวกและด้านลบเทคนิคการสื่อสารที่ดีและมี

ประสิทธิภาพ ต่อจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 5 ในการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่าง และสถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดี ผลเสียของทั้งสองแบบ และใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาร่วมกัน และมอบหมายให้ทำการบ้านเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กขณะอยู่ที่บ้าน วิธีการจัดการและผลลัพธ์ จากการกระทำนั้นเพื่อฝึกทักษะการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 6 ในการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ และใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังการฝึกปฏิบัติว่าส่งผลอย่างไรต่อตนเอง และได้รับผลประโยชน์อย่างไรบ้าง และชี้แจงประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกวิธีคลายเครียด

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียด หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 7 ในการทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับจากการทำกิจกรรมที่ 3 - 6 และให้สมาชิก ในกลุ่มร่วมกันประเมินซ้ำว่าสถานการณ์ จากกิจกรรมที่ 2 สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นด้วยวิธีการอย่างไร เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนความรู้และความสามารถในการดูแลเด็ก และนำไปปรับใช้ในการดูแลเด็กสมาชิกอื่น

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.5.1 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.1 แบบประเมินทักษะการจัดการกับความเครียด

แบบประเมินทักษะการจัดการกับความเครียด พัฒนาโดยเสาวภาคย์ ทัดสิงห์ (2560) ซึ่งมีความตรงของเนื้อหาโดยได้ค่า IOC ของข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.67-1.0 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83 ได้มากกว่าหรือเท่ากับ .80 ถือว่านำไปใช้ได้ (บุญใจ ศรีสถิตยรรณู, 2555) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบวัดทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กเด็กโรคสมาธิสั้น ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กเด็กโรคสมาธิสั้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง และไม่ใช้กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยใช้วิธีสุ่มตัวเลขจากเวพระเบียน จำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดำเนินการในช่วงเดือน กันยายน - ตุลาคม 2566 จากนั้นใช้การวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .83

3.5.1.2 เครื่องมือกำกับการทดลองได้แก่แบบประเมินความเครียด

แบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง (Suanprung Stress Test 20; SPST-20) พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) แบบประเมินที่เป็นเครื่องมือมาตรฐาน นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดำเนินการในช่วงเดือนกันยายน - เดือนตุลาคม 2566 ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% และข้อคำถามทุกข้อมีความเชื่อถือได้ (Cronbach's alpha) = 0.939

3.5.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแหล่งประโยชน์ กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ และกิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียด เป็นโปรแกรมที่ใช้แนวคิดการฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดในผู้ดูแล ที่พัฒนาขึ้นโดยพาสินี แจ่มจำ และคณะ (2562) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำโปรแกรมมาใช้โดยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของโปรแกรม

3.6. การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 331-317/2566 ในวันที่ 25 สิงหาคม 2566 และผ่านการพิจารณาอนุมัติให้เก็บข้อมูลและทำการวิจัยโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่การวิจัย จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างและสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการใด ๆ ที่ทำให้เกิดความตึงเครียดกับผู้เข้าร่วมวิจัย และไม่กดดันให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจ ในทางตรงกันข้ามผู้วิจัยได้สร้างบรรยากาศในการพูดคุยแบบเป็นกันเอง กระตุ้นให้มีความเต็มใจในการตอบคำถาม พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพที่ดีทั้งระหว่างผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งให้โอกาสและเวลาในการซักถาม และตอบคำถามตามแบบสอบถามได้อย่างเสรีเท่าเทียมกัน พร้อมรับฟังทุกคำถามและตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่างในทุกประเด็น เมื่อได้รับการยินยอม ผู้วิจัยได้มีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างพร้อมให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัยสามารถกระทำได้อย่างปลอดภัย โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย ซึ่งจะไม่มีความกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการการศึกษาและจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่รวบรวมได้เมื่อบันทึกวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลการวิจัยไว้ในตู้เก็บเอกสารที่มิดชิด และจะทำลายด้วยเครื่องย่อยกระดาษภายหลังครบ 1 ปีแล้ว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้กิจกรรมตามโปรแกรม

การจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น สำหรับกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ ภายหลังจากทำ
ศึกษาและพบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพ

3.7. วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนดังนี้

3.7.1 ขั้นตอนเตรียมการ

3.7.1.1 ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล และทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและ
เครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.1.2 สรรวจกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

3.7.1.3 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะพยาบาล
ศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อส่งถึงโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัย

3.7.1.4 ผู้วิจัยประสานงานและนัดหมายกับผู้ช่วยนักวิจัย คือ พยาบาลที่รับผิดชอบงาน
สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัย โดยมีหน้าที่ในการเก็บข้อมูล
แบบสอบถาม และประเมินทักษะการจัดการความเครียดในกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการเข้าร่วม
วิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ทำ
หน้าที่ในการบันทึกรายละเอียด ตามคู่มือพยาบาลตามโปรแกรมฯ ทุกครั้ง

3.7.1.5 ผู้วิจัยศึกษาประวัติของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่
ลักษณะตรงตามที่กำหนด และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน
และแจ้งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ให้กับเจ้าหน้าที่ของแผนกสุขภาพจิต เพื่อทำการนัดหมายกลุ่ม
ตัวอย่าง

3.7.1.6 ผู้วิจัยเตรียมตัวและข้อมูล ในการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งแจ้ง
การวิจัยครั้งนี้ จะได้รับประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอย่างไรบ้าง

3.7.1.7 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในด้านความรู้แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับทักษะ
การจัดการกับความเครียด บุคลิกลักษณะบทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และฝึกประสบการณ์กับผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็ก
สมาธิสั้น และทดลองใช้โปรแกรมทักษะการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น กับกลุ่ม
ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และไม่ใช้กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่
ทำการศึกษา จำนวน 6 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ ดำเนินการในช่วงเดือน กันยายน - ตุลาคม 2566

3.7.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7.2.1 กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตทางหนังสือและทางโทรศัพท์ โดยแจ้ง
รายละเอียด และได้เรียนเชิญผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมาพบก่อนเริ่มโครงการวิจัย เพื่อรับฟังคำชี้แจงก่อน
ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมได้มีโอกาสตัดสินใจ
อย่างอิสระ

2. ผู้วิจัยได้แจ้งการรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใด หลังสิ้นสุดโครงการวิจัยได้ดำเนินการทำลายข้อมูลทันที ด้วยวิธีการทำลายด้วยวิธีมาตรฐานโครงการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกกังวลใจและไม่สมัครใจเข้าร่วม สามารถยกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้เจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และดำเนินการให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมินภาวะเครียด และแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา

4. กลุ่มควบคุมได้รับการให้บริการการดูแลตามปกติของคลินิกจิตเวช คือ กิจกรรมการพยาบาลที่คลินิกจิตเวช จัดบริการให้กับเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแล โดยเป็นการให้ความรู้รายบุคคลสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สาเหตุ อาการ แนวทางการรักษา และให้การปรึกษารายบุคคลในการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดปัญหาตามที่ผู้ปกครองร้องขอตามสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัว กิจกรรมประกอบด้วย การพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การซักประวัติเพื่อประเมินปัญหาของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาครอบครัว แก่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นและการนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

5. ประเมินภาวะเครียดและประเมินทักษะการจัดการความเครียด ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ โดยใช้วิธีทางสถิติ

3.7.2.2 กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยดำเนินการประสานกลุ่มผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทางหนังสือและทางโทรศัพท์ แจ้งให้รายละเอียดข้อมูล และเรียนเชิญผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมาพบก่อนเริ่มโครงการวิจัย เพื่อรับฟังคำชี้แจงก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และค่าตอบแทนในการทำกิจกรรม แต่ละครั้ง รวมทั้งความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ปกครองทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการ วิจัยจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใด และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หากไม่สมัครใจและสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองได้มีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระ

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลแบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง และนัดวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม

4. กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ตามวัน และเวลา รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์	วัน/เวลา	กลุ่ม	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1	ศุกร์ 3 พ.ย. 66 09.00-10.00 น. 13.00-14.00 น.	กลุ่มที่ 1 (15 คน)	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้
		กลุ่มที่ 2 (15 คน)	ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์
	จันทร์ 6 พ.ย. 66 10.00-11.00 น. 14.00-15.00 น.	กลุ่มที่ 1 (15 คน)	กิจกรรมที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจ
		กลุ่มที่ 2 (15 คน)	เกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น
สัปดาห์ที่ 2	ศุกร์ 10 พ.ย. 66 09.00-10.00 น. 13.00-14.00 น.	กลุ่มที่ 1 (15 คน)	กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแหล่งประโยชน์
		กลุ่มที่ 2 (15 คน)	ให้ความรู้เรื่องสมาธิสั้น และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น
	จันทร์ 13 พ.ย. 66 10.00-11.00 น. 14.00-15.00 น.	กลุ่มที่ 1 (15 คน)	กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสารที่มี
		กลุ่มที่ 2 (15 คน)	ประสิทธิภาพ
สัปดาห์ที่ 3	ศุกร์ 17 พ.ย. 66 09.00-10.00 น. 13.00-14.00 น.	กลุ่มที่ 1 (15 คน)	กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการเผชิญ
		กลุ่มที่ 2 (15 คน)	ความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ
	จันทร์ 20 พ.ย. 66 10.00-11.00 น. 14.00-15.00 น.	กลุ่มที่ 1 (15 คน)	กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับ
		กลุ่มที่ 2 (15 คน)	อารมณ์
สัปดาห์ที่ 4	ศุกร์ 24 พ.ย. 66 09.00-10.00 น. 13.00-14.00 น.	กลุ่มที่ 1 (15 คน)	กิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และ
		กลุ่มที่ 2 (15 คน)	วิธีการจัดการกับความเครียด

5. หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรม ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการประเมินผลและแบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากนั้นให้ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลตามแบบประเมิน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3.8. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Sciences) จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.8.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนทั่วไป บุคคลด้วยสถิติไค-สแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ และใช้สถิติที่เป็นอิสระต่อกัน

3.8.2 การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที (t-test) ดังนี้

3.8.2.1 กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตามหลักความน่าจะเป็น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการสุ่มตัวเลขเพื่อให้ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เมื่อเสร็จสิ้นจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม

3.8.2.2 การกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ (normal distribution) โดยพิจารณาจากค่าสถิติ Shapiro-Wilk Test เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนน้อยกว่า 50

3.8.2.3 ตัวแปรตามมีมาตราวัดแบบอันตรภาค (interval scale) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามทักษะการจัดการกับความเครียดแบบประมาณค่า (rating scale)

3.8.3 การทดสอบค่าเฉลี่ย คำนวณทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียดโดยใช้สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.8.4 การทดสอบผลต่าง ของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดระหว่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียดโดยใช้สถิติทดสอบที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็ก โรคสมาธิสั้น โดยเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวน มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดและระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ประกอบด้วย 2 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียด และผลต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลองและหลังการทดลอง

4.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 56 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 85.71 ผู้ดูแลเพศหญิงในกลุ่มทดลองร้อยละ 84.62 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 86.67 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51- 60 ปีคิดเป็นร้อยละ 33.97 ในกลุ่มทดลองร้อยละ 30.76 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 36.67 รองลงมาคืออายุระหว่าง 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.92 และ ร้อยละ 23.21 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและอายุ (n=56)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=30)		รวม (n=56)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	15.38	4	13.33	8	14.29
หญิง	22	84.62	26	86.67	48	85.71
อายุเฉลี่ย (ปี)		42.3		43		41.6
		(S.D.=13.79)		(S.D.=13.82)		(S.D.=13.70)
20 - 30 ปี	7	26.92	6	20	13	23.21
31 - 40 ปี	5	19.24	6	20	11	19.65
41 - 50 ปี	6	23.08	7	23.33	13	23.21
51 - 60 ปี	8	30.76	11	36.67	19	33.93

เปรียบเทียบระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดของทั้งสองกลุ่ม มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 61.5 ในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 60 ทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกเทสต์ (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($t=8.7, p>.05$) ด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่ โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 80.8 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 80 ทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกเทสต์ (Fisher's exact test) พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p>.05$) ด้านลักษณะครอบครัวพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย โดยกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 76.9 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 73.3 ทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกเทสต์ (Fisher's exact test) พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p>.05$) ด้านจำนวนบุตรทั้งหมดพบว่า ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนบุตร 2 คน โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 41.2 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 46.7 ทดสอบด้วยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p>.05$) ด้านอาชีพพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้าง/เกษตรกร โดยในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 42.3 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 36.7 ทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกเทสต์ (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p>.05$) ด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 34.6 และในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 23.1 ทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกเทสต์ (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p>.05$) ด้านอายุของบุตร โดยส่วนใหญ่พบในกลุ่มทดลองมีอายุบุตรอยู่ในช่วงอายุ 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.6 กลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 43.3 ปี ทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกเทสต์ (Fisher's exact test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($p>.05$)

สรุปผลการนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ในด้านของจำนวนบุตร/หลาน พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) การทดสอบฟิชเชอร์เอ็กแซกต์ (Fisher's exact test) ในด้านการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ด้านลักษณะครอบครัว และด้านอายุของบุตร พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปจำแนกตามการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร อาชีพ รายได้และช่วงอายุของบุตร ($n=56$)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	จำนวน (n=26)	ร้อยละ	จำนวน (n=30)	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา					1.3 ^b	.86
ประถมศึกษา	16	61.5	18	60		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	7.7	3	10		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	23.1	6	20		
ประกาศนียบัตร/ปวส.หรือ อนุปริญญา	2	7.7	1	3.3		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	1	60	2	6.67		
สถานภาพสมรส					.15 ^b	.93
คู่	21	80.8	24	80		
แยกกันอยู่	3	11.6	3	10		
หย่าร้าง	1	3.8	2	6.7		
หม้าย(เสียชีวิต)	1	3.8	1	3.3		
ลักษณะครอบครัว					.13 ^b	.96
ครอบครัวเดี่ยว	6	23.1	8	26.7		
ครอบครัวขยาย	20	76.9	22	73.3		
จำนวนบุตร/หลานทั้งหมด					.12 ^a	.91
1 คน	9	34.6	11	36.7		
2 คน	12	41.2	14	46.7		
3 คน	5	19.2	5	16.7		
อาชีพ					.25 ^b	.98
พนักงานบริษัท	1	3.9	6	20		
รับจ้าง/เกษตรกร	11	42.3	11	36.7		
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	2	7.7	5	16.7		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	11.5	4	13.3		

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	จำนวน (n=26)	ร้อยละ	จำนวน (n=30)	ร้อยละ		
แม่บ้าน/ว่างงาน	9	34.6	4	13.3		
รายได้ของครอบครัว					2.48 ^b	.68
5,001-10,000 บาท/เดือน	9	34.6	10	33.3		
10,001-20,000 บาท/เดือน	5	19.2	6	20		
20,001-30,000 บาท/เดือน	6	23.1	6	20		
30,001-40,000 บาท/เดือน	3	11.5	6	20		
40,000บาท/เดือนขึ้นไป	3	11.5	2	6.7		
ช่วงอายุของบุตร					4.05 ^b	.38
ช่วงอายุ 4-6 ปี	6	23.1	9	30.0		
ช่วงอายุ 7-9 ปี	9	34.6	13	43.3		
ช่วงอายุ 10-12 ปี	6	23.1	4	13.3		
ช่วงอายุ 12-15 ปี	4	15.4	4	13.3		
ช่วงอายุ 16-18 ปี	1	3.8	0	0		

a=Chi-square, b=Fisher's exact test

4.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

เปรียบเทียบคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด โดยแยกเป็นรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่า ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายของกลุ่มทดลอง ($M=12.07$, $SD=2.48$) และกลุ่มควบคุม ($M=13.40$, $SD=2.09$) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=.87$, $p>.05$) ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดของกลุ่มทดลอง ($M=14.30$, $SD=2.79$) และกลุ่มควบคุม ($M=14.47$, $SD=3.01$) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=.39$, $p>.05$) ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของกลุ่มทดลอง ($M=14.73$, $SD=2.17$) และกลุ่มควบคุม ($M=14.93$, $SD=2.81$) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=.97$, $p>.05$) สรุปคะแนนเฉลี่ยรวม ทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง ($M=41.21$, $SD=5.34$) และกลุ่มควบคุม ($M=42.80$, $SD=5.53$) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่า แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.05$, $p>.05$) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมาริสน์ก่อนทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=56)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Df	t	p- value
	M	SD	M	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยา ตอบสนองต่อร่างกาย	13.07	2.48	13.40	2.09	54	.87	.18
ด้านการเพิ่มความต้านทาน ต่อ ความเครียด	14.30	2.79	14.47	3.01	54	.39	.34
ด้านการลดความถี่ของ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียด	14.73	2.17	14.93	2.81	54	.97	.15
รวมทักษะการจัดการกับ ความเครียด	40.21	5.34	42.80	5.53	54	1.05	.13

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคมาริสน์ในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายหลังทดลอง (M=18.87, SD=2.29) มากกว่าก่อนการทดลอง (M=11.67, SD=2.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.91, p < .001$) คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดหลังทดลอง (M= 8.86, SD = 2.97) มากกว่าก่อนการทดลอง (M=13.72, SD=2.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.34, p < .001$) คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหลังทดลอง (M=18.92,SD= 2.78) มากกว่าก่อนการทดลอง (M=13.83, SD=2.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.89, p < .001$) ผู้ดูแลเด็กโรคมาริสน์กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดหลังทดลอง (M=58.78,SD= 5.34) มากกว่าก่อนการทดลอง (M=40.34, SD=5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.06, p < .001$) แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งใน กลุ่มทดลอง (n=26)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยา ตอบสนองต่อร่างกาย	11.67	2.53	18.87	2.29	25	5.91	.000
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อ ความเครียด	13.72	2.51	18.86	2.97	25	4.34	.000
ด้านการลดความถี่ของ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียด	13.83	2.24	18.92	2.78	25	4.89	.000
รวมทักษะการจัดการกับ ความเครียด	40.34	5.27	58.78	5.53	25	6.06	.000

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายหลังทดลอง (M= 13.14, SD = 2.15) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (M=13.41, SD=2.08) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติที่ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.63, p > .05$) คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดหลังทดลอง (M= 15.47, SD = 2.80) มากกว่าก่อนการทดลอง (M=14.46, SD=3.01) เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติที่ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.14, p < .05$) คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดหลังทดลอง (M= 15.00, SD= 2.91) มากกว่าก่อนการทดลอง (M=14.93, SD=2.82) แต่เมื่อหากเปรียบเทียบกับสถิติที่ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .17, p > .05$) ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับ ความเครียดหลังทดลอง (M= 43.80, SD= 5.83) มากกว่าก่อนการทดลอง (M=42.30, SD=5.52) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติที่ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .73, p > .05$) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็ก
โรคสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุม ($n=30$)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Df	t	p- value
	M	SD	M	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยา ตอบสนองต่อร่างกาย	13.41	2.08	13.14	2.15	29	-.63	.27
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อ ความเครียด	14.46	3.01	15.47	2.80	29	2.14	.03
ด้านการลดความถี่ของ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียด	14.93	2.82	15.00	2.91	29	.17	.42
รวมทักษะการจัดการกับ ความเครียด	42.30	5.52	43.80	5.83	29	.73	.24

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทักษะการจัดการกับความเครียดเป็นรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดกลุ่มทดลอง ($M= 18.87$, $SD= 2.29$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M= 13.14$, $SD= 2.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 5.68$, $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อร่างกายของกลุ่ม ทดลองหลังการทดลอง ($M = 18.86$, $SD=2.97$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M=15.47$, $SD=2.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.97$, $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($M= 18.92$, $SD=2.78$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M=15.00$, $SD=2.91$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.14$, $p < .001$) รวมคะแนนเฉลี่ย ทักษะการจัดการกับความเครียดหลังการทดลอง ($M= 58.78$, $SD = 5.53$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M= 43.80$, $SD=5.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 5.74$, $p < .001$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=56)

คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=30)		Df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกาย	18.87	2.29	13.14	2.15	55	5.68	.000
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด	18.86	2.97	15.47	2.80	55	2.97	.000
ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	18.92	2.78	15.00	2.91	55	3.14	.000
รวมทักษะการจัดการกับความเครียด	58.78	5.53	43.80	5.83	55	5.74	.000

2.2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ก่อนทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ของผู้ดูแลเด็กโรคลมชักก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการปรับตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}1 = 16.02$, $SD = 6.87$) ซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}2 = 0.51$, $SD = 3.83$) ซึ่งได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.42$, $p < .001$) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคลมชัก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=26)				กลุ่มควบคุม (n=30)				Df	t	P-value
	M	SD	$\bar{D}1$	SD	M	SD	$\bar{D}2$	SD			
ก่อนการทดลอง	40.21	5.34			42.30	5.52					.000
			16.02	6.87			0.51	3.83	55	5.43	
หลังการทดลอง	58.78	5.53			43.80	5.83					

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ที่เด็กได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์ DSM-5 และ ICD-10 เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 60 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีสุ่มตัวเลข (random number generator) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ทำการทดลองโดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ระหว่างการศึกษามีการสูญหาย ของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 4 คน เป็นกลุ่มทดลองทั้ง 4 คน โดยมีการสูญหายคิดเป็นร้อยละ 6.67 ซึ่งคงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ในการวิจัยครั้งนี้มีการใช้เครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรทั้งหมด อาชีพ รายได้ของครอบครัว และช่วงอายุของบุตร 2) แบบวัดทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของเสาวภาคย์ ทัดสิงห์ (2560) ซึ่งมีความตรงของเนื้อหาโดยได้ค่า IOC ของข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.67-1.0 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83 ผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัดทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ไปทำการทดสอบในกลุ่มผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 10 ราย ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 และ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการกับความเครียดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นซึ่งผู้วิจัยได้ขอใช้โปรแกรมของพาสินี แจ่มจำ โดยได้มีการศึกษาจากตำราเอกสาร การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์จากแนวคิดปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดู โดยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการความเครียดและกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (Cognitive appraisal) ของ Lazarus & Folkman (1984) ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) มี 2 กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด ความแตกต่างของความเครียด และประเมินทางความคิดตามลำดับขั้นตอน การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่

ถูกต้อง กิจกรรมที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมวิธีการแก้ไข และการปรับเปลี่ยนการประเมินทางความคิด ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องสมาธิสั้น และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะทางสังคมในเรื่องการสื่อสารโดยใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติกิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพกิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ และขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใจใหม่ ประกอบด้วย 1 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยด้านข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ด้านเพศของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.67 ด้านอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 42.3 ปี และ 43 ปี ตามลำดับ จากนั้นเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามด้านของอายุเฉลี่ยโดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มด้วยสถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าอายุทั้งกลุ่มมีความไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p > .05$) และในด้านของสถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนลูกทั้งหมด อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ของครอบครัว และช่วงอายุของบุตร พบว่ามารดาเด็กโรคสมาธิสั้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการเปรียบเทียบด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และทดสอบด้วยสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกเทส (Fisher's exact test) พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$)

สรุปผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ คือ

1) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดภายหลังการทดลอง ($M = 58.78, SD = 5.53$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M = 43.80, SD = 5.83$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.43, p < .001$)

2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ในกลุ่มทดลอง ($\bar{D}1 = 16.02, SD = 6.87$) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}2 = 0.51, SD = 3.83$) ที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.42, p < .001$)

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการความเครียด มีประสิทธิผลทำให้ทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น เพิ่มขึ้นมากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยซึ่งประกอบด้วย 2 ข้อ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียดมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด ซึ่งผลการวิจัยพบว่าสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องโปรแกรมการจัดการความเครียดในมารดาผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พาสินี แจ่มจำ และคณะ, 2562)

สมมติฐานที่ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลโรคสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่โปรแกรมการจัดการกับความเครียด สามารถช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียดให้กับมารดาเด็กโรคสมาธิสั้นได้นั้น เกิดจากการผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 7 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดนี้ในกลุ่มทดลองได้เรียนรู้ และทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล ในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดทักษะและสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น จากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองตามบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งทำให้ทราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน ซึ่งแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีทักษะ และความพร้อมในการจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น

โปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง สามารถนำแนวทางการดูแลไปปฏิบัติในชีวิตจริง สามารถติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ สามารถลดความเครียดและกังวลของผู้ดูแลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิญฐา ยอดแก้ว (2564) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าโปรแกรมการจัดการความเครียด ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องความเครียด การประเมินความเครียดจากการดูแล การค้นหาแหล่งประโยชน์รวมทั้งให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียดส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น

ผลการศึกษาจากข้างต้น แสดงให้เห็นว่า หลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยผู้วิจัยให้ความรู้ ชี้แนะ แนวทาง และให้การสนับสนุนการดูแลเด็กสมาธิสั้นแล้ว ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้จริง ติดตาม

ประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ ดังนั้นผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนิน กิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดทั้ง 7 กิจกรรม ซึ่งพบว่าในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดนั้น มีการจัดการกับปัญหา และความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ดูแลลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นลง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในลักษณะของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่า ทำให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็น สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีความกล้าในการเสนอแนะรวมทั้งสามารถ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของผู้ดูแลให้เป็นทางที่ดี ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ดูแลเด็ก สมาธิสั้นมีความรู้ในเรื่องกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิและการประเมินซ้ำ (Lazarus & Folkman, 1984) ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเข้าใจในการประเมิน สถานการณ์ และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนมากขึ้น ดังคำพูดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่กล่าวว่า

“ในครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้น มันทำให้เกิดความเครียดกันหมด แต่ถ้าเรามีประเมินการดูแลเด็กสมาธิสั้นว่าเป็นความเครียดที่ทำร้าย เราก็จะมีกำลังใจที่จะต่อสู้มากขึ้นที่ เราสามารถที่จะดูแลเขาต่อไปได้ ดีกว่ามานั่งเครียดไปวันๆนะคะ”

สอดคล้องกับการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller et al., 2017) ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้นพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมากที่สุดคือการประเมินความเครียด (Stress Appraisal)

กิจกรรมที่ 2 ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยสมาชิกในกลุ่มมีระดับความเครียดปานกลาง และรับรู้ว่าจะส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปสถานการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นให้ดีขึ้นได้ ดังคำพูดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่กล่าวว่า

“จากการที่ฟังเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม สิ่งที่คุณดูแลต้องมีก็คือการเข้าใจและยอมรับในตัวเด็ก และใช้ความรักให้กับเด็กซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการดูแลเด็ก ให้เค้ามีพัฒนาการที่ดีขึ้น”

“พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก เป็นตัวกระตุ้นอารมณ์ของเราหลายๆ เราต้องใจเย็นๆ มีความอดทนอย่างมาก เราต้องจัดการกับอารมณ์ของตัวเองก่อนให้มีความสงบไม่ใช้อารมณ์”

จากคำกล่าวของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น รับรู้ถึงผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้น โดยจะแสดงออกมาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจอย่างชัดเจนซึ่งส่งผลกระทบต่อทักษะการจัดการความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นตามมา ซึ่งสอดคล้องกับพนม เกตุมาน และคณะ (2559) ที่กล่าวว่า การดูแลเด็กปกติกับเด็กสมาธิสั้นมีความ

แตกต่างกัน ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ปัญหาได้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด เศร้าและรู้สึกวุ่นวายตนเองไม่มีประสิทธิภาพในการดูแลตามมา

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น จากการสังเกตและการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้น โดยการจับคู่บัตรคำในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้รับรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน จากการเลือกจับคู่บัตรคำและการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความหมายสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษาโรคสมาธิสั้น และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความมั่นใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ลดความวิตกกังวล ความเครียด ที่เกิดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น และช่วยให้มีความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านมากยิ่งขึ้น เพราะการที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลดังกล่าวกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีแหล่งประโยชน์ เพียงพอแก่ความต้องการ หรือได้รับการตอบสนองที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลทั้งหมดของเด็กสมาธิสั้น (Wiener, 2016) ก็จะช่วยลดระดับความเครียดได้ส่วนหนึ่งทำให้การรับรู้ต่าง ๆ ดีขึ้น สามารถใช้ทักษะและความสามารถที่มีอยู่ในการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984) ดังตัวอย่างจากสมาชิกในกลุ่มหลายคนกล่าวว่า

“พอแม่รู้ว่าเค้ามีความผิดปกติ แม่ก็กังวลกับเขามาก ไม่อยากให้เค้าทำอะไรเองเลย คอยทำให้เขาหมดทุกอย่างแต่พอมามาเคำกลุ่ม แล้วได้ฟังเพื่อนสมาชิกแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแลลูก ๆ พอเอากลับไปทำกับลูกเออเค้าก็ทำได้นี่ แม่รู้สึกมั่นใจมากขึ้นที่จะดูแลเขา และกล้าที่จะพาเค้าออกไปนอกบ้านมากขึ้นด้วยค่ะ บรรยากาศในบ้านก็มีเสียงหัวเราะมากขึ้นด้วยค่ะ”

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างเด็กสมาธิสั้นกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในกิจกรรมนี้ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้รับความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม ฝึกทักษะการสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการสื่อสารทางด้านบวก และเทคนิคของการสื่อสารที่ดี เพื่อลดการกระตุ้นการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก ช่วยเด็กให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามมาจากการสังเกตพบว่า สมาชิกในกลุ่มทุกคนให้ความสนใจในการฟัง และการดูการแสดงบทบาทสมมติของสมาชิกในกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มกันมากขึ้น แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่ใช้ปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าภายหลังการเข้าโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความสามารถในการลงมือกระทำสิ่งที่ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลเด็ก โดยผู้ดูแลสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริงติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“พอกับแม่ต้องมีความอดทน และใจเย็นในการพูดคุยกับเด็ก ไม่แสดงอารมณ์หงุดหงิด แม้ว่า จะทำการบ้านเสร็จช้า”

“ผู้ดูแลต้องให้ความสนใจเมื่อเด็กทำกิจกรรม ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล และมีการชื่นชมให้เด็กรู้สึกดี เพื่อสังเกตพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก และให้เด็กปฏิบัติตามข้อตกลงหรือกติกาในการเล่น”

สอดคล้องกับการศึกษาของฐิตินันท์ อ้วนล้ำ (2563) ที่กล่าวว่า ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ครอบครัวจะทำหน้าที่ ได้ไม่เต็มที่ สื่อสารในครอบครัวระหว่างผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกับเด็กสมาธิสั้นมีความสำคัญ เพราะการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เด็กสมาธิสั้นให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยผู้ดูแลเด็ก สมาธิสั้นควรใช้การสื่อสารให้เหมาะสมกับเด็ก โดยหลีกเลี่ยงการสื่อสารทางลบ ได้แก่ การดู เจ้ากี้เจ้า การ บังคับ เป็นต้น และการแสดงอารมณ์บึ้งตึง หรือเฉยเมย เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นแสดง อารมณ์หรือ พฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลควรมีทักษะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (Lazurus & Folkman, 1984) ในกิจกรรมนี้ให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กับสมาชิกภายในกลุ่ม โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นใช้การมองปัญหาผ่านการวิเคราะห์สถานการณ์ มากขึ้น จะไม่ตัดสินใจทันที มีการคิดอย่างรอบคอบก่อนที่จะลงมือทำในการแก้ไขสถานการณ์นั้น ๆ และเพิ่มทักษะในการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม

โดยสังเกตได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ก่อให้เกิดความเครียด สมาชิกมีการกำหนดเป้าหมายของปัญหา วิธีการแก้ปัญหา/การหาแหล่งประโยชน์ และเลือกวิธีที่เหมาะสมมีสมาชิกในกลุ่มกล่าวว่า

“ผู้ดูแลจะนำไปปรับใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และจะนำมาพูดคุย ในกิจกรรมต่อไป”

ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาล เพื่อเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียด และลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ นอกจากจะเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดการ เจ็บป่วยทางจิตตามมาแล้ว ยังจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (ดลฤดี แดงน้ำคู้, 2559)

จากการเขียนตอบใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การหาแนวทางแก้ไข โดยพิจารณาจากการตัดสินใจเลือกวิธีการ แก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขอย่างมีเหตุผล ทำให้จัดการกับ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงพร้อมที่ จะจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอื่นๆ ต่อไป

กิจกรรมที่ 6 จากการให้ส่งใบงานที่ให้ทำและให้สมาชิกช่วยกันสรุปวิธีการจัดการปัญหา ที่บ้านพบว่า สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับและการฝึกทักษะในบางกิจกรรมไปใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ดังคำพูดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ที่กล่าวว่า

“ทำให้เด็กและผู้ดูแลเข้าใจกันมากขึ้น ผู้ดูแลหงุดหงิดและเครียดลดลงเด็กสมาธิสั้นไม่มีพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่เหมาะสม นิ่งและฟังเรามากขึ้น”

ปัญหาการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียดพบว่า ผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองได้ให้ความสนใจ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการฝึกปฏิบัติ และให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ซึ่งฝึกปฏิบัติโดยใช้เทคนิคการฝึกการหายใจ และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหากิจกรรมคลายเครียดที่มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง และสามารถเลือกวิธีคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ ดังคำพูดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่กล่าวว่า

“กิจกรรมนี้ หลังทำเสร็จ รู้สึกผ่อนคลายช่วยให้หายเครียดได้”

“เวลาที่เรายุ่งๆ การหายใจลึกๆ ยาวๆ นี่ช่วยได้นะ”

เมื่อผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นว่ามีความรู้สึกหลังจากได้รับการฝึกการผ่อนคลายความเครียดในผู้ดูแลกลุ่มทดลอง สามารถสรุปได้ดังนี้

“จะนำไปใช้และนำไปฝึกให้กับคนที่บ้านด้วย มันช่วยให้เราสบายตัว และดูตัวเบาๆ”

หากผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ไม่ได้รับการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมก็จะเกิดปัญหาตามมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เครียด และผิดหวังมากกว่าปกติ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ, 2556) จากการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิก ภายหลังการทำกิจกรรมทุกคนในกลุ่ม พูดแสดงความคิดเห็นด้วยสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น พูดคุยถึงการผ่อนคลายความเครียดที่ฝึกไปว่าจะนำไปใช้ที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองแลมีความเครียดลดลง และช่วยส่งเสริมทักษะการจัดการกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 7 การประเมินซ้ำจากการทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งที่ 1 - 6 และให้เขียนลงในงานที่ให้ผลลัพธ์ พบว่าสมาชิกทุกคนในกลุ่มมีการพูดคุยสื่อสารกันมากขึ้น มีการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนกันในหัวข้อที่ได้รับและนำเสนอข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด ช่วยพัฒนาให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น การประเมินสถานการณ์ความเครียดและการมีทักษะในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม รวมถึงทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ เมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น และมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้โปรแกรมการจัดการความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรัก ความเข้าใจ มีกำลังใจ ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างเต็มความสามารถ รวมทั้งช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล เพราะความเครียดจะส่งผล ให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง

นอกจากนี้ โปรแกรมการจัดการความเครียดส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ยังส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กได้มีความรัก ความเข้าใจมีกำลังใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างเต็มความสามารถ เพิ่มทักษะในการจัดการความเครียดของผู้ดูแล ช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้

จากการทบทวนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่า ผู้ดูแลเด็กได้รู้จักตนเองมากขึ้น เกิดประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลาย การจัดการกับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้มีการสังเกต และไต่ตรองความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่มทดลอง จนสรุปออกมาเป็นความคิดของกลุ่มได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น การออกกำลังกาย การฝึกลมหายใจ ฝึกสมาธิ การนวดคลายเครียด และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเกิดความเครียด บุคคลจะพยายามใช้กลวิธีต่างๆ เพื่อช่วยทำให้ความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ลดลง เรียกว่าการเผชิญความเครียด โดยผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นสามารถที่จะเลือกวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองได้หลากหลายรูปแบบ ยิ่งไปกว่านั้นยังเลือกฝึกปฏิบัติได้เหมาะสมตามสถานการณ์โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยวิธีการสะท้อนคิด (Boud, Keogh & Walker, 1985) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความรู้และทัศนคติ และทักษะใหม่ในการจัดการกับความเครียด ต่อปฏิริยาตอบสนองของร่างกาย พร้อมทั้งสัณยคติและปฏิบัติดังกล่าวกิจกรรมต่อไปนี้ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า เป็นวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง โดยไม่ต้องใช้หรือมีอุปกรณ์มากมายที่ยุ่งยาก เป็นการผ่อนคลายกับความเครียดที่ได้ผลดี ซึ่งผู้ดูแลเด็ก สามารถเรียนรู้ และฝึกทักษะการจัดการความเครียด และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (รัชวัลย์ บุญโสม และคณะ, 2565) ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัย ที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลุ่มที่รับโปรแกรมการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้ามีภาวะเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (กานดา วรคุณพิเศษ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558)

จากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมนี ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นสามารถจัดการกับปฏิริยาตอบสนองต่อร่างกายได้ด้วยการผ่อนคลายความเครียด และผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเรียนรู้วิธีการ จัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการ จัดการกับความเครียดด้านการจัดการกับปฏิริยาตอบสนองของร่างกายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การจัดการกับความเครียดหลังทดลอง มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องตามการศึกษาของผู้พัฒนาโปรแกรมพาสินี แจ่มจำ และคณะ (2562) ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดนั้น ช่วยเพิ่มทักษะในการจัดการกับความเครียด ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นด้านการจัดการกับปฏิริยาตอบสนองของร่างกายได้

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 พยาบาลควรได้รับการฝึกโปรแกรม จะทำให้สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความเครียดในผู้ดูแล ไปฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ในโรงเรียนและชุมชน หรือจะเป็นกิจกรรมหนึ่งของโรงพยาบาล เพื่อเสริมทักษะการจัดการกับความเครียดจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง

5.3.2 ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด หลังจากที่คุณดูแลได้รับโปรแกรมและนำกลับไปใช้ที่บ้าน เพื่อประเมินความต่อเนื่องในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป

5.3.3 ควรนำโปรแกรมการจัดการกับความเครียด ไปพัฒนาใช้ต่อในผู้ดูแลเด็กกลุ่มโรคทางจิตเวชเด็ก ที่ผู้ดูแลมีความเครียดจากการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อส่งเสริมการทักษะการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง

5.3.4 ในการวิจัยต่อไป ควรมีการวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กสมาธิสั้นด้วย



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.
- American Association Psychiatric Association. (2019). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*: American Psychiatric Publishing.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A Clinical Workbook*: Guilford Press.
- Bhide, S., Sciberras, E., Anderson, V., Hazell, P., & Nicholson, J. M. (2019). Association Between Parenting Style and Socio-Emotional and Academic Functioning in Children With and Without ADHD: A Community-Based Study. *J Atten Disord*, 23(5), 463-474. <https://doi.org/10.1177/1087054716661420>.
- Black, D. W., & Grant, J. E. (2014). *DSM-5 guidebook: the essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Pub.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 83-96.
- Bloom, B., Cohen, R. A., & Freeman, G. (2012). *Summary health statistics for US children; National Health Interview Survey, 2011*.
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985). *Promoting reflection in learning: A model. Reflection: Turning Experience Into Learning*, 18-40.
- Brammer, W. A., Galán, C. A., Mesri, B., & Lee, S. S. (2018). Parental ADHD and depression: Time-varying prediction of offspring externalizing psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(sup1), S137-S149.
- Breitenstein, S. M., Gross, D., Fogg, L., Ridge, A., Garvey, C., Julion, W., & Tucker, S. (2012). The Chicago Parent Program: comparing 1-year outcomes for African American and Latino parents of young children. *Res Nurs Health*, 35(5), 475-489. <https://doi.org/10.1002/nur.21489>.
- Brown, O., Howcroft, G., & Muthen, T. (2010). Resilience in families living with a child diagnosed with hyperactivity/attention deficit disorder. *South African Journal of Psychology*, 40(3), 338-350.
- Capusan, A. J., Bendtsen, P., Marteinsdottir, I., & Larsson, H. (2019). Comorbidity of Adult ADHD and Its Subtypes With Substance Use Disorder in a Large Population-Based Epidemiological Study. *J Atten Disord*, 23(12), 1416-1426. <https://doi.org/10.1177/1087054715626511>.

- Carroll, L. N., Smith, S. A., & Thomson, N. R. (2015). Parents as Teachers Health Literacy Demonstration project: integrating an empowerment model of health literacy promotion into home-based parent education. *Health Promot Pract*, 16(2), 282-290. <https://doi.org/10.1177/1524839914538968>.
- Clinical and Research Information. (2021). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Agents. In *LiverTox: Clinical and Research Information on Drug Induced Liver Injury*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.
- Cheung, K., & Theule, J. (2016). Parental psychopathology in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of child and Family Studies*, 25, 3451-3461.
- Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., Robinson, L. R., Bloomfield, J., Meng, L., Bitsko, R. H., O'Masta, B., Cerles, A., Maher, B., Rush, M., & Kaminski, J. W. (2022). All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prev Sci*, 1-23. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01358-4>
- Chequer de Castro Paiva, G., Ferreira, E. S. D. A., Silva Jales, J., Romano-Silva, M. A., & Marques de Miranda, D. (2022). Online parent training platform for complementary treatment of disruptive behavior disorders in attention deficit hyperactivity disorder: A randomized controlled trial protocol. *PLoS One*, 17(10), e0272516. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272516>
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315-335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314-332.
- Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D., & Sciberras, E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(1), 9-27. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1008-9>
- Flynn, M. M., Rosen, P. J., Reese, J. S., Slaughter, K. E., Alacha, H. F., & Olczyk, A. R. (2023). Examining the influence of irritability and ADHD on domains of parenting stress. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 32(2), 353-366. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01868-6>.
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review.

- European Neuropsychopharmacology, 31, 33-46.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- Feinberg, M. E., Boring, J., Le, Y., Hostetler, M. L., Karre, J., Irvin, J., & Jones, D. E. (2020). Supporting military family resilience at the transition to parenthood: A randomized pilot trial of an online version of Family Foundations. *Family Relations*, 69(1), 109-124.
- Gallo, E. F., & Posner, J. (2016). Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *Lancet Psychiatry*, 3(6), 555-567. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00096-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00096-1)
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.
- Hauser-Cram, P., Warfield, M. E., Shonkoff, J. P., Krauss, M. W., Sayer, A., Upshur, C. C., & Hodapp, R. M. (2001). *Children with disabilities: A longitudinal study of child development and parent well-being*. Monographs of the Society for Research in Child Development, i-126
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Hsu, Y. C., Chen, C. T., Yang, H. J., & Chou, P. (2019). Family structure, birth order, and aggressive behaviors among school-aged boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol*, 54(6), 661-670. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1624-9>.
- Joseph, H. M., Farmer, C., Kipp, H., Kolko, D., Aman, M., McGinley, J., Arnold, L. E., Gadow, K. D., Findling, R. L., & Molina, B. S. G. (2019). Attendance and Engagement in Parent Training Predict Child Behavioral Outcomes in Children Pharmacologically Treated for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Severe Aggression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 29(2), 90-99. <https://doi.org/10.1089/cap.2018.0119>
- Kjobli, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2013). A randomized trial of group parent training: reducing child conduct problems in real-world settings. *Behav Res Ther*, 51(3), 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.006>.
- Kostyrka-Allchorne, K., Ballard, C., Byford, S., Cortese, S., Daley, D., Downs, J., French, B., Glazebrook, C., Goldsmith, K., Hall, C. L., Hedstrom, E., Kovshoff, H., Kreppner, J., Lean, N., Sayal, K., Shearer, J., Simonoff, E., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2022). Online Parent Training for The Initial Management of ADHD referrals (OPTIMA): the protocol for a randomised controlled trial of a digital parenting intervention implemented to support parents and children

- on a treatment waitlist. *Trials*, 23(1), 1003. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06952-z>
- Kogan, S. M., Lei, M. K., Brody, G. H., Futris, T. G., Sperr, M., & Anderson, T. (2016). Implementing Family-Centered Prevention in Rural African American Communities: a Randomized Effectiveness Trial of the Strong African American Families Program. *Prev Sci*, 17(2), 248-258. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0614-3>.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and appraisal*. New York: Springer.
- Lindo, E. J., Kliemann, K. R., Combes, B. H., & Frank, J. (2016). Managing stress levels of parents of children with developmental disabilities: A meta-analytic review of interventions. *Family Relations*, 65(1), 207-224.
- Lochman, J. E., Boxmeyer, C. L., Jones, S., Qu, L., Ewoldsen, D., & Nelson III, W. M. (2017). Testing the feasibility of a briefer school-based preventive intervention with aggressive children: A hybrid intervention with face-to-face and internet components. *Journal of school psychology*, 62, 33-50.
- Mazursky-Horowitz, H., Felton, J. W., MacPherson, L., Ehrlich, K. B., Cassidy, J., Lejuez, C., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Maternal emotion regulation mediates the association between adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(1), 121-131.
- McCleary, L., & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 3-10.
- Miller, C. J., & Brooker, B. (2017). Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28(7), 108-115.
- Merrill, R., Lyon, J., Baker, R., & Gren, L. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury. *Advances In Medical Sciences*, 54(1), 20-26.
- Narkunam, N., Hashim, A. H., Sachdev, M. K., Pillai, S. K., & Ng, C. G. (2014). Stress among parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, a Malaysian experience. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(2), 207-216.
- Overbeek, G., van Aar, J., de Castro, B. O., Matthys, W., Weeland, J., Chhangur, R. R., & Leijten, P. (2021). Longer-Term Outcomes of the Incredible Years Parenting Intervention. *Prev Sci*, 22(4), 419-431. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01176-6>.
- Oxford, M., Booth-LaForce, C., Echo-Hawk, A., Madesclaire, O., Parrish, L., Widner, M., Petras, A., Abrahamson-Richards, T., Nelson, K., & Buchwald, D. (2020).

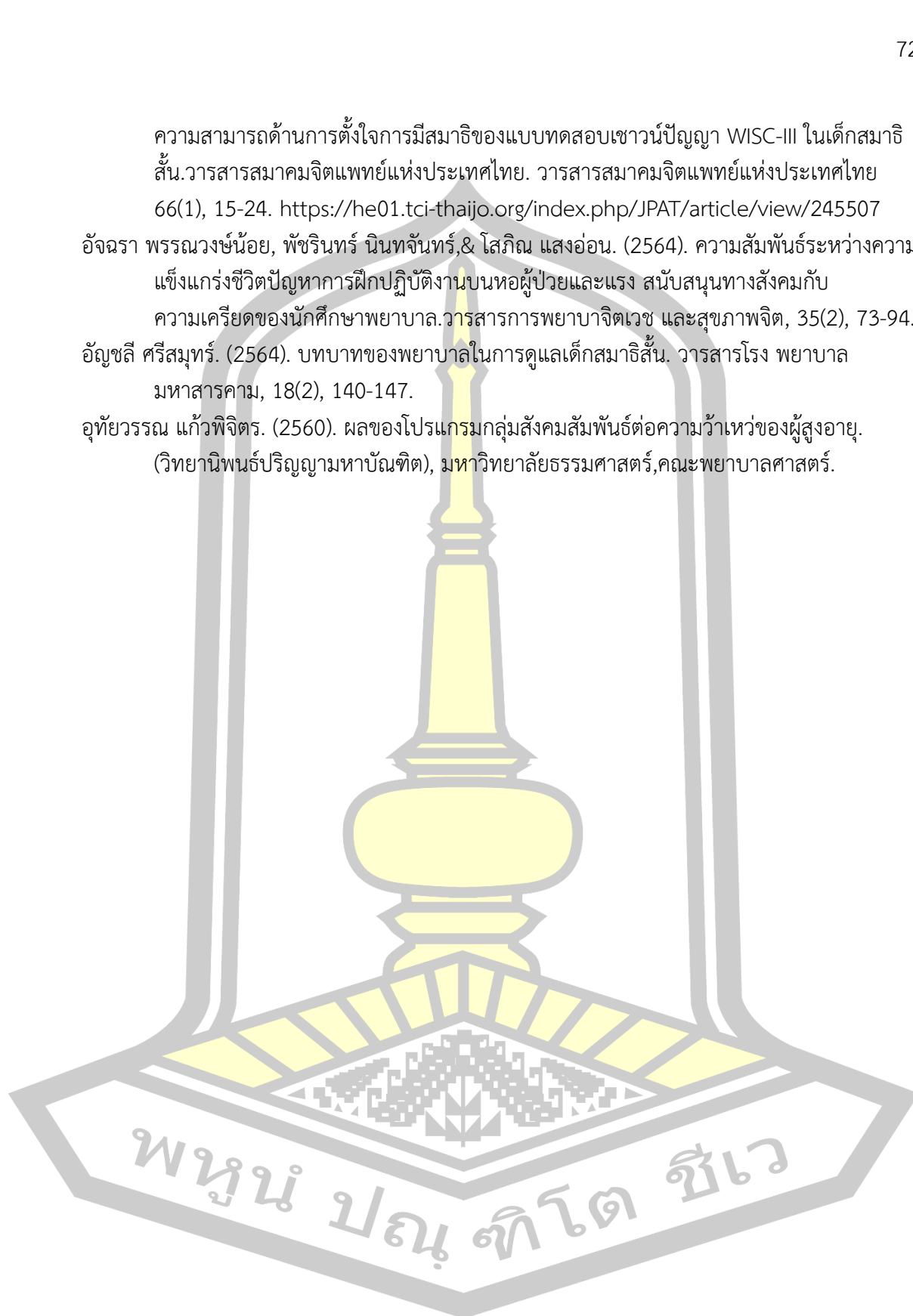
- Promoting First Relationships: Implementing a Home Visiting Research Program in Two American Indian Communities. *Can J Nurs Res*, 52(2), 149-156. <https://doi.org/10.1177/0844562120914424>.
- Parand, A., Afrooz, G., Mansoor, M., Yekta, M. S., Besharat, M., & Khooshabi, K. (2020). Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5(1), 1135-1139.
- Pasarelu, C.-R., Kertesz, R., & Dobrea, A. (2023). The Development and Usability of a Mobile App for Parents of Children with ADHD. *Children*, 10, 164. <https://doi.org/10.3390/children10010164>.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2011). Health promotion in nursing practice (6 ed.). The United States of America: Pearson Education.
- Perry, D. F., & Conners-Burrow, N. (2016). Addressing early adversity through mental health consultation in early childhood settings. *Family Relations*, 65(1), 24-36.
- Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(1), 61-68.
- Plowden, K. O., Legg, T., & Wiley, D. (2022). Attention deficit/hyperactivity disorder in adults: A case study. *Arch psychiatric Nurse*, 38, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.12.003>.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta regression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 47(3), 440-458. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0578-3>.
- Rajaprakash, M., & Leppert, M. L. (2022). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatric Rev*, 43(3), 135-147. <https://doi.org/10.1542/pir.2020-000612>
- Rodgers, A. Y. (1998). Multiple sources of stress and parenting behavior. *Children and Youth Services Review*, 20(6), 525-546.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0)
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive

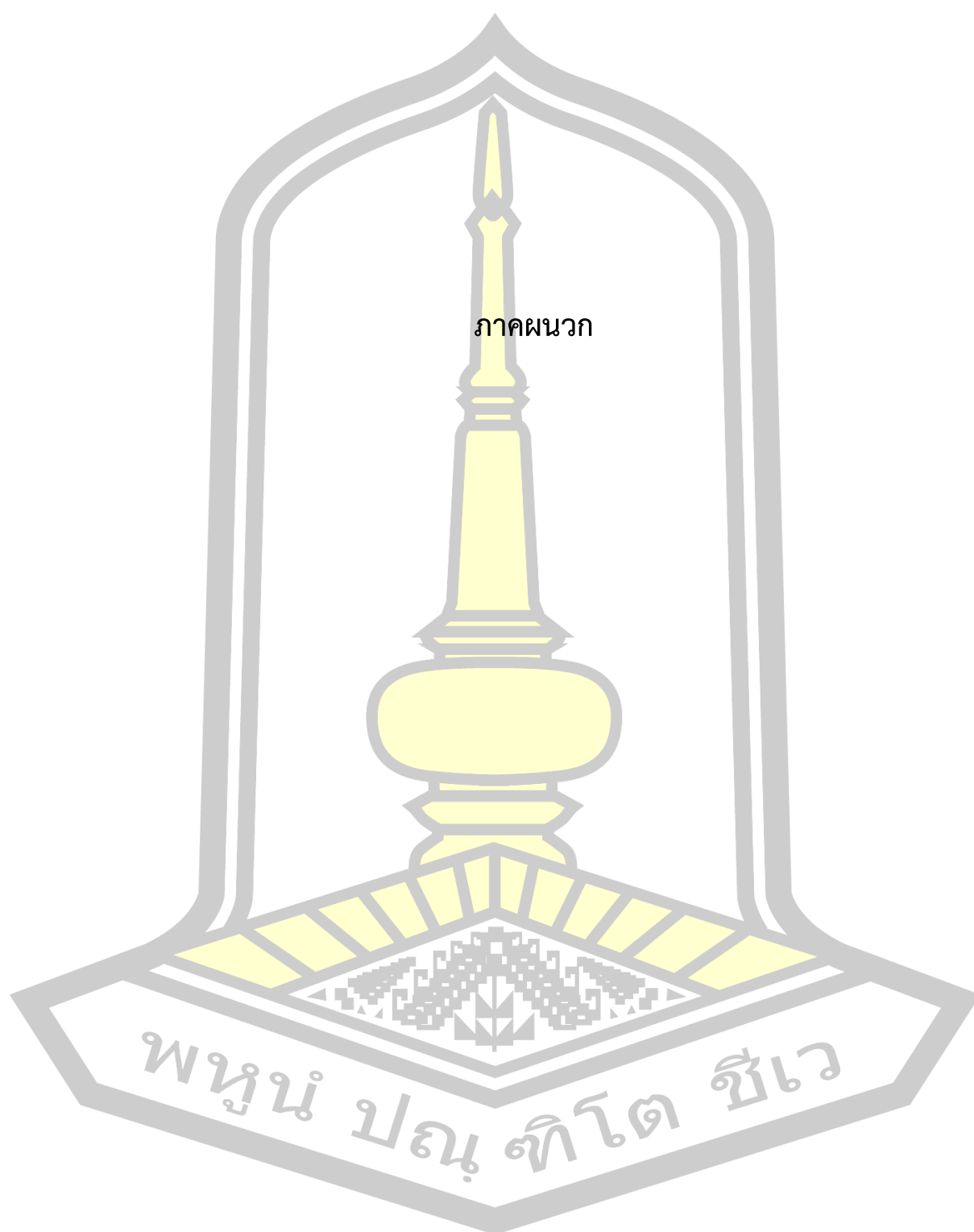
- Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev*, 34(4), 337-357. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>.
- Sibley, M. H., Graziano, P. A., Kuriyan, A. B., Coxe, S., Pelham, W. E., Rodriguez, L., Ward, A. (2016). Parent-teen behavior therapy+ motivational interviewing for adolescents with ADHD. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 84(8), 699-712.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill book Company.
- Sonuga-Barke, E. J., Sergeant, J. A., Nigg, J., & Willcutt, E. (2008). Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: nosologic and diagnostic implications. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17(2), 367-384, ix. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2007.11.008>.
- Shatkin, J. P. (2019). *Mental Health Promotion and Disease Prevention: It's About Time*.
- Sweeney, S., & MacBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*, 205, 44-59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.073>
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.
- Treacy, L., Tripp, G., & Baird, A. (2005). Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 36(3), 223-233.
- Wagner, M. M., & Clayton, S. L. (1999). The Parents as Teachers program: results from two demonstrations. *Future Child*, 9(1), 91-115, 179-189.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(3), 561-574.
- Williamson, D., Johnston, C., Noyes, A., Stewart, K., & Weiss, M. D. (2017). Attention deficit/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., Far, A. S., & Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30(1), 1666-1671.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *ความเครียดของคนไทย: การศึกษาระดับชาติปี 2565*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง.

- กานดา วรคุณพิเศษ,ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2558). ผลของโปรแกรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วารสารเกื้อการุณย์, 22(1), 82-97.
- กานต์ตริน ศรีสุวรรณ, สมจิตต์ ลูประสงค์, สงวน ฉานี, เกษร สายธนู, & ก้อง กฤษฎา กรณ์ ชนแดง. (2565). ผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะ การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น.วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต, 36(2), 49-61.
- ชัยพร จันทศิริ. (2563). ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
- ชาญวิทย์ พรนพดล. (2563). โรคสมาธิสั้น Attention Deficit Hyperactivity Disorder. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาญวิทย์ พรนพดล.(2566). คู่มือกระบวนกรเน็ตป้าม้าสำหรับบุคลากรที่ทำงานด้านการพัฒนาเด็กและครอบครัว. สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.บริษัท มีเดีย โซน พรินท์ติ้ง จำกัด.
- โชติ ชัชวาลย์กุล, ปิ่น ประไพ. (2564). การศึกษาสภาพการจัดการอารมณ์ของนักเรียนระดับประถมศึกษา: กรณีศึกษาโรงเรียนนานาชาติ.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชรติลก, ธันว์จัน บุณยสุขสกุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, & พชรินทร์ อรุณเรือง. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. Journal of Mental Health of Thailand, 21(2), 66-75
- เทพสิรินทร์ มากบุญศรี. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะแพทยศาสตร์.
- ธนิดา ทีปะปาล, ปภาสินี แซ่ตัว, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ธัญวดี นาคมิตร, & ณัฐฐันรี คำอูไร. (2564). โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(2), 28-41.
- นิญฐา ยอดแก้ว. (2564). ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร. (2550). ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพมหานคร:ยู แอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปัจฉิมา หลอมประโคน. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก(2563-2564). วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุนทรบุรีรัมย์, 37(2), 381-390.
- ประสาทร ศิริโชค. (2562). พฤติกรรมการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิ สั้นที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- พรรณนภา อุดมโชติพทธี. (2566). ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลนครปฐม.วารสาร แพทย์เขต 4-5, 42(1), 51-62.

- พรรณภา เรื่องกิจ, สนธยา มณีรัตน์ และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก. (2562). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ), 12(1), 1208-1224
- พาสินี แจ่มจำ.(2562). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น.วารสารแพทยนาวิ, 46(1), pp.32-48
- พนม เกตุมาน, สมบูรณ์หทัยอยู่สุข, ชาญวิทย์ พรนภดล, สุพร อภินันท์เวช,. (2559). การศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 61(1), 27-39.
- รัชวัลย์ บุญโหม,ลำไพร เข้าไกร และรุจิรา ต๊ะจันทร์ (2565). การพัฒนาโปรแกรมจัดการความเครียดสำหรับแรงงานต่างด้าว ในจังหวัดสมุทรสาคร.รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.),52-68.
- รสสุคนธ์ เจริญสัจยศิริ. (2557). ปัจจัยทำนายความเครียดในการเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรกวัยทารก. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 2(31), 105-113.
- ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ. (2563). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,34(1), 1-12.
- ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์,บุญเลี้ยง ทุมทอง. (2564). โรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียน: บทบาทครูและแนวทางการช่วยเหลือในโรงเรียน.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 35(2), 154-170.
- แสงนภา บาร์มี, ทยาวิร์ จันทรวิวัฒน์. (2566). การศึกษาระดับความเครียดและแนวทางจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ, 9(1), 44-61.
- สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวีวรรณ รุ่งไพรวัลย์,คุณาชัย, บานชื่น, เบญจสุวรรณเทพ, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, จริยา จุฑาภิสิต, พัญญ์ ไรจน์มงามงคล. (2561). ตำราพัฒนาการและ พฤติกรรมเด็ก เล่ม 4 (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2564). สุขภาพจิตกับระบบบริการปฐมภูมิเวชศาสตร์ครอบครัว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 4(1), 4-7.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล,วนิดา พุ่มไพศาลชัย,พิมมาศ ตาปัญญา.(2540).รายงานการวิจัยเรื่องสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง.โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
- เสาวภาคย์ ทัดสิงห์ชมชื่น สมประเสริฐ และพนิดา ศิริอ าพันธ์กุล (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัม. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(ฉบับพิเศษ), 284-291.
- หัตถุกร สำเร็จดี, รสมา สมไชย, จินตนา สิงขรอาจ, & กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม. (2564). คำดัชนี

ความสามารถด้านการตั้งใจการมีสมาธิของแบบทดสอบเชาว์ปัญญา WISC-III ในเด็กสมาธิ
 สิ้น.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
 66(1), 15-24. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/245507>
 อัจฉรา พรณวงษ์น้อย, พชรินทร์ นินทจันทร์,& โสภณ แสงอ่อน. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความ
 แข็งแกร่งชีวิตปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยและแรง สนับสนุนทางสังคมกับ
 ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล.วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต, 35(2), 73-94.
 อัญชลี ศรีสมุทร. (2564). บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. วารสารโรง พยาบาล
 มหาสารคาม, 18(2), 140-147.
 อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร. (2560). ผลของโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุ.
 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,คณะพยาบาลศาสตร์.





ภาคผนวก ก การตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

จากการศึกษาวิจัยในการทดลองจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมานิสันนั้น ในแต่ละครั้งมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) โดยสรุปจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 60 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ระหว่างการศึกษามีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ทั้งสิ้น 4 คน โดยเป็นกลุ่มทดลองทั้งหมด 4 คน มีการสูญหายคิดเป็นร้อยละ 6.67 ซึ่งคงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการลงข้อมูลสองครั้งเพื่อป้องกันการผิดพลาด (double data entry) หลังจากนั้นจึงนำชุดข้อมูลทั้ง 2 ชุดเปรียบเทียบกับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดตามตารางที่ 10

ตารางที่ 10 สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมและสูญหาย (Drop out) ระหว่างการทดลอง

ช่วงเวลาในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมฯ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวนคนที่เข้าร่วม(คน)	จำนวนคนที่สูญหาย(คน)	จำนวนคนที่เข้าร่วม(คน)	จำนวนคนที่สูญหาย(คน)
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30	0	30	0
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1	29	1	30	0
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2	26	3	30	0
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3	26	0	30	0
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4	26	0	30	0
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	26	0	30	0

จากการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติที่นับเป็นสิ่งสำคัญ ก่อนจะทดสอบสมมติฐานตัวแปรใด ต้องมีการตรวจสอบก่อนว่าตัวแปรดังกล่าวมีการแจกแจงปกติหรือไม่ หากพบว่าตัวแปรที่จะทดสอบสมมติฐานนั้น มีการแจกแจงปกติ จึงจะสามารถใช้สถิติ parametric ทดสอบสมมติฐานได้ แต่ถ้าหากมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จะต้องใช้สถิติ nonparametric ที่มีอำนาจการทดสอบต่ำมาทดสอบแทน ซึ่งอาจทำให้ความสามารถในการระบุความต่างของการเปรียบเทียบน้อยลง ส่งผลให้ผลสรุปผิดพลาดได้ (อรุณ จีรวัฒน์กุล, 2564) วิธีการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติมีหลายวิธี ในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล วิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุด ได้แก่ การทดสอบ Shapiro-Wilk, การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov, การทดสอบ Skewness & Kurtosis, Histograms, Box Plot, P-P Plot, Q-Q Plot, Mean and SD (Mishra et al., 2019) ซึ่งการวิจัยนี้ได้ตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. Histograms

การวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Histograms พบว่า ลักษณะกราฟของตัวแปรทุกตัว มีกระจายแบบปกติจุดที่มีความสูงที่สุดคล้ายระฆังคว่ำ ข้อมูลส่วนมากเข้าใกล้ศูนย์กลางและมีการกระจายออก

ด้านซ้ายและขวาอย่างสมมาตร แสดงถึงกระบวนการมีเสถียรภาพอยู่ในมาตรฐานที่กำหนดเป็นส่วนมากมีความผันแปรเล็กน้อย ซึ่งไม่มีผลต่อคุณภาพการทดสอบ

2. The Shapiro-Wilk

จากการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Shapiro-Wilk Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดน้อยกว่า 50 หน่วย ผลการทดสอบพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1 หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที นั้นมีการแจกแจงแบบปกติ รายละเอียดตามตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Shapiro-Wilk

คะแนนทักษะการจัดการ ความเครียด	กลุ่มทดลอง(n=26)			กลุ่มควบคุม(n=30)		
	Statistic	df	Sig	Statistic	df	Sig
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.976	30	.162	.970	30	.172
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1	.949	29	.070	.952	30	.221
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2	.936	26	.217	.932	30	.076
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3	.945	26	.076	.975	30	.075
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4	.954	26	.073	.955	30	.154
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	.937	26	.116	.927	30	.072

3. Skewness & Kurtosis

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 ค่าความเบ้และความโด่งของข้อมูลมี ค่าอยู่ระหว่าง ± 1.96 (Mishra et al., 2019) ซึ่งการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Skewness & Kurtosis พบว่า ตัวแปรทุกตัวของกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ ดังตารางที่ 12

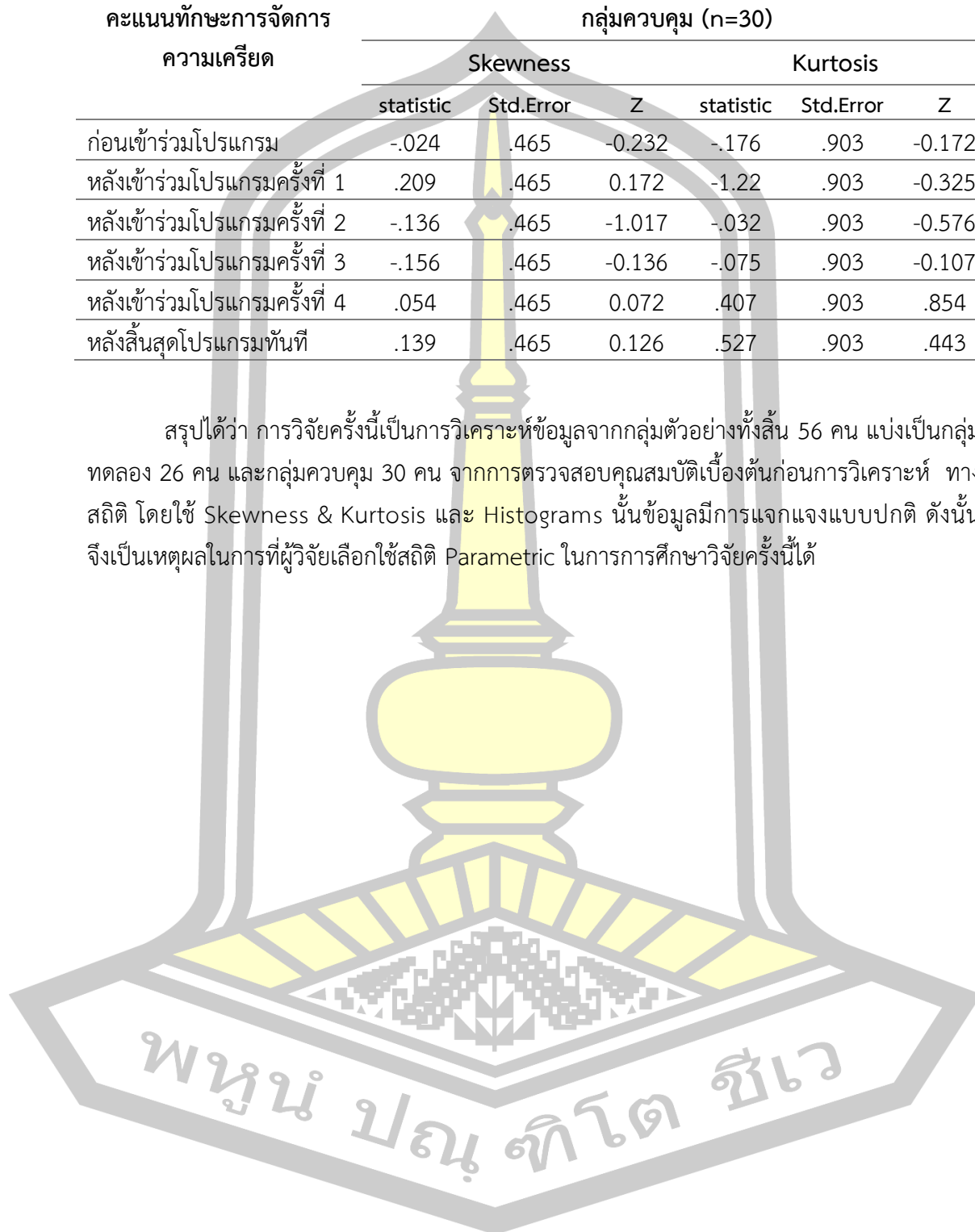
ตารางที่ 12 การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มทดลองก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

คะแนนทักษะการจัดการ ความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=26)					
	Skewness			Kurtosis		
	statistic	Std.Error	Z	statistic	Std.Error	Z
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.076	.474	-0.162	-.070	.912	-0.172
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1	-.249	.474	-0.072	-1.052	.912	-0.021
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2	-.236	.474	-1.217	-.132	.912	-0.176
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3	-.055	.474	-0.176	-.175	.912	-0.207
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4	.254	.474	0.072	-.455	.912	-.854
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	.237	.474	0.166	.927	.912	.943

ตารางที่ 13 การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นของกลุ่มควบคุมก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

คะแนนทักษะการจัดการ ความเครียด	กลุ่มควบคุม (n=30)					
	Skewness			Kurtosis		
	statistic	Std.Error	Z	statistic	Std.Error	Z
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.024	.465	-0.232	-.176	.903	-0.172
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1	.209	.465	0.172	-1.22	.903	-0.325
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2	-.136	.465	-1.017	-.032	.903	-0.576
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 3	-.156	.465	-0.136	-.075	.903	-0.107
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 4	.054	.465	0.072	.407	.903	.854
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	.139	.465	0.126	.527	.903	.443

สรุปได้ว่า การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จากการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Skewness & Kurtosis และ Histograms นั้นข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลในการที่ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Parametric ในการการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้



ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 331-317/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) และของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียด
ของพ่อแม่เด็กโรคสมาธิสั้น

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Effects of Stress Management Program on Stress Management
Skills of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

ผู้วิจัย : นายอิทธิพล ฤทธวงษ์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดหนองบัวลำภู

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่ยื่นเรื่อง : 25 สิงหาคม 2566

วันหมดอายุ : 24 สิงหาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐาน
ของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์ม
การปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม หรือทางอีเมลที่แนบมาต่อไป ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องเป็นขอรับการพิจารณาใหม่

นาย สว่างจิตร์

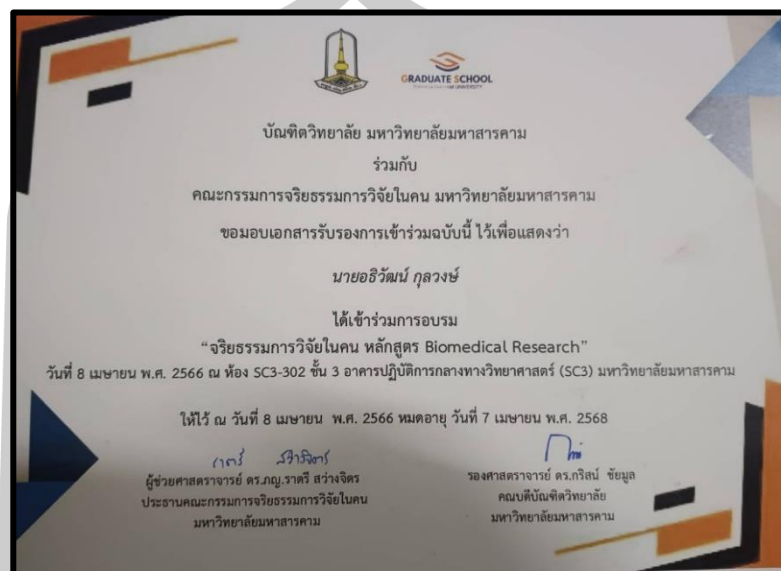
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.กฤษฎา ฤทธิสาร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขและข้อควรระวัง (ดูที่บทบัญญัติของเอกสารรับรองการวิจัย)

ผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน



ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นายธวัช ฤกษ์ชัย สังข์ กิจ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง "ผลกระทบของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น" "Effects of Stress Management Program on Stress Management Skills of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder" โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด 2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามปกติ ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ 1. สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความเครียดไปใช้ทักษะการจัดการความเครียดให้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น สามารถลดความเครียดด้วยตนเองได้และเกิดผลดีต่อชีวิตและการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น 2. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นได้พัฒนาเป็นวิชาชีพภาพ ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข 3. นำโปรแกรมการจัดการกับความเครียด ไปเผยแพร่ให้ครอบครัวของบุคคลากรทางการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น ให้โปรแกรมการจัดการกับความเครียด เพื่อมีทักษะจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ได้ ท่านจะไม่ได้พบประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อส่วนรวมและชุมชนคือ ได้รูปแบบโปรแกรมเพื่อช่วยจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น อันจะนำไปสู่การศึกษาและพัฒนาทางวิชาการต่อไป

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ข้าพเจ้าจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นทักษะการจัดการกับความเครียด ซึ่งประกอบด้วยคำถาม จำนวน 25 ข้อ โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที จะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะเก็บไว้ด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อ การปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นายธวัช ฤกษ์ชัย คณะพยาบาลศาสตร์ โทร 055-6598896

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขอแจ้งว่า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ "คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม" กองส่งเสริมและพัฒนาระบบการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นายธวัช ฤกษ์ชัย)

ผู้วิจัย



ชน ปณ ฑิต

แบบแสดงความยินยอมให้ทำกาวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาม/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้ผ่านคำชี้แจงรับฟังคำอธิบายจากนายอิทธิพล กุลวรรักษ์ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “ผล
ของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น” โดยรับความที่อธิบาย
ประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาของข้อมูล หมายในการทำวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้า
ต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วม
การวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันผลกระทบหากเกิดอันตราย โดยได้ผ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับ
อาสาสมัครที่ครบถ้วนสมบูรณ์โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่
เรียบร้อยแล้ว

ขอขอบคุณการรับรองจากผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัว
เป็นราชูปถัมภ์ต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทาง
วิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถ
ถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีความเสียหายและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการปฏิบัติหน้าที่และ
การดูแล ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ประสานงาน

(นายอิทธิพล กุลวรรักษ์)

วันที่.....



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจข้อมูลทั่วไป ของตัวท่านเองกรุณาตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุของท่าน..... ปี
3. อายุของเด็ก.....ปี
4. ระดับการศึกษา

☐ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ	☐ 5) ประกาศนียบัตร/ปวส./อนุปริญญา
☐ 2) ประถมศึกษา	☐ 6) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
☐ 3) มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ 7) ปริญญาโท หรือ สูงกว่า
☐ 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	☐ 8) อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. สถานภาพสมรส

☐ 1) โสด	☐ 4) หย่าร้าง
☐ 2) สมรส	☐ 5) ม่าย (เสียชีวิต)
☐ 3) แยกกันอยู่	
6. ลักษณะครอบครัวของท่าน

☐ 1) ครอบครัวเดี่ยว	☐ 2) ครอบครัวขยาย
--	--
7. จำนวนลูกหรือหลาน ทั้งหมดของท่านที่ดูแล จำนวน.....คน
8. อาชีพ โปรดระบุ.....
9. โรคประจำตัวของท่าน

☐ 1) มี โปรดระบุ
☐ 2) ไม่มี
10. รายได้ของครอบครัว

☐ 1) ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	☐ 4) 20,001-30,000 บาท/เดือน
☐ 2) 5,001-10,000 บาท/เดือน	☐ 5) 30,001-40,000 บาท/เดือน
☐ 3) 10,001-20,000 บาท/เดือน	☐ 6) 40,001 บาท/เดือน ขึ้นไป

พูน ปณ จิต ชีวะ

แบบสอบถามทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

คำชี้แจง ให้ท่านประเมินพฤติกรรมตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยพิจารณาข้อความทางซ้ายมือ และประเมินระดับการปฏิบัติในช่องทางขวามือ ที่ตรงกับระดับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้ปฏิบัติ หรือตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด ขอให้ท่านเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบดังนี้

ไม่เคยเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตนเช่นนั้นเลย
 บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นเป็นครั้งคราว
 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นค่อนข้างบ่อย
 ค่อนข้างบ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นเกือบทุกวัน
 ทำประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติตนเช่นนั้นประจำทุกวัน

แบบประเมินพฤติกรรม

พฤติกรรมการปฏิบัติตน	ระดับการปฏิบัติ				
	ทำ ประจำ	เกือบ ทุกวัน	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย เลย
1. เมื่อฉันรู้สึกตึงเครียด ฉันจะผ่อนคลายความเครียดโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ					
2. ฉันสามารถทบทวนความสำเร็จหรือความภาคภูมิใจที่ผ่านมา เพื่อให้มีกำลังใจเอาชนะอุปสรรคต่างๆได้					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
23. ในแต่ละวันฉันนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
24. ในแต่ละวัน ฉันมีเวลาส่วนตัวเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ					

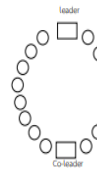
พูน ปณ จิตโต ชีเว

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างโปรแกรม/คู่มือ/แบบบันทึกรายละเอียดกิจกรรมกลุ่ม

คู่มือพยาบาล	แนวคิดและหลักการ
โปรแกรมการจัดการความเครียด ในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาริสน์  โดย นวพรวิญญู พานิชย์ แพทย์ นศ. ต.ร.ปรวณณ รอดคำดี และดร. สุจิตา สุขตระกูล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	โปรแกรมการพยาบาลนี้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่อธิบายถึงปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งมีผลต่อการประเมินคุณค่าของบุคคลในการประเมินสถานการณ์นั้นๆ ว่ามีผลต่อตนเองอย่างไร โดยที่ประเมินขึ้นกับปัญญาคือ เมื่อเกิดความเครียดบุคคลจะเลือกการประเมินว่าเป็นอันตรายหรือเป็นความท้าทาย และการประเมินปัญญาคือ เมื่อประเมินแล้ว ประโยชน์ที่มีอยู่ และการประเมินว่าเป็นการประเมินสถานการณ์ดีหรือการได้รับข้อมูลใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ตามมาแล้ว โดยประเมินขึ้นเพื่อหาหนทางว่าผู้มีอำนาจอยู่หรือบุคคลอย่างอื่นว่ามีการ ประเมินขึ้นกับปัญญาคือ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาริสน์มีการตัดสินใจได้ขึ้นในการเผชิญความเครียดที่ส่งต่อไป การมีโปรแกรมการจัดการความเครียด เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ถือเป็นผู้ดูแลที่มีความรู้ จะสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในระหว่างการดูแลผู้ดูแลผู้ดูแลที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย และเป็นการเพิ่มความสามารถในการคาดการณ์ (Estimate operation) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional operation) และความสามารถในการผลิตปฏิบัติการ (Productive operation) ซึ่งสามารถประเมินได้จากความสามารถในด้านปฏิบัติการนี้ ซึ่ง Chen(2001) กล่าวว่าความสามารถขั้นสุดท้ายที่พัฒนาจากความสามารถในการคาดการณ์ และการปรับเปลี่ยน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมนอกจากความเครียด เมื่อมีการประเมินค่าสิ่งใหม่ ผู้ดูแลจะประเมินค่าสิ่งใหม่ว่ามีความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกับตนเอง และเกินกว่าแพทย์ประจำตัวที่มีอยู่ เนื่องจากไม่มีแพทย์ประจำตัวเพิ่มเติมในการจัดการกับความเครียดอื่นๆ ในการจัดการกับความเครียดของ บุคคลจะมีการใช้เทคนิคการจัดการความเครียดด้านความรู้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกไปใน เหตุการณ์ใหม่ๆ ซึ่งการใช้วิธีใดมากกว่าขึ้นอยู่กับความแตกต่างของเหตุการณ์ และความแตกต่างของ บุคคลในการประเมินเหตุการณ์นั้น ซึ่งการจัดการความเครียดที่เร็วและมียาวนาน จะทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่หมดลงและลดทอนพลังความสามารถในการดูแลบุคคล การเพิ่มความสามารถและการกำหนดขอบเขตของปัญหาในและภายนอกให้กับผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจและเลือกการทำกิจกรรม การดูแลบุคคลที่ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ และยังสามารถให้บุคคลในวัยหรือผู้ดูแลในการดูแล ตลอดจนทำให้บุคคลได้มีความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดทางอารมณ์ และได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจต่างๆ (Chen, 2001) จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ที่สามารถประเมินเหตุการณ์ในการดูแลบุคคลเกินกว่าเป็นสิ่งที่ทำให้หายและ สามารถเผชิญปัญหาการดูแลบุคคลที่ส่งต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ
	คู่มือพยาบาล โปรแกรมการจัดการความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาริสน์ 

กิจกรรมตามโปรแกรม	ทำ	ไม่ทำ	บันทึกการดำเนินการตามโปรแกรมของผู้ศึกษา	หมายเหตุ
ความเครียดของผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์				
ผลการสอน/ปฏิบัติ				
1. ใบความรู้ที่ 1/1 กระบวนการประเมินค่าความเครียดของผู้ดูแล				
2. ป้ายกำกับสำหรับกิจกรรม				
กิจกรรม				
1. ผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์กับภาพและบรรยายภาพที่บันทึก ด้วยการศึกษา ความเครียดของผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์ โดยผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์ได้ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น				
2. ผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์ได้ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น				
3. ผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์ได้ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น				
4. ผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์ได้ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น				

กิจกรรมตามโปรแกรม	ทำ	ไม่ทำ	บันทึกการดำเนินการตามโปรแกรมของผู้ศึกษา	หมายเหตุ
5. ผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์ได้ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น				
6. ผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์ได้ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและสรุปประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น				
การประเมินผล				
ประเมินผลการเรียนรู้ของผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์ การเรียนรู้ การเรียนรู้ และการเรียนรู้				
				

กิจกรรมตามโปรแกรม	ทำ	ไม่ทำ	บันทึกการดำเนินการตามโปรแกรมของผู้ศึกษา	หมายเหตุ
กิจกรรมที่ 2 การจัดการกับปัญหาความเครียดของผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์				

กิจกรรมตามโปรแกรม	ทำ	ไม่ทำ	บันทึกการดำเนินการตามโปรแกรมของผู้ศึกษา	หมายเหตุ
วิเคราะห์และสรุปประเด็นปัญหาความเครียดของผู้ดูแลและผู้ดูแลเด็กสมาริสน์				

ตัวอย่างคู่มือเด็กสมาธิสั้น สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครอง



ภาคผนวก จ

เอกสารการผ่านการอบรมและหนังสือราชการต่างๆ



82 0605.11 [EPA]

คณะศึกษานิเทศศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาดโพธิ์ อำเภอเมืองมหาสารคาม
จังหวัดมหาสารคาม ๔๘150

10 2568

เมื่อ: ขณะถูกดำเนินคดีมีสื่อมวลชนมาสัมภาษณ์และถ่ายภาพเข้าบ้านที่ขณะนั้นจึงต้องทำวีดิทัศน์

เสียง: ผู้สัมภาษณ์ (โทรศัพท์จากบ้าน)

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการงานวิจัย
2. เครื่องมือวิจัย

Figure 1. Study design.

ចំណាយ ៤ លាន

ด้วย นายอริวัฒน์ กุลวงศ์ รหัสบัตรประชาชน 64010483011 บัณฑิตศึกษาดูสหราชอาณาจักร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี กรุงเทพมหานคร คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลกระทบ/ปริมาณการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ดร.นันทิมา รุ่งเรือง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีคณะนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นทีมดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมทั้งสิ้น จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยมีผู้ดูแลทีมสมาชิกในทีมแบบสหสาขาวิชาชีพในการจัดการกับความเครียดจำนวน 24 ชื่อ ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดจากผู้ดูแลทีมสหวิชาชีพจำนวน 7 กิจกรรมจำนวน 4 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 331-517/2566 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2566 (แนบใบยินยอม)

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นิสิต นายนธิวัฒน์ กุศลพงศ์ เข้ามาฝึกสอนในหน่วยการฝึกงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปจัดทำบทความวิชาการต่อไป

ซึ่งเรือนมาเพื่อไปรณพิจารณาคดี คณะทนายความของ ส.ส. ได้ขอความเห็นจากทนายความ และทนายความของ ส.ส. ได้ให้ความเห็นแก่ศาลว่าคดีนี้

ข้อมูลจากงานเก็บชื่อ

Друг

ศูนย์วิจัยและพัฒนาการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์

สำนักงานส่งเสริมการค้าในต่างประเทศ ณ นครเซี่ยงไฮ้ โทร. 043-754357

ดูรายละเอียดที่ปรึกษา วอชฮาทวาทานย์ ค.รณภูมิ พุทธทาสภรณ์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 081-6731336

ទីស្តីការគណៈរដ្ឋមន្ត្រី ក្រសួងសេដ្ឋកិច្ច និងហិរញ្ញវត្ថុ 085-6698896 email: 64010483011@nsw.ac.th

ที่ ยว ๒๔.๒๓/๐๒๔



คณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรหม
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ ๑๐๑๓๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือคณะกรรมการศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ ยว ๐๖๐๕.๑๓/๑๖๔๖

ลงวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง ได้แจ้งความประสงค์ขอใช้เครื่องมือโปรแกรมในการวิจัย “โปรแกรมการจัดการความเครียด” วิทยานิพนธ์ของนางวราศรีหญิงพาสินี แจ่มจำ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิศา สุขตระกูล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น” ของนายอชิวิวัฒน์ กุลวงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หากท่านประสงค์จะปรับปรุงเครื่องมือวิจัยขอให้แจ้งคณะกรรมการศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อพิจารณา ทั้งนี้ขอความร่วมมือเขียนรายการอ้างอิงจากบทความวิจัย ดังนี้

พาสินี แจ่มจำ.(๒๕๖๒). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น.วารสารแพทย์นาวิ, ๔๖(๑), pp.๓๒-๔๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ


(ศาสตราจารย์ ดร.วิฑูรี ทาเด)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก ข
ทะเบียนกำกับกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุผู้ดูแล	เกี่ยวข้อง	ชื่อ-นามสกุลเด็ก	อายุเด็ก	วินิจฉัยเด็ก	HN
1	XX XXX	หญิง	34	มารดา	XX XXX	10	F90.90	XX XXX
2	XX XXX	หญิง	39	มารดา	XX XXX	8	F90.00	XX XXX
3	XX XXX	หญิง	47	ยาย	XX XXX	15	F90.00	XX XXX
4	XX XXX	หญิง	43	น้ำ	XX XXX	6	F90.00	XX XXX
5	XX XXX	ชาย	27	บิดา	XX XXX	7	F90.00	XX XXX
6	XX XXX	หญิง	58	ย่า	XX XXX	10	F90.00	XX XXX
7	XX XXX	หญิง	54	ยาย	XX XXX	9	F90.10	XX XXX
8	XX XXX	หญิง	46	ป้า	XX XXX	6	F90.00	XX XXX
9	XX XXX	หญิง	51	ยาย	XX XXX	8	F90.90	XX XXX
10	XX XXX	หญิง	46	น้ำ	XX XXX	11	F90.00	XX XXX
11	XX XXX	หญิง	43	มารดา	XX XXX	8	F90.10	XX XXX
12	XX XXX	หญิง	52	ย่า	XX XXX	6	F90.00	XX XXX
13	XX XXX	หญิง	51	ย่า	XX XXX	8	F90.90	XX XXX
14	XX XXX	ชาย	52	ปู่	XX XXX	9	F90.00	XX XXX
15	XX XXX	หญิง	57	ยาย	XX XXX	7	F90.00	XX XXX
16	XX XXX	หญิง	58	ย่า	XX XXX	8	F90.00	XX XXX
17	XX XXX	หญิง	27	มารดา	XX XXX	10	F90.10	XX XXX
18	XX XXX	ชาย	54	ปู่	XX XXX	7	F90.00	XX XXX
19	XX XXX	หญิง	35	มารดา	XX XXX	6	F90.10	XX XXX
20	XX XXX	หญิง	27	มารดา	XX XXX	7	F90.00	XX XXX
21	XX XXX	หญิง	58	ยาย	XX XXX	8	F90.10	XX XXX
22	XX XXX	หญิง	55	ย่า	XX XXX	7	F90.10	XX XXX
23	XX XXX	หญิง	27	มารดา	XX XXX	10	F90.00	XX XXX
24	XX XXX	ชาย	38	บิดา	XX XXX	10	F90.00	XX XXX
25	XX XXX	หญิง	53	ยาย	XX XXX	7	F90.90	XX XXX
26	XX XXX	หญิง	29	มารดา	XX XXX	6	F90.00	XX XXX
27	XX XXX	หญิง	39	มารดา	XX XXX	9	F90.90	XX XXX
28	XX XXX	หญิง	27	มารดา	XX XXX	7	F90.90	XX XXX
29	XX XXX	หญิง	42	น้ำ	XX XXX	8	F90.00	XX XXX
30	XX XXX	หญิง	28	มารดา	XX XXX	7	F90.20	XX XXX

หมายเหตุ ลำดับที่สี่สีเหลือง ลำดับที่ 6,12,16 และ 21 คือกลุ่มตัวอย่างที่สูญเสียระหว่างการทดลอง drop out

กลุ่มควบคุม

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุผู้ดูแล	เกี่ยวข้อง	ชื่อ-นามสกุลเด็ก	อายุเด็ก	วินิจฉัยเด็ก	HN
1	XX XXX	หญิง	58	ย่า	XX XXX	11	F90.00	XX XXX
2	XX XXX	หญิง	35	มารดา	XX XXX	14	F90.10	XX XXX
3	XX XXX	หญิง	43	มารดา	XX XXX	11	F90.00	XX XXX
4	XX XXX	หญิง	58	ยาย	XX XXX	11	F90.10	XX XXX
5	XX XXX	หญิง	51	ยาย	XX XXX	11	F90.90	XX XXX
6	XX XXX	หญิง	43	ป้า	XX XXX	9	F90.10	XX XXX
7	XX XXX	หญิง	47	น้า	XX XXX	9	F90.00	XX XXX
8	XX XXX	หญิง	34	มารดา	XX XXX	9	F90.90	XX XXX
9	XX XXX	หญิง	27	มารดา	XX XXX	8	F90.00	XX XXX
10	XX XXX	หญิง	39	มารดา	XX XXX	8	F90.00	XX XXX
11	XX XXX	หญิง	58	ยาย	XX XXX	8	F90.00	XX XXX
12	XX XXX	หญิง	42	น้า	XX XXX	8	F90.00	XX XXX
13	XX XXX	หญิง	39	มารดา	XX XXX	7	F90.90	XX XXX
14	XX XXX	หญิง	57	ยาย	XX XXX	7	F90.00	XX XXX
15	XX XXX	หญิง	46	ป้า	XX XXX	8	F90.00	XX XXX
16	XX XXX	หญิง	46	ป้า	XX XXX	6	F90.00	XX XXX
17	XX XXX	หญิง	27	มารดา	XX XXX	6	F90.10	XX XXX
18	XX XXX	ชาย	53	ตา	XX XXX	6	F90.90	XX XXX
19	XX XXX	หญิง	52	ย่า	XX XXX	6	F90.00	XX XXX
20	XX XXX	หญิง	51	ยาย	XX XXX	6	F90.90	XX XXX
21	XX XXX	ชาย	38	บิดา	XX XXX	6	F90.00	XX XXX
22	XX XXX	หญิง	29	มารดา	XX XXX	6	F90.00	XX XXX
23	XX XXX	หญิง	27	มารดา	XX XXX	6	F90.90	XX XXX
24	XX XXX	ชาย	52	ตา	XX XXX	7	F90.00	XX XXX
25	XX XXX	หญิง	27	มารดา	XX XXX	12	F90.00	XX XXX
26	XX XXX	หญิง	28	มารดา	XX XXX	5	F90.20	XX XXX
27	XX XXX	หญิง	54	ยาย	XX XXX	6	F90.10	XX XXX
28	XX XXX	ชาย	54	ปู่	XX XXX	9	F90.00	XX XXX
29	XX XXX	หญิง	55	ย่า	XX XXX	9	F90.10	XX XXX
30	XX XXX	หญิง	27	มารดา	XX XXX	7	F90.00	XX XXX

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายอริวัฒน์ กุลวงษ์
วันเกิด	6 กันยายน พ.ศ. 2535
สถานที่เกิด	จังหวัดอุดรธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 11 หมู่ 3 ตำบลโนนเมือง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ประวัติการศึกษา	ปี พ.ศ. 2548 ประถมศึกษา โรงเรียนบ้านโนนสว่าง ปี พ.ศ. 2554 มัธยมศึกษา โรงเรียนโนนเมืองวิทยาคาร ปี พ.ศ. 2558 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี สมทบมหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2559 พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่นร่วมกับ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2565 พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหา พัฒนาการและพฤติกรรมสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ สถาบันพระบรมราชชนก ปี พ.ศ. 2567 พยาบาลศาสมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	ปี พ.ศ. 2564 การส่งเสริมการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย กรมอนามัย (ผู้ร่วม วิจัย) ปี พ.ศ. 2566 รูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการ ระบบอาหารเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของกลุ่มเปราะบางทางโภชนาการใน ชุมชนไทย (ผู้ร่วมวิจัย)
ผลงานวิจัย	ปี พ.ศ. 2563 การส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี พ.ศ. 2564 รูปแบบการพัฒนาแนวทางเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการด้าน ภาษาโดยการมีส่วนร่วมของผู้เลี้ยงดูหลัก