

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น



นาวาตรีหญิงพาสินี แจ่มจ๋า

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON CAREGIVERS' CARING  
ABILITY OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Lieutenant Commander Pasinee Jamja



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถ
	ในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
โดย	นาวาตรีหญิงพาสินี แจ่มจำ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์)

พาลีณี แจ่มจ้า : ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON CAREGIVERS' CARING ABILITY OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ประนอม รอดคำดี, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.สุนิศา สุขตระกูล, 162 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และ 2) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วยระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 7 ครั้ง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการประเมินความเครียดของผู้ดูแล ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น การค้นหา แหล่งประโยชน์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น การฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ และการทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ 2) แบบวัดความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และ 3) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 มีความเที่ยงอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5777180036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: STRESS / CARING ABILITY / ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER PATIENTS' CAREGIVERS/ CARING ABILITY

PASINEE JAMJA: THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON CAREGIVERS' CARING ABILITY OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER.  
ADVISOR: ASST. PROF. BRANOM RODCUMDEE, Ph.D., CO-ADVISOR: SUNISA SUKTRAKUL, Ph.D., 162 pp.

The purposes of this quasi-experimental research using the pretest-posttest control group design were to compare: 1) Caregivers' caring ability of children with ADHD before and after received the stress management program, and 2) Caregivers' caring ability of children with ADHD who received the stress management program and those who received regular nursing care. The samples were 40 caregivers of children with ADHD in Somdet Phra Pinklao Hospital who met the inclusion criteria. The samples were matched pair with education level and duration of caregiving and then randomly assigned to the experimental and the control group, 20 persons each. The experimental group received the stress management program. The control group received regular nursing care. Research tools were 1) Stress management program developed by the researcher consists of 7 activities as educating the appraisal of caregiving relate stress, the impact of the problematic situation of caring for ADHD, searching for resources, providing knowledge about ADHD, and ADHD caring skills, communication skills training, coping skills, emotional-focused coping skills, management and review the knowledge of how to deal with stress effectively. 2) the ability to care for children with ADHD's caregivers scale; and 3) Stress Assessment Model of ADHD Tools. The 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> instrument had Cronbach's alpha coefficient reliability were .81 and .94 respectively. The t-test was used in data analysis. The findings are as follows:

1. Caregivers' caring ability of children with ADHD after receiving the stress management program, were significantly better than before receiving the stress management program at the .05 level.

2. Caregivers' caring ability with ADHD after received the stress management program were better than those received regular nursing care significantly, the .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนอม รอดคำดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งกรุณาให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง และให้คำปรึกษาในการทำวิจัย ตลอดจนให้ความเมตตา กรุณา เสียสละเวลาของอาจารย์ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความอดุสาหะ และมุ่งมั่นที่จะ ทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้รับการประสิทธิ ประสาทวิชาความรู้จากท่านเป็นที่สุด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาส นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผศ. ดร. รุ่งนภา ภาณิตร์ตัน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และชี้แนะ แนวทางที่ถูกต้อง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ให้ข้อคิด และ คำแนะนำในการแก้ไขเพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากขึ้น ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือ ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความเหมาะสมมาก ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาในการศึกษาครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศที่ให้การสนับสนุนการศึกษาใน หลักสูตรนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย หัวหน้า แผนกกุมารเวชกรรม เจ้าหน้าที่แผนกกุมารเวชกรรม ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการ วิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจ ให้ความรัก ความ เข้าใจ คอยดูแลเอาใจใส่ และให้การสนับสนุนแก่ตัวผู้วิจัยด้วยดี จนกระทั่งสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา

สุดท้ายนี้คุณค่า และประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บูพการี ครูอาจารย์ ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และครอบครัว รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ขอให้ทุก ท่านจงมีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
แนวเหตุผล และสมมติฐาน .....	9
สมมติฐานการวิจัย .....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	15
1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น.....	16
2. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น.....	22
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด .....	37
4. สุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation) .....	47
5. สถานการณ์การดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า.....	49
6. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น.....	50

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
8. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	55
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	57
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	59
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	80
การดำเนินการทดลอง.....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	94
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	95
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	104
สรุปผลการวิจัย.....	108
อภิปรายผลการวิจัย.....	108
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	114
ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	115
รายการอ้างอิง.....	116
ภาคผนวก.....	129
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	130
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของ เครื่องมือ.....	132
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	134



ภาคผนวก ง ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	145
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	149
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรม .....	159
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	162



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์แนวคิดกระบวนการเผชิญปัญหาของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม พัฒนามาเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ...	50
ตารางที่ 2 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จับคู่ (Match pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น .....	61
ตารางที่ 3 แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมการจัดการความเครียด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า กรุงเทพมหานคร .....	84
ตารางที่ 4 คะแนนและระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n= 20) .....	92
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา .....	96
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ .....	97
ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น .....	98
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น .....	99
ตารางที่ 9 คะแนนและระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ของกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) .....	100
ตารางที่ 10 คะแนนและระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ของกลุ่มทดลองก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) .....	101
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20) .....	102
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20) .....	103

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก  
 สมานธิสันก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการปกติ และในกลุ่ม  
 ทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ..... 146



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	56
ภาพที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	93



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุด โดยอาการสำคัญของโรคสมาธิสั้นมี 3 ประการ ได้แก่ อาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการอยู่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเข้าสังคม จะพบอาการดังกล่าวในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น โรงเรียน และที่บ้าน (American Psychiatric Association, 2013) ปัจจุบันเด็กสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Visser et al., 2010) ในประเทศไทยมีการสำรวจในระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2555 ในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จำนวน 7,188 คนพบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 8.1 และพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง 3-4 เท่า (ทวีศิลป์ วิชาญโยธินและคณะ, 2556) ความชุกในเด็กสมาธิสั้นทั่วโลกพบร้อยละ 5-12 (Freitag et al., 2012) ในต่างประเทศและในประเทศไทยพบว่า ในช่วงวัยเรียนพบเด็กเป็นสมาธิสั้นมากที่สุด (Polanczyk และ Rohde, 2007; มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550)

เด็กในช่วงวัยเรียน เป็นวัยที่เริ่มมีความคิดอย่างเป็นระบบมากขึ้น ทำให้เด็กวัยนี้มีความสนใจอยากเรียนรู้ เด็กจะเริ่มเล่นเป็นกลุ่ม มีเพื่อนสนิท (ดวงกมล เวชบรรยงรัตน์, 2541) ซึ่งทำให้เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นเกิดปัญหาอย่างมาก เช่น ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ไม่สนใจเรียน ซึ่งปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น จะส่งผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน รบกวนผู้อื่น ยากต่อการดูแล และทำให้เกิดปัญหาการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมตามมา (พนมเกตุมาน, 2552) ปัญหาที่พบบ่อยในตัวเด็กสมาธิสั้นจะพบปัญหาด้านพฤติกรรมเรื่องความเกเร ก้าวร้าว เมื่อมีอารมณ์โกรธ มักมีพฤติกรรมรุนแรง ขาดการยั้งคิด หุนหันพลันแล่นบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง (นันทชา สงวนกุลชัย, 2556) ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเสี่ยงเป็นเด็กเกเร ก้าวร้าวหรือทำผิดกฎหมาย (สาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง, 2550) ซึ่งอาการก้าวร้าว เกเร พบได้มากกว่าเด็กปกติถึง 3.5 - 4 เท่า (ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ, 2555) จากการศึกษาติดตามระยะยาวในเด็กสมาธิสั้นในช่วงวัยรุ่น ยังพบปัญหาด้านการเรียนและการสื่อสาร ในบางรายต้องออกจากระบบการเรียนก่อนวัยอันควรบางรายอาจป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และด้านพฤติกรรมพบมีการกระทำผิดทางกฎหมาย เช่น ใช้จ่ายเสพติด ลักขโมย อันเป็นผลมาจากอาการของโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง และเหมาะสมจากทีมสุขภาพ และผู้ดูแลในครอบครัวตั้งแต่ยังเล็กๆ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545; พนมเกตุมาน, 2548; อุมาพรตรังคสมบัติ, 2546; วินัดดา ปิยะศิลป์, 2554) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในเรื่องความยากลำบากสำหรับผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยตรง และต่อการดำเนินชีวิตของ

ผู้ดูแล เนื่องจากขณะให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นผู้ดูแลต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน มีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550; จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลมีอาการอ่อนล้าปวดศีรษะนอนไม่หลับ เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย เครียด รวมถึงเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่สนใจ ใส่ใจสิ่งแวดล้อม ตลอดจนขาดความสนใจในการดูแลเด็ก เนื่องจากเกิดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น (ดลฤดี แดงน้ำคู้, 2549) ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางลบระหว่างผู้ดูแลกับเด็กสมาธิสั้น และทำให้เกิดปัญหาในการดูแลที่ไม่เหมาะสมตามมา (พนม เกตุมาน, 2552)นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติโดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นหากพฤติกรรมเกรี้ยวกราดในวัยเด็กไม่ได้รับการแก้ไข (Webster-Stratton, Reid และ Beauchaine, 2011) การดำเนินของโรคสมาธิสั้นจะคงอยู่ถึงวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 30 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคนี้อย่างคงเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (Barkley, 2014)

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเป็นผู้มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (self care deficit) เป็นผลมาจากภาวะและพยาธิสภาพของโรค ทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถในการดูแลจากบุคคลอื่น (สนธยา มณีรัตน์, 2550) ซึ่งในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลนั้น ผู้ที่ให้การดูแล (Dependent care agent) จะต้องใช้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ และส่งเสริมให้สามารถผ่านพ้นระยะพึ่งพาไปได้ (Orem, 2001) การดูแลเด็กสมาธิสั้น ถือเป็นเหตุการณ์ที่กระทบต่อภาวะความสมดุลของผู้ดูแล และก่อให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายความเครียดที่เกิดขึ้นในรูปของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลกับสิ่งแวดล้อม คือ สถานการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นขณะอยู่ที่บ้าน อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้เนื่องจากผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่นการดูแลเด็กสมาธิสั้นและบทบาทสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองการที่ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา ในทางตรงข้ามหากผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแล รู้สึกว่าตนมีข้อจำกัดในการดูแล และไม่สามารถจัดการกับปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้นจะก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลได้ และปัจจัยด้านสถานการณ์ เช่น มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กลัวกังวลใจในการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้น ขาดทักษะในการดูแลเด็ก และทักษะการเผชิญความเครียด จากสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการทราบข้อมูลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีแหล่งประโยชน์ (Resource) เพียงพอแก่ความต้องการ (demand) หรือได้รับการตอบสนองที่สอดคล้องกับความต้องการ ก็จะช่วยลดระดับความเครียดได้ส่วนหนึ่ง ทำให้การรับรู้

ต่างๆดีขึ้น สามารถใช้ทักษะและความสามารถที่มีอยู่ในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าการศึกษาของ Treacy, Tripp และ Baird (2005) กล่าวว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดจากการประเมินเหตุการณ์ในการดูแลจากปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ การขาดทักษะในการเผชิญความเครียดโดยมักใช้การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์เช่น การโทษตัวเอง การแยกตัว มากกว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาสอดคล้องกับการศึกษาของ Dubbs (2008) ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียด เนื่องจากมีการประเมินเหตุการณ์ในการดูแลว่าเครียด และใช้การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์มากกว่ามุ่งแก้ปัญหา เพื่อให้ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นลดลงไปทันที อีกทั้งการศึกษาของ Brinchmann (2014) พบว่า ถึงแม้ว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจะประเมินเหตุการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นว่าเป็นเรื่องที่ทำทนาย แต่การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นยังมีความแตกต่างกันตามการรับรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และมีการใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดทั้งมุ่งแก้ปัญหาและแบบการจัดการกับอารมณ์ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากยังพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์แบบใช้การปฏิเสธ และโทษตัวเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้ดูแลยังต้องได้รับข้อมูลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นและรูปแบบการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของ รุ่งวิภา เจริญราษฎร์ (2546) พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์โดยใช้การร้องไห้และการปฏิเสธโดยคิดว่าไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ต้องจัดการแก้ไข เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้ความเครียดเบาบางลง

โดยปกติเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียดจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาเพื่อต่อสู้กับความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจ ซึ่งตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้าน คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ บุคคลอาจใช้การเผชิญความเครียดมากกว่า 1 วิธี ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะต้องใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการจัดการกับอารมณ์ จากการศึกษาของชาญวิทย์ พรนภดล (2545) กล่าวว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง การอบรมเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น และคงอยู่ยาวนานขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ซึ่งภาวะเครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ดังกล่าวส่งผลกระทบที่สำคัญตามมาคือ ผู้ดูแลมักละเลยตนเองส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ไม่สามารถใส่ใจตนเองในการที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรง ทำให้ผู้ดูแลขาด

ความสามารถในด้านที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ พรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ (2552) พบว่า เมื่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดความเครียดจากการดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจากการที่ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถในการดูแลเด็กลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ ชลัทธิธรรมนิยม (2555) พบว่า เด็กสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และมีปัญหาในการดำเนินชีวิตส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ยังส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมา และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งวิภา เจริญราษฎร์ (2546) พบว่า อาการของโรคสมาธิสั้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย และเครียดอย่างต่อเนื่อง บางครั้งเกิดความเครียดจนไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มักทำร้ายเด็กด้วยการทุบตี ว่ากล่าวอยู่เสมอ ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมา อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Guevara et al. (2001) พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมักมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์สูง มีความเครียดจากการเลี้ยงดู ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดระดับรุนแรงถึงร้อยละ 68.8 และมีปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ขาดการสื่อสารระหว่างกัน ทำให้ระดับความเครียดเพิ่มขึ้น หากเกิดความเครียดรุนแรงจนไม่สามารถแก้ไขหรือปรับตัวได้ จะทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่องกลายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (ดลฤดี แดงน้ำคู้, 2549)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่า ความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลเด็ก รวมถึงบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากเกินไป และจากการจัดการกับพฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาต่างๆของเด็กที่ยุ่งยาก ซึ่งพบว่าการที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่เพียงพอ และการขาดทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของตัวผู้ดูแลเอง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่มีประสิทธิภาพไปด้วย (สนธยา มณีรัตน์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ของ Harpin (2005) พบว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็กสมาธิสั้น ส่งผลกระทบอย่างต่อเนื่องกับเด็ก และครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลกระทบในครอบครัวที่รุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับ Silver et al. (1995) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีความตึงเครียดสูง โดยการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็ก และส่งผลกับอาการของเด็กในอนาคต เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้วจะเห็นได้ว่า ปัจจัยความเครียดจากการดูแลเด็ก เป็นปัจจัยที่สามารถจัดการได้ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล



สำหรับแนวคิดการจัดการกับความเครียด Lazarus & Folkman (1984) ได้กล่าวไว้ว่าเป็นกระบวนการจัดการที่เป็นขั้นตอน เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดโดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาสมดุลระหว่างสิ่งเร้าความเครียดกับความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งนั้นภายใต้ทฤษฎีการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) โดยสิ่งเร้าจะมีความหมายอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ หรือการตีความของบุคคลโดยผ่านกระบวนการทางความคิด (cognitive process) ผลของการประเมินจะนำไปสู่การตอบสนองที่แตกต่างกัน การประเมินสถานการณ์ หรือสิ่งเร้าความเครียดมี 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นแรก เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ บุคคลจะประเมินในขั้นแรกว่า เหตุการณ์นั้นมีผลทางบวกทางลบหรือไม่ต่อตนเอง ลักษณะของการประเมินสถานการณ์คือ (1) ลักษณะที่เป็นอันตรายหรือต้องสูญเสีย (2) ลักษณะที่คุกคาม (3) ลักษณะที่ทำทลาย ทั้งนี้ การผลักดันให้บุคคลประเมินปัญหาว่าเป็นลักษณะทำทลาย จะนำไปสู่การลงมือในการแก้ไข หรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหานั้น ในการศึกษาครั้งนี้ สถานการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งเร้าที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องประเมิน 2) การประเมินขั้นที่สอง หมายถึง การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือกของตน เพื่อกำจัดอันตรายจากสิ่งที่ตนรับรู้ว่าเป็นอันตรายแก่ตนเอง เป็นการนำทรัพยากรทั้งภายใน และภายนอกมาเอื้ออำนวยให้ตนเอง ในการกำจัด และสรรหาการกระทำที่เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดให้ตนเองพ้นจากอันตรายนั้น โดยเป็นการประเมินเพื่อช่วยในการเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 3) การประเมินซ้ำ หลังจากบุคคลได้แสดงความพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรม และทางความคิดออกมาแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำ เพื่อพิจารณาอันตรายว่ายังมีอยู่ในระดับใดมากขึ้นหรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้อาจถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ครั้งแรกใหม่ก็ได้ หากอันตรายนั้นยังคงอยู่ก็เข้าสู่กระบวนการจัดการได้ใหม่ ในศึกษานี้คือ การประเมินวิธีการจัดการกับความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การขาดการขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น การจัดการกับอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาการขาดทักษะในการจัดการกับความเครียด ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมและอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ทั้งชั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิว่าเป็นความเครียด ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) จะเป็นการเพิ่มศักยภาพหรือแหล่งประโยชน์ของบุคคลนั่นเอง ดังนั้น เมื่อมีการประเมินตัดสินใหม่ก็อาจทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลเดิมว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตน

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยจะพบเพียงการศึกษาโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองที่ให้ความรู้ในการดูแลเด็กตามแนวทางการรักษา และการให้การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมที่ช่วยให้เด็กมีความรุนแรงของอาการลดลงจึงส่งผลให้ลดความเครียดของ

ผู้ดูแลได้ (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550; วราภรณ์ ชุมภูสีบ, 2556) และเน้นในการอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็ก โดยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหา และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือมุมมองของการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อตนเอง เด็ก และปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ดูแลต่อเด็กตามมา (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550) ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาและอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลเด็กในการปรับพฤติกรรมมาหลายปี แต่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ไม่กว้างขวาง (วราภรณ์ ชุมภูสีบ, 2556) ซึ่งยังพบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดความเครียดโดยรวมได้ แต่ยังคงพบว่าผู้ดูแลยังคงมีความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพอยู่ ดังการศึกษาในต่างประเทศของFernandes, Machado และ Machado (2015) พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นยังคงมีความกังวล และความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากการที่ต้องดูแลเด็กสมาธิสั้นซึ่งผู้ดูแลมองว่าเป็นเรื่องที่ทำนายในครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มองว่ายากต่อการดูแล สอดคล้องกับ Narkunam, Net al. (2014) ที่ศึกษาความเครียดของบิดามารดา พบว่า บิดามารดายอมรับว่ามีความวิตกกังวลและความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำกรอบแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือเพื่อจัดการกับความเครียดในผู้ดูแลนั้น พบการศึกษาของอภิชา แซ่มซ้อย (2550) เป็นโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของมัลลิกา จันทร์เพ็ญ (2557) ในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งลดความเครียดของผู้ดูแลได้

คลินิกพัฒนาการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ให้บริการแก่เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งที่เป็นโรคหลักทางจิตเวช หรือโรคร่วมทางกาย ซึ่งส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ทักษะทางสังคม และปัญหาการเรียนของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี บริบูรณ์ และเด็กที่ถูกทารุณกรรม ที่ส่งมาจากหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว โดยสถิติการให้บริการลำดับที่หนึ่งของกลุ่มงานจิตเวช คือ โรคสมาธิสั้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากทุกปี โดยสถิติการให้บริการที่คลินิกพัฒนาการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปีงบประมาณ 2554-2556 พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษา มีจำนวน 200 ราย 246 ราย และ 278 ราย ตามลำดับและมีผู้ดูแลเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กทั้งรายเก่าและรายใหม่ และพบว่าผู้ดูแลไม่พาเด็กสมาธิสั้นมารับการรักษาตามนัด โดยส่วนใหญ่จากการสอบผู้ดูแลพบว่าต้องทำงานจึงไม่สะดวกในการพาเด็กสมาธิสั้นมาโรงพยาบาล (กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, 2556) ซึ่งพบว่า ปัญหาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ ผู้ดูแลไม่เข้าใจ

ถึงธรรมชาติ และไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2554) และยังพบว่าผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่เพียงพอ อีกทั้งยังขาดทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งความเครียดดังกล่าว ล้วนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2541; รุ่งวิภา เจริญราษฎร์) โดยในช่วงที่ผ่านมาคลินิกพัฒนาการฯ ได้ดำเนินการรักษาและดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับผู้ดูแล โดยใช้ความร่วมมือจากจิตแพทย์ นักจิตบำบัด พยาบาล และทีมสุขภาพ แต่ยังไม่มีความปฏิบัติที่ชัดเจนในการให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแล ซึ่งหากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อภาระงานในการดูแล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และปัญหาที่เกิดกับเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแล สังคม และประเทศชาติต่อไป ดังนั้นปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข (กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, 2556)

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้จะเป็นการให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง และให้การสนับสนุนการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้ สามารถลงมือกระทำสิ่งที่ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลเด็ก(Production operation) โดยผู้ดูแลสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ (สนธยา มณีรัตน์, 2550) และเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จะเป็นการดำเนินการในรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม มุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากการศึกษาของ McCleary และ Ridley (1999) พบว่าผู้ดูแลที่ได้มีการเข้ากลุ่ม มีความพึงพอใจ ได้แลกเปลี่ยนและเรียนรู้ทักษะในการจัดการเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีที่หลากหลายจากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ และรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียวแต่ยังมีเพื่อนที่คอยให้คำแนะนำเป็นกำลังใจให้กันและกัน ซึ่งนำไปสู่การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดีขึ้นตามมา โปรแกรมการจัดการความเครียดประกอบด้วย 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอนตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (cognitive appraisal) ดังนี้ขั้นตอนที่ 1การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 2) การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น และการปรับเปลี่ยนการ

ประเมินทางความคิด ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การค้นหาแหล่งประโยชน์ การฝึกทักษะทางสังคมเรื่องการสื่อสาร การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และมุ่งจัดการกับอารมณ์ การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใจใหม่ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือการทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การประเมินสถานการณ์ซ้ำว่าสถานการณ์ที่มีอันตรายยังอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด

โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จึงมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีการประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งที่ทำลายและควบคุมได้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นในชีวิตประจำวันผ่านการเรียนรู้และฝึกทักษะทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นลดความเครียดลง (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าจะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล

### คำถามการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผล และสมมติฐาน

### แนวคิดเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่กล่าวว่า ปัจจัยด้านบุคคล และ ปัจจัยด้านสถานการณ์มีผลต่อการประเมินตัดสินของบุคคลในการประเมินสถานการณ์นั้นๆว่ามีผลต่อตนเองอย่างไร โดยการประเมินขั้นปฐมภูมิ คือ ไม่มีความสำคัญต่อตนเอง มีผลดีต่อตนเอง หรือเกิดความเครียดต่อตนเอง และการประเมินทุติยภูมิ เพื่อประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และการประเมินซ้ำ เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว โดยประเมินซ้ำเพื่อทบทวนว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลงอาจถือว่าการประเมินขั้นปฐมภูมิใหม่ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป จากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลอาจประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด มีผลคุกคามกับตนเอง และเกินกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ หากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเพิ่มเติม เมื่อมีการประเมินตัดสินใหม่ผู้ดูแลอาจประเมินตัดสินว่ายังมี ความเครียด เนื่องจากไม่มีแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมในการจัดการกับความเครียดนั้นๆ ในการจัดการกับความ ต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคลบุคคลจะมีการใช้พฤติกรรมการจัดการ ความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านมุ่งแก้ไขอารมณ์ควบคู่กันไปในเหตุการณ์หนึ่งๆซึ่งการใช้วิธีใด มากกว่ากันขึ้นอยู่กับความแตกต่างของเหตุการณ์ และความแตกต่างของบุคคลในการประเมิน เหตุการณ์นั้นซึ่งการจัดการกับความเครียดที่เรื้อรังและยาวนาน จะทำให้ทรัพยากรหรือแหล่ง ประโยชน์ต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลประเมินเหตุการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามและ กระทบความผาสุกของตนเองได้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรม การจัดการความเครียดขึ้น เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น อันส่งผลให้ผู้ดูแลมี ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดีขึ้นตามมา โดยนำทฤษฎี Stress Appraisal and Coping ของ Lazarus & Folkman (1984) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา ประกอบด้วย การ ประเมินทางความคิด (Cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้ และประสบการณ์ของบุคคล โดย หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่มีความสำคัญต่อตนเอง (irrelevant) หรือเป็นสถานการณ์ที่มีผลดี ต่อตนเอง เช่น ทำให้มีกำลังใจหรือมีความสุขในชีวิต (Benign positive) บุคคลมักตัดสินใจว่าไม่ต้อง จัดการใดๆ กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่หากประเมินสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตราย เกิดความ เสียหาย หรืออาจเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลมักจะตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็น ความเครียด (stressful) ต่อตนเอง ทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทันที 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ที่บุคคลเห็นว่า

ตนเองสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ โดยใช้วิธีใดๆ ก็ตามที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ตนเองต้องการ หรืออาจประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับความรู้ใหม่ และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว โดยบุคคลจะประเมินซ้ำเพื่อทบทวนว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงเพียงใด จึงอาจเป็นการประเมินปฐมภูมิใหม่อีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป

โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม จำนวน 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอน ตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (cognitive appraisal) ดำเนินการกลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกัน และมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด ความแตกต่างของความเครียด และประเมินทางความคิดตามลำดับขั้นตอน การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมวิธีการแก้ไข และการปรับเปลี่ยนการประเมินทางความคิด พร้อมแจกคู่มือสำหรับญาติในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านให้กับสมาชิกในกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องสมาธิสั้น ทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น และฝึกทักษะในการแก้ปัญหาเรื่องการจัดการกับพฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหา

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะทางสังคมในเรื่องการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใจใหม่ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

โปรแกรมการจัดการความเครียดจึงมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีการประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งที่ทำทนายและควบคุมได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดใน

ชีวิตประจำวัน โดยผ่านการเรียนรู้และฝึกทักษะ ทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นลดความเครียดลง (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าจะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า กรุงเทพมหานครซึ่งได้คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล** หมายถึง ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล ในด้านการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตาม และการประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่อง 2) การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายในชีวิตประจำวัน 3) การส่งเสริมการเรียนรู้ 4) การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ 5) ด้านการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะสังคม และ 6) ด้านการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมประเมินโดยแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กเด็กสมาธิสั้นของ สอนธยา มณีรัตน์ (2550) ซึ่งสร้างตามแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem (2001)

**ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น** หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5 มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ตา ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กสมาธิสั้นโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

**โปรแกรมการจัดการความเครียด** หมายถึง กิจกรรมตามกระบวนการและขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น และเกิดทักษะต่างๆ ได้แก่ การดูแลเด็กสมาธิสั้น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีผ่อนคลาย ความเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเครียดและกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (Cognitive appraisal) ของ Lazarus & Folkman (1984) ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คนจำนวน 2 กลุ่ม จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน รวม 7 กิจกรรม ใช้ครั้งละเวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal)** ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

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

**กิจกรรมที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมวิธีการแก้ไข และการปรับเปลี่ยนการประเมินทางความคิด** หมายถึง ให้ผู้ดูแลประเมินเพื่อตีค่าสถานการณ์ที่เครียด โดยบุคคลจะพิจารณาว่าอันตราย หรือความเสียหายนั้นอยู่ในรูปแบบใด เป็นอันตราย หรือเสียหาย หรือคุกคาม หรือเป็นความท้าทาย เพื่อให้สามารถตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทันที และมีการตอบสนองต่อความเครียดอย่างไร และสรุปคะแนนความเครียด ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียด พร้อมแนวทางในการแก้ไข และเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของสมาชิกในกลุ่ม และสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน

**ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal)** ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องสมาธิสั้น และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น** หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 3 ในการให้ความสำคัญกับการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งภายในและ



ภายนอก และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่มี พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา ทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ยาผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พร้อมให้ฝึกทักษะการแก้ปัญหาในการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก

**กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 4 ให้ความรู้เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบของการสื่อสาร ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสารด้านบวกและด้านลบ เทคนิคการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ ต่อจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็น

**กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ** หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 5 ในการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่างและสถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 พร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดี ผลเสียของทั้งสองแบบ และใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาร่วมกัน และมอบหมายให้ทำการบ้านเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กขณะอยู่ที่บ้าน วิธีการจัดการ และผลลัพธ์จากการกระทำนั้น เพื่อฝึกทักษะการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์จริง

**กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์** หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 6 ในการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ และใช้กระบวนการกลุ่ม ให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หลังการฝึกปฏิบัติว่าส่งผลอย่างไรต่อตนเอง และได้รับผลประโยชน์อย่างไรบ้าง และชี้แจงประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกวิธีคลายเครียด

**ขั้นตอนที่ 3 การประเมินซ้ำ** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียด** หมายถึง การดำเนินการครั้งที่ 7 ในการทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับจากการทำกิจกรรมที่ 3-6 และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันประเมินซ้ำว่าสถานการณ์จากกิจกรรมที่ 2 สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นด้วยวิธีการอย่างไร เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้ทบทวนความรู้ และความสามารถในการดูแลเด็กและนำไปปรับใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของสถานบริการ โดยพยาบาลทำการซักถามอาการและประวัติเจ็บป่วยของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน ประเมินพัฒนาการตามวัย และการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลเด็กสมาธิสั้นเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด โดยพยาบาลประจำคลินิกกระตุ้นพัฒนาการในช่วงเวลาหลังพบแพทย์

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเผชิญความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลลดความเครียดลงได้ ส่งผลถึงความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลไม่เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ดีและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น” ผู้วิจัยได้ทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ให้การดำเนินการวิจัยมีความครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีเนื้อหาและสาระสำคัญ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและโรคสมาธิสั้น
  - 1.1 ความหมายของสมาธิสั้น
  - 1.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น
  - 1.3 การวินิจฉัยเด็กสมาธิสั้น
  - 1.4 การรักษา
  - 1.5 ความต้องการของเด็กสมาธิสั้น
2. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น
  - 2.1 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น
  - 2.2 ความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด
  - 3.1 ความหมายของความเครียด
  - 3.2 ปัจจัยของความเครียดของผู้ดูแล
  - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด
  - 3.4 กระบวนการจัดการกับความเครียด
  - 3.5 รูปแบบการจัดการกับความเครียด
  - 3.6 ผลกระทบของการดูแลเด็กสมาธิสั้น
4. สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education)
  - 4.1 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation)
  - 4.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
  - 4.3 วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษา
5. สถานการณ์การดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
6. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น

### 1.1 ความหมายของสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วน Prefrontal Cortex ที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการบกพร่อง (Executive Dysfunction) อาการของเด็กสมาธิสั้นจะประกอบด้วย 3 อาการหลัก ได้แก่ ขาดสมาธิ หุนหันพลันแล่น และอาการซนอยู่ไม่นิ่ง อาการที่พบจะเป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม โดยเริ่มแสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ 7 ปีและแสดงอาการในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้าน(American Psychiatric Association, 2013)

ศิริไชย หงส์สงวนศรี และคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ (2558) กล่าวว่า สมาธิสั้น เป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านการเรียน สังคม พัฒนาการด้านจิตใจ และบุคลิกภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การกระทำผิดกฎหมาย การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นต้น โรคสมาธิสั้น ยังเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้อง และสังคมด้วย แต่เด็กที่เป็นโรคนี้นจำนวนมากยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า โรคสมาธิสั้น เป็นโรคที่มีความผิดปกติที่สมอง ส่งผลให้เกิด 3 อาการหลักได้แก่ ขาดสมาธิ หุนหันพลันแล่น และอาการซนอยู่ไม่นิ่งโดยเริ่มแสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ 7 ปี และแสดงอาการในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้านหากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดีอาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม

### 1.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น

สาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ ที่พอสรุปได้ มีดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม มีการศึกษาที่พบว่า Concordance Rate ของเด็กสมาธิสั้นในแฝดไข่ใบเดียวกันมีสูงถึง 0.6-0.8 และยังพบว่าญาติใกล้ชิดที่มีเด็กเป็นเด็กสมาธิสั้นเป็นโรคนี้ด้วยสูงถึงร้อยละ 20-25 ผลการศึกษาที่มีในปัจจุบันยังพบยีนหลายตัวที่อาจเป็นสาเหตุร่วมกัน ได้แก่ Gene Dopamine Receptor (DRD4) โดยมีการศึกษาต่อเนื่องหลายปีเพราะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ต้องการเรียนรู้ใหม่ๆ (Novelty Seeking Behavior) และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น DAT1เป็น Gene ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มประชากรทั่วไป (นิชรา เรืองดารกานต์, 2551)

1.2.2 ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด รวมทั้งภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อไวรัส บางชนิด และการได้รับสารตะกั่ว และยังพบว่าสัมพันธ์กับความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเสพยาเสพติดของมารดาระหว่างการตั้งครรภ์ด้วย ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุ ยกเว้นการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยอย่างมาก การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เป็นเด็กสมาธิสั้นแต่เป็นปัจจัยที่เสริมให้อาการรุนแรงมากขึ้น (American Academy of Pediatrics, 2000) หรือเด็กที่เคยเกิดการสูญเสียเกิดขึ้นในวัยเด็กหรือมีการพลัดพรากเกิดขึ้นต่อมาจะมีอาการขาดสมาธิ ชุกชน อยู่ไม่นิ่ง เด็กที่ขาดการเลี้ยงดูจากมารดา (Maternal Deprivation) นำไปสู่ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมได้ (Conduct Disorder) มีการศึกษาพบว่าความวุ่นวายหรือสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ และความไม่ราบรื่นของความผูกพันกับมารดาที่เกิดขึ้นกับเด็กในวัย 3 ปีแรกของชีวิตจะเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับการเกิดอาการสมาธิสั้น อาการอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และยับยั้งตนเองไม่ได้ในเด็ก (จินตนา ยูนิพันธ์, 2551)

1.2.3 ปัจจัยด้านการทำงานของระบบสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าคนที่ไม่เป็นโรคร้อยละ 3-4 ซึ่งประมาณร้อยละ 50 ของปริมาตรที่ลดลงนั้นเป็นผลมาจากการลดลงของ Prefrontal Cortex โดยเฉพาะ *dorsolateral* และยังพบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น มีแบบแผนการพัฒนาของสมองช้ากว่าคนที่ไม่เป็นโรคประมาณ 2-3 ปีและอาจเกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท (Dopamine) ที่เป็นตัวสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ จึงทำให้เกิดอาการที่ไม่สามารถควบคุม ยับยั้งการสั่งงาน การแสดงออกและอาการไม่อยู่นิ่งจนเป็นที่สังเกตได้หรืออาจเกิดจากการกระทบกระเทือนในขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ การขาดออกซิเจนในขณะคลอด หรือการไหลเวียนของโลหิตในสมองผิดปกติ เป็นต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

จึงสรุปได้ว่าสาเหตุของโรคสมาธิสั้นมาจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งทางการแพทย์ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่ค่อนข้างที่จะแน่ชัดว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน

**1.3 การวินิจฉัยเด็กสมาธิสั้น** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition: DSM-V)(American Psychiatric Association, 2013; ศิริไชย หงส์สงวน ศรีและคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, 2558)

การสัมภาษณ์พ่อแม่หรือผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญที่สุด แต่ต้องอาศัยข้อมูลพฤติกรรมจากครูและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจากการสังเกตพฤติกรรมของเด็กด้วย

1.3.1 มีอาการขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอยู่ตลอดเวลา และรบกวนการทำหน้าที่หรือพัฒนาการ

1) อาการขาดสมาธิ ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป นานมากกว่า 6 เดือน ถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการ และมีผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน

เกณฑ์การวินิจฉัยของ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition: DSM-V) (ศิริไชย หงส์สงวนศรีและคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, 2558)

1) ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือเล่นเล่ในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงาน หรือกิจกรรมอื่น

2) มักมีความลำบากในการคงสมาธิในการประกอบการทำงานหรือเล่น

3) มักดูเหมือนไม่ได้ฟังว่าใครพูดอะไรบ่อยๆ

4) มักไม่ทำตามคำสั่งหรือคำแนะนำเรื่องการบ้านหรือหน้าที่ต่างๆ บ่อยๆ

5) มักไม่สามารถจัดลำดับก่อนหลังงานหรือกิจกรรมของตัวเองบ่อยๆ

6) มักเสียง ไม่ชอบ หรือล้งเล ที่จะร่วมในงานที่ต้องการความใส่ใจพยายาม

7) ทำอุปกรณ์ข้าวของ เช่น ดินสอ สมุด หนังสือ ของเล่น หายบ่อยๆ

8) มักวอกแวกง่ายมีอะไรภายนอกมากระตุ้นนิดเดียวก็หันเหความสนใจไปจากงานที่ทำอย่างง่ายตายบ่อยๆ

9) มักลืมทำกิจกรรมประจำวันบ่อยๆ

1.3.2 อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ต้องมีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป อย่างน้อย 6 เดือนและถึงระดับที่ไม่สอดคล้องกับระดับพัฒนาการ และมีผลกระทบด้านลบโดยตรงต่อกิจกรรมทางด้านสังคมและการศึกษา/การทำงาน

1.3.3 มีอาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลายๆอาการเริ่มเกิดขึ้นก่อนอายุ 12 ปี

1.3.4 อาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น หลายๆอาการเกิดขึ้นในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่โรงเรียนด้วย ที่บ้านด้วย

1.3.5 มีหลักฐานชัดเจนว่ามีความบกพร่องทางด้านสังคม การศึกษา หรืองานอาชีพ

1.3.6 อาการไม่ได้เกิดขณะป่วยด้วยโรคจิตเวชอื่นๆ และไม่ได้เกิดจากความกังวลหรือการได้สารพิษ หรือลงแดงจากการขาดสารเสพติด (ศิริไชย หงส์สงวนศรี และคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, 2558)

#### 1.4 การรักษา (ศิริไชย หงส์สงวนศรีและคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, 2558)

1.4.1 การรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial Intervention) ซึ่งจะเน้นทั้งที่ครอบครัว โรงเรียน และผู้ป่วยการช่วยเหลือด้านครอบครัว (Family intervention) ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้ (Psycho education) ให้บุคคลในครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคสมาธิสั้นว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งให้ความรู้กับผู้ปกครองในการช่วยเหลือด้านการเรียนของเด็กที่บ้าน เน้นการสร้างสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับพ่อแม่ เพื่อเป็นทีมสำคัญในการรักษาระยะยาว ให้บุคคลในครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติและการดำเนินไปของโรค (นิชรา เรื่องดารกานนท์ และคณะ, 2551)

2) การฝึกอบรมผู้ปกครอง (Parent management training) โดยให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่พ่อแม่ในการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (behavioral approaches) ด้วยการให้แรงเสริมโดยฝึกให้มีทักษะการสั่งงานที่ได้ผลฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจนปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมการรักษากติกา เทคนิคการให้รางวัลพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแล โดยให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่มีปัญหาให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี เพื่อเพิ่ม Self-Esteem มองข้ามพฤติกรรมบางอย่างและใช้วิธีการลงโทษที่เหมาะสม ได้มีโอกาสฝึกซ้อมหัดทำ ให้โอกาสซักถามปัญหาที่สงสัยทั้งหมด จะช่วยทำให้ผู้ดูแลมีเวลากับผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

3) การช่วยเหลือด้านโรงเรียน (School intervention) ประสานกับทางโรงเรียน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของเด็กสมาธิสั้น และสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม

#### 1.4.2 การรักษาด้วยยา

เด็กจะมีอาการดีขึ้นหลังจากที่ได้รับยา การตัดสินใจที่จะให้ยานี้อาจจะเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม เช่น เมื่อเด็กมีพฤติกรรมมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมที่โรงเรียน ในทางที่ดีขึ้น เป็นต้น ซึ่งทำให้เด็กต้องการขนาดยาที่น้อยลงได้ แต่ยาที่มีใช้การรักษาเพียงทางเดียวเท่านั้น เราต้องใช้การบำบัดด้านพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยเด็กด้วย แพทย์จึงควรเฝ้าติดตามอาการที่อาจเปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาด้วยอย่างสม่ำเสมอและเพื่อป้องกันการใช้ยาเพื่อจุดมุ่งหมายที่ผิด (Misuse) (นิชรา เรื่องดารกานนท์และคณะ, 2551) ยาจำแนกออกเป็น

1) กลุ่ม Psycho stimulation Drug การใช้ยา Methylphenidate ชื่อทางการค้าคือ Ritalin ออกฤทธิ์ทำให้สมองของเด็กสมาธิสั้น ส่วนที่ทำหน้าที่ต่าง ๆ น้อย กลับมาทำหน้าที่ได้เหมือนเด็กทั่วไป ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น ควบคุมสมาธิได้ดีขึ้น ตั้งใจทำงาน ทำงานเสร็จ เรียนรู้เรื่องเรียนสนุก อยากเรียน ผลการเรียนดีขึ้น มีทัศนคติด้านบวกต่อการเรียน มีความมั่นใจในการเรียน รู้สึกตนเองทำอะไรประสบความสำเร็จดีกว่าเดิม ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น ควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น อาการนอนอยู่

ไม่นั่งลดลง สมองของเด็กสมาธิสั้น ส่วนที่หน้าทีน้อย ได้แก่ สมองส่วนกลาง ที่ทำหน้าที่คัดกรองสิ่งกระตุ้นที่อยู่รอบๆตัวเด็ก ปกติเด็กจะคัดกรองสิ่งกระตุ้นให้เป็นระบบ ไม่เข้าไปแย่งความสนใจกันในสมองมากเกินไป สิ่งกระตุ้นที่เข้าไปพร้อมๆกันโดยไม่คัดกรอง ทำให้เด็กไม่สามารถจดจ่อกับการเรียน (ซึ่งไม่สนุก) ได้ ไม่สามารถตั้งใจทำงานที่ยากจนจบได้ สมองส่วนหน้า ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ สร้างความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ คิววิเคราะห์ วางแผน และควบคุมตนเอง ให้สงบนิ่ง ไม่ทำตามใจตนเอง หยุดยั้งคิดไตร่ตรองช่วยให้เด็กสามารถควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น มีสมาธิจดจ่อมากขึ้น นิ่งมากขึ้นทำให้เด็กสามารถติดตามการเรียนในห้องดีขึ้น รับฟังคำสั่งได้ต่อเนื่องจนจบมากขึ้น ช่วยให้ผลการเรียนดีขึ้น รบกวนชั้นเรียนน้อยลงและทำตามคำสั่งมากขึ้นอาจมีผลข้างเคียงจากยาได้ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ(ช่วงบ่าย) อารมณ์เศร้า หงุดหงิด งอแงร้องไห้ง่ายซึ่งมักเกิดในรายที่ได้ยาขนาดสูงๆ อาการข้างเคียงอาจลดลงได้เองหลังได้รับยาประมาณ 1 - 2 อาทิตย์ หรือโดยการลดขนาดยาลง หากไม่ดีขึ้นแพทย์จะหยุดยาซึ่งอาการข้างเคียงจะหายไปในเวลาอันรวดเร็ว(ศิริไชย หงส์สงวนศรี , 2558)

2) กลุ่ม Non-Psychostimulation Drug เช่น ยาอะโทม็อกซิทีน (Atomoxetine) มีชื่อทางการค้าว่า Strattera ซึ่งเป็นยากลุ่ม Norepinephine Reuptake Inhibitor ไปเพิ่มสารเคมีในสมอง ออกฤทธิ์ช้าใช้เวลา 2-3 สัปดาห์จึงจะเห็นผลแต่ออกฤทธิ์ยาว 24 ชั่วโมง

3) Antidepressant เช่น Tricyclic Antidepressant เช่น Imipramine จัดเป็นกลุ่มยาอันดับสองสำหรับการรักษาสมาธิสั้นได้ผลร้อยละ 60-70 ขนาด 1-3 mg/Kg/d แบ่งให้เช้าและก่อนนอน ถ้าให้ขนาดที่สูงเกินกว่านี้ต้องระวังเรื่อง Cardiovascular Toxicity ควรประเมิน EKG และตรวจ serum TCA Level หรือกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) เช่น Fluoxetine มีประโยชน์สำหรับ Secondary Mood Symptoms

4) Alpha-2-Agonist เช่น Clonidine (Catapres) ช่วยลดอาการชุนและหุนหันพลันแล่นแต่ไม่ช่วยให้สมาธิยาวขึ้น สามารถให้ร่วมกับ Stimulant ได้อย่างปลอดภัย ใช้ในกรณีที่มีโรค Tourette's Disorder ร่วมกับสมาธิสั้น เริ่มจาก 0.05 mg/day โดยเพิ่มครั้งละ 4-5 mg/kg/day ขนาดที่ใช้โดยทั่วไปประมาณ 0.05 mg ไม่ควรใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิต เวลาหยุดยาควรค่อยๆลดขนาดยาลง เพราะอาจเกิด Rebound Hypotension ได้ ผลข้างเคียงที่พบบ่อยกว่าความดันโลหิต คือ อาการง่วงนอนจากยา แต่มักเป็นชั่วคราวเท่านั้น อาจมีอาการปากแห้งและซึมเศร้า

5) Antipsychotic Drug เช่น Risperidone, Haloperidone, Thioridazole ใช้ในกรณีที่มีความก้าวร้าวรุนแรงหรือมี Conduct Disorder ร่วมด้วย (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)



### 1.5 ความต้องการของเด็กสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้ตั้งแต่วัยเด็ก คือช่วงอายุประมาณ 5-13 ปี ซึ่งเป็นวัยที่พัฒนาการยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ประกอบกับภาวะของโรคสมาธิสั้น ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ตามวัย จึงจำเป็นต้องพึ่งพาบิดามารดา หรือสมาชิกอื่นในครอบครัวในการดูแล และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น ซึ่งตามทฤษฎีของ Orem (2001) มาเป็นแนวทางพิจารณาความต้องการการดูแลที่จำเป็นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมด (Therapeutic Care Demand) ในเด็กสมาธิสั้น (สนธยา มณีรัตน์, 2550) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.5.1 การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ เนื่องจากช่วงอายุ 5-13 ปี เป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโต มีความต้องการสารอาหารและน้ำ ประกอบกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะซน อยู่ไม่นิ่ง ขาดความสนใจในการรับประทานอาหารและน้ำ เช่น ลืมเวลารับประทานอาหาร และผลข้างเคียงของยารักษาโรคสมาธิสั้น ทำให้เด็กเบื่ออาหาร ดังนั้นเด็กจึงควรได้รับการดูแลเพื่อให้ได้รับอาหารครบทั้ง 3 มื้อ ตามหลักโภชนาการ และได้รับน้ำที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยผู้ดูแลจะต้องจัดหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย รวมถึงสอนให้เด็กได้รับประทานอาหารตรงตามเวลา พัฒนาความสามารถของเด็กในการเลือกอาหารที่มีประโยชน์ในการรับประทานอาหาร (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2537; พนม เกตุมาน, 2548)

1.5.2 การป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายต่างๆในชีวิตประจำวัน เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมซนมาก อยู่ไม่นิ่ง ทะเลาะกับผู้อื่นอยู่เสมอ ไม่รู้จักระมัดระวังอันตราย จึงอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง ดังนั้นเด็กจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งที่บ้าน โรงเรียน และในชุมชน โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และสอนทักษะการเล่นที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย และทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อให้ได้รับความปลอดภัย (พนม เกตุมาน, 2548)

1.5.3 การฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะทางสังคม โรคสมาธิสั้นมักพบในเด็กวัยเรียน มีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม จึงจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องเรียนรู้พัฒนาการของเด็ก เพื่อให้สามารถส่งเสริมพัฒนาการได้ตามวัย ควรฝึกให้เด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การสื่อสาร การควบคุมตัวเอง และการมีระเบียบวินัย (พนม เกตุมาน, 2548; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546)

1) การสื่อสาร ผู้ดูแลควรเป็นแบบอย่างของการสื่อสารที่ดีต่อเด็ก มีการรับฟัง บอกความต้องการโดยใช้คำพูดที่ง่าย สั้น และกระชับ ควรหลีกเลี่ยงการบ่น พุดมาก ประชดประชัน และเปิดโอกาสให้เด็กแสดงออกบ่อยๆ และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง

2) การควบคุมตัวเอง ฝึกให้เด็กรู้จักการรอคอย ทำกิจกรรมอยู่ในกรอบกติกา ทำตารางเวลา และการฝึกควบคุมความคิด เพื่อเป็นพื้นฐานของการควบคุมตัวเอง

3) การมีระเบียบวินัย เด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมไปตามแรงจูงใจภายในโดยมีการกระตุ้นจากภายนอก ขาดความยั้งคิด จึงควรเริ่มต้นการสื่อสารให้รู้จักกฎกติกา ให้เด็กคิดถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในเหตุการณ์ประจำวัน และเรียนรู้ความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2537; พนม เกตุมาน, 2548)

1.5.4 การส่งเสริมการเรียนรู้ จากอาการของโรคสมาธิสั้น ทำให้เด็กไม่สนใจเรียน วอกแวก ทำงานไม่เสร็จ จึงทำให้มีผลการเรียนต่ำ ดังนั้นจึงต้องได้รับความช่วยเหลือให้เด็กได้เรียนรู้เสริมในวิชาที่อ่อนหรือเสริมทักษะที่เด็กชอบ และควรมีความร่วมมือที่ดีระหว่างครูและผู้ดูแล (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2537)

1.5.5 การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่อง เพราะเด็กสมาธิสั้นต้องได้รับยาเพื่อช่วยให้มีสมาธิมากขึ้น โดยเด็กสมาธิสั้นต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง ร่วมกับการมาตรวจที่แพทย์นัดทุกครั้ง (มาศมณี วีระณรงค์, 2546)

1.5.6 การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม เนื่องจากอาการของเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลจึงต้องมีทักษะในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ คือ สุขภาพจิตที่ดีของผู้ดูแล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546)

## 2. การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

### 2.1 การปฏิบัติการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแล เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และให้การดูแลเด็กได้ ได้แก่ การใช้กระบวนการทางการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นเป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสุขภาพ (Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนทางการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติทางการพยาบาล (Nursing Intervention) และการประเมินทางการพยาบาล (Evaluation) ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2551)

1) การประเมินและการวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลควรมีการประเมินแบบแผนพฤติกรรมของเด็กเมื่ออยู่กับครอบครัว สังคม ที่โรงเรียน การดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก การดูแลเด็กของบิดามารดา เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวินิจฉัยปัญหา และวางแผนการพยาบาลให้แก่เด็กและครอบครัวได้ถูกต้อง

2)การวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยการประเมินภาวะสุขภาพและปัญหาจากการดำรงชีวิตของเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน โรงเรียน และจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหาที่เกิดผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัวเพื่อการวางแผนการพยาบาล

3)การวางแผนการพยาบาล พยาบาลต้องวางแผนการพยาบาลร่วมกับครอบครัวของเด็ก และการร่วมรับรู้ความรู้สึกับครอบครัวระหว่างการประเมินทางการแพทย์ในเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเด็ก และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนประเมินความต้องการและปัญหาของทั้งตัวเด็ก และครอบครัว ในการวางแผนการพยาบาล โดยมีการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

4)การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ และการใช้พฤติกรรมบำบัด เพื่อลดอาการของเด็กสมาธิสั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการและลักษณะของปัญหาที่เกิดกับตัวเด็กและครอบครัว โดยมีแนวคิดทฤษฎีที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐาน

5)การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความรู้ความสามารถของครอบครัวผู้ดูแลเด็กในการมีส่วนร่วมในการดูแลปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ไปพร้อมๆกัน

การดูแลเด็กสมาธิสั้น พยาบาลต้องให้การปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือพร้อมทั้งส่งเสริมพัฒนาการตามวัยการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตอารมณ์ จิตวิญญาณของเด็กและครอบครัว เพื่อให้เด็กสามารถปรับตัวเข้ากับคนรอบข้าง และการใช้ชีวิตในครอบครัวอย่างมีปกติสุข

กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นการประเมิน (Assessment) การประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นนั้น สามารถประเมินได้โดยสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมา เช่น พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ซน หุนหันพลันแล่น ใจร้อน พุดมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ ช่วงความสนใจต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และการไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งได้ ประเมินทักษะทางสังคมสัมพันธภาพ ทักษะการแก้ปัญหา และด้านการเรียน ซึ่งความล้มเหลวของการศึกษาและสัมพันธภาพจะนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งประเมินโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง เช่น ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Rasche และ Knotkova, 2014)

การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่พบได้ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ตาม NANDA Nursing Diagnosis (Ackley & Ladwig, 2014) มีดังนี้

1) Ineffective impulse control related to disorder of development (ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เนื่องจากความผิดปกติของพัฒนาการ)

2) Impaired social interaction related to impulsive behavior (บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพเนื่องจากอาการหุนหันพลันแล่น)

3) Chronic low self-esteem related to difficult in participating in expected activities (ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองคาดหวังได้)

4) Risk for self-directed or other-directed violence related to lack of impulse control (เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งของ เนื่องจากอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และควบคุมตนเองไม่ได้)

5) Disable family coping related to significant person with chronically unexpressed feelings of guilt, anxiety, and despair (ครอบครัวไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล และความสิ้นหวัง)

#### **การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention)**

- 1) ให้ความรู้ครอบครัวและส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเด็ก
- 2) การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย และช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ เนื่องจากเด็กที่มีสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง การปรับสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้เด็กสามารถควบคุมตนเองและปรับตัวได้ดีขึ้น
- 3) การใช้พฤติกรรมบำบัดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยทั้งที่บ้านและโรงเรียน ควรมีบรรยากาศที่เข้าใจเป็นกำลังให้เด็ก ให้ความสนใจ ชื่นชม เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดี หากเด็กทำผิดโดยไม่ตั้งใจสมควรใช้คำพูดปลอบใจ มีท่าทีเห็นใจ แนะนำวิธีแก้ไข ไม่ประจาน และไม่ลงโทษด้วยความรุนแรง หากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมควรปราม ตักเตือนอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสให้แก้ไขด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์และทำให้พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลงหรือหมดไป
- 4) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคล เพื่อให้ไว้วางใจในตัวพยาบาลและมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 5) การให้คำแนะนำสำหรับครู เพื่อให้เกิดความเข้าใจและช่วยเหลือเด็กทั้งในด้านการเรียน และการปรับตัวที่โรงเรียน
- 6) การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาเกี่ยวกับวิธีการใช้ การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียง และการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

#### **การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)**

- 1) ได้รับความปลอดภัยจากการได้รับอันตราย
- 2) สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
- 3) สามารถควบคุมและแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม
- 4) มีทักษะด้านการเรียนรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตตามศักยภาพ

5) เผชิญความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมและมองเห็นคุณค่าในตนเอง

6) ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและมีความคาดหวังอย่างเหมาะสม

การรักษาเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบัน ประกอบด้วยการรักษาโดยการให้ยา และด้านจิตสังคม ซึ่งจะเน้นทั้งที่ครอบครัว โรงเรียน และผู้ป่วย (มนัสวี จำปาเทศ และศุภกรใจ เจริญสุข, 2556)

### 2.1.1 การช่วยเหลือด้านครอบครัว (Family intervention)

1) การให้ความรู้ (Psycho education) กับบุคคลในครอบครัวให้เข้าใจโรคสมาธิสั้นพร้อมทั้งให้การรับฟัง ตอบข้อซักถาม โดยครอบคลุมประเด็นต่างๆ ได้แก่ สาเหตุ อาการ ผลกระทบ การพยากรณ์โรค และบทบาทของครอบครัวในการช่วยเหลือเด็ก การให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่ครอบครัว (Counseling and Psycho education) เป็นการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวที่สำคัญอันดับแรก เพื่อให้คำแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ดูแล และปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น และช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวก ยอมรับ และเห็นอกเห็นใจในอาการ และข้อจำกัดของเด็ก ให้คำปรึกษากับผู้ดูแล เนื่องจากพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีผลต่อชีวิตสมรสพี่น้อง และสภาพอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว การให้ความรู้ การให้คำปรึกษากับผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็น การให้การช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้พฤติกรรมบำบัด ในการช่วยปรับเปลี่ยนวิธีการที่เหมาะสม การปรับสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลให้ไม่หงุดหงิดง่าย สงบ การให้รางวัลหรือการทำโทษ การปรับสภาพบ้าน การฝึกให้เด็กรอคอยและอื่นๆ การช่วยเหลือครอบครัวเด็กสมาธิสั้น(นิชรา เรื่องดารกานนท์ และคณะ, 2551) เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กหรือคุณครูกับเด็กดีขึ้น (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2554) ผู้ดูแลควรจัดตารางเวลากิจกรรมของเด็ก จัดสถานที่ทำการบ้าน โดยปราศจากการรบกวน ควรนั่งเป็นเพื่อนขณะเด็กทำงาน ไม่ควรดุหรือลงโทษเด็กแบบรุนแรง ควรชมเมื่อเด็กทำดี และควรเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็ก(เนตรทราย อยู่สวัสดิ์, 2552) สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับทักษะการดูแลเด็กโดยใช้คำพูด หรือคำสั่งชัดเจน ให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีจัดการที่เหมาะสม(ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

2) การฝึกอบรมผู้ปกครอง (Parent management training) การจัดกลุ่มผู้ดูแลฝึกให้มีทักษะ การสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน โดยให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องการปรับสภาพแวดล้อมเรียนรู้เทคนิคการให้รางวัล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแล โดยให้การเรียนรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กอย่างถูกต้อง ที่ไม่ลดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) ของเด็กเพื่อช่วยในการปรับตัวของเด็ก การช่วยเหลือด้านการเรียน การให้ยารักษาเมื่อจำเป็น การติดตามและแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้น โดยใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (Behavioral approaches) ด้วยการให้แรงเสริมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ เช่น การให้ขนม หรือของเล่น เป็นต้น(วินัดดา ปิยะศิลป์ ,2550) ในการทำ Parent management training จะ

ได้ผลดีในช่วงอายุต่ำกว่า 11 ปี และปัญหาพฤติกรรมของเด็กไม่รุนแรง และผู้ดูแลไม่มีปัญหาทางจิตเวช (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

1) การจัดสถานที่ที่สงบ เพื่อให้เด็กทำการบ้าน อ่านหนังสือ ไม่มีคนรบกวน หรือทำให้เสียสมาธิ เช่น โทรทัศน์ วิทยุเกม มาดึงความสนใจ ถ้าเด็กสมาธิสั้นมากๆ ควรอยู่ใกล้ๆ เพื่อควบคุมให้งานเสร็จ

2) จัดตารางเวลาให้ชัดเจน สำหรับกิจวัตรประจำวัน กำหนดเวลาการทำงานที่บ้าน ทบทวนบทเรียนเริ่มตั้งแต่เวลาในการตื่นนอน หลังจากนั้นต้องทำอะไรบ้าง เช่น เก็บที่นอน แปรงฟัน เป็นต้น ในกรณีที่เด็กลืมหรือไม่ทำตามข้อตกลง ให้ผู้ดูแลเตือนสั้นๆ ครั้งเดียว ถ้าไม่มีที่ทำว่า จะทำให้ผู้ดูแลพาไปทำทันที วิธีนี้ได้ผลถ้าเริ่มฝึกตั้งแต่เด็ก เพราะทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าผู้ดูแลเอาจริง และจะยอมรับกติกา

3) จัดกฎระเบียบของบ้านให้ชัดเจน เช่น ห้ามดูโทรทัศน์ขณะทำการบ้าน ไม่พูดคำหยาบ ผู้ดูแลต้องทำเป็นตัวอย่าง และเป็นผู้คุมกฎ

4) ให้รางวัล ในกรณีที่ทำพฤติกรรมที่ต้องการ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงานต่อ เช่น คำชม ให้แอมสสะสม เป็นต้น และกำหนดโทษให้ชัดเจนเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้วิธีการจำกัดสิทธิต่างๆ เช่น การดูโทรทัศน์ การเล่นเกม เป็นต้น หรือให้ทำงานที่มากขึ้น เช่น ล้างจาน กวาดบ้าน เป็นต้น หรือใช้การเตือนหรือตำหนิที่เน้นพฤติกรรม เช่น แม่ไม่ชอบการนอนตื่นสาย และไม่ควรรู้คำพูดที่ตำหนิที่ตัวเด็ก เช่น ลูกไม่ดีเลยที่นอนตื่นสาย เป็นต้น

5) ฝึกควบคุมอารมณ์ ทำให้บรรยากาศสงบ ให้กำลังใจเป็นระยะ หลีกเลี่ยงการดุด่า เพราะทำให้เด็กเบื่อ ไม่สนใจที่พ่อแม่พูด

6)การทำงานต่างๆ ควรมีการแบ่งเป็นชิ้นเล็กๆ เด็กมักท้อใจกับงานที่ตนเองไม่ชอบ ไม่สนุก ไม่ถนัด ดังนั้นผู้ดูแลควรแบ่งงานออกเป็นชิ้นเล็กๆ พอทำเสร็จในเวลาสั้น ให้มีกำลังใจ ทำต่อ ต้องให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถ หรือหยุดพักเป็นระยะ

7)เด็กจะมีจุดอ่อน คือทักษะในการวางแผนล่วงหน้า มักทำตามสิ่งเร้าที่ผ่านมามากกว่าสิ่งที่คิดไว้ล่วงหน้า ผู้ดูแลควรฝึกให้เด็กเรียนรู้ที่จะหยุด คิดวางแผนตามขั้นตอน และฝึกการแก้ปัญหา

8)ผู้ดูแลต้องหมั่นกำลังใจเป็นหนึ่งเดียว ความคิดของผู้ดูแลถ้าแตกต่างกัน ทำให้การแก้ปัญหาไปคนละทาง เด็กจะหลบไปอยู่กับคนที่ตามใจ จะเกิดความขัดแย้ง ดังนั้นผู้ดูแลต้องพูดคุยกันก่อน เรื่องที่ไม่แน่ใจ ให้ชะลอการตัดสินใจจนกว่าจะตกลงกันได้

9) การทำกลุ่มบำบัด (Parental group support) โดยให้ผู้ดูแลที่มีเด็กสมาธิสั้นได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิคในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้

เทคนิคในการดูแล และปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถและความมั่นใจในตนเอง และให้โอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ดูแลมีกิจกรรมร่วมกัน และเป็นประโยชน์กับเด็กสมาธิสั้นคนอื่น (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550)

10) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) มีประโยชน์ในครอบครัวที่ dysfunction อาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากผู้ป่วยเอง หรือจากพ่อแม่ชีวิตสมรส (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

**2.1.3 การช่วยเหลือด้านโรงเรียน (School intervention)**การให้คำแนะนำแก่ครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการช่วยเหลือในด้านการเรียน การปรับตัวที่โรงเรียน ให้ครูมีส่วนร่วมในการตอบแบบสอบถาม ADHD Rating Scale-IV เพื่อประเมินหลังการรักษา แนวทางการให้ความช่วยเหลือขณะอยู่ในห้องเรียน และมีการให้ความรู้คำแนะนำและแนวทางการช่วยเหลือของครูต่อเด็กโรคสมาธิสั้น รวมถึงการแรงจูงใจให้เด็กกระทำความดีด้วยการให้รางวัลและคำชมเชย มากกว่าการดุหรือการขู่จะลงโทษ(เนตรทราย อยู่สวัสดิ์, 2552) มีดังนี้

- 1) ไม่ควรให้เด็กนั่งติดหน้าต่างหรือประตู เพราะจะทำให้เด็กเสียสมาธิง่าย ควรให้นั่งอยู่หน้าสุดใกล้โต๊ะครูเพื่อจะได้เรียกหรือเตือนได้
- 2) ควรมีกิจกรรมให้เด็กได้ผ่อนคลาย หากเห็นว่าเด็กหมดสมาธิ โดยให้เด็กลุกจากที่ได้บ้าง ซึ่งจะช่วยลดความเบื่อของเด็กและทำให้เรียนได้นานขึ้น
- 3) หากเด็กมีอาการของโรคสมาธิสั้นมาก ให้ลดระยะเวลาการทำงานให้สั้นลง แต่ให้ทำบ่อยกว่าคนอื่น
- 4) ไม่ลงโทษด้วยความรุนแรง หากเป็นพฤติกรรมจากโรคสมาธิสั้น เช่น ทำของเสียหาย หุนหันพลันแล่น ควรตั้งเตือนว่าพฤติกรรมใดไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เหมาะสมคืออะไร
- 5) ให้ความสนใจ ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ดีหรือมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น
- 6) ในการสื่อสารกับเด็ก ควรสังเกตว่าเด็กพร้อมหรือมีสมาธิที่จะให้ความสนใจในสิ่งที่ครูจะพูดหรือไม่
- 7) เด็กอาจมีปัญหาการปรับตัวกับเพื่อน เนื่องจากเด็กมักใจร้อน เล่นแรง ซึ่งครูต้องตั้งเตือน และแนะนำด้วยท่าทีที่เข้าใจ เพื่อให้เด็กสามารถควบคุมตนเองให้ได้มากขึ้น
- 8) ให้ความช่วยเหลือด้านการเรียนพิเศษ เนื่องจากเด็กมีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning Disability) เช่น การอ่าน การสะกดคำ การคำนวณ เป็นต้น
- 9) ให้คำแนะนำผู้ดูแลในการช่วยเหลือเด็กด้านการเรียนที่บ้าน โดยสถานที่ที่จะให้เด็กทำการบ้านต้องเป็นมุมที่สงบ ไม่มีโทรทัศน์ หรือสิ่งของที่ดึงดูดความสนใจกำหนดเวลาในการทำการบ้านให้แน่นอน และให้เด็กได้เปลี่ยนอิริยาบถหรือหยุดพักในช่วงสั้นๆ
- 10) ดูแลเรื่องการรับประทานยามื้อกลางวันในรายที่รักษาด้วยยา

**2.1.4 การช่วยเหลือเด็ก (Patient intervention) ในเด็กสมาธิสั้น**จะมีปัญหาหลายด้าน ทำให้มีปัญหาการควบคุมตนเอง ขาดความอดทนในการรอคอย เอาแต่ใจตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมด้านต่างๆ ดังนั้นจึงควรให้การช่วยเหลือ ดังนี้

1) การให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่เด็ก (Counseling and Psycho education) การสร้างสัมพันธภาพกับเด็ก โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ข้อจำกัดของตนเอง ผลของยาที่ได้รับและเข้าใจว่าปัญหาที่ตนมีนั้นไม่ได้เกิดจากการที่ตนเป็นคนไม่ดี จึงควรช่วยเหลือทางจิตบำบัดหรือให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขความรู้สึกลบมีมีต่อตนเอง การปรับสัมพันธภาพกับผู้อื่น และครอบครัว

2) การปรับพฤติกรรม โดยใช้การเสริมแรงบวก ซึ่งพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะตอบสนองต่อการเสริมแรงทางบวก ที่รวดเร็วได้ดี แต่เพิ่มปัญหาได้ง่าย เมื่อใช้การเสริมแรงทางลบ ควรเน้นการฝึกในเรื่องของการรักษาเวลา การใช้เงิน การรอคอย เป็นต้นการปรับพฤติกรรม หรือพฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) และการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ สำหรับเด็กและครอบครัว นั้น เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีประโยชน์ เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยพัฒนาความสามารถในการเข้าสังคม และความสามารถในการควบคุมตนเอง เป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจของเด็กให้พัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550) ซึ่งหลักในการปรับพฤติกรรม ต้องอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มุ่งเน้นการลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่เด็กโดยใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่การฝึกอบรมผู้ดูแลให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม การใช้เทคนิคการชม การให้รางวัล เป็นต้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2554) การฝึกสอนผู้ดูแลในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก (parent management training) โดยให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่มารดาในการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม (behavioral approaches) ด้วยการเสริมแรงที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550) ซึ่งผู้ดูแลควรมีทัศนคติที่เป็นบวก ยอมรับเข้าใจในอาการและข้อจำกัดต่างๆ ของเด็ก (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ดีและได้รับแรงเสริมทางบวกจากครู ทำให้เด็กมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์น้อยลง (เนตรทรายอยู่สวัสดิ์, 2552) จากการศึกษาประสิทธิผลการบำบัดทางจิตสังคมในเด็กสมาธิสั้นของ Daly, Creed, Xanthopoulos, และ Brown (2007) พบว่าเด็กวัยเรียนตอบสนองต่อการปรับพฤติกรรม เมื่อใช้วิธีการที่เหมาะสมทั้งที่บ้าน และในห้องเรียน

3) การทำกลุ่มบำบัด (Children group support) เน้นการให้ข้อมูลผ่านกลุ่มเพื่อน ให้เด็กมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และเข้าใจข้อจำกัดของตัวเอง พัฒนาทักษะทางกีฬา และการทำกิจกรรม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น

4) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill Training) เด็กโรคสมาธิสั้นมักขาดทักษะทางสังคม ทำให้มีปัญหาการอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ง่าย ควรได้รับการฝึกทักษะทางสังคมร่วมด้วย (วิ



นัตดาปิยะศิลป์, 2550) จะช่วยให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกมาและได้รับการแก้ไขผ่านประสบการณ์การเรียนรู้จากกลุ่มจากการฝึกหลายด้าน พบว่า การฝึกทักษะทางสังคมแบบรายบุคคล จะไม่ได้ผล เพราะเด็กสมาธิสั้นขาดทักษะในการสังเกตตนเอง การฝึกเป็นกลุ่มจะช่วยให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกมา และได้รับการแก้ไขผ่านขบวนการ modeling, practice, feedback และ Contingent reinforcement (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

5) การสอนเสริมทักษะ (Academic Skill Training) มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเรียน การฝึกทักษะด้านการเรียน โดยฝึกแบบ individual หรือ group ก็ได้โดยจะเน้นเรื่องการทำตามคำสั่ง การจัดระบบระเบียบ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การจดบันทึก และการเรียนที่มีประสิทธิภาพ

6) จิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) การทำจิตบำบัดเฉพาะบุคคลมีประโยชน์ในการรักษาอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ที่พบร่วมกับสมาธิสั้น และอาจใช้จิตบำบัดเฉพาะบุคคลเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการปรับตัวความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น

7) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Modification) เน้นการปรับพฤติกรรมโดยเน้นการใช้ positive reward ซึ่งการศึกษาด้าน neuropsychological measurement พบว่าเด็กกลุ่มนี้ จะตอบสนองต่อ positive reward ที่รวดเร็วได้ดี แต่จะเพิ่มปัญหาได้ง่าย เมื่อใช้ negative reward ควรเน้นการฝึกในเรื่องของการรักษาเวลา การใช้เงิน การรอคอย การสังเกตในรายละเอียด เป็นต้น

8) กิจกรรมบำบัดกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นในเบื้องต้น การทำกิจกรรมจะช่วยให้เด็กควบคุมตนเองได้ดีขึ้น ได้แก่ การบำบัดเพื่อลดภาวะไม่อยู่นิ่ง ช่วยเพิ่มสมาธิ สามารถทำกิจกรรมได้ดีขึ้นและช่วยเพิ่มทักษะการรับรู้ทางสายตา เป็นต้น (ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้น, 2553)

การช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่น ในกรณีเด็กมีภาวะ Learning disabilities (LD) ร่วมด้วย จำเป็นต้องออกไปรับรองความพิการเพื่อรักษาสิทธิในการรักษา และได้รับการ Individual education program จากโรงเรียน

สรุปได้ว่าการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นเด็กที่มีความผิดปกติทางสมอง มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว การพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นในการดูแลทั้งตัวเด็กและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข การบำบัดรักษา และการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจากพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่ผู้ดูแลประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามที่ตนไม่สามารถจัดการได้ จึงมีการศึกษาคิดค้นโปรแกรมที่ช่วยในการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก เพื่อช่วยเพิ่มความรู้และทักษะวิธีการต่างๆ แก่ผู้ปกครองให้สามารถจัดการกับปัญหา และเมื่อนำไปใช้กับเด็กของตนโดยเชื่อว่าจะสามารถลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กลง โดยมีการศึกษาโปรแกรมต่างๆ ดังนี้

1. โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สื่อการสอนและสาขาวิชาชีพปฏิบัติงานร่วมกันผ่านทางอินเทอร์เน็ต (internet) มี 29 วัตถุประสงค์ เพื่อติดต่อสื่อสารกับผู้ปกครองและให้การช่วยเหลือขณะผู้ดูแลพบสถานการณ์ที่ไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเสียง คือผู้ดูแลที่มีเด็กในความดูแลอายุตั้งแต่ 0-12 ปี 2) กลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ถูกทอดทิ้งและ 3) กลุ่มผู้ดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลที่ไม่ถูกต้องหรือผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม โดยในโปรแกรมประกอบด้วย การสอนเรื่องของปัญหาที่เร่งด่วนต้องรีบแก้ไข (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2549; วินัดดาปิยะศิลป์, 2554) ซึ่งการให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวให้เข้าใจธรรมชาติของโรคสมาธิสั้น รวมถึงการสอนทักษะและแนวทางการดูแลเด็ก โดยใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจนให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีการที่เหมาะสม เช่น การชม การให้รางวัล รวมทั้งการให้การช่วยเหลือด้านการเรียนแก่เด็ก(ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

2. โปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็ก สำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นยึดหลักพฤติกรรมบำบัด

2.1 เป็นการทดลองที่วัดความรู้ที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง 2กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ทำต่อเนื่องใช้เวลาทำกิจกรรมทุกวัน ครั้งละ 3 ชั่วโมง พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมฯ สามารถลดอาการเครียดได้โดยรวม แต่ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับเด็กไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังของผู้ดูแล(เทพสิรินทร์ มากบุญศรี, 2549)

2.2 ชุดโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองมือใหม่ (The New Forest Parent Training package: NFPP) เป็นคู่มือฝึกทักษะผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย การฝึกทักษะเฉพาะด้านรายบุคคลกับผู้บำบัด 8 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง โดยเน้นการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา 2)ความสัมพันธ์ของเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งการเลี้ยงดูเชิงบวก การใช้คำพูดและการเล่นส่งเสริมการพัฒนาตนเอง 3)การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม 4)การฝึกการควบคุม/วินัยเพื่อช่วยการปรับการควบคุมตนเองของเด็กลดอาการสมาธิสั้นในเด็กวัยก่อนเรียน และได้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อรักษาร่วมกับการใช้ยา (Delay et al., 2008)

2.3 ชุดโปรแกรมการฝึกอบรมอินคริดิเบิล เยียร์ส หรือโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กก้าวร้าวสำหรับเด็กอายุ 2-10 ปี (Incredible Years Training Series) เป็นโปรแกรมสำหรับพ่อแม่ครู และเด็กเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพทางอารมณ์และสังคมในเด็กระดับอนุบาลและประถม อายุตั้งแต่ 2-8 ปีที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ไม่เชื่อฟังมาก หรือเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาดังกล่าว ซึ่งโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ สำหรับพ่อแม่ครูและเด็กเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมเกร โดยใช้วิดีโอเทปเพื่อกระตุ้นให้มีการพูดคุยกัน และมีการแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกัน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2549) โดยโปรแกรมกลุ่มขั้นพื้นฐานใช้สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรมและ

สมาธิสั้นและชั้นสูงสำหรับการแก้ไขหรือบำบัดรักษาปัญหาพฤติกรรมเกร ในเด็กอายุ 2-10 ปีและเพิ่มทักษะทางสังคม รูปแบบเหมือนโปรแกรมโรงเรียนซึ่งการสอนทักษะขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 1) การสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกกับเด็กด้วยการเล่น โดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง 2) ส่งเสริมการชม การให้รางวัล และสิ่งกระตุ้นสำหรับพฤติกรรมที่เหมาะสม 3)แนะนำการใช้จำกัดและการให้ที่ชัดเจน4) วิจารณ์จัดการเด็กที่ไม่เชื่อฟัง/เด็กดื้อ โดยผู้ปกครองต้องเข้ากลุ่ม 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ส่วนการสอนทักษะขั้นสูงจะเพิ่มเติมจากขั้นพื้นฐานในสัปดาห์ที่ 10 ครอบคลุมการสื่อสารระหว่างบุคคล การจัดการความโกรธ และทักษะการแก้ไขปัญหา ซึ่งโปรแกรมนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนต่อการลดปัญหาด้านพฤติกรรมเกร(Jones et al., 2008)

3. โปรแกรมการฝึกอบรมการเสริมสร้างทักษะทางสังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นโปรแกรมการฝึกอบรมการเสริมสร้างทักษะทางสังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น เป็นโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อเด็ก เทคนิคการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กโปรแกรมเสริมสร้างทักษะทางสังคม ของ วริศรา จุ้ยคอนกลอย (2553) ประกอบด้วยแบบสำรวจทักษะทางสังคมที่เป็นปัญหา แผนการจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะทางสังคม และแบบประเมินทักษะทางสังคม ซึ่งหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างทักษะทางสังคมของนักเรียนที่มีสมาธิสั้นพบว่า เด็กมีทักษะทางสังคมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างทักษะทางสังคมในนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 1 ที่มีภาวะสมาธิสั้น

สรุปแนวทางการบำบัดรักษา และการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

1) โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีข้อดีคือ ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานร่วมกันสอนผ่านทางอินเทอร์เน็ต ผู้ดูแลสามารถติดต่อสื่อสารและขอการช่วยเหลือได้ง่าย สามารถลดอาการเครียดผู้ปกครองได้โดยรวม แต่ผลด้านความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา หรือผู้ดูแลกับเด็กไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแลข้อจำกัดคือ ต้องใช้งานผ่านอินเทอร์เน็ต ต้องมีอุปกรณ์สื่อสารได้ และต้องรอทีมสหวิชาชีพเข้ามาตอบคำถาม ส่วนผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดในด้านการศึกษาหรือการใช้เทคโนโลยี ไม่สามารถใช้งานโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้ (เทพสิรินทร์มากบุญศรี, 2549) 2) ชุดโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองมือใหม่ (NFPP) มีข้อดีคือฝึกทักษะผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ข้อจำกัดคือ เน้นเด็กวัยก่อนเรียนและเป็นการฝึกทักษะเฉพาะด้านรายบุคคลกับผู้บำบัดติดต่อกัน3) ชุดโปรแกรมการฝึกอบรมอินคริติเบิล เยียร์ส หรือโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กก้าวร้าวสำหรับเด็กอายุ 2-10 ปีมีข้อดีคือ มีโปรแกรมเฉพาะสำหรับพ่อ แม่ ครู และเด็ก ในการส่งเสริมประสิทธิภาพทางอารมณ์และสังคม ข้อจำกัดคือ เน้นเด็กระดับอนุบาลและประถมที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวคือ ไม่เชื่อฟังมาก หรือเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาดังกล่าวโดยใช้วิธีโอเทปเป็นสื่อผู้ปกครองต้องเข้ากลุ่ม 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์4) โปรแกรมการฝึกอบรมการ

เสริมสร้างทักษะทางสังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น (วริศรา จุ้ยดอนกลอย, 2553) มีข้อดีคือ เป็นโปรแกรมฝึกทักษะการปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ข้อจำกัดคือ ใช้เวลานาน เน้นการเสริมสร้างทักษะทางสังคม และการแสดงออกทางพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นในชั้นเรียน 5) โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2554) เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้ความช่วยเหลือผู้ปกครองในการดูแลเด็ก ให้ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือมุมมอง การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อตนเอง เด็ก และปัญหาที่เกิดขึ้นมีรูปแบบกิจกรรมชัดเจน มีการพัฒนาหลักการฝึกอบรมพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลของเด็กถึงวิธีการปรับพฤติกรรมเด็กอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง 6) โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก (Parent Management Training Program) เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้ความช่วยเหลือผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ใช้อยู่ในปัจจุบันพัฒนาขึ้นโดย ชาญวิทย์พรนภดล และคณะ (2554) โดยรวบรวมองค์ความรู้และประสบการณ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2554 โดยเน้นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือมุมมอง การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีต่อตนเอง เด็ก และปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมาจากทฤษฎี 3 ด้าน ได้แก่ 1) แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยให้ความสำคัญกับผู้ดูแลที่เข้าร่วมการฝึกอบรมเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของกลุ่ม ทำให้เกิดการพัฒนาคำความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ให้กว้างขวางออกไป เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ ความรู้จากการนำประสบการณ์และการเรียนรู้เดิมของผู้ดูแลที่เข้ารับการฝึกอบรมมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันด้วยการสะท้อนและแลกเปลี่ยนความคิดก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ จากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างกันและประสานให้เป็นความคิดรวบยอด และประยุกต์แนวคิดหรือการนำไปใช้โดยนำการเรียนรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง 2) แนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ที่เชื่อว่าการแสดงออกทางพฤติกรรมเกิดจากการวางเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งจากสิ่งเร้า จากเงื่อนไขผลกรรม และจากการผ่านตัวแบบ ซึ่งการเสริมแรงก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการเสริมสร้างและปรับพฤติกรรม โดยหากผู้แสดงพฤติกรรมพอใจในผลพฤติกรรมนั้นๆ จะมีผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกมามีเพิ่มขึ้น หรืออาจทำให้พฤติกรรมนั้นๆ ลดลงหากผู้ดูแลแสดงพฤติกรรมไม่พอใจในผลพฤติกรรมดังกล่าว 3) แนวคิดจากทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (group process) ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายอารมณ์ และสามารถระบายความทุกข์ มีการให้ การรับการแบ่งปัน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายแก่กันและกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจต่อตนเองและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต รวมทั้งแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยเน้นการปรับเปลี่ยนตนเองก่อนสามารถแบ่งปันความรู้เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นได้ โดยต่างส่งเสริมกำลังใจ เกื้อหนุน ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างจริงจัง จนเกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (cohesiveness) ทำให้

เกิดพลังกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิก ซึ่งได้บรรลุตามจุดมุ่งหมายของกลุ่มผู้ดูแลนี้โดยการนำทฤษฎีการเรียนรู้ที่ใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง พร้อมทั้งฝึกการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้มีมากขึ้น ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแนวคิดกระบวนการกลุ่ม มาเป็นกรอบแนวคิดในการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กโดยโปรแกรมการฝึกอบรม การปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ดูแลมีแผนการสอนทฤษฎีร่วมกับการปฏิบัติ มีกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2.5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 วัน รวม 7 สัปดาห์ ติดต่อกันไป และในแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ตามใบความรู้ของเนื้อหาครั้งนั้นๆ มีการฝึกปฏิบัติกรณีศึกษาตัวอย่างตามใบงาน และการฝึกปฏิบัติกับเด็กในความดูแลของตนเองที่บ้าน โดยให้การบ้านแก่ผู้ดูแลเด็กในแต่ละครั้งและเว้นระยะเวลาให้ผู้ดูแลนำกลับไปทดลองใช้เทคนิคต่างๆ ที่ได้เรียนรู้กับเด็กสมาธิสั้นในความดูแลของตนเอง เมื่อมีการเข้ากลุ่มครั้งต่อไปต้องส่งการบ้าน นำเสนอในกลุ่ม และให้กลุ่มช่วยกันหาคำตอบในประเด็นที่ไม่สามารถทำการบ้านได้ ทั้งนี้วิทยากรจะเป็นผู้สรุปสาระของการบ้านให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับฟังอีกครั้ง ซึ่งมีแผนการสอน ดังนี้ 1) ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก 2) เทคนิคในการสื่อสาร 3) การชม 4) การให้รางวัล 5) การลงโทษ 6) การใช้ระบบคะแนน และการใช้เบี้ยยรรถกร และ 7) การประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างร่วมกันผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของคะแนนประเมินการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง และพิจารณาจากคะแนนประเมินพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ดูแลที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของพฤติกรรมเด็กด้วยตนเอง ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจนครบทั้ง 7 กิจกรรม (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของ วรณี ริมวิทยากร และคณะ (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครองเด็กทั่วไปอายุระหว่าง 2-12 ปี จำนวน 40 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลเด็กดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณทอง และ แวสว่างวงศ์ (2012) ที่ได้ศึกษาติดตามการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็ก อายุ 2-15 ปีในเขตภาคเหนือของไทย พบว่า ช่วยเพิ่มทักษะการเลี้ยงดูและจัดการปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กได้ทั้งในเด็กปกติและเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาวกว่า 1 ปีขณะที่การศึกษาของชมัยพร จันทร์ศิริ (2553) ได้นำผลการศึกษาของวรณี ริมวิทยากรและคณะ (2551) ที่ใช้โปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครองของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ (2549) ไปใช้ได้ผลในผู้ดูแลกลุ่มเด็กปกติมาปรับปรุงในเรื่อง 1) ใช้โปรแกรมเฉพาะกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น 2) ระยะเวลาการเข้าอบรม เป็น 1-2 ชั่วโมง 3) มีวิทยากร 1 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย 4) ให้ความฝึกทักษะการบ้าน จำนวน 2 วัน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 วัน รวม 3 สัปดาห์ ติดต่อกันไป และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มารับ

บริการในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 10 ราย พบว่า สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม และอาการแสดงของโรคสมาธิสั้นในเด็กได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (ชมัยพรจันทร์ศิริ, 2553)

## 2.2 ความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยครอบครัวเป็นกระบวนการที่สำคัญและควรให้ความสนใจเพราะโรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องยาวนาน (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550) ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ทั้งบทบาทสมาชิกในครอบครัวและบทบาทผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นด้วย ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเอื้ออาหารต่อกัน (รุ่งวิภา เจริญราษฎร์, 2546)

สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา (2543) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตรเป็นหัวใจของการป้องกัน และรักษาความผิดปกติทางจิตเวช โดยเสนอว่าในการเติบโตของเด็กเพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกภาพสมบูรณ์นั้น เด็กจำเป็นต้องได้รับสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้เพียงพอ คือความรักความอบอุ่นความเข้าใจความมั่นคงทางจิตใจระเบียบวินัยความสำเร็จและเป็นที่ยอมรับของสังคม

ทั้งนี้เด็กสมาธิสั้น ก็ย่อมต้องการสิ่งเหล่านี้ทั้งสิ้น ดังนั้นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่หรือผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลเด็ก คือ การเลี้ยงดูเด็กให้มีความสุขทางจิตควบคู่ไปกับการมีความสุขทางกาย และการมีความสามารถอยู่ร่วมกับสังคมอย่างเหมาะสม โดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ ให้กำลังใจในเวลาที่ต้องการ และให้การอบรมสั่งสอนในทางที่ถูกต้องการป้องกัน หรือเฝ้าระวังการเกิดโรคหรือภาวะต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโต และการพัฒนาอย่างมีคุณภาพของเด็ก ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับวัย เช่น การพูดแทรก ไม่อดทนรอคอย (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2537)

สมจิต หนูเจริญกุล (2540) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลที่มีลักษณะในการสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่มีไข้การกระทำต่างๆไป แต่ควรมีการตอบสนองต่อผู้ป่วยโดยเอาใจใส่ในเรื่องสภาวะแวดล้อม การออกกำลังกาย การพักผ่อน โดยมีเป้าหมายของการดูแลสอดคล้องกับผลต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

สนธยา มณีรัตน์ (2550) ที่ศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ภายใต้นแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) ที่เป็นความสามารถที่เกิดจากผู้ดูแลกระทำอย่างจริงจัง และมีเป้าหมาย เกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ดูแลจะมีระดับความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ดีเพียงไรนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานต่างๆ โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และของเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ ในการสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล และ

แบบแผนการดูแลรักษาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับ รวมถึงระบบการช่วยเหลือในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้นโดยเฉพาะด้านการจัดการพฤติกรรม การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ การฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเอง และทักษะสังคม และการส่งเสริมการเรียนรู้ โดยกล่าวว่ารระดับความสามารถในการดูแลของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานต่างๆ โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และของเด็กสมาธิสั้น รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ อันได้แก่ ระบบครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งระบบสังคมและวัฒนธรรม โดยปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นเงื่อนไขในการสนับสนุน หรือขัดขวางความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่มีข้อแตกต่างที่สำคัญ คือความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น เพื่อที่จะทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กสมาธิสั้นและจะเห็นได้ว่าความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นความสามารถที่ซับซ้อน เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากวุฒิภาวะของเด็กยังไม่เจริญเต็มที่ ประกอบกับภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพจึงต้องพึ่งพาและได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นทั้ง 3 ด้านโดยครอบคลุมกิจกรรมการดูแลหลัก 6 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่อง 2) การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายในชีวิตประจำวัน 3) การส่งเสริมการเรียนรู้ 4) การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ 5) ด้านการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะสังคม และ 6) ด้านการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้เมื่อเด็กโตขึ้น อย่างไรก็ตามความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพายังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของผู้ให้การดูแลเด็ก นั่นก็คือผู้ดูแลในครอบครัวอีกด้วย

### 2.3 การประเมินความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

มีนักวิจัยสร้างเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา คือการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่มีความเชื่อถือและเชื่อมั่นได้จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นการวัดพลังความสามารถเชิงปฏิบัติการจะสะท้อนให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าการวัดพลังความสามารถเพราะหากบุคคลมีพลังความสามารถแต่ไม่สามารถนำพลังความสามารถนั้นออกมาใช้ก็ไม่สามารถทำนายการปฏิบัติได้เพราะฉะนั้น การวัดความสามารถในเชิงปฏิบัติการจะบ่งบอกถึงการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาได้ชัดเจนกว่า และยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถอีกด้วย (Hanucharumkul, 1986; Weaver, 1987 อ้างถึงใน แก้วตา มีศรี, 2554)

สนธยา มณีรัตน์ (2550) ได้ทำแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นด้วยแบบวัดประเภทมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) อาศัยแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของ Orem (2001) โดยแบบวัดครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ

กิจกรรมในการวางแผน การลงมือกระทำ การติดตามผล และการประเมินผลการกระทำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น 6 ด้านเป็นหลักคือ 1) การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ 2) การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายในชีวิตประจำวัน 3) การฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะทางสังคม 4) การส่งเสริมการเรียนรู้ 5) การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่อง และ 6) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม ได้ค่าความเที่ยงของข้อคำถามโดยรวม เท่ากับ .97 และค่าความเที่ยงของข้อคำถามรายด้านอยู่ระหว่าง .75-.88

อภิชาติ วังตระกูล (2550) ได้ทำการวัดพฤติกรรมอบรมเลี้ยงดูบุตรออทิสติก แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือมิติแรกแบ่งเป็น 3 ด้านคือ 1) การดูแลสุขภาพโดยทั่วไปของบุตรออทิสติก (Universal Care Requisites) 2) การดูแลที่จำเป็นต่อพัฒนาการของบุตร (Development Care Requisites) ซึ่งแบ่งออกมาเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 2.1) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2.2) การสื่อความหมายและ 2.3) พฤติกรรมเด็กออทิสติก และ 3) การฝึกให้บุตรดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self - requisites) มิติที่สองพฤติกรรมการเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน หมายถึง การที่มารดารายงานว่าตนในการปฏิบัติต่อบุตร ด้วยการแสดงความรักใคร่เอาใจใส่สนใจทุกข์สุขของบุตรมากเพียงใด มีความใกล้ชิดกับบุตร โดยได้กระทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับบุตรมากน้อยเพียงไร ตลอดถึงการรายงานเกี่ยวข้อกับความสนิทสนม การสนับสนุนช่วยเหลือและการให้ความสำคัญแก่บุตรแบบวัดทั้ง 2 มิตินี้ประกอบด้วย ประโยคบอกเล่า 26 ประโยคพิสัยคะแนนของแบบวัดนี้ อยู่ระหว่าง 26 – 156 คะแนนแต่ละประโยคมีมาตรวัด 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” เมื่อทำแบบวัดไปทดลองใช้กับมารดา 50 คน ในวิจัยนี้ได้พิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 36 ถึง 109 แบบวัดมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item Total Correlation) อยู่ระหว่าง .23 - .56 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .84

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สนธยา มณีรัตน์ (2550) ที่สร้างตามแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem (2001) เนื่องจากแบบประเมินชุดนี้สามารถประเมินความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ครอบคลุมทุกด้านประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative operation) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional operation) และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (Productive operation) โดย สนธยา มณีรัตน์ (2550) ศึกษาเฉพาะความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ซึ่งเป็นความสามารถขั้นสุดท้ายที่พัฒนามาจาก Orem (2001) ระบุว่าพัฒนาจากความสามารถในการคาดการณ์ และการปรับเปลี่ยนดังนั้นความสามารถในการลงมือปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จึงหมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น ในด้านการวางแผน โดยการเตรียมตัวเอง วัตถุ สิ่งของ หรือสิ่งแวดล้อม การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง การติดตาม และการประเมินผลการปฏิบัติว่าบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อการปรับเปลี่ยนแก้ไข และยึดเป็นแนวปฏิบัติต่อไป ดังนั้น ระดับ



ความสามารถด้านการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ซึ่งครอบคลุมขั้นตอนของการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตาม และการประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น

หากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการกับความเครียด เมื่อมีการประเมินตัดสินใหม่ ผู้ดูแลอาจประเมินตัดสินว่ายังมีความเครียดที่ส่งผลเสียและคุกคามกับตนเอง และเกินกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เนื่องจากไม่มีแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมในการจัดการกับความเครียดนั้นๆ ในการจัดการกับความต้องการของบุคคลจะมีการใช้พฤติกรรมจัดการความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ควบคู่กันไปในเหตุการณ์หนึ่งๆ ซึ่งการใช้วิธีใดมากกว่ากันขึ้นอยู่กับความแตกต่างของเหตุการณ์และความแตกต่างของบุคคลในการประเมินเหตุการณ์นั้น (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งการจัดการกับความเครียดที่เรื้อรังและยาวนาน จะทำให้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆลดลง และลดทอนพลังความสามารถในตนเองของผู้ดูแล การเพิ่มพลังความสามารถ และการค้นหาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกให้กับผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจ และลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ หรือเพิ่มความพยายามในการดูแล ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดความมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุต่างๆ (Orem, 2001) จะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถประเมินเหตุการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิว่าเป็นสิ่งที่ทำร้าย และสามารถเผชิญปัญหาการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด

#### 3.1 ความหมายของความเครียด

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการแสดงออกที่เน้นปฏิกิริยาโต้ตอบของร่างกาย โดยใช้คำนิยามว่า เป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาการตอบสนองอย่างไม่เฉพาะเจาะจงต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นที่มาคุกคาม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม เพื่อต่อต้านกับสิ่งคุกคามที่ทำให้ร่างกาย และจิตใจขาดความสมดุลจะแสดงออกมาให้เห็นในด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

Lazarus & Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดในฐานะนักจิตวิทยาที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ว่าความเครียดเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยเกิดจากกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลนั้น (Cognitive appraisal) ว่าเป็นสัมพันธ์นั้นจะเป็นโทษหรือมีผลเสียต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ เมื่อบุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตน บุคคลจะดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หากเกินกำลังความสามารถของแหล่งประโยชน์ เรียกว่าภาวะนี้ว่า ความเครียด

สรุปได้ว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรือค่อยเป็นค่อยไป เป็นสิ่งที่คุกคามหรือทำลายบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังเป็นการตอบสนองของร่างกายที่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ การประเมินความคิด และประสบการณ์ที่แตกต่างกันไปของแต่ละบุคคลว่าจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่มองความเครียดว่าเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจว่าเป็นความเครียดหรือไม่ของแต่ละบุคคลต้องผ่านกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา ว่า ปฏิสัมพันธ์นั้นเกินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และรู้สึกว่าคุณคาม หรือเป็นอันตรายต่อตนเองอย่างไร ซึ่งแต่ละบุคคลจะประเมินสถานการณ์นั้นว่าก่อให้เกิดความเสียหาย คุกคาม ทำลาย ในขณะเดียวกันบุคคลก็จะประเมินศักยภาพของตนเองและแหล่งประโยชน์นั้นว่าสามารถจัดการความเครียดได้หรือไม่

**3.2 ปัจจัยของความเครียดของผู้ดูแล (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546; รุจา ภูไพบูลย์, 2537; Subgranon & Lund, 2000)**

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลนั้นมีสาเหตุหลากหลายประการ ดังนี้

1) มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การที่ครอบครัวหนึ่งต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู่ในภาวะต้องพึ่งพาผู้อื่นนั้น ทั้งผู้ดูแลและ/หรือสมาชิกในครอบครัว ต้องถูกแบ่งเวลาทั้งโดยตรงและโดยอ้อม กล่าวคือ ผู้ดูแลจำเป็นต้องแบ่งเวลาส่วนหนึ่งมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแทนที่จะเป็นเวลาของตนเองทั้งหมด และถ้าผู้ดูแลคนนั้นมีครอบครัวของตัวเองจะทำให้เวลาที่เคยให้ครอบครัวถูกลดทอนลงไป อาจต้องปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร ที่เคยพร้อมหน้าทั้งครอบครัว อาจทำไม่ได้เพราะต้องอยู่กับผู้ป่วย มีผลทำให้สมาชิกคนอื่นๆ ได้รับความสนใจน้อยลง สิ่งเหล่านี้ ล้วนรบกวนต่อวิถีชีวิตและการปฏิบัติกิจวัตรทั้งของผู้ดูแลและครอบครัว

2) ผู้ดูแลขาดความเข้าใจและมั่นใจในการดูแล ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากขาดความรู้ที่พอที่จะบอกได้ว่าควรหรือไม่ควรทำอะไรให้ผู้ป่วย สิ่งไหนทำไปแล้วจะก่อให้เกิดผลเสียหรืออันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ความรู้สึกไม่แน่ใจนี้เป็นสาเหตุสำคัญของความเครียด ทำให้ผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจ ไม่รู้ว่าควรจะทำอย่างไร หากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลที่เป็นความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นสิ่งยากลำบากในการปฏิบัติ ความเครียดยิ่งเกิดมากขึ้น

3) ปริมาณงานมากไป เกิดจากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น ทำหน้าที่แม่ดูแลลูก และหน้าที่ภรรยาในเวลาเดียวกัน บางครั้งความต้องการของสมาชิกแต่ละคนไม่สอดคล้องกัน เพื่อพยายามสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด

4) สุขภาพของผู้ดูแลไม่ดี บางกรณี พบว่า ผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดี แต่ต้องรับภาระในการดูแล

ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัว ด้วยเหตุผลความจำเป็นหลายประการที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้เพียงพอ ความเจ็บป่วยก็ยังคงมีอยู่ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียด

5) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังล้วนทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ถ้าครอบครัวนั้นไม่มีเงินออมไว้ใช้เวลาเจ็บป่วย ย่อมมีผลกระทบต่อรายจ่ายในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดได้ เช่นเดียวกัน

### 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การจัดการกับความเครียดคือพฤติกรรมที่จัดกระทำเพื่อควบคุมความเครียดเป็นการเผชิญหรือการจัดการต่อความเครียด (Coping) พฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการกับความเครียด เป็นความพยายามที่เป็นทั้งการกระทำที่เห็นชัดเจนและการกระทำที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจ เพื่อที่จะจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อมกับความต้องการภายในตน และจัดการกับความขัดแย้งของสิ่งเหล่านั้นซึ่งต้องใช้พลังและทรัพยากรมากมาย หรือเป็นกลไกที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจ เมื่อถูกรบกวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละพฤติกรรมจะประกอบด้วย การสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้บุคคลควบคุมความเครียดได้ รวมทั้ง ขบวนการทางจิตที่เสริมสร้างความสำเร็จในการปรับตัวต่อภาวะเครียด

Ignatavicius and Bayne (1991) อ้างถึงในสุตารัตน์หนูหอม (2544) ให้ความหมายการจัดการกับความเครียดว่าเป็นพฤติกรรมหรือความคิดที่บุคคลใช้เพื่อควบคุมสาเหตุของความเครียดหรือควบคุมความรู้สึกเครียด บุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต ถ้ากลวิธีนี้ใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จ บุคคลจะคัดเลือกวิธีอื่นต่อไป

จากความหมายของการจัดการกับความเครียดทั้งหมดที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่า การจัดการกับความเครียด หมายถึง การที่บุคคลทำให้ความเครียดลดลงหรือจัดให้หมดไปเพื่อป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเครียดโดยบุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีตถ้าวิธีนี้ใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จบุคคลจะเลือกวิธีอื่นต่อไป

### 3.4 กระบวนการจัดการกับความเครียด

กระบวนการจัดการกับความเครียดเป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาสมดุลระหว่างสิ่งกระตุ้นความเครียดกับความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งนั้น และเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยระยะเวลาในตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด โดยลาซาร์สเสนอว่ากระบวนการจัดการกับความเครียด ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (สุदारัตน์ หนูหอม, 2544)

#### ขั้นตอนที่ 1 การถูกคุกคามจากสิ่งกระตุ้นความเครียด

เมื่อบุคคลแปลความหมายสิ่งกระตุ้น (Stimuli) ว่าเป็นอันตรายหรือมาคุกคามต่อดุลยภาพทางจิตใจ บุคคลจะใช้ความพยายามที่จะขจัดหรือบรรเทาความรู้สึกกดดันเหล่านั้นให้หมดไป แต่โดยธรรมชาติแล้วความกดดันที่เกิดขึ้น จะทำให้ความสมดุลระหว่างความกดดันกับความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับความกดดันซึ่งเคยมีอยู่เดิมเสียไปด้วย ดังนั้นบุคคลจึงรับรู้ และแปลความหมายสิ่งกระตุ้นนั้นว่าทำให้เกิดความรู้สึกกดดันไม่สบายใจและสูญเสียภาวะสมดุลของตนในที่สุด

#### ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสิ่งกระตุ้น

การประเมินสิ่งกระตุ้นที่คุกคามภาวะสมดุลของบุคคลเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้และสติปัญญาภายใต้ทฤษฎีการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นในเรื่องของกระบวนการ (process oriented) ภายใต้สมมติฐานว่า 1) บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา 2) ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปในลักษณะของการโต้ตอบซึ่งกันและกันภายใต้ทฤษฎีการประเมินทางความคิดนั้น ความหมายของเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าความเครียด ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินทางความคิด กล่าวโดยง่ายคือสิ่งเร้าจะมีความหมายอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับ การรับรู้ หรือการตีความของบุคคลโดยผ่านกระบวนการทางความคิด (cognitive process) ผลของการประเมินจะนำไปสู่การตอบสนองที่แตกต่างกัน

#### การประเมินสภาพการณ์หรือสิ่งเร้าความเครียด มี 3 ขั้นตอน คือ

1) การประเมินขั้นแรกเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆบุคคลจะประเมินในขั้นแรกว่า เหตุการณ์นั้นมีผลทางบวกทางลบหรือไม่มีผลต่อตนเอง ถ้าเหตุการณ์นั้นถูกประเมินว่าเป็นผลดีหรือไม่มีผลต่อตนเองแล้ว ผลการประเมินจะแสดงออกในทางที่ดี หรือในเชิงบวก ในทางตรงกันข้าม เมื่อประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลในเชิงลบต่อตนเอง หรือการประเมินที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressful appraisal) ผลของการประเมินดังกล่าว สามารถก่อให้เกิดผลในเชิงลบต่อบุคคลได้ โดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย

#### ลักษณะของการประเมินในเชิงลบ มี 3 ลักษณะ

(1) ลักษณะที่เป็นอันตรายหรือต้องสูญเสีย ได้แก่ ความเสียหายที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การสูญเสียอวัยวะ การสูญเสียความสัมพันธ์กับคนรัก การเจ็บป่วยทั้งชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง

(2) ลักษณะที่คุกคามเป็นการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นจะก่อให้เกิดการสูญเสีย หรือความเสียหายแน่นอน

(3) ลักษณะที่ทำหายเป็นอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นภายใน แต่บุคคลคาดการณ์ว่าสามารถจะจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ กล่าวคือเมื่อบุคคลเผชิญต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การประเมินขั้นแรก คือการประเมินว่าเหตุการณ์นั้น เป็นการสูญเสียหรือทำให้เกิดความกลัวว่าจะสูญเสีย การประเมินทั้งสองลักษณะนี้ให้ผลในเชิงลบทางอารมณ์ ทำให้มีอาการโกรธ ขุ่นเคือง หวาดกลัวเช่นเดียวกับการประเมินในเชิงทำลาย ที่แม้จะเตรียมจัดการกับปัญหานั้น แต่ความตื่นเต้น และความหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้เช่นกัน ตรงกันข้ามกับการประเมินในเชิงบวกที่ทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ตรงจุด และเลือกใช้พฤติกรรมจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมอันนำมาซึ่งการปรับตัวได้ในที่สุด

2) การประเมินขั้นที่สอง หมายถึง การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือกของตน เพื่อจำกัดอันตรายจากสิ่งที่ตนรับรู้ว่าเป็นอันตรายแก่ตนเอง และเป็นการประเมินสถานการณ์ใหม่ เพื่อทบทวนดูว่าการประเมินสถานการณ์ขั้นแรกนั้นถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งประเมินว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในการประเมินขั้นแรก มีประสิทธิภาพหรือไม่ โดยการประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือกของตนเองนี้ เป็นการนำทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกมาเอื้ออำนวยให้ตนเอง ในการกำจัดและสรรหาการกระทำที่เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดให้ตนเอง แต่ถ้าบุคคลมีปัจจัยดังกล่าวไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดผลทางลบ เกิดความเครียด หมดหวัง ท้อแท้ หรือซึมเศร้าขึ้น อารมณ์ดังกล่าว มีผลต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม

3) การประเมินซ้ำ หลังจากบุคคลได้แสดงความพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรม และทางความคิดออกมาแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำ เพื่อพิจารณาอันตรายที่ตนรับรู้ว่ามีอยู่ในระดับใดมากขึ้น หรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้อาจถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ครั้งแรกใหม่ก็ได้ เพราะผลจากการประเมินซ้ำนี้บุคคลจะทราบว่ายังมีสิ่งเร้าความเครียดอยู่หรือไม่ ควรเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดจึงจะเหมาะสม และสามารถกำจัดภาวะเครียดไปได้

ดังที่กล่าวมา ทำให้เห็นได้ว่าการประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียด เป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการประเมินความเครียด เพราะถ้าผลการประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดออกมาในลักษณะใด ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในทิศทางนั้นด้วย กล่าวคือ การประเมินสถานการณ์ว่ารุนแรงเกินความสามารถที่ตนจะแก้ไข หรือไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จะทำให้บุคคลเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งควบคุมอารมณ์มากกว่าที่จะเผชิญความเครียดแบบแก้ไขตาม

ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการประเมินสถานการณ์ในลักษณะดังกล่าว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม นั่นคือความล้มเหลวของการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุล

ขั้นตอนที่ 3 การทำนายหรือคาดการณ์ต่อผลที่จะได้รับจากสิ่งกระตุ้นความเครียด

เมื่อบุคคลประเมินสิ่งกระตุ้นที่ได้รับ และแปลผลว่าสิ่งกระตุ้นนั้นคุกคามต่อภาวะสมดุลการประเมินในลักษณะดังกล่าว เป็นการประเมินที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด (Stressful appraisal) ขณะที่บุคคลคาดการณ์หรือทำนายต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดนั้น บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม เกิดขึ้นด้วย กล่าวคือ ภายหลังจากประเมินขั้นแรก ปฏิกิริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์ จะเป็นแบบทั่วๆไป เมื่อเวลาผ่านไป บุคคลได้พิจารณาสถานการณ์และได้ประเมินสถานการณ์ครั้งที่สอง ปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดทางอารมณ์จะเปลี่ยนไปเป็นแบบที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น หรือการยอมรับต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ปฏิกิริยาโต้ตอบความเครียดทางอารมณ์นั้นมีความสัมพันธ์กับการประเมินสิ่งกระตุ้นความเครียดอย่างมากกล่าวคือ อารมณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลจะสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิต และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิตแบบชดเชย และมีความสัมพันธ์กับการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการควบคุมอารมณ์ที่เป็นทุกข์มากกว่าที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดด้วยเหตุผลอย่างจริงจัง ส่วนปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดทางร่างกายจะเกิดขึ้นพร้อมกับปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ และมีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาทางอารมณ์ด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบุคคลแต่ละคนนั้นเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ และต่อเนื่องตลอดเวลา ลักษณะของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้ย่อมสามารถทำนายถึงผลลัพธ์ว่าบุคคลจะสามารถปรับตัวได้หรือไม่เช่นกัน

ขั้นตอนที่ 4 พฤติกรรมการเผชิญความเครียด

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นตัวเชื่อมระหว่างสิ่งกระตุ้นความเครียดกับการปรับตัวได้ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย พฤติกรรมที่มีอิทธิพลมาจากการใช้สติปัญญาไตร่ตรองปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดทางอารมณ์และปฏิกิริยาตอบสนองความเครียดทางร่างกาย ทั้งสามองค์ประกอบมีปฏิสัมพันธ์กัน จึงได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียด พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเป็นผลมาจากการใช้สติปัญญาการประเมินสถานการณ์ การใช้สติปัญญาประเมินแหล่งประโยชน์ และการประเมินวิถีทางที่จะจัดการกับสิ่งเร้าความเครียดนั้นๆ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดจะเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ และมีเป้าหมายในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆอย่างต่อเนื่อง โดยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมีเป้าหมาย 2 ประการคือ 1) เพื่อขจัดสิ่งเร้าความเครียดให้หมดสภาพเป็นสิ่งที่กระตุ้นทำให้เกิดภาวะเครียดโดยมีเป้าหมายที่สาเหตุของการเกิดภาวะเครียดเป็นหลัก 2) เพื่อรักษาความมั่นคงของตนเองไว้ ด้วยการพยายามควบคุมปฏิกิริยา

ทางด้านร่างกายและอารมณ์ไว้ โดยไม่จัดการกับสาเหตุของความเครียดโดยตรงแต่มุ่งเป้าหมายไปที่  
อารมณ์ที่เป็นทุกข์ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดเป็นหลัก

#### ขั้นตอนที่ 5 การปรับตัวได้

การปรับตัวได้ คือผลลัพธ์ของความพยายามที่จะรักษาคุณภาพของตนเองไว้ บุคคลที่ใช้  
พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จะสามารถสร้างความสมดุลระหว่างแรงกดดันจากสิ่งเร้า  
ความเครียดกับความสามารถในการจัดการกับแรงกดดันนั้นได้ และเมื่อกระบวนการเผชิญ  
ความเครียดดำเนินวนเวียนไปเรื่อยๆ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม จะสามารถจัดสิ่ง  
ที่คุกคามออกไปและนำบุคคลกลับเข้าสู่สมดุลเดิมในที่สุด ในทางตรงข้ามพฤติกรรมการเผชิญ  
ความเครียดที่ไม่เหมาะสมจะทำให้บุคคลไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ มีผลทำให้บุคคลเข้า  
สู่ภาวะวิกฤตในที่สุด

Lazarus & Folkman (1984) มองผลของการประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดต่อ  
ผลลัพธ์ของการปรับตัว (adaptation outcomes) ใน 3 ด้าน คือ

1) ผลทางด้านสังคม (Social functioning) เป็นผลของการปรับตัวต่อความเครียด ซึ่งเกิด  
จากการตอบสนองตามบทบาทหน้าที่ของตน การคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม เช่น  
บทบาทพ่อ-แม่ ผลของการปรับตัวด้านสังคม ได้แก่ การมีทักษะที่จำเป็นสำหรับการรักษาบทบาท  
หน้าที่ของตนไว้ได้ เป็นต้น

2) ผลทางด้านจิตใจ (morale) ขวัญและกำลังใจเป็นผลที่เกิดขึ้นระยะยาว คือความพึงพอใจ  
ในการกระทำของตนเองและบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการ  
เผชิญความเครียดและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับ  
สถานการณ์ และบุคคลที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มักมีขวัญกำลังใจในการจัดการกับ  
สถานการณ์ดีกว่าการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์

3) ภาวะสุขภาพ การประเมินตัดสินและการเผชิญความเครียดที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ หาก  
บุคคลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี แต่ถ้การเผชิญ  
ความเครียดไม่มีประสิทธิภาพก็จะทำให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อ  
ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ได้

ซึ่งผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการความเครียดฯ นี้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง และ  
ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการที่ผู้ดูแล  
สามารถทำบทบาทในฐานะผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้น  
แล้วยังส่งผลต่อตัวผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมอีกด้วย

### 3.5 รูปแบบการจัดการกับความเครียด

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีภาวะเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะมีความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรม เพื่อจัดการกับสิ่งที่เป็อันตรายหรือสิ่งที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตน เรียกพฤติกรรมนี้ว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียด ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) **พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น (Problem - Focused behavior)** เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และวิเคราะห์หาหนทางในการแก้ไข หรือเพิ่มความสามารถของตนในการแก้ไขที่จะเผชิญกับปัญหานั้น การยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การพยายามคิดหาวิธีแก้ปัญหาในหลายๆทาง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นในการแก้ปัญหา เป็นต้น

2) **พฤติกรรมเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขที่อารมณ์ (Emotional - Focused Behavior)** เป็นพฤติกรรมที่บุคคลนำกลไกทางจิตเข้ามาช่วยจัดการหรือบรรเทาภาวะเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาสสมดุลของจิตใจไว้พฤติกรรมนั้น ได้แก่ การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การเพ้อฝัน การนั่งสมาธิ การดื่มสุรา การใช้ยานอนหลับ การแยกตนเอง การรับฟังแต่เรื่องที่ดี การโยนความผิดให้ผู้อื่น การแสดงอาการโกรธ เป็นต้น

### 3.6 ผลกระทบของการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ที่บ้าน ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามและเสียสละเวลาในการทำงาน จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดหลังจากการให้การดูแลเด็กสมาธิสั้น (ดลฤดี แดงน้ำคู้, 2549) และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลายประการสรุปได้ดังนี้

1) ผลต่อร่างกาย จากภาระหน้าที่ในการดูแล และใช้เวลามากขึ้นในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาในการพักผ่อนลดลง ทำให้มีอาการทางด้านร่างกาย เช่นปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เหนื่อยล้ากับการดูแล (ดลฤดี แดงน้ำคู้, 2549)

2) ผลต่ออารมณ์และจิตใจ จากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเหน็ดเหนื่อย วิตกกังวล เครียด โกรธ และผิดหวังมากกว่าปกติ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแล รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถในการดูแล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 68.8 มีความเครียดในการดูแลเด็กในระดับรุนแรง ซึ่งมักเกิดจากปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งที่แสดงออกตลอดเวลา ทั้งที่บ้านหรือโรงเรียน (ดลฤดี แดงน้ำคู้, 2549) ซึ่งปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงของเด็กสมาธิสั้นนั้น ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด และขาดความสงบสุขมากขึ้น ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ การกล่าวโทษตัวเอง และการแยกตัวออกจากสังคม เกิดความขัดแย้งกันในการเลี้ยงดูเด็ก ส่งผลให้



เกิดการหย่าร้างของพ่อแม่ได้ (Faraone, 2011) และพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมเกเร มีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีพฤติกรรมเกเรและยังมีผลทำให้การทำหน้าที่ของผู้ดูแลลดลง (Tung et al., 2012) ความวิตกกังวลจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นส่งผลต่อการดูแลของผู้ปกครองโดยจากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่ส่งผลต่อผู้ปกครองพบว่าร้อยละ 65-80 ของผู้ปกครองมีความยากลำบากในการสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นเมื่อเด็กโตขึ้นอาจมีปัญหาด้านอารมณ์ความวิตกกังวลและปัญหาติดสารเสพติดขึ้นได้ (Nijmeijer et al., 2008) และความวิตกกังวลที่เกิดจากความเป็นห่วงกังวลเรื่องลูกอยู่ตลอดเวลา มักแสดงออกมาด้วยการบ่นดักเตือน เนื่องจากเด็กอยู่ไม่นิ่งไม่รู้จักระมัดระวังถึงความปลอดภัยของตนเองอันเป็นปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจที่พบมากที่สุดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้น, 2553) ภาวะซึมเศร้า เกิดจากการดูแลบุตรหลานของตนที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นโดยมีปัญหามาตรฐานที่ไม่เหมาะสม และแสดงต่อผู้อื่นส่งผลให้ผู้ปกครองได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด (ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้น, 2553) ซึ่งหากความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการแก้ไขหรือบำบัดรักษาที่เหมาะสมปัญหาต่างๆยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (อุมาพรตรังคสมบัติ, 2549)

3) ผลกระทบต่อครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เกิดการกล่าวโทษกันว่าเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยของเด็ก เกิดความขัดแย้งในการเลี้ยงดู หรือการผลัดภาระในการดูแลไปให้อีกฝ่ายรับผิดชอบทั้งหมด (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) ความไม่เข้าใจในปัญหาของเด็ก จึงมีผลกระทบต่อการเลี้ยงดูที่ผู้ดูแลเข้าใจว่าเด็กดื้อต่อต้าน จึงตำหนิ ลงโทษรุนแรงส่งผลให้เด็กมีปัญหาทางอารมณ์ที่ต่อต้านและก้าวร้าวต่อผู้ดูแลมากขึ้น เกิดความเครียดภายในครอบครัว เพราะปัญหาการเรียน ปัญหาพฤติกรรมที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจ และไม่สามารถจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจจนถึงการเกิดการหย่าร้าง หรือการทำร้ายร่างกายเด็กอย่างรุนแรงได้ ความคาดหวังของครอบครัว ในเรื่องของการเรียนที่สูงของผู้ดูแล อาจทำให้เกิดความผิดหวัง และเพิ่มความเครียดกับผู้ดูแลเมื่อเด็กไม่เป็นดังที่ผู้ดูแลหวังไว้ (สถาบันสุขภาพจิตและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2546)

4) ผลต่อเศรษฐกิจ ในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษา (มาศมณี วีระวงศ์, 2546)

5) ผลกระทบต่อสังคม จากปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กสมาธิสั้นส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมักถูกตำหนิ หรือลงโทษจากคนรอบข้างอยู่เสมอ หากเด็กไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เด็กจะเกิดความรู้สึก คับข้องใจ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อต้าน กระทำผิดกฎหมาย เช่น ใช้จ่ายเสพติด ลักขโมย เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาในสังคมต่อไป (Barkley, 2014) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลเด็ก (ณัฐวรรณ กิตเวช, 2550)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การดูแลเด็กสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ และหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขในเรื่องการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงการละเลยที่จะดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีความเครียดไม่สามารถให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งหากผู้ดูแลมีทัศนคติด้านลบและความหวังต่อความเจ็บป่วยของเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง และทำให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการรุนแรงของโรครุนแรงขึ้น ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมที่สร้างผลกระทบตามมา ดังนั้นหากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการเผชิญความเครียด เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดี และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้

ผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น หนึ่งในปัจจัยนั้นคือ ความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลเด็ก รวมถึงบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากเกินไป และจากการจัดการกับพฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาต่างๆของเด็กที่ยุ่งยาก ซึ่งพบว่าการที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่เพียงพอ และการขาดทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของตัวเอง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่มีประสิทธิภาพไปด้วย โดยพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดตามแนวคิดของ (Lazarus & Folkman (1984) ที่มุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีการประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งที่ทำลาย และควบคุมได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเผชิญความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นในชีวิตประจำวัน โดยผ่านการเรียนรู้ และฝึกทักษะ ทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นลดความเครียดลงและส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลดีขึ้นตามมา

#### 4. สุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation)

##### 4.1 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation)

คำว่า Psychoeducation พบตั้งแต่ปี ค.ศ. 1911 และพบคำว่า “The Psychoeducationclinic” หนังสือที่เขียนโดย “ Brian E. Tommlinson (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2552) จนกระทั่ง ปี ค.ศ. 1980 Anderson ทำการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย Schizophrenia ในการให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับอาการ และการดำเนินของโรคจิตเภท ให้ความรู้การจัดการกับความเครียด ทำให้ได้เรียนรู้ทักษะการจัดการอารมณ์ และทักษะทางสังคม เป็นจุดเริ่มต้นของรูปแบบสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ที่ใช้ในปัจจุบัน ซึ่งประกอบหลายแนวคิดด้วยกัน คือ

1) แนวคิดของฟอลลอนและคณะ (falloon et al., 1985) เป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้ทางด้านจิตสังคม เน้นการลดความเครียดในครอบครัว โดยสอนผู้ป่วยและครอบครัวให้มีวิธีการจัดการกับความเครียด โดยให้บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นทักษะการแก้ปัญหา และการติดต่อสื่อสาร โดยโปรแกรมนี้สร้างขึ้นเพื่อให้ครอบครัวมีทักษะการสื่อสาร และการจัดการกับปัญหา

2) แนวคิดของวิลเลียม (Williams, 1989) เป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วย และครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สาเหตุและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียด และการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้

การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ศึกษาเฉพาะเรื่อง ที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ญาติ หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางจิตใจ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอย่างชัดเจนด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษายังหมายถึงการสอนและการให้ข้อมูลข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับประเด็นที่เป็นปัญหาเพื่อนำไปสู่การจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงวิธีการรักษา วิธีการสังเกตอาการ การกลับเป็นซ้ำ เพื่อสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้กลวิธีที่จะรับมือกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง และผลกระทบที่จะตามมา

การให้สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การรักษา แต่เป็นส่วนหนึ่งที่เป็นของแผนการรักษาโรคทางจิตเวช ยกตัวอย่างเช่น การให้ความรู้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่ ทั้งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่จะนำไปสู่การที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวางแผนกลวิธีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

#### 4.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา(Williams, 1989)

1) การสอนแบบรายบุคคลให้ความรู้เป็นรายบุคคล ขณะอยู่โรงพยาบาล เกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะและสามารถดูแลตนเองได้

2) การสอนแบบรายกลุ่มมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยมีการสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหา โดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

ในการวิจัยนี้ใช้รูปแบบรายกลุ่ม มีการใช้กระบวนการกลุ่มกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งหมด 7 กิจกรรม ให้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในการให้ความรู้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่ ทั้งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่จะนำไปสู่การที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถวางแผนกลวิธีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคได้โดยมีความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น รวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียด และการเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4.3 วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษา

การศึกษาของ Bassili (2009) เป็นรูปแบบการให้ความรู้และการฝึกทักษะทางสังคม ความถี่ในการจัดกิจกรรม ครั้งละ 90 นาที 15 สัปดาห์

การศึกษาของ ปรารธนา คำมีสินนท์ (2550) ที่ให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบรายกลุ่มและรายบุคคล ความถี่จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็น เวลา 5 สัปดาห์

การศึกษาของจิราพร รักการ (2549) เป็นการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตความถี่จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็น เวลา 5 สัปดาห์

การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ยา และผลข้างเคียงของยา ควบคู่ไปกับการฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สื่อประกอบการสอน เช่น คู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการผ่อนคลายความเครียด ใบบาง การทดลองปฏิบัติ โดยความถี่ของกิจกรรม คือ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที

## 5. สถานการณ์การดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

คลินิกพัฒนาการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ให้บริการแก่เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งที่เป็นโรคหลักทางจิตเวช หรือโรคร่วมทางกาย ซึ่งส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ทักษะทางสังคม และปัญหาการเรียนของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และเด็กที่ถูกทารุณกรรม ที่ส่งมาจากหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว โดยสถิติการให้บริการลำดับที่หนึ่งของกลุ่มงานจิตเวช คือ โรคสมาธิสั้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาทุกปี โดยสถิติการให้บริการที่คลินิกพัฒนาการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปีงบประมาณ 2554-2556 พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษา มี 200 ราย 246 ราย และ 278 ราย ตามลำดับ และมีผู้ดูแลเข้ารับการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กทั้งรายเก่าและรายใหม่ และพบว่าผู้ดูแลยังไม่มารับการรักษาตามนัดเป็นส่วนใหญ่ จากการสอบผู้ดูแล พบว่าต้องทำงานไม่สะดวกในการพาเด็กสมาธิสั้นมาโรงพยาบาล (กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, 2556) ซึ่งพบว่า ปัญหาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ ผู้ดูแลไม่เข้าใจถึงธรรมชาติ และไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น (ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ, 2554) และยังพบว่าผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่เพียงพอ อีกทั้งยังขาดทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งความเครียดดังกล่าวล้วนส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2541; รุ่งวิภา เจริญราษฎร์) โดยในช่วงที่ผ่านมาคลินิกพัฒนาการฯ ได้ดำเนินการรักษาและดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับผู้ดูแล โดยใช้ความร่วมมือจากจิตแพทย์ นักจิตบำบัด พยาบาล และทีมสุขภาพ แต่ยังไม่มีความปฏิบัติที่ชัดเจนในการให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแล ซึ่งหากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลถึงองค์กรต่อภาระงานในการดูแล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และปัญหาที่เกิดกับเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแล สังคม และประเทศชาติต่อไป ดังนั้นปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข (กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า, 2556)

## 6. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 1 แสดงการประยุกต์แนวคิดกระบวนการเผชิญปัญหาของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม พัฒนามาเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

แนวคิดหลัก	ขั้นตอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การบูรณาการ
แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) เป็นการใช้ทรัพยากร (Resource) ที่ตนมีในการจัดการกับสถานการณ์ ประกอบด้วย 1) สุขภาพและพลังงาน 2) ความเชื่อทางบวก คือความเชื่อในความสามารถของ	โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จะดำเนินการในรูปของ การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มเพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดความเข้าใจที่จะนำไปสู่การวางแผนกลวิธีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคได้โดยมีความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น รวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียด และการเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ <b>กิจกรรมที่ 1</b> การสร้างสัมพันธ์ภาพให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินความคิดการประเมินความเครียด การแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการกับความเครียด ในขั้นตอนนี้ผู้ดูแลมีการประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่าเป็นความเครียด เนื่องจากพบระดับความเครียดปานกลางขึ้นไปก่อนเข้ากลุ่มทดลองและให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดว่าเป็นลักษณะใด พุดถึงอาการที่แสดงออกเมื่อเกิดความเครียดและส่งเสริมความคิดเชิงบวก <b>กิจกรรมที่ 2</b> การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมวิธีการแก้ไข และการปรับเปลี่ยนการประเมินทางความคิดและสรุปความเครียดรายบุคคลและรายกลุ่ม และแนวทางแก้ไข สรุปให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดในการดูแลเด็กที่แสดงออกมาทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกายและจิตใจ โดยให้สมาชิกที่มีความเครียดสูงแลกเปลี่ยนว่ามีความเครียดจากสถานการณ์ใดบ้างในการดูแลเด็ก และให้สมาชิกช่วยกันหาแนวทางแก้ไข พร้อมสรุปสถานการณ์ที่พบและเป็นปัญหาของผู้ดูแลว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นตีค่าว่าเป็นความเครียดแบบอันตราย เสียหาย หรือเป็นความท้าทาย และส่งผลอย่างไรต่อผู้ดูแล ซึ่งแสดงออกมาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ พร้อมแจกคู่มือสำหรับญาติในการดูแลเด็ก	ผู้วิจัยยึดรูปแบบกิจกรรมการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยการให้ความรู้ และฝึกทักษะสั้น โดยใช้สื่อประกอบการสอน เช่น คู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการผ่อนคลายความเครียด ไปงานทดลองปฏิบัติ ในการประเมินขั้นต้น โดยใช้องค์ประกอบภายในบุคคล คือ ความเชื่อ ค่านิยม ในการประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นตนเอง และให้ผู้ดูแลได้พิจารณาถึงสถานการณ์ความเครียดที่ผ่านมามีการอย่างไร และมีการจัดการกับ

แนวคิดหลัก	ขั้นตอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การบูรณาการ
<p>ตน</p> <p>3) ทักษะในการแก้ปัญหา</p> <p>- ทักษะทางสังคม</p> <p>ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น</p> <p>- การสนับสนุนทางสังคม ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น</p> <p>- แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>สมาชิกในบ้านให้กับสมาชิกในกลุ่ม</p> <p><b>กิจกรรมที่ 3</b> ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องสมาชิกและฝึกทักษะการดูแลเด็กสมาชิก ให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายในได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กสมาชิก และให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายนอก การขอแหล่งสนับสนุนทางสังคม ให้ความรู้โรคสมาชิก ย่า และทักษะการดูแลผู้ป่วยสมาชิก สร้างความรู้ความเข้าใจ และฝึกทักษะในการแก้ปัญหาเรื่องการจัดการกับพฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน</p> <p><b>กิจกรรมที่ 4</b> ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ ให้ความรู้เรื่องการสื่อสาร ประโยชน์เปรียบเทียบประโยชน์ของการสื่อสารทางด้านบวกและด้านลบ เทคนิคการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น</p> <p><b>กิจกรรมที่ 5</b> ทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาด้วยกัน โดยพัฒนาให้เกิดทักษะในกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย การทำความเข้าใจปัญหาโดยการคิดวิเคราะห์ สถานการณ์ตามการรับรู้เพื่อหาปัญหาที่เกิดขึ้น การวางแผนแก้ไข ปัญหาหลายวิธี การดำเนินการตามแผน และการตรวจสอบผลลัพธ์จากสถานการณ์ตัวอย่าง ในกิจกรรมที่ผ่านมาสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการฝึกทักษะดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมและมีการเตรียมการสำหรับเผชิญสถานการณ์ต่างๆ โดยมีการวางแผนล่วงหน้า สามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบ และเลือกวิธีที่เหมาะสมในการเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เครียดได้อย่างเหมาะสม</p> <p><b>กิจกรรมที่ 6</b> ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ ให้ความรู้เรื่องอารมณ์ คลายความเครียด พร้อมทั้งฝึกทักษะด้วยการฝึกหายใจและการคลายกล้ามเนื้อ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เคยใช้มา ซึ่งการให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการ</p>	<p>ความเครียดอย่างไรบ้าง</p> <p>ให้ความรู้ ในเรื่องแหล่งประโยชน์ และเพิ่มกิจกรรมในพลังความสามารถในการดูแลตนเอง จากที่ Lazarus &amp; Folkman (1984) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้เพิ่มความสามารถในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ดูแลได้ และส่งผลให้ความเครียดลดลง อีกด้วยในกิจกรรมเสริมทักษะความรู้ในการดูแลเด็กสมาชิก การฝึกการแก้ไขปัญหาในการดูแล การฝึกทักษะทางสังคมในการสื่อสารเพื่อปรับ</p>

แนวคิดหลัก	ขั้นตอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น	การบูรณาการ
	<p>ผ่อนคลายความเครียด จะช่วยให้ผ่อนคลายความเครียดที่ประสบ          อยู่ให้น้อยลง</p> <p><b>กิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียด</b>          ให้สมาชิกทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับในกิจกรรมที่ 3-6 โดย          จับฉลากแบ่งกลุ่ม และให้สมาชิกช่วยกันรวบรวมข้อมูลในแต่ละ          กิจกรรม ต่อจากนั้นใช้สถานการณ์ตัวอย่างในกิจกรรมที่ 2 มาเป็น          หัวข้อหลักในการทำกลุ่ม โดยให้สมาชิกประเมินสถานการณ์ซ้ำว่า          สถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด ให้สมาชิก          ร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าจะใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่          เกิดขึ้นอย่างไร ดังนั้นการประเมินซ้ำ จึงเป็นการเปิดโอกาสให้          ผู้ดูแลได้ทบทวนและประเมินถึงความสำเร็จในการเผชิญกับ          ความเครียดที่ผ่านมาของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการ          เผชิญความเครียดรวมถึงดึงทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่เข้ามาสนับสนุน          ให้สามารถเผชิญกับความเครียดที่ยังคงอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ          มากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากบทบาทผู้ดูแลลดลง</p>	<p>ใช้ในเด็กสมาธิสั้น          และเพื่อช่วยให้          ผู้ดูแลได้รับการ          ช่วยเหลือจากสังคม          รอบข้างทำให้ได้รับ          การแก้ไขปัญหาที่          ไม่สามารถแก้ไขได้          ด้วยตัวเอง รวมถึง          การติดต่อ          สัมพันธภาพกับ          ผู้อื่นที่มี          ประสิทธิภาพ          ตามมา</p>



## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยเกี่ยวข้องในประเทศ

สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วย เรื้อรังของบุตรต่อครอบครัว กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาเด็กป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .2895$ ) ตัวทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .01$ ) ได้แก่ ระดับการศึกษา

มณี คุประเสริฐ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก พบว่าจำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็ก โดยบิดามารดาที่มีบุตรน้อยจะมีความสามารถในการดูแลเด็กมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรมาก และจำนวนบุตรยังสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลเด็กได้ร้อยละ 8.34

พรทิพย์ วชิรติลก (2552) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และการลดอาการของโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างเฉพาะด้านความรู้ระหว่างกลุ่มโปรแกรมฯ และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ชมัยพร จันทร์ศิริ (2553) ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มารับคำปรึกษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยได้รับความรู้เรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก การฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการสื่อสาร การชม การให้รางวัล การลงโทษ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้นลดลง คะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น

สนธยา มณีรัตน์ (2550) ศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

กัลยาณี ลัทธิ (2554) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่มีต่อผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ พบว่า ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความสามารถ ในการดูแล และสุขภาพจิตของผู้ดูแล หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความสามารถในการดูแล

และสุขภาพจิตของผู้ดูแล หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สมกมล อรรถทิมากุล และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย(2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ทิพศมัย ทายะรังษี และคณะ (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าคะแนนการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และคะแนนการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

#### งานวิจัยเกี่ยวข้องในต่างประเทศ

McCleary, L., & Ridley, T. (1999) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดกลุ่มให้บิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นได้มาแลกเปลี่ยนพูดคุยกันเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร และทักษะในการจัดการพฤติกรรมของบุตร พบว่าบิดามารดาที่เข้าร่วมกลุ่มมีความพึงพอใจ และรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียวแต่ยังมีเพื่อนคอยให้กำลังใจและคำแนะนำกันและกัน ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น

Parand et al. (2010) ที่มีการพัฒนาโปรแกรมโดยเน้นการปรับความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับความเครียดของครอบครัวเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบว่า มารดามีสุขภาพจิตดีขึ้น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง

Nazemi, F., Mohammadkhani, P., & Khoshabi, K. (2010) ทำการศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการของบิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้น โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค พฤติกรรมของเด็กและวิธีการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก แหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือให้แก่บิดามารดา พบว่า บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความวิตกกังวล ความเครียดลดลง สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กได้ และทำให้บุตรมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง

Mitchell, Mary Moser (2006) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด คือการประเมินความเครียด (Stress Appraisal)

Prithivirajh, Y., & Edwards, S. D. (2011) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ช่วยให้ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นสามารถจัดการกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยได้สนใจในเรื่องความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด Lazarus & Folkman (1984) เพื่อลดความเครียดในการดูแล และช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพ

## 8. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของ สนธยา มณีรัตน์ (2550) สร้างตามแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem (2001) ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) พัฒนาขึ้น เพื่อใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีการจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ 1) ความเครียดจากการทำหน้าที่ในฐานะผู้ดูแล 2) การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 3) การขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเผชิญความเครียด

**โปรแกรมการจัดการความเครียด ตามแนวคิด Lazarus & Folkman (1984)**

**1. การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) มีกิจกรรม ดังนี้**

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด ความแตกต่างของความเครียดและประเมินทางความคิดตามลำดับขั้นตอน การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมวิธีการแก้ไข และการปรับเปลี่ยนการประเมินทางความคิด

**2. ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (secondary appraisal) มีกิจกรรม ดังนี้**

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายในและแหล่งประโยชน์ภายนอก โรคสมาธิสั้น ยา และทักษะการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น และฝึกทักษะในการแก้ปัญหาเรื่องการจัดการกับพฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะทางสังคมในเรื่องการสื่อสารให้ความรู้และฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และสรุปขั้นตอนให้ชัดเจน

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ ให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด พร้อมทั้งฝึกทักษะด้วยการฝึกหายใจและการคลายกล้ามเนื้อ

**3. การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ**

กิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียด

(ใช้รูปแบบกิจกรรมของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม)

ความสามารถ  
ในการดูแล  
ของผู้ดูแลเด็ก  
สมาธิสั้น

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O <sub>1</sub>	x	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

โดย X หมายถึง การให้โปรแกรมการจัดการความเครียด

O<sub>1</sub> หมายถึง คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

O<sub>2</sub> หมายถึง คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

O<sub>3</sub> หมายถึง คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึง คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์ เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุรินทร์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

## เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเข้ากลุ่มตัวอย่าง

### เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ตา ย่า ยาย น้ำ อา ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และให้การดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป (ระดับปานกลางขึ้นไป) โดยวัดจากแบบประเมินระดับความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540)
2. ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย
3. มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น อ่านเขียนภาษาไทยได้ ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถพูดและเข้าใจภาษาได้ดี
4. สนใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ

### เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
  2. ผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทดลองที่กำหนด
- ในการทดลองครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการทดลองได้ทั้งหมดโดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลองก่อนเสร็จสิ้นกิจกรรม

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (รัตนศิริ ทาโต, 2552) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายความโค้งเป็นปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Burns & Grove, 2013) แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 40 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) จนครบทั้ง 40 คนจากนั้นจับคู่ (Match pair) ด้วยวิธีการจับคู่ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนแล้วจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลอง 20 คน

## ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม และคลินิกพัฒนาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

2. ประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลประจำห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม และหัวหน้าพยาบาลคลินิกพัฒนาการ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติข้างต้น

3.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับงานเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ศึกษาประวัติเด็กสมาธิสั้น และประวัติผู้ดูแล จากแฟ้มเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยนอก และจากระบบคอมพิวเตอร์ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อค้นหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ที่มารับบริการในช่วงเวลาดูแลผู้ป่วย - เมษายน

3.2 ผู้วิจัยคัดเลือกโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (รัตนศิริ ทาโต, 2552) โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 50 คน (Polit & Beck, 2004) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่

3.1 ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ระยะเวลาการดูแลที่มากอาจช่วยเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ และความสามารถของผู้ดูแลได้หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่เหมาะสมจากระบบบริการสุขภาพ (เพ็ญใจ ตีรไพรวงศ์, 2540)

3.2 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยมีผลต่อการแสวงหาความรู้ และข้อมูลที่จำเป็น เป็นปัจจัยเอื้อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างระดับการศึกษากับความสามารถในการดูแลของผู้ป่วย (พัชรินทร์ กิตติธงโสภณ, 2544; อรทัย ทองเพชร, 2545) จนครบ 20 คู่ แล้วจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

3.3 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นหลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้ว แนะนำตัวผู้วิจัยและเชิญชวนเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจและให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ในช่วงที่พาเด็กสมาธิสั้นมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยการให้บัตรนัดวัน/เวลาเพื่อให้กลุ่มควบคุมมาที่ห้องจัดกิจกรรม ห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม ในวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2560 เวลา 09.00 - 10.00 น. เพื่อมาทำการประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) และประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กเด็กสมาธิสั้นของ สนธยา มณีรัตน์ (2550) ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายกลุ่มควบคุมโดยการให้บัตรนัดวัน/เวลา เมื่อสิ้นสุดการทดลอง โดยมีระยะเวลาห่างประมาณ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดให้กลุ่มควบคุมมาที่ห้องจัดกิจกรรม ห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม ในวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2560 เวลา 09.00 - 10.00 น. เพื่อมาทำการประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กเด็กสมาธิสั้นของ สนธยา มณีรัตน์ (2550) มีช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 29 มีนาคม พ.ศ. 2560



ตารางที่ 2 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จับคู่ (Match pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

คู่ที่	ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น		ระดับการศึกษา	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	3 ปี 4 เดือน	4 ปี 2 เดือน	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
2	3 ปี 7 เดือน	4 ปี 2 เดือน	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
3	3 ปี 2 เดือน	2 ปี 9 เดือน	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
4	2 ปี 5 เดือน	2 ปี 8 เดือน	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
5	5 ปี 6 เดือน	5 ปี 9 เดือน	อนุปริญญา	ปวส.
6	7 ปี 2 เดือน	8 ปี 1 เดือน	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
7	6 ปี 2 เดือน	6 ปี 5 เดือน	ปวส	ปวส
8	3 ปี 1 เดือน	2 ปี 9 เดือน	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
9	4 ปี 2 เดือน	3 ปี 11 เดือน	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
10	6 ปี 3 เดือน	6 ปี 2 เดือน	อนุปริญญา	อนุปริญญา
11	4 ปี 2 เดือน	4 ปี 1 เดือน	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
12	5 ปี 9 เดือน	6 ปี 1 เดือน	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
13	3 ปี 2 เดือน	3 ปี 1 เดือน	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
14	5 ปี 11 เดือน	6 ปี 2 เดือน	ปวส	ปวส
15	4 ปี 8 เดือน	4 ปี 6 เดือน	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
16	6 ปี 2 เดือน	5 ปี 11 เดือน	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
17	7 ปี 1 เดือน	7 ปี 3 เดือน	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
18	3 ปี 9 เดือน	3 ปี 6 เดือน	ปวส	ปวส
19	8 ปี 1 เดือน	8 ปี 2 เดือน	อนุปริญญา	อนุปริญญา
20	7 ปี 2 เดือน	7 ปี 3 เดือน	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของกรมแพทยทหารเรือซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัด (ตั้งเอกสารแนบในภาคผนวก จ ) โดยก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมการจัดการความเครียด เครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของกรมแพทยทหารเรือ เพื่อพิจารณาว่าการวิจัยนี้ไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ดูแลเด็กสมมติส์ก่อนทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รูปแบบขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างในการได้รับการรักษาจากแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด กรณีมีข้อสงสัยต่างๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่เผยแพร่เป็นข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างอนุญาตเท่านั้น และไม่เปิดเผยความลับส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีความยินยอมเซ็นแบบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) (ตั้งเอกสารแนบในภาคผนวก ง) สำหรับกลุ่มควบคุม ภายหลังการพิทักษ์สิทธิเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และได้รับการพยาบาลตามปกติจากคลินิกกุมารเวชกรรม เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยมีเนื้อหาเช่นเดียวกับกิจกรรมที่จัดให้กลุ่มทดลองทุกประการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมมติส์โดยใช้แนวคิด Lazarus & Folkman (1984)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กสมมติส์ โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กสมมติส์ของ สนธยา มณีรัตน์ (2550) ซึ่งสร้างตามแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem (2001)
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง และเครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมมติส์ โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540)

## การสร้างเครื่องมือ

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) จำนวน 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอนตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (cognitive appraisal) ดำเนินการกลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกัน และมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1-2 กิจกรรมๆละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา งานวิจัย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ในเรื่องทฤษฎีความเครียด สาเหตุการเกิดความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของผู้ดูแล รูปแบบการเผชิญความเครียด และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดได้

1.2 กำหนดรายละเอียด ขั้นตอน และระยะเวลาในการทำกิจกรรมทุกขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนของโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ความรู้ในเรื่องลำดับขั้นตอนตามกระบวนการประเมินสถานการณ์ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลเป็นสิ่งที่เป็นอันตราย เสียหาย หรือเป็นความท้าทาย และส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจอย่างไรต่อผู้ดูแล ความรู้ในเรื่องประเภทของแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ความสำคัญ และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการสื่อสารทางบวก ซึ่งจะช่วยลดพฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น และเปรียบเทียบการสื่อสารทั้งทางบวกและทางด้านลบ ความรู้ในเรื่องความเครียดและฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดทั้งสองแบบ คือ แบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจ โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมจำนวน 7 ครั้งๆละ 60-90 นาที

1.3 สร้างโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยผู้ศึกษาวิจัยมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เนื้อหาและขั้นตอนในการทำกิจกรรมของโปรแกรมฯ มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยการนำแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ซึ่งต้องผ่านกระบวนการประเมินความคิดของบุคคลนั้น (cognitive appraisal) ว่าสามารถพิจารณาตัดสินใจถึงความสำคัญของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าอย่างไร กระบวนการนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของบุคคล เมื่อมีการประเมินว่าสถานการณ์นั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสียหายหรือเป็นอันตรายที่ไม่สามารถควบคุมได้ แสดงว่าบุคคลนั้นได้ตีค่าสถานการณ์นั้นว่าเป็นภาวะที่เครียด (Stressful) ต่อตนเองทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นทันที 2) การ

ประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ หรือทางเลือกที่บุคคลสามารถกระทำได้ และจัดการกับสถานการณ์เครียดที่ตนรับรู้ โดยใช้วิธีการใดๆก็ตามที่ทำให้เกิดความสำเร็จตามที่ต้องการ หรืออาจเป็นการประเมินต่อเนื่องมาจากขั้นปฐมภูมิก็ได้ว่าจะทำอย่างไรกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้น 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลใหม่ และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว โดยบุคคลจะประเมินซ้ำเพื่อทบทวนว่าสถานการณ์นั้นยังคงมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด และเมื่อมีการรับรู้ความเครียดบุคคลจะพยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่อย่างเต็มที่ โดยแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรม เพื่อตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจนทำให้ความเครียดนั้นเบาบางลงได้ ซึ่งโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นได้ปรับกิจกรรมให้ตรงตามแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ทั้ง 3 ขั้นตอนประกอบด้วยการทำกิจกรรม 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละเวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

**ขั้นตอนที่ 1** การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด ความแตกต่างของความเครียดและประเมินทางความคิดตามลำดับขั้นตอน การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ถูกต้อง

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

**ระยะเวลา** 60 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และระหว่างผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นทราบวัตถุประสงค์ในการวิจัย ระเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถ

1. มีความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูลต่อผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป
2. บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยระเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

3. บอกถึงขั้นตอนของกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้

### เนื้อหาสาระ

การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยตนเองเป็นกิจกรรมที่สร้างบรรยากาศให้ผู้ดูแลเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม มีขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตั้งเป้าหมายร่วมกัน และแก้ไขปัญหาาร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) ของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น โดยกล่าวถึงการประเมินทางความคิดทั้ง 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) และ 3) การประเมินซ้ำ (Reappraisal) ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการประเมินค่าสถานการณ์ที่ต่างกันอย่างจะเป็นโรคเดียวกัน และผลที่เกิดขึ้นจากการประเมินค่าในแต่ละแบบ รวมทั้งมีการประเมินทางความคิดตามลำดับขั้นตอน เพื่อประเมินสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน เพื่อให้สมาชิกสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างถูกต้อง และลดความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 กระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เป็นมิตร ด้วยการทักทาย สบตา ยิ้มแย้ม และพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร โดยซักถามเรื่องทั่วไปรายบุคคล เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจและสร้างความคุ้นเคย
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มกล่าวคำแนะนำตัว ผู้วิจัยให้ความสนใจ ด้วยการสบตา ให้สมาชิกกลุ่มประมมือเป็นการให้กำลังใจ และตั้งใจฟัง
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยระยะเบียบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิดตามใบความรู้ที่ 1/1
5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซักถาม
6. ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วมแสดงความคิดเห็น

**กิจกรรมที่ 2** การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมวิธีการแก้ไข และการปรับเปลี่ยนการประเมินทางความคิด

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

**ระยะเวลา** 60 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลตามการรับรู้และประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
2. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น แสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นว่าส่งผลกระทบอย่างไรต่อผู้ดูแลจากการประเมินว่าเป็นความเครียด
3. เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น แลกเปลี่ยนสถานการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้น การสำรวจปัญหา อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงต่อเด็กสมาธิสั้นจากการประเมินว่าเป็นความเครียด

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถ

1. ประเมินความเครียดด้วยตนเองได้ และทราบว่าตนเองมีความเครียดอยู่ระดับใด ควรใช้แนวทางในการแก้ไขอย่างไร
2. บอกถึงวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองให้การดูแลผู้ป่วยได้
3. บอกถึงปัญหา หรือสถานการณ์จากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้

**เนื้อหาสาระ**

เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการประเมินระดับความเครียดที่ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแจ้งให้ผู้ดูแลทราบทั้งรายบุคคลและภาพรวมของทั้งกลุ่มว่ามีความเครียดอยู่ระดับใด ซึ่งนำมาสรุปให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่แสดงออกมาให้เห็นทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลและสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านแตกต่างกัน แม้จะเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเช่นเดียวกัน และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจะกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มที่มีความเครียดสูงว่ามีความเครียดจากสถานการณ์ใดบ้างในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และให้สมาชิกช่วยกันหาแนวทางแก้ไข พร้อมสรุปสถานการณ์ที่พบและเป็นปัญหาของผู้ดูแลว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งที่อันตราย เสียหาย หรือเป็นความท้าทาย และส่งผลอย่างไรต่อผู้ดูแล ซึ่งแสดงออกมาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ และส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ พร้อมแนวทางในการ

แก้ไขเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นในแต่ละระดับ พร้อมแจกคู่มือสำหรับญาติในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านให้กับสมาชิกในกลุ่ม

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 เครียดแล้วจะเป็นอย่างไร
2. ใบงานที่ 2/2 สำรวจปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น
3. ใบงานที่ 2/3 แบบประเมินระดับความเครียดด้วยตนเอง
4. ปากกาสำหรับทำกิจกรรม

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยทักทายสร้างสัมพันธ์ภาพ กล่าวถึงกิจกรรมครั้งที่แล้วว่าพูดคุยกันเรื่องอะไร วันนี้พูดคุยในเรื่องความเครียด สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียด

2. ผู้วิจัยบอกระดับความเครียดเป็นรายบุคคล วิธีการแก้ไขความเครียดในแต่ละระดับ และสรุปรวมทั้งกลุ่มว่ามีความเครียดระดับใดมากที่สุด โดยใช้แบบประเมินระดับความเครียดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มมาสรุปให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่แสดงออกให้เห็นทั้งทางด้านร่างกาย ทางจิตใจ และอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ตามใบงานที่ 2/1

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นว่าทำอะไร ตามใบงานที่ 2/1

4. ผู้วิจัยสรุปวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างถูกต้อง

5. ผู้วิจัยสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นทางด้านร่างกาย ทางจิตใจ และอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สำรวจสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ตามใบงานที่ 2/2

7. สรุปสถานการณ์ที่ผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่ม เพื่อนำไปใช้ในกิจกรรมครั้งต่อไป

8. เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

### การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ ที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นประเมินว่าเป็นสถานการณ์ปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน

**ขั้นตอนที่ 2** ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 3** ให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายในและแหล่งประโยชน์ภายนอก โรคสมาธิสั้น ยา และทักษะการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น และฝึกทักษะในการแก้ปัญหาเรื่องการจัดการกับพฤติกรรม และอาการที่เป็นปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

**ระยะเวลา** 60-90 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นทราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น สาเหตุ อาการ อาการแสดง และการรักษาของโรคสมาธิสั้น รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้น
4. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้เรื่องยา ความสำคัญของยา และผลข้างเคียงของยา

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถ

1. บอกถึงประเภท และความสำคัญของแหล่งประโยชน์ได้
2. บอกถึงสาเหตุ อาการ อาการแสดง และการรักษาของโรคสมาธิสั้น รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ได้
3. บอกถึงการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้นได้
4. บอกถึงความสำคัญของยา และผลข้างเคียงของยาได้

**เนื้อหาสาระ**

ผู้วิจัยสรุปคะแนนรวมทั้งกลุ่มว่ามีคะแนนความสามารถในการดูแลอยู่ระดับใด เพื่อประเมินความสามารถเดิมที่มีอยู่ของผู้ดูแล จากนั้นให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายในได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายนอก ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายของสังคม จากนั้นให้ความรู้โรคสมาธิสั้น ยา และทักษะการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นสร้างความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะในการแก้ปัญหาเรื่องการจัดการกับพฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาโดยผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกค้นหาแหล่งประโยชน์ที่ตนเองนึกถึงทั้งภายในและภายนอก และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านต่างๆเนื่องจากแหล่งประโยชน์ (coping resources) เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ยา



ผลข้างเคียงของยา และการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พร้อมให้ฝึกทักษะการจัดการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้นโดยการจับคู่บัตรคำ เมื่อมีสมาชิกในกลุ่มจับบัตรคำไม่ถูกต้อง เพื่อสมาชิกมีการให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำในการจับคู่บัตรคำใหม่และกำหนดสถานการณ์เมื่อเจอกับอาการที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นท่านมีวิธีการจัดการอย่างไรโดยให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน โดยผู้วิจัยสรุปถึงการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้นที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในโรคสมาธิสั้น และลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 แบบวัดความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น
2. ใบงานที่ 3/2 เรียนรู้และเข้าใจโรคสมาธิสั้น
3. ใบงานที่ 3/3 การจับคู่บัตรคำ
4. ใบความรู้ 3/1 ความสำคัญของแหล่งประโยชน์
5. ใบความรู้ 3/2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น
6. ใบความรู้ 3/3 ยานี้สำคัญอย่างไร
7. ใบความรู้ 3/4 จะจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้นอย่างไร
8. ปากกาสำหรับทำกิจกรรม

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยทักทายสร้างสัมพันธ์ภาพ กล่าวถึงกิจกรรมครั้งที่แล้วว่าพูดคุยกันเรื่องอะไรวันนี้พูดคุยในเรื่องการดูแลเด็กสมาธิสั้น
2. ผู้วิจัยให้ทำแบบวัดความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นตามใบงานที่ 3/1
3. ผู้วิจัยบอกคะแนนความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นรายบุคคล และสรุปรวมทั้งกลุ่ม
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายในได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นความหมาย ประเภท และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์และให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ภายนอกในการได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายของสังคมตามใบความรู้ที่ 3/1 และเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอก
5. ผู้วิจัยสรุปถึงประเภท และความสำคัญของแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ดูแลได้
6. ผู้วิจัยให้ความรู้ทั่วไปเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ อาการแสดง และการรักษาของโรคสมาธิสั้น รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ตามใบความรู้ที่ 3/2 และประเมินความรู้ที่ได้รับตามใบงานที่ 3/2

7. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยา ผลข้างเคียงของยาตามใบความรู้ที่ 3/3
8. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้นตามใบความรู้ที่ 3/4 โดยให้สมาชิกจับบัตรคำระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้น และการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้นตามใบงานที่ 3/3
9. มีการเสริมแรงทางบวกให้กับผู้ดูแล และกระตุ้นเตือนถึงความสำคัญของการเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และชมเชยเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติบทบาทผู้ดูแลได้ถูกต้อง
10. เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ และความร่วมมือขณะทำกิจกรรม

**กิจกรรมที่ 4** ฝึกทักษะทางสังคมในเรื่องการสื่อสาร ให้ความรู้ และฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ระยะเวลา 60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถ

1. บอกถึงประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้
2. บอกถึงเทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

### เนื้อหาสาระ

ผู้วิจัยใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ ด้วยการขอตัวแทนจำนวน 2 คน แสดงบทบาทสมมติในเรื่องการสื่อสารระหว่างเด็กสมาธิสั้นกับผู้ดูแลตามบัตรคำสถานการณ์สมมติ ต่อจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็นว่าเป็นการสื่อสารที่ดีหรือไม่ เพราะอะไร ผลลัพธ์ที่ได้จากการสื่อสารเป็นอย่างไร กระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น และให้ความรู้เรื่องการสื่อสาร ประโยชน์ เปรียบเทียบประโยชน์ของการสื่อสารทางด้านบวกและด้านลบ เทคนิคการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ พร้อมสรุปเทคนิคการสื่อสารที่ควรใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน เพื่อให้สมาชิกได้เห็นวิธีการสื่อสารด้านบวก ประโยชน์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และผลเสียของการสื่อสารด้านลบที่จะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการและพฤติกรรมที่รุนแรงมากขึ้น จากนั้นผู้วิจัย

มอบหมายใบบงานให้สมาชิกในกลุ่มทำเป็นการบ้าน เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และบันทึกผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงของแต่ละครอบครัวพร้อมนำผลการฝึกทักษะมาพูดคุยในการร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบบงานที่ 4/1 สถานการณ์การสื่อสาร (บัตรคำ)
2. ใบบความรู้ 4/1 การสื่อสารสำคัญอย่างไร
3. ใบบความรู้ 4/2 เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
4. ปากกาสำหรับทำกิจกรรม

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยทักทายสร้างสัมพันธ์ภาพ กล่าวถึงกิจกรรมครั้งที่แล้วว่าพูดคุยกันเรื่องอะไร และให้เล่าว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้างในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลรับบัตรคำในใบบงานที่ 4/1 และให้ผู้ดูแลได้แสดงบทบาทสมมติในแต่ละสถานการณ์ต่างๆตามบัตรคำ
3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลบอกเล่าความรู้สึกที่มีต่อคำพูดที่พูดในสถานการณ์บทบาทสมมติ
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นว่าบทบาทสมมติที่แสดงเป็นการสื่อสารที่ดีหรือไม่ เพราะอะไร
5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการสื่อสารนั้นสำคัญอย่างไร ตามใบบความรู้ที่ 4/1 ในเรื่องรูปแบบการสื่อสาร ประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการสื่อสารทั้งด้านบวกและด้านลบ
6. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องเทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ ตามใบบความรู้ที่ 4/2
7. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่ปฏิบัติเมื่ออยู่ที่บ้านกับเด็กสมาธิสั้น และสรุปเทคนิคที่ควรใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน
8. เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ และความร่วมมือขณะทำกิจกรรม

**กิจกรรมที่ 5** การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียด การเผชิญความเครียด และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และสรุปขั้นตอนให้ชัดเจน

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

**ระยะเวลา** 60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีทักษะการเผชิญความเครียดโดยใช้แนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถ

1. บอกถึงรูปแบบของการเผชิญความเครียด ผลดี ผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ได้
2. บอกถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

### สาระสำคัญ

ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลประเมินทักษะการเผชิญความเครียด เพื่อให้ทบทวนตนเองว่าที่ผ่านมาผู้ดูแลได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบใดเป็นส่วนใหญ่ และผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความเครียด และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ ผลดี ผลเสียของทั้งสองแบบ และใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาร่วมกัน โดยพัฒนาให้เกิดทักษะในกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย การทำความเข้าใจปัญหาโดยการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ตามการรับรู้เพื่อหาปัญหาที่เกิดขึ้น การวางแผนในการแก้ไขปัญหาหลายวิธี การดำเนินการตามแผนที่วางไว้ และการตรวจสอบผลลัพธ์จากสถานการณ์ตัวอย่างในกิจกรรมที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยจะกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นรอบด้าน จนสามารถเลือกหาวิธีหรือแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการฝึกทักษะดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมและมีการเตรียมการสำหรับเผชิญสถานการณ์ต่างๆ โดยมีการวางแผนล่วงหน้า สามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบและเลือกวิธีที่เหมาะสมในการเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เครียดได้อย่างเหมาะสม

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/2 ปัญหาสามารถแก้ไขได้
2. ใบงานที่ 5/3 คิดก่อนทำหรือทำก่อนคิด
3. ใบความรู้ 5/1 ความเครียดและการเผชิญความเครียด
4. ปากกาสำหรับทำกิจกรรม

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยทักทายสร้างสัมพันธภาพ กล่าวถึงกิจกรรมครั้งที่แล้วว่าพูดคุยกันเรื่องอะไร และให้เล่าว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้างในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องรูปแบบของการเผชิญความเครียด ผลดี ผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ได้ ตามใบความรู้ 5/1
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหา โดยใช้สถานการณ์ตัวอย่าง และสถานการณ์ตัวอย่างจากกิจกรรมที่ 2 นำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนที่ได้รับตามใบความรู้ 5/1 และเขียนในใบงานที่ 5/2
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญความเครียดกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านร่วมกัน และอธิบายงานที่ต้องนำมาส่งในครั้งต่อไปจากใบงานที่ 5/3 เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นขณะอยู่ที่บ้าน วิธีการจัดการ และผลลัพธ์จากการกระทำนั้น

5. ผู้วิจัยสรุปแนวทางในการเผชิญความเครียด ผลดีและผลเสียของการเผชิญความเครียดทั้งสองแบบ

6. เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ และความร่วมมือขณะทำกิจกรรม

**กิจกรรมที่ 6** ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ ให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียด พร้อมทั้งฝึกทักษะด้วยการฝึกหายใจและการคลายกล้ามเนื้อ

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

**ระยะเวลา** 60-90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้และความเข้าใจและมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด

2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นทราบแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถ

1. บอกถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ และแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ

2. มีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และสามารถเลือกวิธีการคลายความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสม

## เนื้อหาสาระ

ผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ ซึ่งเป็นวิธีการระบายออกทางอารมณ์ในทางที่เหมาะสม สามารถระงับอารมณ์และควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น และใช้กระบวนการกลุ่มให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังการฝึกปฏิบัติว่าส่งผลอย่างไรต่อตนเอง และได้รับผลประโยชน์อย่างไรบ้าง

## สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 6/1 วิธีคลายเครียด
2. ปากกาสำหรับทำกิจกรรม

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยทักทายสร้างสัมพันธภาพ กล่าวถึงกิจกรรมครั้งที่แล้วว่าพูดคุยกันเรื่องอะไร โดยใช้ใบงานที่ 5/3 สรุปเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นขณะอยู่ที่บ้าน วิธีการจัดการ และผลลัพธ์จากการกระทำนั้น และให้เล่าว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้างในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆตามใบความรู้ที่ 6/1
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกทำกิจกรรมร่วมกัน โดยใช้การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ โดยสมาชิกฝึกการผ่อนคลายความเครียด ด้วยเทคนิคการฝึกการหายใจและเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นว่ามีความรู้สึกละอย่างไรหลังจากได้รับการฝึกผ่อนคลายความเครียด
5. ผู้วิจัยบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกการผ่อนคลายความเครียดในครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย
6. แจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

## การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ และความร่วมมือขณะทำกิจกรรม

**ขั้นตอนที่ 3** การประเมินตัดสินใหม่ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 7** การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

**ระยะเวลา** 60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ทบทวนความรู้ที่ได้รับในทุกกิจกรรม และนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินสถานการณ์เดิมอีกครั้ง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถแยกแยะถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดความเข้าใจ มั่นใจ มีทักษะ และมีความรู้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 7 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถ

1. อธิบายถึงความรู้ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง
2. บอกถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ได้
3. มีทักษะและมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น

### เนื้อหาสาระ

ผู้วิจัยให้สมาชิกทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับในกิจกรรมที่ 3-6 โดยจับฉลากแบ่งกลุ่ม และให้สมาชิกช่วยกันรวบรวมข้อมูลในแต่ละกิจกรรม ต่อจากนั้นใช้สถานการณ์ตัวอย่างในกิจกรรมที่ 2 มาเป็นหัวข้อหลักในการทำกลุ่ม โดยให้สมาชิกประเมินสถานการณ์ซ้ำว่าสถานการณ์นั้นยังมีอันตรายอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด หากยังคงอยู่ คือยังรับรู้ว่าจะก่อให้เกิดความเครียด ให้สมาชิกร่วมกับแสดงความคิดเห็นว่าจะใช้วิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร ควรใช้วิธีการเดิม หรือวิธีการที่แตกต่างไป มีข้อมูลใดๆ ประกอบหรือสนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการแก้ไขสถานการณ์นั้นๆ หรือไม่ พร้อมร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลดีและผลเสียที่เกิดขึ้นจากการกระทำในแต่ละวิธีนั้นๆ ดังนั้นการประเมินซ้ำ จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ทบทวนและประเมินถึงความสำเร็จในการเผชิญกับความเครียดที่ผ่านมาของตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญความเครียดรวมถึงดึงทรัพยากรต่างๆที่มีอยู่เข้ามาสนับสนุนให้สามารถเผชิญกับความเครียดที่ยังคงอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากบทบาทผู้ดูแลลดลง

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 7/1 ทดสอบความรู้และทักษะ
2. ใบงานที่ 7/2 สถานการณ์จากกิจกรรมที่ 2
3. ใบงานที่ 7/3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล
4. ใบงานที่ 7/4 แบบประเมินความเครียด
5. ปากกาสำหรับทำกิจกรรม

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยพูดคุยทักทายสร้างสัมพันธภาพ กล่าวถึงกิจกรรมครั้งที่แล้วว่าพูดคุยกันเรื่องอะไร และให้เล่าว่ามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้างในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาและกล่าวว่าวันนี้เราจะพบกันเป็นครั้งสุดท้ายแล้วนะคะ

2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มทบทวนความรู้ที่ได้รับในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3-6 โดยสมาชิกจับฉลากตามหมายเลขหัวข้อเรื่อง แบ่งกลุ่มๆละ 2-3 คน และให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันสรุปกลุ่มละ 1 เรื่องๆละ 5 นาที ดังนี้

- เรื่องโรคสมาธิสั้น อาการ ยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอาการที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้น แหล่งประโยชน์ที่อยู่ (3 คน)

- การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (3 คน)

- การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการแก้ปัญหา (3 คน)

- การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ และวิธีคลายความเครียด (3 คน)

3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นตามหัวข้อในใบงานที่ 7/1

4. ผู้วิจัยใช้สถานการณ์ที่ประเมินจากกิจกรรมที่ 2 มาเป็นหัวข้อหลัก และให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้งว่าสิ่งที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่ออย่างไรบ้าง และผลเสียจากการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเครียด

5. หลังสิ้นสุดกิจกรรมให้ทำแบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นทันที เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบกลุ่มของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นว่าเป็นอย่างไร

## การประเมินผล

ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ และความร่วมมือขณะทำกิจกรรม

## การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) คือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการความเครียดที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความควบคุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2 คน นักจิตวิทยา 1 คน (รายชื่อตั้งแสดงในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมข้อมูลที่เป็นในการวิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบในการให้คะแนนความคิดเห็น ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนน



ความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน ดังนั้นมีความสอดคล้องกับค่านิยามมาก = 4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องกับค่านิยาม = 3 คะแนน สอดคล้องกับค่านิยามน้อย = 2 คะแนน และไม่สอดคล้องกับค่านิยาม = 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ ในข้อแต่ละข้อ

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบครบทั้ง 5 ท่าน มีความคิดเห็นตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .92 และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการความเครียดมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ของเนื้อหากิจกรรม

ผลของการตรวจสอบความตรงของโปรแกรมการจัดการความเครียด มีประเด็นต้องปรับปรุงแก้ไข คือ

1) ปรับเพิ่มเนื้อหาในกิจกรรมบางส่วนให้ชัดเจนและครอบคลุมขึ้น ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 5

2) รูปแบบกิจกรรมค่อนข้างเยอะ ผู้วิจัยควรมีการสรุปใจความสำคัญให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นระยะๆ และในแต่ละครั้งกิจกรรม

3) ในกิจกรรมที่ 2 และ กิจกรรมที่ 4 ปรับไขความรู้ให้ง่ายต่อการเข้าใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ลดจำนวนตัวหนังสือลง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try - out) กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 5 ครอบครัว โดยทดลองใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด จนครบทั้ง 7 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของกิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 7 กิจกรรม พบว่า สมาชิกมีความเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอควร สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางแผนไว้ครบตามเวลาที่กำหนด และบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมในเรื่องของปัญหาที่พบในการทดลองโปรแกรมการจัดการความเครียด เช่น เรื่องการใช้ภาษา ผู้วิจัยปรับภาษาในการพูดให้เข้าใจมากขึ้น และเรื่องระยะเวลา การนัดผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษานำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้โปรแกรมการจัดการความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการนำไปใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมทั้งเป็นการเพิ่มความถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้จริง

## ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ซึ่งประกอบไปด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 2 คน และนักจิตวิทยา 1 คนโดยภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปปรับแก้แบบสอบถาม ดังนี้ คือการทำแบบสอบถามเรื่อง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ให้เพิ่มช่วงของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนให้แคบขึ้น ผู้วิจัยปรับเพิ่มช่อง 10,000 – 20,000 บาท และ 20,000 ขึ้นไป เพื่อให้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น

2) แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของ สนธยา มณีรัตน์ (2550) สร้างจากกรอบทฤษฎีทฤษฎีการปฏิบัติที่เกี่ยวกับแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem (2001) มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ โดยครอบคลุมกิจกรรมในการวางแผน การลงมือกระทำ การติดตามผล และการประเมินผลการกระทำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น 6 ด้าน

1) การใช้ยาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 3 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 1 ข้อ

2) การป้องกันอุบัติเหตุต่างๆในชีวิตประจำวัน จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

3) การส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

4) การส่งเสริมรับประทานอาหารและน้ำ จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

5) การฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและฝึกทักษะสังคม จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ

6) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ	4	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติเลย	1	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งคะแนนความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ตามระดับคะแนนตามแนวคิดของ สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และ อุษาวดี จันทรสนธิ (2537) สามารถแปลผลโดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (> 100-124 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 50 – 79 (<62-99 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 (< 61 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยผู้วิจัยพัฒนา มาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กเด็กสมาธิสั้นของ สนธยา มณีรัตน์ (2550) เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน

ผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความสอดคล้องกับของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำเครื่องมือไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.87 โดยผลแสดงในภาคผนวกหน้า ขผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องและให้ผู้ตอบคำถามเข้าใจง่ายขึ้น โดยปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม ดังนี้

ในด้านการดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่องข้อ 1 ปรับปรุงแก้ไขจาก “หาวิธีการให้เด็กได้ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง” เป็น “ท่านพาเด็กมารับการให้ยาอย่างต่อเนื่องแทน เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายชัดเจนมากขึ้น”

ข้อ 4 “วางแผนดูแลเด็กให้ได้รับยาตามที่กำหนด” และ ข้อ 6 “วางแผนเพื่อให้เด็กมาพบแพทย์ตามนัด” ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับข้อ 1 “หาวิธีการให้เด็กได้ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง” ให้ตัดข้อคำถามข้อ 4 และ 6 ออก

ข้อ 23 “ดูแลให้เด็กได้รับอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ” และข้อ 24 “ดูแลให้ได้รับน้ำและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์เพียงพอ” ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับข้อ 21 “หาวิธีการส่งเสริมให้เด็กได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์” ให้ตัดข้อคำถามข้อ 23 และ 24 ออก

### การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

หลังจากนั้นปรับแก้เครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81 โดยผล (แสดงในภาคผนวกหน้า ข) ถือว่าเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Polit & Beck, 2004) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้ดูแลสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) โดยในแต่ละข้อคำถามจะมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน สามารถแปลผลโดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ระดับคะแนน 0 -23	หมายถึง	มีความเครียดน้อย
ระดับคะแนน 24 - 41	หมายถึง	มีความเครียดปานกลาง
ระดับคะแนน 42 - 61	หมายถึง	มีความเครียดสูง
ระดับคะแนน 62 ขึ้นไป	หมายถึง	มีความเครียดรุนแรง

โดยผู้วิจัยตั้งเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาที่ระดับคะแนนความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการที่ห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .94 โดยผล (แสดงในภาคผนวกหน้า ข) ถือว่าเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้

## การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลองขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลองโดยมีรายละเอียด ดังนี้

### ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

**1. เตรียมผู้วิจัย** เตรียมความพร้อมของตนเอง ศึกษา ค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นโดยจัดเตรียมโปรแกรมฯและเครื่องมือที่ใช้จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียด ที่เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองด้านความรู้เรื่องแนวคิดทฤษฎีการประเมินสถานการณ์ของ Lazarus & Folkman (1984) ความหมายของโรคสมาธิสั้น อาการ อาการแสดง ยา ผลข้างเคียง การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และร่วมเข้าอบรมและฝึกทักษะเทคนิคการดูแลเด็กสมาธิสั้นของศ.พญ.อุมาพรตรังคสมบัติและมีการค้นคว้าข้อมูลจากหนังสือ ตำรา และงานวิจัยร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การทำวิจัยดำเนินตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

**2. เตรียมผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม** ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยทำกลุ่มจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยจะมีการชี้แจงขอบเขตในการดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยทำกลุ่มซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้เข้าใจถึงขอบเขตของการวิจัยที่ชัดเจน

### 3. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น 2) แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กเด็กสมาธิสั้นของ สนธยา มณีรัตน์ (2550) ซึ่งสร้างตามแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem (2001)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มจำนวน 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอนตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (cognitive appraisal) ดำเนินการกลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกัน และมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1-2 กิจกรรมๆละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

3.3 เครื่องมือกำกับการทดลองเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้วิจัยมีความเชื่อมั่นต่อการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลได้มีการรับรู้ในการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมเมื่อเกิดความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นขึ้น

4. ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณานอนุมัติและอนุญาตให้เก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

6. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

7. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

8. ผู้วิจัยสำรวจประวัติเบื้องต้นของเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

9. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

10. ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีแบบฟอร์มการแจ้งสิทธิ และมีการเซ็นลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

10.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความเครียดและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนการทดลอง (Pre-test) ก่อนการทดลอง ดังผลแสดงใน (ภาคผนวก ง) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

10.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความเครียดและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนการทดลอง (Pre-test) ก่อนการทดลอง ดังผลแสดงใน (ภาคผนวก ง) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

## ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

### 1) กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่าจะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐาน จากพยาบาลวิชาชีพประจำห้องตรวจโรคกุมารเวชกรรม แผนการรักษา การสนับสนุนให้กำลังใจ คำแนะนำ และความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแล เมื่อครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นขอคำแนะนำ ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 จากการมารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และเรื่องปัญหาต่างๆที่พบในเด็กสมาธิสั้นเมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทำการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในสัปดาห์ที่ 4 และแจกคู่มือเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และการผ่อนคลายความเครียดให้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

### 2) กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

หลังจากประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน และดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการความเครียด สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยได้ทำการกำกับกับการทดลองด้วยแบบประเมินความเครียดทันที โดยหลังการทดลอง ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องมีระดับคะแนนความเครียดลดลงจากเดิม หากมีคะแนนไม่ลดลง ผู้วิจัยจะให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญความเครียด แล้วประเมินความเครียดอีกจนกว่าจะได้คะแนนตามเกณฑ์ โดยมีการดำเนินกิจกรรมดังตาราง ดังนี้

**ตารางที่ 3** แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มโปรแกรมการจัดการความเครียด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิก  
กระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร

วัน	เวลา	กลุ่ม	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1	09.00 - 10.00 น. 13.00 - 14.00 น.	กลุ่มที่ 1 (10 คน) กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้ เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์
	10.00 - 11.00 น. 14.00 - 15.00 น.	กลุ่มที่ 1 (10 คน) กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ครั้งที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับ ความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจาก สถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแล เด็กสมาธิสั้น
สัปดาห์ที่ 2	09.00 - 10.30 น. 13.00 - 14.30 น.	กลุ่มที่ 1 (10 คน) กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ครั้งที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคสมาธิสั้นและทักษะการดูแลผู้ป่วย สมาธิสั้น
	10.30 - 11.30 น. 14.30 - 15.30 น.	กลุ่มที่ 1 (10 คน) กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ครั้งที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
สัปดาห์ที่ 3	09.00 - 10.00น. 13.00 - 14.00น.	กลุ่มที่ 1 (10 คน) กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ครั้งที่ 5 การเผชิญความเครียดอย่างมี ประสิทธิภาพ
	10.00 - 11.30 น. 14.00 - 15.30 น.	กลุ่มที่ 1 (10 คน) กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ ให้ความรู้ เรื่องการผ่อนคลายความเครียด พร้อมทั้ง ฝึกทักษะด้วยการฝึกหายใจและการคลาย กล้ามเนื้อ
สัปดาห์ที่ 4	09.00 - 10.00 น. 13.00 - 14.00 น.	กลุ่มที่ 1 (10 คน) กลุ่มที่ 2 (10 คน)	ครั้งที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับ ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ



รายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็ก  
สมาธิสั้นแบบกลุ่ม สรุปได้ดังนี้

### สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ และให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์

1. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความไว้วางใจ เปิดเผยข้อมูลต่อผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มและให้ความ  
ร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป ประเมินจากการสังเกตสีหน้ามียิ้มแย้มแจ่มใสทักทายแสดง  
ท่าทีไว้วางใจ มีความเป็นกันเอง และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้วิจัยและสมาชิกคนอื่นมีความสนใจขณะทำ  
กิจกรรม การซักถามพูดคุยกันภายในกลุ่ม และการร่วมแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่มและแลกเปลี่ยน  
ประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านให้กับสมาชิกภายในกลุ่ม แต่ยังมีผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น 2-3  
คน นั่งเงียบ ยังไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม จึงกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น  
และร่วมกิจกรรมกลุ่ม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“บางครั้งมาโรงพยาบาล เจอกันหลายครั้ง แต่ไม่ได้คุยกัน พอมาทำกลุ่ม ทำให้รู้จักกันได้  
พูดคุยเกี่ยวกับลูกที่เป็นสมาธิสั้น ทำให้รู้สึกวิตกกังวลลดลง ที่ได้มาคุยกับแม่ที่มีปัญหาเดียวกับเรา”

“ลูกที่บ้านตอนนี้ติดเกมมาก แรกๆก็ทะเลาะกันเพราะห้ามไม่ให้เล่น ตอนหลังมาใช้  
กำหนดเวลา เขาก็ค่อยรับได้ และบางครั้งก็ไม่ชาร์จแบตเตอรี่โทรศัพท์ไว้ จะให้เหลือแบตเตอรี่น้อย ให้เครื่อง  
ดับไปเอง เขาก็ได้ไม่เล่นอีก”

“ก็คิดว่าตัวเองเครียดกับลูกคนนี้นี่มากนะ จนบางครั้งปวดหัว แล้วก็ไปใส่อารมณ์กับเค้า จนทำ  
ให้บรรยากาศที่บ้านมันดูแย่ไปหมด ทั้งพ่อเค้า พี่ชายเค้าโดนกันไปด้วย สุดท้ายเค้าก็ยังทำพฤติกรรม  
นั้นอย่างเดิม”

“หลังจากเลิกงานกลับมา แล้วมาเห็นลูกชน เล่นของไม่เก็บ พูดไม่ฟัง อารมณ์ก็ระเบิด คือ  
เครียดเรื่องงาน แล้วยังกลับมาปวดหัวเรื่องลูกอีก บางที่ต้องปล่อยให้เค้าเล่นเกม เพื่อตัดปัญหา แล้ว  
เดินหนีออกมาสักระยะ ไม้จั่นไม้ไหว ต้องระเบิดลงแน่ๆ”

2. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยระยะเป็ยบ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม  
และประโยชน์ที่จะได้รับหลังการเข้าร่วมกิจกรรมดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ได้มาทำกลุ่ม ทำให้ได้มาพูดคุยกับพ่อ แม่ ที่มีลูกที่เป็นสมาธิสั้นเหมือนกัน จะได้ว่ารู้ว่าในแต่ละ  
บ้านมีปัญหา และจัดการกันด้วยวิธีอะไรบ้าง จะได้นำมาใช้ที่บ้านบ้าง”

“ถ้าได้มาเข้ากลุ่มหลายๆครั้ง คงทำให้ลดความเครียดลง และสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ดี  
มากขึ้น”

3. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบอกถึงขั้นตอนของกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการ  
ปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ สังเกตได้จากในการให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมิน  
สถานการณ์ ผู้วิจัยแจกแผนภาพการประเมินสถานการณ์และอธิบายตามแผนภาพการประเมินขั้นปฐม  
ภูมิ ให้สมาชิกยกตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริงขณะอยู่บ้าน

“ ลูกไม่ทำกิจวัตรประจำวันตามเวลา เช่น อาบน้ำ แต่งตัวไปโรงเรียน ”

“ เด็กไม่ทำการบ้าน ทำได้ไม่กี่ข้อ ก็ขอไปเล่น ”

“ ต้องคอยกำกับ นั่งเฝ้าอยู่ตลอดเวลา ”

หลังจากผู้วิจัยอธิบายตามแผนภาพการประเมินขั้นทุติยภูมิ เมื่อรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเครียดแล้ว เราจะทำอย่างไรกับปัญหานั้น ให้สมาชิกยกตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริงขณะอยู่บ้าน

“ บังคับให้เด็กทำ อาจต้องมีดู ตี บ่นกันบ้าง ไม่งั้นไม่เสร็จตามเวลา ”

“ แบ่งกิจกรรม ในการทำการบ้านให้เป็นช่วงสั้นๆ แล้วพัก แล้วกลับมาทำต่อ ”

“ เดินออกมา ให้พ่อเข้าไปดูแทนบ้าง ”

หลังจากผู้วิจัยอธิบายเรื่องแหล่งประโยชน์ที่ควรนึกถึง มีสมาชิกเสนอความคิดเห็นว่า

“ บางครั้งนึกไม่ออกว่าใครจะช่วยให้เราได้ ในช่วงจังหวะนั้น แต่ตอนนี้ถ้ามีปัญหาคงใจเย็นๆ ให้ตัวเองมีสติ ตัวเราเองที่จะช่วยได้มากที่สุด แต่ถ้าระดับอารมณ์ช่วงนั้นไม่ไหวจริงๆ จะต้องให้คนอื่นมาช่วยดูแลเด็กแทนในช่วงนั้น ”

“ มารับการตรวจตามนัด เพื่อได้รับคำแนะนำจากหมอและพยาบาล ”

“ พาเด็กไปนั่งสมาธิ ทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น ศิลปะ ”

หลังจากผู้วิจัยอธิบายวิธีการจัดการกับความเครียด มีสมาชิกเสนอความคิดเห็นว่า

“ ถ้าเป็นสถานการณ์ที่เครียดมากๆ ก็จะเดินหนีมาก่อน ดูทีวี ฟังเพลง ให้เครียดลดลง แล้วค่อยไปแก้ปัญหา ”

“ พยายามหาทางแก้ปัญหา แต่ถ้าแก้ไม่ได้ก็หาคนอื่นมาช่วย ”

“ ทำกิจกรรมนั้นแทนเด็ก เพื่อให้เสร็จไป ”

หลังจากผู้วิจัยอธิบายแผนภาพการประเมินซ้ำ มีสมาชิกเสนอความคิดเห็นว่า

“ ไม่ค่อยได้ทวนความคิด ส่วนใหญ่จะตัดสินใจจะลงมือทำเลยนะตอนนั้น ”

**สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2** การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมวิธีการแก้ไข และการปรับเปลี่ยนการประเมินทางความคิด

1. ผู้ดูแลประเมินความเครียดด้วยตนเองได้ถูกต้อง และทราบว่าตนเองมีความเครียดอยู่ระดับปานกลาง ประเมินจากแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขความเครียดที่แตกต่างกันไปดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ ถ้าเครียดมากๆ จะปล่อยให้เค้าเล่นตามใจเลย อยากเล่นเกม อยากทำอะไรทำเลย จะเดินหนีมานั่งปล่อยอารมณ์ยาวๆ เลย ไม่งั้นไม่ไหวค่ะ ”

“ พอได้มาหาคุณหมอ ก็รู้สึกที่ตัวเองเครียดลดลงนะค่ะ ได้ความรู้ไปปรับใช้ เลยรู้สึกที่เข้าใจเค้ามากขึ้น ก่อนนี้จะแบบเค้าทำอะไรซ้ำไปหมด ต้องจ้ำจี้จ้ำไช จนกว่าเค้าจะทำ ”

2. ผู้ดูแลบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองให้การดูแลผู้ป่วยได้โดยผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ให้ความเห็นตรงกันว่า ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นทำให้ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียด กังวลใจ หงุดหงิด เบื่อหน่ายในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และบอกถึงวิธีการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“พอเครียดมาก แม่ก็จะปวดหัว ต้องกินยาแก้ปวดกันเลย ไม่งั้นไม่ไหว ทำให้ออนไม่หลับ ตามมา แล้วก็ไม่มีแรงที่จะไปทำงาน และก็ต้องดูแลเค้าในตอนเช้าอีก พาลอารมณ์ไม่ดีกันไปหมด”

“เวลาที่ลูกชนมากๆ ไม่ยอมทำการบ้าน แม่จะนั่งและปรับสภาพจิตใจของแม่ให้ปกติก่อน จะพยายามไม่ใช่อารมณ์ในการจัดการเด็กในตอนนั้น เมื่อควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ดี จะมาบอกเหตุผล และข้อตกลงที่เปิดโอกาสให้เด็กได้สร้างข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้สามารถทำการบ้านเสร็จทุกข้อ และเล่นเกมตามเวลาที่กำหนด หลังจากทำการบ้านเสร็จ”

“เวลาอยู่บ้านกับลูกสองคน บางครั้งก็หงุดหงิด ดูใส่เค้าๆ ก็ไม่ฟัง ชน พุดมาก ไม่ทำตามคำสั่ง ยิ่งกันไปใหญ่ ต้องให้ไปเรียนพิเศษ เพราะดูแลเองไม่ไหว เพราะแม่มีงานบ้านที่ต้องทำ ถ้าต้องมาสอน การบ้านอีกคงตีกันตาย”

“มีหงุดหงิดตีเค้าบ้างเวลาที่เค้าไม่เชื่อฟัง คือเราก็มีงานอื่นต้องทำ เค้าชอบมายุ่งเวลาเราทำงาน บอกดีก็ไม่ค่อยฟัง ต้องเสียงดัง และทำท่าจะตีถึงจะยอมหยุด”

“ตอนแรกก็ไม่ค่อยเข้าใจในตัวลูกเท่าไร...แต่พอมหาหาหมอ ได้มาพูดคุยในกลุ่ม ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับลูกมากขึ้น ว่าเราต้องใจเย็น และมีความอดทนกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเค้าอย่างมาก แม่คงต้องปรับตัวเองไปก่อน ถึงจะให้เค้าทำตามได้”

3. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบอกถึงปัญหา หรือสถานการณ์จากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เค้าจะไม่ทำตามสิ่งที่เราบอกทันที ห่วงเล่น ต้องใช้ความอดทนมากๆ”

“กลับมาจากโรงเรียนไม่ทำอะไรเลย ขอตุ๊กการ์ตูน เล่นโทรศัพท์ทันที เราก็ไม่มีเวลากำกับดูแล เค้า ก็ต้องปล่อยให้เค้าดูและเล่น”

“ครูประจำชั้นบอกอยู่บ่อยๆ ว่าน้องชอบนั่งเหม่อ และชอบชวนเพื่อนคุย”

“กว่าจะทำการบ้านเสร็จ ต้องดู บางครั้งต้องตีกัน เสียงดังลั่นบ้าน”

“ในการดูแลลูกที่ทำให้เครียดมากที่สุด น่าจะเป็นเรื่องที่ห่วงเล่น ไม่ทำตามคำสั่ง อยากรให้เค้าทำตามที่เราบอก”

“ตอนทำการบ้าน บอกให้ทำให้เสร็จค่อยไปเล่น เค้าจะเฉื่อย ไม่ทำ เหม่อ ใช้เวลานานมาก แม่ก็บ่นว่าเค้าดื้อ ไม่เชื่อฟัง ถ้าเค้าดื้อหนักๆ แม่มีตีบ้างค่ะ

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3** ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องสมาธิสั้น และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น

1. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบอกถึงประเภท และความสำคัญของแหล่งประโยชน์ได้ พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจและตอบคำถามเกี่ยวแหล่งประโยชน์ที่สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลและเด็กสมาธิสั้นได้ถูกต้อง และให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การมีส่วนร่วมของตนเองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

2. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบอกถึงสาเหตุ อาการ อาการแสดง และการรักษาของโรคสมาธิสั้น รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นได้ถูกต้อง ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา และการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และการร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ และความร่วมมือขณะทำกิจกรรม ผู้ดูแลให้ความสนใจ และมีข้อซักถามว่าสิ่งที่ตนเองทำถูกต้องหรือไม่ หรือบางครั้งรอบครั ผู้ดูแลจะมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนวิธีในการดูแลเด็กสมาธิสั้นซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มสามารถสรุปสาระสำคัญของกิจกรรมได้ และบอกว่าจะนำไปปรับใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“แม่เห็นลูกมีอาการแบบนี้ ตอนแรกก็ไม่เห็นว่าจะผิดปกติอะไร น่าจะจนเป็นธรรมดาของเด็กผู้ชาย แต่พอเข้าโรงเรียน คุณครูบอกว่า ชอบชวนเพื่อนคุย ไม่ค่อยมีสมาธิเวลาทำงาน ชอบนั่งเหม่อ ก็เลยพามาโรงพยาบาล พบคุณหมोजึงรู้ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ก่อนพบหมอนี้ลูกทำอะไรเข้า สิ่งอะไรไม่เคยทำเสร็จ แม่ก็เบื่อก็คงรอ เลยทำให้เสร็จๆไป แต่พอมามาโรงพยาบาล เลยรู้ว่าลูกมีความผิดปกติในส่วนของสมอง ซึ่งพวกแม่ๆสามารถช่วยในการปรับพฤติกรรมลูก โดยต้องใช้ความอดทน ใจเย็น และต้องเข้าใจลูกอย่างมากๆ ร่วมกับการกินยา เพื่อให้ลูกมีสมาธิมากขึ้นในการเรียน และการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น”

3. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบอกถึงการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้นได้ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ต้องเริ่มที่ตัวแม่ก่อนเลย แม่ต้องมีสติ 1-20 ต้องท่องไว้ในใจว่าเค้าป่วย ใช้ความรักในการดูแลเค้า ถ้าเราสงบได้ก่อน แม่เคยสังเกตว่าเราจะควบคุมอารมณ์เค้าได้ง่ายกว่า และเค้าจะเชื่อฟังและทำตามเรา”

“ที่บ้าน เค้ามียาที่ทำทุกอย่างให้หลาน คอยตามใจ ไม่ดูไม่ว่า ให้เล่นเกมตลอด เลยเป็นปัญหาที่ขัดแย้งในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เดี่ยวต้องกลับไปบอก หรือครั้งต่อไปต้องพามาเข้ากลุ่มด้วย ยาเค้าจะได้เข้าใจ จะได้ให้การดูแลไปแนวทางเดียวกัน แม่นี่ก็ไม่รู้จะบอกยังไงเลย”

4. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบอกถึงความสำคัญของยา และผลข้างเคียงของยาได้ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“แม่สังเกตว่าจากที่ลูกกินยาแล้ว จะมีสมาธิมากขึ้น ทำงานได้นานขึ้น คุณครูที่โรงเรียนก็บอกว่าไม่ค่อยอ้วนเลย เลยคิดว่าต้องพามาหาหมอตามนัด และให้กินยาอย่างต่อเนื่อง”

“เป็นห่วงเค้าเหมือนกันตอนไปโรงเรียนกลัวเค้าลืมนินยา ก็จะเอาใส่กระเป๋ากางเกงไว้เวลาเค้าหยิบเงินมาซื้อขนม จะได้เจอยาด้วย”

#### **สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4** ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

1. ผู้ดูแลเด็กสามารถสืบบอกถึงประโยชน์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้ถูกต้อง ประเมินจากการสังเกตสีหน้า พฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และการร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ และให้ความร่วมมือขณะทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการสื่อสารทางคำพูดเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“สถานการณ์สมมติที่หนึ่งคล้าย ๆ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่เคยเกิดที่บ้าน แม่เคยทำพฤติกรรมแบบนั้นกับลูก จำได้ว่าช่วงนั้นเหนื่อยกับที่ทำงาน แล้วต้องทำงานบ้าน แล้วลูกก็มาทะเลาะกัน ตีคู่กัน บ้านแทบแตก สุดท้ายไม่เกิดผลดีอะไรเลย ร้องให้กันเสียงดังมากขึ้น จึงเพิ่มความโมโหให้ตัวเองมากขึ้นอีก พอคราวหลังเกิดเหตุการณ์แบบนี้อีก แม่ปรับตัวเองใหม่ ใจเย็นมากขึ้น นับ 1-20 ก่อน หายใจเข้า-ออก ยาวๆ แล้ว ถึงจะจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูก เออ มันช่วยให้สถานการณ์ตอนนั้นดีขึ้นได้เร็วกว่าตอนที่ใช้อารมณ์ดุๆ ตีลูกเสียอีก”

2. ผู้ดูแลเด็กสามารถสืบบอกถึงเทคนิคของการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้ถูกต้องดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“คิดว่าถ้าใช้อารมณ์พูดกับลูก ลูกจะยิ่งแสดงอาการต่อต้าน คุณหมอและคุณพยาบาลบอกว่าต้องเข้าใจในตัวเค้า ว่ามันเป็นความผิดปกติที่สมอง เค้าไม่ได้แก้ง หรืออยากทำพฤติกรรมนั้นๆ คุณแม่ต้องใจเย็นๆ นี่ก็พยายามใจเย็นๆ แต่บางครั้งมันก็อดไม่ได้จริงๆ เค้าชอบมาเข้าซี้ต่อนเราๆ แต่ช่วงนี้ก็ดีขึ้นมากแล้ว พยายามควบคุมตัวเอง รู้สึกว่าพอเราเย็นขึ้น เค้าก็สงบมากขึ้นนะคะ”

จากการสังเกตการณ์ทำกิจกรรม สมาชิกในกลุ่มให้ความร่วมมือดี มีการซักถามเกี่ยวกับเรื่องที่สงสัยเป็นระยะ แต่เมื่อให้สมาชิกส่งตัวแทนมาสรุปกิจกรรมที่ทำไป ผู้วิจัยต้องกระตุ้นให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น

#### **สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5** การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

1. ผู้ดูแลเด็กสามารถสืบบอกถึงรูปแบบของการเผชิญความเครียด ผลดี ผลเสียของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ได้ถูกต้องดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“จากฟังผู้นำกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่ม แม่จะลองเปลี่ยนความคิดดูไม่คิดว่าลูกนิสัยไม่ดี คือไม่พูดให้ลูกได้ยินว่าลูก ไม่ดี ลูกคือ ให้เวลาความรัก และความเข้าใจ ถ้ามเหตุผลของลูกที่เค้าไม่ยอมทำการบ้าน ให้เค้าได้บอกเหตุผล และร่วมกันวางแผน หาข้อตกลงร่วมกัน อาจเป็นเพราะเมื่อก่อนแม่จะใช้อารมณ์กับลูกมากเกินไป และไม่เข้าใจในตัวลูก นี่เค้าจะเชื่อพ่อกว่า เดี๋ยวจะให้พ่อมาวางแผนข้อตกลงด้วยคะ แล้วจะมาเล่าให้ฟังนะคะ”

2. ผู้ดูแลเด็กสามารถสืบบอกถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“แม้ว่า แม่จะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูกก่อน แม่จะควบคุมอารมณ์ ไม่ดูว่า ใช้อารมณ์กับลูก จะให้ลูกได้มีการแสดงความคิดเห็น ให้คำชมเชยกับลูกมากขึ้น”

### สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 6ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์

1. ผู้วิจัยบอกถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดแบบต่างๆ และแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“ได้นำความรู้ไปใช้กับหลาน รู้สึกว่าทั้งย่าและหลาน ไม่ต้องหงุดหงิดใส่กันเวลาให้ทำการบ้านหรือแต่งตัวตอนไปโรงเรียน รู้สึกเครียดลดลง ตอนเช้าก็กำหนดตาราง และกิจกรรมกันไว้ก่อน ให้เค้าได้เลือก และใช้เวลาเค้าได้ทำ ย่าไม่ดูใช้เสียงดัง เค้าก็ค่อยๆเริ่มทำได้ รู้สึกว่ามันดีกว่าแบบเดิมที่ดูและเร่งรีบกับหลานไปหมด เพื่อให้มันเสร็จทันเวลา”

“ส่วนใหญ่ที่แม่จะอารมณ์เสียมากๆในตอนเช้าที่จะต้องรีบไปทำงาน และต้องดูเค้าในการอาบน้ำ แต่งตัว กินข้าว แบบเสียงดังกันแต่เช้า เลยแก้ปัญหาโดยการตกลงกับเค้าในตอนเย็น ว่าเราจะตื่นกันกี่โมง แม่ปลุกก็ครั้ง ลูกต้องแต่งตัวให้เสร็จภายในกี่โมง และถ้าลูกไม่ทำจะเกิดอะไรขึ้น วันแรกๆก็ทำไม่ได้บ้าง ก็ต้องปรับๆกันไป พอผ่านไปสามวัน เค้าเริ่มดีขึ้น บรรยากาศตอนเช้า ก็เริ่มดีขึ้น รู้สึกว่าพอตอนเช้าเราไม่หงุดหงิด มันก็ทำให้ไม่เครียด ทำงานก็สดชื่นมากขึ้น”

“ตอนเย็นกลับจากโรงเรียนทุกๆครั้ง จะไม่ทำอะไรเลย กระทบไม่เก็บ ชุดไม่ยอมเปลี่ยน จ้องแต่จะเปิดทีวีดูการ์ตูน เมื่อก่อนย่าขี้เกียจจะทะเลาะเลยตามใจ อยากรู้อีกก็ดูไป แต่สุดท้ายก็ต้องดู เพราะไม่ยอมอาบน้ำ ให้กินข้าวไม่กิน ให้ทำอะไรไม่ยอมทำ หลังจากได้คำแนะนำจากในกลุ่มไปลองทำดู แรกๆเค้าก็ดื้อ ไม่ทำตาม แต่พอบอกข้อตกลงตอนเค้าอารมณ์นิ่ง ก็เริ่มพูดกันรู้เรื่อง คืออย่าต้องใจแข็งมากๆ ย่าก็รู้สึกว่ามันก็ช่วยให้ย่าเครียดลดลงนะ ขอแค่เค้าดูแลตัวเองได้ อาบน้ำ กินข้าว เข้านอน ก็พอแล้ว”

2. ผู้ดูแลเด็กสามารถสืบมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด และสามารถเลือกวิธีการคลายความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสมดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“มันรู้สึกผ่อนคลายขึ้น จิตใจมันดูเบาๆ แบบโล่งๆสบาย เดี่ยวกลับบ้านไปจะไปทำต่อคุณคะ”

“เวลาเครียด เราจะชวนกันไปทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น ไปให้อาหารปลา ปั่นจักรยาน มันทำให้เครียดลดลงได้บ้างนะ”

#### สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

1. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอธิบายถึงความรู้ที่ได้รับในแต่ละกิจกรรมได้อย่างถูกต้องประเมินจากการนำเสนอข้อมูลของแต่ละกลุ่ม และการตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง

2. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบอกถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์ได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“รู้สึกมั่นใจ และเครียดลดลง คิดว่าจะสามารถนำสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม กลับไปใช้กับหลาน”

“พอเข้ามาทำกิจกรรม มาเจอคนอื่นๆ ทำให้รู้สึกว่าไม่ได้มีเราคนเดียวที่ต้องเผชิญปัญหา กับลูกคนเดียว ทุกคนต้องเจอเหมือนกัน แต่พอมาเข้ากลุ่มรู้สึกมันเหมือนไม่ได้อยู่ตัวคนเดียว เพื่อนๆมา แลกเปลี่ยนการดูแลที่จะนำไปปรับใช้กับลูก ซึ่งบางทีเราแม้แต่เครียดจนนึกไม่ออกมาต้องทำอะไรถึงจะดีขึ้น”

“ทำให้รู้ว่าการที่เราเครียด หงุดหงิด ดู ใช้เสียงดัง ตีลูกไม่ได้ช่วยให้เค้าลดพฤติกรรมที่เราไม่ชอบลง กลับไปกระตุ้นให้ลูกทำพฤติกรรมที่ไม่ดีมากขึ้นอีกด้วย แม้จะใจเย็นมากขึ้น ไม่คาดหวังสูงกับลูกมากเกินไป เข้าใจธรรมชาติของโรคที่ลูกเป็น”

3. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีทักษะและมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น ประเมินได้จากสมาชิกในกลุ่มสามารถบอกได้ว่าจะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“แม่จะใช้ความรักความเข้าใจ และต้องอดทนมากขึ้น ยอมรับว่าเค้าป่วยไม่ได้แกล้งทำ พอแม่รู้สึก และคิดแบบนั้นทำให้ครอบครัวเรามีความสุขมากขึ้นนะคะ”

“จากที่ตอนเช้าต้องทะเลาะกันทุกวัน ตอนนี้อมวางข้อตกลง และทำตารางกิจกรรมร่วมกัน ก็ช่วยให้เหตุการณ์ตอนเช้าราบรื่นขึ้น ยาก็ให้รางวัลเค้าเมื่อเค้าทำได้ครบ 1 อาทิตย์ เค้าก็ยิ้มรับนะ แต่ต้องดูต่อไปเรื่อยๆ นออะหมอ”

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้กล่าวขอบคุณผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม และกล่าวลาเพื่อนร่วมกลุ่มสมาชิกในกลุ่มที่มีสีหน้าที่ยิ้มแย้ม และพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนแยกย้ายกลับบ้าน

#### การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 7 โดยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นตอบคำถามตามแบบประเมินความเครียด ผลการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทุกรายมีคะแนนระดับความเครียดลดลงจากเดิม ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ดังตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 4 คะแนนและระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n= 20)

คนที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	ระดับความเครียด	คะแนน	ระดับความเครียด
1	36	ปานกลาง	24	ปานกลาง
2	31	ปานกลาง	22	น้อย
3	33	ปานกลาง	23	น้อย
4	35	ปานกลาง	23	น้อย
5	27	ปานกลาง	24	ปานกลาง
6	32	ปานกลาง	25	ปานกลาง
7	36	ปานกลาง	23	น้อย
8	26	ปานกลาง	23	น้อย
9	33	ปานกลาง	24	ปานกลาง
10	28	ปานกลาง	24	ปานกลาง
11	26	ปานกลาง	25	ปานกลาง
12	27	ปานกลาง	24	ปานกลาง
13	27	ปานกลาง	25	ปานกลาง
14	36	ปานกลาง	26	ปานกลาง
15	29	ปานกลาง	24	ปานกลาง
16	28	ปานกลาง	23	น้อย
17	39	ปานกลาง	22	น้อย
18	33	ปานกลาง	25	ปานกลาง
19	25	ปานกลาง	24	ปานกลาง
20	27	ปานกลาง	23	น้อย

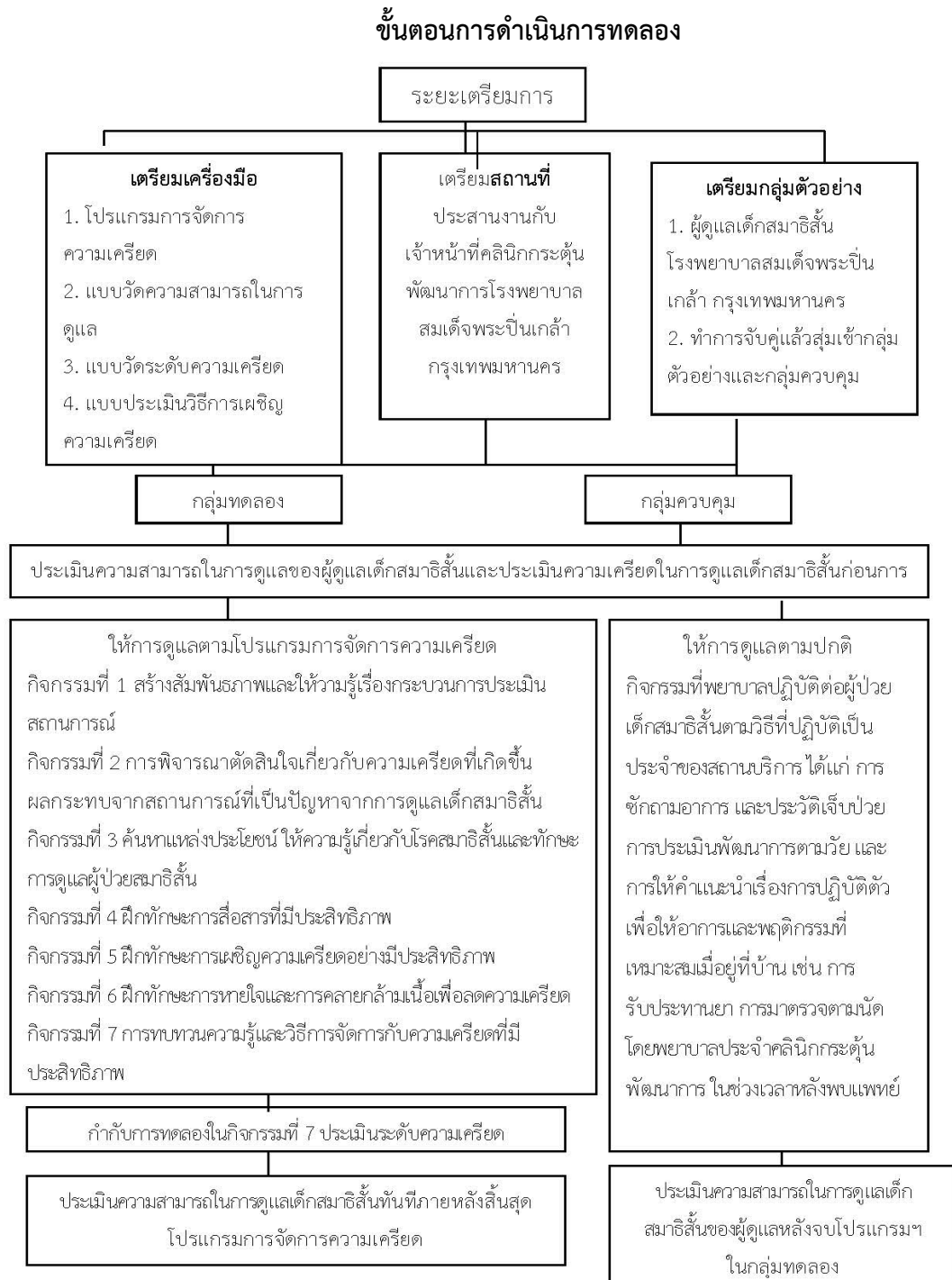
จากตารางที่ 4 พบว่าระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดฯ มีคะแนนความเครียดลดลงทุกคน และมีระดับความเครียดลดลงเป็นระดับความเครียดน้อยจำนวน 8 คน และ ระดับปานกลาง 12 คนแสดงว่าเป็นไปตามเกณฑ์กำกับการศึกษา



### ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นทันที เพื่อวิเคราะห์ผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมมติสั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t -test)
- 3) เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมมติสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ ทดสอบที (Independent t-test)
- 4) มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน โดยมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดและระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพะปิ่นเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่องระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นและระดับการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบบรรยาย ประกอบด้วย 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ด้วยวิธีการทางสถิติ Dependent t - test

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยวิธีการทางสถิติ Independent t-test

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>เพศ</b>					
ชาย	4	20	4	20	8	20
หญิง	16	80	16	80	32	80
<b>อายุเฉลี่ย (ปี)</b>	42.3		41.6			
(S.D.=13.895)	(S.D.=13.830)	(S.D.=13.700)				
20 - 30 ปี	6	30	5	25	11	27.5
31 - 40 ปี	3	15	4	20	7	17.5
41 - 50 ปี	3	15	3	15	6	15
51 - 60 ปี	8	40	8	40	16	40
<b>ระดับการศึกษา</b>						
มัธยมศึกษา	8	40	8	50	16	40
อนุปริญญา / ปวส.	6	30	6	30	12	30
ปริญญาตรี	6	30	6	30	12	30

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปีคิดเป็นร้อยละ 40 เท่ากัน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รองลงมาคืออายุระหว่าง 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และร้อยละ 25 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 และ 50 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับรองลงมาจบการศึกษาในระดับชั้นอนุปริญญา / ปวส. และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานภาพสมรส อาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20)		(n = 20)		(n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพสมรส</b>						
คู่อยู่ด้วยกัน	14	70	14	70	28	70
คู่อยู่กันคนละที่	1	5	2	10	3	7.5
หม้าย/หย่า/ร้าง	5	25	4	20	9	22.5
<b>อาชีพ</b>						
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	3	15	4	20	7	17.5
นักเรียน/นักศึกษา	1	5	-	-	1	2.5
พนักงานธุรกิจเอกชน	4	20	4	20	8	20
กิจการส่วนตัว	5	25	6	30	13	32.5
แม่บ้าน	7	35	6	30	13	32.5

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสเป็นคู่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 70 เท่ากัน ส่วนด้านอาชีพพบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว และแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.5 ในกลุ่มทดลองประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว และแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 25 และ 35 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว และแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนความสัมพันธ์กับเด็ก  
ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>					
ไม่มีรายได้	5	25	4	20	9	22.5
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	5	1	5	2	5
5,000-9,999 บาท	2	10	2	10	4	10
10,000-19,999 บาท	8	40	9	45	17	42.5
20,000 ขึ้นไป	4	20	4	20	8	20
<b>ความสัมพันธ์กับเด็ก</b>						
มารดา	9	45	9	45	18	45
ปู่/ย่า	6	30	3	15	9	22.5
ตา/ยาย	5	25	8	40	13	32.5

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45 ตามลำดับ ในด้านความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์เป็นมารดาคิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิ สั้นเฉลี่ย (ปี)	5.056		5.140		5.030
	(S.D.=1.66)		(S.D.=1.80)		(S.D.=1.613)	
0 -1 ปี	-	-	1	5	1	2.5
1 ปี 1 เดือน - 3 ปี	1	5	2	10	3	7.5
3 ปี 1 เดือน - 5 ปี	9	45	7	35	16	40
5 ปี 1 เดือน - 8 ปี	9	45	8	40	17	42.5
8 ปี 1 เดือน ขึ้นไป	1	5	2	10	3	7.5

จากตารางที่ 8 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอยู่ในช่วง 5 ปี 1 เดือน - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอยู่ในช่วง 3 ปี 1 เดือน - 5 ปี และ 5 ปี 1 เดือน - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอยู่ในช่วง 5 ปี 1 เดือน - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 40

**ส่วนที่ 2** คะแนนและระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**ตารางที่ 9** คะแนนและระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ของกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	73	ปานกลาง	81	ปานกลาง
2	75	ปานกลาง	79	ปานกลาง
3	76	ปานกลาง	78	ปานกลาง
4	80	ปานกลาง	81	ปานกลาง
5	89	ปานกลาง	83	ปานกลาง
6	78	ปานกลาง	79	ปานกลาง
7	79	ปานกลาง	81	ปานกลาง
8	83	ปานกลาง	77	ปานกลาง
9	78	ปานกลาง	79	ปานกลาง
10	78	ปานกลาง	79	ปานกลาง
11	79	ปานกลาง	80	ปานกลาง
12	78	ปานกลาง	78	ปานกลาง
13	74	ปานกลาง	76	ปานกลาง
14	78	ปานกลาง	79	ปานกลาง
15	74	ปานกลาง	76	ปานกลาง
16	73	ปานกลาง	84	ปานกลาง
17	77	ปานกลาง	79	ปานกลาง
18	78	ปานกลาง	79	ปานกลาง
19	79	ปานกลาง	79	ปานกลาง
20	79	ปานกลาง	79	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนและระดับความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีทั้งลดลง เพิ่มขึ้น และเท่าเดิมในบางราย เมื่อแปลผลคะแนน



ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นระดับแล้วไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 10 คະแนนและระดับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ของกลุ่มทดลองก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	แบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	75	ปานกลาง	100	สูง
2	80	ปานกลาง	102	สูง
3	75	ปานกลาง	102	สูง
4	75	ปานกลาง	101	สูง
5	73	ปานกลาง	104	สูง
6	82	ปานกลาง	112	สูง
7	88	ปานกลาง	104	สูง
8	87	ปานกลาง	106	สูง
9	75	ปานกลาง	100	สูง
10	76	ปานกลาง	118	สูง
11	85	ปานกลาง	109	สูง
12	78	ปานกลาง	107	สูง
13	79	ปานกลาง	102	สูง
14	84	ปานกลาง	102	สูง
15	76	ปานกลาง	108	สูง
16	79	ปานกลาง	109	สูง
17	72	ปานกลาง	101	สูง
18	80	ปานกลาง	105	สูง
19	84	ปานกลาง	113	สูง
20	72	ปานกลาง	100	สูง

จากตารางที่ 10 พบว่า คະแนนและระดับความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง เมื่อแปลผลคะแนนความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นแล้วพบว่าเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับสูงทุกราย

**ส่วนที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ด้วยวิธีการทางสถิติ Dependent t - test

**ตารางที่ 11** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=20)

คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	$\bar{x}$	SD	level	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	77.90	3.63	ปานกลาง			
หลังการทดลอง	79.30	2.00	ปานกลาง	1.69	19	.11
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	78.75	4.91	ปานกลาง			
หลังการทดลอง	105.25	4.98	สูง	20.73	19	.00*

จากตารางที่ 11 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.05$  ( $t = 20.73$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในทางตรงกันข้ามพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง คะแนนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**ส่วนที่ 4**เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยวิธีการทางสถิติ Independent t-test

**ตารางที่ 12**เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	$\bar{x}$	SD	level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	77.90	3.63	ปานกลาง	.62	19	.54
กลุ่มทดลอง	78.75	4.91	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	79.30	2.00	ปานกลาง	21.61	38	.00*
กลุ่มทดลอง	105.25	4.98	สูง			

จากตารางที่ 12พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ  $< 0.05$  โดยคะแนนเฉลี่ยของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านของกลุ่มทดลองดีว่ากลุ่มควบคุม ( $t = 21.61$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นการศึกษา แบบสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน โดย มีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการ ความเครียดดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการ ความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/ จิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/ จิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 20 คน และ กลุ่มทดลอง 20 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและคัดออก

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ และควบคุมทั้งสองกลุ่มให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยพิจารณาตั้งนั้ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (เพียงใจ ตรีพร วงศ์, 2540) และระดับการศึกษา (พัชรินทร์ กิตติธงโสภณ, 2544; อรทัย ทองเพชร, 2545) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยใช้แนวคิด Lazarus & Folkman (1984)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กเด็กสมาธิสั้นของ สนธยา มณีรัตน์ (2550) ซึ่งสร้างตามแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem (2001)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง และเครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540)

การดำเนินการทดลอง (ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความเครียด ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยมีกิจกรรมที่ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 2 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์

กิจกรรมที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทักษะการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 ทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์

กิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของ สนธยา มณีรัตน์ (2550) สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem (2001) โดยพบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity Index; CVI) เท่ากับ .87 และมีการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง และเครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) มีการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .94

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้อง และได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### 1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมแพทย์ทหารเรือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

1.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### 2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาของโปรแกรมรวม 4 สัปดาห์

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความเครียด และประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

2.2 ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดย

**กลุ่มควบคุม** ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากคลินิกพัฒนาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยผู้วิจัยไม่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแล

**กลุ่มทดลอง** ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกันทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดครั้งที่ 7 ผู้วิจัยทำการประเมินความเครียดในกลุ่มทดลองทุกคนทันที พบว่า กลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนความเครียดลดลงทุกคนซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์กำกับการศึกษา

### 3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Pre-test)

3.2 ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Post-test) ทันทีหลังจากการเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)
3. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ ทดสอบที (Independent t-test)
4. มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด

2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่า การให้โปรแกรมการจัดการความเครียดมีผลทำให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้คือ

1. ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด มีความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการความเครียดที่พัฒนาจากกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง ทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองตามบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งทำให้ทราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และ ความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน ซึ่งแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง



ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น โปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง สามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา จันทรเพ็ญ (2557) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดฯ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องความเครียด การประเมินความเครียดจากการดูแล การค้นหาแหล่งประโยชน์รวมทั้งให้ความรู้ และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น

2. ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=21.61$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

ผลการศึกษาจากข้างต้น แสดงให้เห็นว่า หลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยผู้วิจัยให้ความรู้ ชี้แนะ แนวทาง และให้การสนับสนุนการดูแลเด็กสมาธิสั้นแล้ว ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้ โดยผู้ดูแลสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ได้แก่ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากทั้ง 2 ตัวแปร มีผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดทั้ง 7 กิจกรรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งพบว่าในแต่ละกิจกรรม มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ดูแลลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นลงได้ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น ดังนี้

**ในกิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในลักษณะของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล พบว่าทำให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็น

แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ มีความกล้าในการเสนอแนะรวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมของผู้ดูแลให้ไปในทางที่ดี ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยเน้นให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้ในเรื่องกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ การประเมินขั้นทุติยภูมิ และการประเมินซ้ำ (Lazarus & Folkman, 1984) ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเข้าใจในการประเมินสถานการณ์ และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนมากขึ้น

จากคำพูดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น “ในครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้นมันทำให้เกิดความเครียดกันหมด แต่ถ้าเราประเมินการดูแลเด็กสมาธิสั้นว่าเป็นความเครียดที่ทำร้าย เราก็จะมีกำลังใจที่จะต่อสู้มากขึ้นที่จะดูแลเค้าต่อไป แม้ว่ามันดีกว่ามานั่งเครียดไปวันๆนะคะ เราจะท้อใจไปเปล่าๆ”

ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ฝึกประเมินสถานการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เกิดขึ้นนั้นมีผลต่อตนเองอย่างไร เพื่อจะได้พิจารณาในขั้นตอนต่อไปในการจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell, Mary Moser (2006) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด คือ การประเมินความเครียด (Stress Appraisal)

**กิจกรรมที่ 2** ผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยสมาชิกในกลุ่มมีระดับความเครียดปานกลาง และรับรู้ว่าจะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยสมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปสถานการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นให้ดีขึ้นได้

ดังตัวอย่างจากสมาชิกในกลุ่มหลายคนกล่าวว่า มหาวิทยาลัย

“จากการที่ฟังเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม สิ่งที่คุณดูแลต้องมีคือ การเข้าใจและยอมรับในตัวเด็ก และใช้ความรักให้กับเด็กซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการดูแลเด็ก ให้เค้ามีพัฒนาการที่ดีขึ้น”

“พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก เป็นตัวกระตุ้นอารมณ์ของเราหลายๆ เราต้องใจเย็นๆ มีความอดทนอย่างมาก เราต้องจัดการกับอารมณ์ของตัวเองก่อนให้มีความสงบ ไม่ใช่อารมณ์ ดุ ดี เพราะจากการที่ใช้อารมณ์ดุ ดีเค้าไป ไม่ช่วยให้เค้าดีขึ้นเลย กลับทำให้เค้าคือ ต่อต้านมากขึ้นอีกด้วย”

จากการเขียนตอบใบงาน และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น รับรู้ถึงผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้น โดยจะแสดงออกมาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ อย่างชัดเจนซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นตามมามากถ้าความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากโปรแกรมฯ จะเป็นการเพิ่มพลังอำนาจที่เป็นปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ทำให้เพิ่มพลังอำนาจ ในเรื่องความสามารถที่จะควบคุมร่างกายตนเองเพื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กที่เหมาะสม มีความตระหนักและเข้าใจผลกระทบทางลบหากไม่ดูแลแก้ไขปัญหาต่างๆ และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็ก ซึ่ง

สอดคล้องกับ อุมพรตรังคสมบัติ (2546) ที่กล่าวว่า การดูแลเด็กปกติกับเด็กสมาธิสั้นมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด เศร้า และรู้สึกว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพในการดูแล

**กิจกรรมที่ 3** การให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น จากการสังเกต และการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิสั้นโดยการจับคู่บัตรคำ ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้รับรู้เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน จากการเลือกจับคู่บัตรคำ และการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความหมายสาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษาโรคสมาธิสั้น และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความมั่นใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ลดความวิตกกังวล ความเครียด ที่เกิดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น และช่วยให้มีความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านมากยิ่งขึ้น เพราะการที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลดังกล่าวกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีแหล่งประโยชน์ (Resource) เพียงพอแก่ความต้องการ (demand) หรือได้รับการตอบสนองที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลทั้งหมด (Therapeutic Care Demand) ของเด็กสมาธิสั้น (Orem, 2001) ก็จะช่วยลดระดับความเครียดได้ส่วนหนึ่ง ทำให้การรับรู้ต่างๆ ดีขึ้น สามารถใช้ทักษะและความสามารถที่มีอยู่ในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1984)

ดังตัวอย่างจากสมาชิกในกลุ่มหลายคนกล่าวว่า

“พอแม่รู้ว่าเค้ามีความผิดปกติ แม่ก็กังวลกับเค้ามาก ไม่อยากให้เค้าทำอะไรเองเลย คอยทำให้เค้าหมดทุกอย่าง แต่พอมามาเค้ากลุ่ม แล้วได้ฟังเพื่อนสมาชิกแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแลลูกๆ พอเอากลับไปทำกับลูก เออเค้าก็ทำได้นี่ แม่รู้สึกมั่นใจมากขึ้นที่จะดูแลเค้า และกล้าที่จะพาเค้าออกไปนอกบ้านมากขึ้นด้วยค่ะ บรรยากาศในบ้านก็มีเสียงหัวเราะมากขึ้นด้วยค่ะ”

**กิจกรรมที่ 4** พัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างเด็กสมาธิสั้นกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้รับความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม ฝึกทักษะการสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการสื่อสารทางด้านบวก และเทคนิคของการสื่อสารที่ดี เพื่อลดการกระตุ้นการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก ช่วยเด็กให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามมาจาก การสังเกตพบว่า สมาชิกในกลุ่มทุกคนให้ความสนใจในการฟัง และการดูการแสดงบทบาทสมมติของสมาชิกในกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มกันมากขึ้น แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่ใช้ปฏิบัติเมื่ออยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นบอกว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าภายหลังการเข้าโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีความสามารถในการลงมือกระทำสิ่งที่ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลเด็ก โดยผู้ดูแลสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง

ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“พ่อกับแม่ต้องมีความอดทน และใจเย็นในการพูดคุยกับเด็ก ไม่แสดงอารมณ์หงุดหงิด แม้ว่า จะทำการบ้านเสร็จช้า”

“ผู้ดูแลต้องให้ความสนใจเมื่อเด็กทำกิจกรรม ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล และมีการชื่นชมให้เด็กรู้สึกดี เพื่อสังเกตพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก และให้เด็กปฏิบัติตามข้อตกลง หรือกติกาในการเล่น”

สอดคล้องกับ อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ที่กล่าวว่าครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมายถ้าการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ไม่ดี การสื่อสารในครอบครัวระหว่างผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกับเด็กสมาธิสั้นมีความสำคัญ เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้เด็กสมาธิสั้นให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยผู้ดูแลควรใช้การสื่อสารให้เหมาะสมกับเด็ก โดยหลีกเลี่ยงการสื่อสารทางลบ ได้แก่ การดู เจ้ากี้เจ้าการ บังคับ เป็นต้น และการแสดงอารมณ์บึ้งตึง หรือเฉยเมย เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลควรมีทักษะด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**กิจกรรมที่ 5** การพัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (Lazurus & Folkman, 1984) ในกิจกรรมนี้ให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิก โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นใช้การมองปัญหา โดยวิเคราะห์สถานการณ์มากขึ้น จะไม่ตัดสินใจทันที มีการคิดอย่างรอบคอบก่อนที่จะลงมือทำในการแก้ไขสถานการณ์นั้นๆ และเพิ่มทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

โดยสังเกตได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ก่อให้เกิดความเครียด สมาชิกมีการกำหนดเป้าหมายของปัญหา วิธีการแก้ปัญหา/การหาแหล่งประโยชน์ และเลือกวิธีที่เหมาะสม มีสมาชิกในกลุ่มกล่าวว่า “ผู้ดูแลจะนำไปปรับใช้กับเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และจะนำมาพูดคุย ในกิจกรรมต่อไป”

ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เหล่านี้ ทั้งนี้นอกจากจะเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาแล้ว ยังจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ(ตลฤดี แดงน้ำคู้, 2549)

จากการเขียนตอบใบงาน แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ การหาแนวทางแก้ไข โดยพิจารณาก่อนการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขอย่างมีเหตุผล ทำให้จัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลงพร้อมที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดอื่นๆ ต่อไป

**กิจกรรมที่ 6** จากการทำส่งใบงานที่ให้ทำการบ้าน และให้สมาชิกช่วยกันสรุปวิธีการจัดการปัญหาที่บ้าน พบว่า สมาชิกนำความรู้ที่ได้รับ และการฝึกทักษะในบางกิจกรรมไปใช้กับเด็กสมาชิกที่บ้านเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“ทำให้เด็กและผู้ดูแลเข้าใจกันมากขึ้น ผู้ดูแลหงุดหงิด และเครียดลดลง เด็กสมาชิกไม่มีพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น”

ปัญหาการจัดการกับอารมณ์ ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด จากการสังเกตและร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่า สมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการฝึกปฏิบัติ และให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ซึ่งฝึกปฏิบัติโดยใช้เทคนิคการฝึกการหายใจ และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างถูกต้อง และสามารถเลือกวิธีคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ ดังตัวอย่างจากสมาชิกในกลุ่มหลายคนกล่าวว่า

“กิจกรรมนี้ หลังทำเสร็จ รู้สึกผ่อนคลาย ช่วยให้หายเครียดได้”

“เวลาที่เรายเครียดๆ การหายใจลึกๆ ยาวๆ นี้ช่วยได้นะ”

เมื่อผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมแสดงความคิดเห็นว่ามีความรู้สึกลังหลังจากได้รับการฝึกการผ่อนคลายความเครียด สามารถสรุปได้ดังนี้

“จะนำไปใช้ และนำไปฝึกให้กับคนที่บ้านด้วย มันช่วยให้เราสบายตัว และดูตัวเบาๆ”

เพราะผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล เช่น อากาศอ่อนล้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย รวมถึงเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาชิกไม่สนใจใส่ใจสิ่งแวดล้อม ตลอดจนขาดความสนใจในการดูแลเด็ก เนื่องจากเกิดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาชิก (ตลฤดี แดงน้ำคู้, 2549) ทำให้ขาดความสามารถในด้านความสนใจและเอาใจใส่ต่อบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent Care Agency) ตามแนวคิดของ Orem (1995) ผลกระทบดังกล่าวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด หากผู้ดูแลเด็กสมาชิกไม่ได้รับการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม ก็จะเกิดปัญหาตามมาซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เครียด และผิดหวังมากกว่าปกติ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545; มาศมณี วีระณรงค์, 2546; รุ่งวิภา เจริญราษฎร์, 2546; พนม เกตุมาน, 2548; มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550)

จากการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกภายหลังการทำกิจกรรม ทุกคนในกลุ่มพูดแสดงความคิดเห็นด้วยสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น พูดคุยถึงการผ่อนคลายความเครียดที่ฝึกไปว่าจะนำไปใช้ที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง และช่วยส่งเสริมต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาชิกที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**กิจกรรมที่ 7** การประเมินซ้ำ จากการทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งที่ 1-6 และให้เขียนลงใบงานที่ให้ ผลลัพธ์พบว่า สมาชิกทุกคนในกลุ่มมีการพูดคุยกันมากขึ้น มีการแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนกันในหัวข้อที่ได้รับ และนำเสนอข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการจัดกับความเครียด ช่วยพัฒนาให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น การประเมินสถานการณ์ความเครียดและการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม รวมถึงทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ เมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น และมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้โปรแกรมการจัดการความเครียดส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรัก ความเข้าใจ มีกำลังใจ ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างเต็มความสามารถ รวมทั้งลดความเครียดของผู้ดูแล เพราะความเครียดจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง

นอกจากนี้ โปรแกรมการจัดการความเครียดส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรัก ความเข้าใจ มีกำลังใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างเต็มความสามารถ รวมทั้งลดความเครียดของผู้ดูแล เพราะความเครียดจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ สามารถนำโปรแกรมการจัดการความเครียดไปใช้ในการให้การดูแลผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เกิดการรับรู้ และประเมินภาวะเครียดของตนเองได้ ร่วมกับการประเมินความเครียด การวางแผนการเผชิญปัญหา การผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งส่งผลให้สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดลดลง

2. พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ความสนใจ และมีการวางแผนในการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากพบความชุกของโรคสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระยะยาว เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัว ยังส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมาหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลการการพยาบาลโปรแกรมการจัดการความเครียด ในระยะหลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมและนำกลับไปใช้ที่บ้าน เพื่อประเมินความต่อเนื่องในระยะยาว 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และควรให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประเมินการคงอยู่ของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และเพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- แก้วตา มีศรีและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา ไชยพันธุ์. (2549). กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม. (2555). เด็กสมาธิสั้น: บทบาทของพยาบาล (Attention deficit hyperactivity disorder: Nurse's roles). วารสารพยาบาลทหารบก (*Journal of The Royal Thai Army Nurses*), 13(3), 10-17.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2551). การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช *Mental Health promotion and Psychiatric nursing* หน่วยที่ 8-15. สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี สำนักพิมพ์: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย. (2556). การดูแลเด็กที่มีภาวะพร่อง. มหาสารคาม : วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2545). โรคสมาธิสั้น ในวินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์ เอนเตอร์ไพรส์.
- ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้น. (2010). 50 วิธีเอาชนะโรคเด็กสมาธิสั้น. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายนพ.ศ. 2555 แหล่งที่มา <http://www.otat.org/index.php?lay=show&ac=article&id=53556&Ntype=2>
- ชาญวิทย์ พรนภดล, วัจนินท์ โรหิตสุข, มะลิรัมย์ หัสตินรัตน์, และนิรมล ยสินทร. (2554). คู่มือวิทยาการการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับพฤติกรรมเด็ก. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล สาขาจิตเวชศาสตร์.



- ชาญวิทย์พรนภดลและพนมเกตุมาน. (2550). *คลินิกจิต-ประสาทโรคลมชัก*. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 แหล่งที่มา <http://www.psychlin.co.th/myweb1.htm>
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2558). โรคลมชัก. ใน นันทวัช สิทธิรักษ์, และคณะ (บรรณาธิการ). *จิตเวชศิริราชDSM-5, 579-591*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย.
- ชุตินา เทศศิริ. (2537). *ลักษณะทางพฤกษศาสตร์และจิตลักษณะของบิดามารดาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคลมชักซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชมัยพร จันทร์ศิริ. (2553). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น*. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- ณัฐวรรณ กิตเวช. (2550). *เพื่อความเข้าใจเด็กสมาธิสั้น/ซน สำหรับผู้ปกครองและครู*. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 แหล่งที่มา <http://www.oknation.net/blog/nam-peth>
- ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร. (2542). *ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อโรคลมชักของครูชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครในเขตปทุมวัน*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารุณี งามขำ, &จินตนา ยูนิพันธุ์. (2013). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นภาคตะวันออก. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH)*, 27(1), 16-28.
- ดุขฎี จิงศิริกุลวิทย์, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และชัชชนะ นิมนวล. (2555). *ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นในเด็กสมาธิสั้น*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1): 19-28.
- ดลฤดี แดงน้ำคู้. (2549). *ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงชีวัน บุรณะกิจ. (2543). *ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงกมล เวชบรรยงรัตน์. (2541). *พัฒนาการเด็ก*. เอกสารสอนชุดวิชาพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูหน่วยที่ 8-15. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- เต็มศรี ชำนิจารกิจ. (2544). *สถิติประยุกต์ทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โขษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2).
- ทิพย์ภา เชษฐุ์เขาวลิต. (2541). *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นันทิดา วัจนรัตน์. (2555). *การวิเคราะห์เชิงประเมินโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กสมาธิสั้นระดับประถมศึกษาของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา การศึกษาคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิชรา เรืองदारกานนท์. (2551). *เด็กออทิสติก สมาธิสั้น*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- นันทชา สงวนกุลชัย. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดสุราของพ่อกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นภาคกลางตอนบน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญณดา หิรัญเจริญ. (2550). *ความรู้และการจัดการกับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองและครู*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). *การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- เพียงใจ ทิรไพรวงศ์. (2540). *สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. (17)2.
- พนม เกตุมาน. (2548). *สุขใจกับเด็กสมาธิสั้น คู่มือพ่อแม่สำหรับการฝึกเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท คัลเลอร์ ฮาร์โมนี จำกัด.

พนม เกตุมาน. (2550). *คลินิกจิตประสาท สุขใจกับเด็กสมาธิสั้น*. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม พ.ศ.

2554 แหล่งที่มา [http://www.psyclin.co/new\\_page\\_47.htm](http://www.psyclin.co/new_page_47.htm)

พนม เกตุมาน. (2552). *สุขใจกับเด็กสมาธิสั้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เรือนปัญญา

พัชรินทร์ กิตติธงโสภณ. (2544). *ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลบุตรวัย*

*เตาะแตะของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาศมณี วีระณรงค์. (2546). *ความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็กโรค*

*สมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาล*

*จุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

*คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.

มาโนช อารณสุวรรณ. (2550). *โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

มณี คูประสิทธิ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะ*

*สุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปี แรก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล

*แม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*.

มัทนา บุญสิงห์. (2552). *บทบาทต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น: ศึกษาเฉพาะกรณี*

*สมาชิกชมรมผู้ปกครองสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร*. คณะสังคมสงเคราะห์

*ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*.

มัลลิกา จันทร์เพ็ญ. (2557). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถใน*

*การดูแลของผู้ดูแลจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล

*สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.

ยุพาพิน ศิระโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รวมอธิบดีพยาบาลสาร*.

2(1). 84-92.

รัตนศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุจา ภูไพบูลย์. (2537). *การดูแลสุขภาพที่บ้าน: แนวคิดพื้นฐานสำหรับอนาคต*. *วารสารพยาบาล*,

43(4), 210-217

- รุ่งวิภา เจริญราษฎร์. (2546). *การดูแลบุคคลสมาธิสั้น : ศึกษาเฉพาะกรณีสมาชิกชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณพนา ศุภสีมานนท์. (2539). *ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย  
เอ็ดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิจิตรณ บุญสิทธิ, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, ทศนวัต สมบุญธรรม, พิสาสน์ เตชะเกษม,  
ณัฏฐา ทิพย์รัตน์เสถียร และคณะ. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นระดับ  
โรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างเมื่อ 12 สิงหาคม 2557]; เข้าถึงได้  
จาก: [http://www.thaipediatrics.Org/attchfile/CPG\\_ADHD\\_Final.pdf](http://www.thaipediatrics.Org/attchfile/CPG_ADHD_Final.pdf)*
- วรารณ ทินวัง. (2555). ผลของกลุ่มบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมต่อความเครียดของ  
นักศึกษาพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 39(1): 131-145.
- วรารณ ชุมภูสีบ. (2556). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม  
เด็กสมาธิสั้นคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,  
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2550). Attention deficit hyperactivity disorder. *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น  
เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2537). *คู่มือสำหรับพ่อแม่ตอนโรคสมาธิสั้น*. กรุงเทพฯ: บริษัทโอสถิสติก พับลิชชิ่ง  
จำกัด.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2550). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2*. กรุงเทพฯ ปิยอนด์  
เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ . (2554). *คู่มือสำหรับพ่อแม่ ตอนโรคสมาธิสั้น*. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหารา  
ราชินี. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน พ.ศ. 2555 แหล่งที่มา  
[http://www.childrenhospital.go.th/main/marketing/31\\_201249KM.pdf](http://www.childrenhospital.go.th/main/marketing/31_201249KM.pdf)

- วินัดดา ปิยะศิลป์. (2554). *คู่มือสำหรับพ่อแม่ตอนโรคสมาธิสั้น*. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายนพ.ศ. 2555 แหล่งที่มา [http://www.childrenhospital.go.th/main/marketing/31\\_201249KM.pdf](http://www.childrenhospital.go.th/main/marketing/31_201249KM.pdf)
- วันดี โดลสุขศรี.(2539). *ความสามารถในการดูแลความเครียดและภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่งบัณฑิตวิทยาลัย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชร ฐะคำ.(2523). *จิตวิทยาแนะแนวและให้คำปรึกษา*. กรุงเทพฯ : จงเจริญ.
- ศรีรัตน์ คุ่มสิน. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. บรรณาธิการ, มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาวิตรี วงศ์กิติรุ่งเรือง. (2550). *คุณจะทำกรกับพฤติกรรมก้าวร้าวของลูกได้อย่างไร*. วารสารศึกษาศาสตร์, 30(2-3): 41-47.
- สกาวรัตน์ พวงจันทร์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สนธยา มณีรัตน์. (2550). *ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น*. สารนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2551). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2538). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- สุภารัตน์ หนูหอม.(2544). *อิทธิพลของเขาวังอารมณ์ที่มีต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท* มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสุนธิ . (2534). *เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติวิจัยและการประเมินผลการศึกษา ชุดปรับปรุง หน่วยที่ 9 - 15*. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). *รายงานการวิจัยเรื่อง การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง.โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*.
- ไสว พิทขาว. (2542). *การจัดการเรียนรู้เป็นการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง*. สถาบันราชภัฏจันทรเกษม. กรุงเทพฯ.
- อภิชา แซ่มซ้อย. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท*มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล ปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อรทัย ทองเพชร. (2545). *ภาวะการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท*มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชาติ วังตระกูล. (2550). *จิตลักษณะและสถานการณ์ของมารดาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูบุตรออทิสติก.วิทยานิพนธ์ปริญญาโท*มหาวิทยาลัยมหาบัณฑิต, สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2541). *สร้างสมาธิให้ลูกคุณ*. กรุงเทพมหานคร: ชันด้าการพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ชันด้าการพิมพ์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2546). *สร้างสมาธิให้ลูกคุณ*. กรุงเทพมหานคร: ชันด้าการพิมพ์.
- อลิสา วัชรสินธุ์. (2546). *จิตเวชเด็ก*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อัจฉรียา ปทุมวัน. (2534). *แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อิชยา เชื้อนมัน, ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, ศรีนวล วิวัฒน์คุณุภกรณ. (2548). *สุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก*. *พยาบาลสาร*. 32 (2): 11-21. (เผยแพร่ ระดับชาติ)

### ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 20(5), 503-520.
- Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L., & Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 167-170.
- Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.
- Berger-Jenkins, McKay, Newcorn, Bannaon, & Laraque. (2012). Parent Medication Concerns Predict Underutilization of Mental Health Service for Minority Children With ADHD. *Clinical Pediatrics*, 51(1), 65-76.
- Brinchmann, B. S., & Sollie, H. (2014). Struggling with and for: a grounded theory of parents managing life with hard-to-treat ADHD teenagers.
- Cheesman, J. (2011). Raising an ADHD child: Relations between parental stress, child functional impairment, and subtypes of the disorder. *Unpublished master's thesis*. University of Cape Town, South Africa.

- Dubbs, J. L. (2008). *Parent stress reduction through a psychosocial intervention for children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder* (Doctoral dissertation, Indiana University of Pennsylvania).
- Eisenmenger, K. (2012). Grief and lost potential in the parents of adult children with severe mental illness.
- Family Caregiver Alliance [FCA]. (2005). Selected caregiver statistics. Retrieved from [http://www.Caregiver.org/caregiver/jsp/print\\_friendly.jsp?nodeid=439](http://www.Caregiver.org/caregiver/jsp/print_friendly.jsp?nodeid=439).
- Faraone, S. V. (2011). Epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder. Text book in Psychiatric Epidemiology (3 th ed). (pp. 449-467). Chichester: Wiley & Sons Blackwell.
- Fernandes, S. S., Machado, M., & Machado, F. (2015). Parental Acceptance, Parental Stress, and Quality of Life: A study with parents of ADHD children. *ITALIAN JOURNAL OF SPECIAL EDUCATION FOR INCLUSION*, 3(1), 71-84.
- Freitag, C. M., Hänig, S., Schneider, A., Seitz, C., Palmason, H., Retz, W., & Meyer, J. (2012). Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. *Journal of neural transmission*, 119(1), 81-94.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research*. St. Louis, Mo.: Saunders.
- Guevara, J., Lozano, P., Wickizer, T., Mell, L., & Gephart, H. (2001). Utilization and cost of health care services for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108(1), 71-78
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of disease in childhood*, 90(suppl 1), i2-i7.
- Jalowiec, A., & Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing research*, 30(1), 10-15.



- Jellinek, M. S., Biederman, J., & LOCK, J. (1996). Developmental considerations in the treatment of school-age boys with ADHD: an example of a group treatment approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(11), 1557-1559.
- Kadesjö, C., Stenlund, H., Wels, P., Gillberg, C., & Hägglöf, B. (2002). Appraisals of stress in child-rearing in Swedish mothers pre-schoolers with ADHD. *European child & adolescent psychiatry, 11*(4), 185-195.
- Langley, A. R. (2003). Stress and coping in parents of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).
- Larsen Moen, Ø. (2014). *Everyday life in families with a child with ADHD and public health nurses' conceptions of their role* (Doctoral dissertation, Karlstads universitet).
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In *Perspectives in interactional psychology* (pp. 287-327). Springer US.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress Approval and Coping. *New York*.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice*. Mosby.
- McCleary, L., & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling, 38*(1), 3-10.
- Mills, H., Reiss, N., & Dombeck, M. (2008). Types of stressors (Eustress vs. distress). Retrieved on January, 17, 2010.
- Miranda, A., Marco, R., & Grau, D. (2007). Parenting stress in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: The impact of ADHD subtype and oppositional defiant disorder comorbidity. In *International Perspectives* (pp. 139-162). Emerald Group Publishing Limited.
- Mitchell, M. M. (2006). *Parents' stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder* (Doctoral dissertation).

- Monat, A., & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: An anthology*. Columbia University Press.
- 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.
- Nazemi, F., Mohammadkhani, P., & Khoshabi, K. (2010). Parent management training used in abusive parent-child interaction in children with ADHD. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5*, 244-249.
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical psychology review, 28*(4), 692-708.
- Noe, L., & Hankin, C. S. (2001). HEALTH OUTCOMES OF CHILDHOOD ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD): HEALTH CARE USE AND WORK STATUS OF CAREGIVERS. *Value in Health, 4*(2), 140-141.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing: Concepts of Practice*, 3rd edn. St Louis: Mosby.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*, 4th edn. St Louis: Mosby.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*, 5th edn. St Louis: Mosby.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*, 6th edn. St Louis: Mosby.
- Parand, A., Afrooz, G., Mansoor, M., Yekta, M. S., Besharat, M., & Khooshabi, K. (2010). Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5*, 1135-1139.
- Pisterman, S., McGrath, P., Firestone, P., Goodman, J. T., Webster, I., & Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of consulting and clinical psychology, 57*(5), 628.

- Pliszka, S. R. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Polanczyk, G., & Rohde, L. A. (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 386-392.
- Prithivirajh, Y., & Edwards, S. D. (2011). An evaluation of a stress management intervention for parents of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Inkanyiso: Journal of Humanities and Social Sciences*, 3(1), 32-37.
- Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R., & Mulas, F. (2003). The role played by parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Revista de neurologia*, 36, 579-84.
- Ruanaukun K. and Louthrenoo.(2008).Family functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder.*Asean Journal of Psychiatry*, 19: 73-77.
- Rucker, A. A. (2008). *Oasis: Stress management program for caregivers of children with ADHD*. Regent University.
- Selye, H. (1965, January). The stress of life new focal point for understanding accidents. In *Nursing forum* (Vol. 4, No. 1, pp. 28-38). Blackwell Publishing Ltd.
- Sharif, F., Zarei, S., Shooshtari, A. A., & Vossoughi, M. (2015). The effect of stress management program using cognitive behavior approach on mental health of the mothers of the children with attention deficit hyperactivity disorder. *Iranian journal of pediatrics*, 25(3).
- Silver, E. J., Bauman, L. J., & Ireys, H. T. (1995). Relationships of self-esteem and efficacy to psychological distress in mothers of children with chronic physical illnesses. *Health Psychology*, 14(4), 333.

- Smith, T., & Adams, G. (2006). The effect of comorbid AD/HD and learning disabilities on parent-reported behavioral and academic outcomes of children. *Learning Disability Quarterly, 29*(2), 101-112.
- Subgranon, R., & Lund, D. A. (2000). Maintaining caregiving at home: A culturally sensitive grounded theory of providing care in Thailand. *Journal of Transcultural Nursing, 11*(3), 166-173.
- Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. (2001). A theory of dependent-care: A corollary theory to Orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly, 14*(1), 39-47.
- Treacy, L., Tripp, G., & Baird, A. (2005). Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy, 36*(3), 223-233
- Tung, I., Li, J. J., & Lee, S. S. (2012). Child sex moderates the association between negative parenting and childhood conduct problems. *Aggressive behavior, 38*(3), 239-251.
- Visser, S. N., Bitsko, R. H., Danielson, M. L., Perou, R., & Blumberg, S. J. (2010). Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children-United States, 2003 and 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 59*(44), 1439-1443.
- Webster-Stratton, C. H., Reid, M. J., & Beauchaine, T. (2011). Combining Parent and Child Training for Young Children with ADHD. *Journal of Clinical Child And Adolescent Psychology, 40*(2), 191-203.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

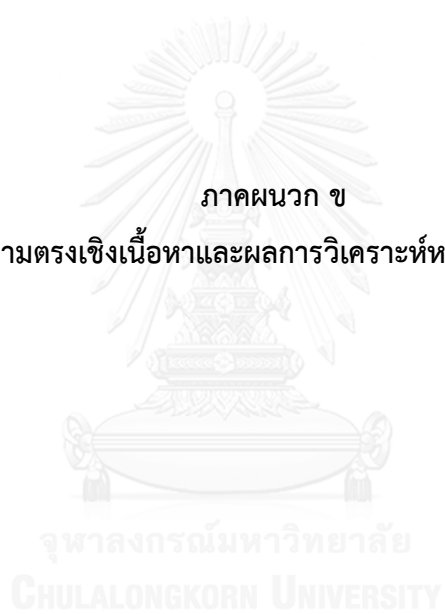
ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง
1. นาวาตรีหญิง แพทย์หญิงวิวรรณ สุจริต	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
2. นาง สุภาวดี ชุ่มจิตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุวะประสาทไวทโยปถัมภ์
3. นาวาตรีหญิง ดร. ยุกติ วงษ์แสง	อาจารย์พยาบาล ประจำภาควิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล
4. นาง อัญชรส ทองเพชร	กองทัพอเรือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันราชานุกูล
5. นางตามรา สุมาลัยโรจน์	นักจิตวิทยา สถาบันแห่งชาติ เพื่อการ พัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข  
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ





### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity Index: CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนารกุล, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้เท่ากับ .87

$$CVI = \frac{27}{31} = .87$$

### การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

เมื่อนำข้อมูลของแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .809 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.81	31

### การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความเครียด

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินความเครียดมาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .939 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.94	20



### แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียด (SPST-20)

**คำชี้แจง** ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ข้อใดเกิดขึ้นกับคุณบ้าง และคุณรู้สึกอย่างไร ต่อเหตุการณ์นั้น ให้ใส่ ✓ ลงในช่องระดับความเครียด ถ้าข้อไหนไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามไปไม่ต้องตอบ

#### ระดับความเครียด

- 1 หมายถึงไม่รู้สึกเครียด                      2 หมายถึงรู้สึกเครียดเล็กน้อย  
3 หมายถึงรู้สึกเครียดปานกลาง      4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก      5 หมายถึงรู้สึกเครียดมากที่สุด

ข้อ ที่	คำถามในระยะ 6 เดือน ที่ผ่านมา	ระดับของความเครียด				
		1	2	3	4	5
1	กลัวทำงานผิดพลาด					
2	ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้					
3	ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน					
4	เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำเสียง และ ดิน					
5	.....					
6	.....					
7	.....					
20	เป็นหวัดบ่อย ๆ					
	คะแนนรวม					

### แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

**คำชี้แจง**แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยข้อความในแบบสอบถามต่อไปนี้เป็นข้อความที่ท่านปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของท่านขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 31 ข้อ กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงตัวท่านมากที่สุด

ไม่ตรงกับตัวท่านเลย หมายถึง เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของผู้ดูแลเลย  
 ตรงกับตัวท่านเล็กน้อย หมายถึง เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของผู้ดูแลเล็กน้อย  
 ตรงกับตัวท่านปานกลาง หมายถึง เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของผู้ดูแลปานกลาง  
 ตรงกับตัวท่านมาก หมายถึง เมื่อผู้ดูแลเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับลักษณะของผู้ดูแลมาก

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	ตรงกับตัวท่านเล็กน้อย	ตรงกับตัวท่านปานกลาง	ตรงกับตัวท่านมาก
<b>การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่อง</b>				
1. ท่านพาเด็กสมาธิสั้นมารับการให้ยาอย่างต่อเนื่อง				
2. วางแผนร่วมกับแพทย์ เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นรับการรักษาด้วยยา				
3. ปรับขนาดยาให้เด็กสมาธิสั้นเองตามพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น				
4. ดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์				
5.....				
6.....				
7.....				
31. ชื่นชมหรือให้รางวัลเมื่อเด็กสมาธิสั้นเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น				

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 8 ข้อ**

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในช่องว่างที่เว้นไว้

1. เพศ 1 ( ) ชาย 2 ( ) หญิง 2. อายุ .....ปี

**3. ระดับการศึกษา**

- 1 ( ) ประถมศึกษา 2 ( ) มัธยมศึกษา  
3 ( ) อนุปริญญา / ปวส. 4 ( ) ปริญญาตรี  
5 ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

**4. สถานภาพสมรส**

- 1 ( ) โสด 2 ( ) คู่ อยู่ด้วยกัน  
3 ( ) คู่ อยู่คนละที่ 4 ( ) หม้าย/หย่า/ร้าง

**5. อาชีพ**

- 1 ( ) ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ 2 ( ) นักเรียน / นักศึกษา  
3 ( ) พนักงานธุรกิจเอกชน 4 ( ) กิจการส่วนตัว  
5 ( ) แม่บ้าน/พ่อบ้าน 6 ( ) อื่นๆระบุ.....  
7 ( ) เกษตรกร

**6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น**

- 1 ( ) ไม่มีรายได้ 2 ( ) ต่ำกว่า 5000 บาท  
3 ( ) 5,000 – 9,999 บาท 4 ( ) 10,000 - 19,999 บาท  
5 ( ) 20,000 ขึ้นไป

**7. ความสัมพันธ์กับเด็ก**

- 1 ( ) บิดา 2 ( ) มารดา  
3 ( ) พี่สาว/พี่ชาย 4 ( ) ปู่/ย่า  
5 ( ) ตา/ยาย 6 ( ) ลุง/ป้า/น้า/อา  
7 ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

8. ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น.....ปี.....เดือน (เศษเป็นวันเกิน 15 วันคิดเป็น 1 เดือน)

คู่มือพยาบาลโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมารถสัน

โดย

นาวาตรีหญิง พาสินี แจ่มจำ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ. ดร. ประนอม รอดคำดี

อ. ดร. สุนิศา สุขตระกูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แนวคิดและหลักการ

โปรแกรมการพยาบาลนี้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่อธิบายถึงปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์มีผลต่อการประเมินตัดสินของบุคคลในการประเมินสถานการณ์นั้นๆว่ามีผลต่อตนเองอย่างไร โดยการประเมินขั้นปฐมภูมิ คือ เมื่อเกิดความเครียดต่อตนเองมีการการประเมินว่าเป็นอันตราย เสียหาย หรือเป็นความท้าทาย และการประเมินทุติยภูมิ เพื่อประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และการประเมินซ้ำ เป็นการประเมินสถานการณ์เดิมจากการได้รับข้อมูลมาใหม่และพิจารณาเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว โดยประเมินซ้ำเพื่อทบทวนว่ายังมีอันตรายอยู่หรือลดลงอาจถือว่าเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิใหม่ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีการตัดสินใจได้ดีขึ้นในการเผชิญความเครียดครั้งต่อไป

การให้โปรแกรมการจัดการความเครียดฯ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา บุคคลที่มีความรู้จะสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย และเป็นการเพิ่มความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative operation) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional operation) และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (Productive operation) ซึ่งสามารถประเมินผลได้จากความสามารถในด้านลงมือปฏิบัติ ซึ่ง Orem(2001) กล่าวว่า เป็นความสามารถขั้นสุดท้ายที่พัฒนามาจากความสามารถในการคาดการณ์ และการปรับเปลี่ยน ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการกับความเครียด เมื่อมีการประเมินตัดสินใหม่ ผู้ดูแลอาจประเมินตัดสินว่ายังมีความเครียดที่ส่งผลเสียและคุกคามกับตนเอง และเกินกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เนื่องจากไม่มีแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมในการจัดการกับความเครียดนั้นๆ ในการจัดการกับความต้องการของบุคคลจะมีการใช้พฤติกรรมจัดการความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ควบคู่กันไป ในเหตุการณ์หนึ่งๆ ซึ่งการใช้วิธีใดมากกว่ากันขึ้นอยู่กับความแตกต่างของเหตุการณ์ และความแตกต่างของบุคคลในการประเมินเหตุการณ์นั้น ซึ่งการจัดการกับความเครียดที่เรื้อรังและยาวนาน จะทำให้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆลดลงและลดทอนพลังความสามารถในตนเองของผู้ดูแล

การเพิ่มพลังความสามารถและการค้นหาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกให้กับผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจและลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และยังส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้หรือเพิ่มความพยายามในการดูแล ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความรู้เกิด ความมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุต่างๆ (Orem, 2001) จะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถประเมินเหตุการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและ สามารถเผชิญปัญหาการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรมการจัดการความเครียด ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ของ Marram(1978) จำนวน 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอนตามกระบวนการประเมินทาง ความคิดของบุคคล (cognitive appraisal) ดำเนินการกลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลมี ทักษะในการเผชิญความเครียดร่วมกัน และมีการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ ละ 1 ครั้งๆละ 1-2 กิจกรรมๆละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด ความแตกต่างของ ความเครียด และประเมินทางความคิดตามลำดับขั้นตอน การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็น ปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น พร้อมวิธีการแก้ไข และการปรับเปลี่ยนการประเมินทางความคิด

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้ และการจัดการ กับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เรื่องสมาธิสั้น และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะทางสังคมในเรื่องการสื่อสารโดยใช้กิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติ

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใจใหม่ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

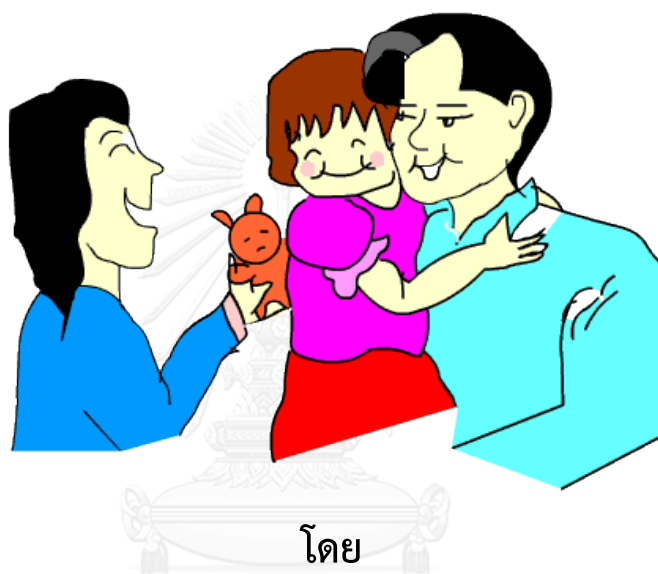


คู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน

และ

การผ่อนคลายความเครียด

สำหรับผู้ดูแล



โดย

นาวาตรีหญิง พาสินี แจ่มจำ

ผศ. ดร. ประนอม รอดคำดี

อ. ดร. สุนิศา สุขตระกุล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คำนำ

การดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ดูแล เป็นสำคัญ หากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างถูกต้อง จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ทางคณะผู้จัดทำได้ตระหนักและเข้าใจดีถึงบทบาทสำคัญของผู้ดูแลจึงได้ผลิตคู่มือ “การดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และการผ่อนคลายความเครียด” สำหรับผู้ดูแลขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการแนะนำ ดูแลช่วยเหลือและการใช้ชีวิตร่วมกับเด็กสมาธิสั้นให้ดำเนินไปด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อความสุขที่ยั่งยืนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นต่อไป



ด้วยความปรารถนาดี

คณะผู้จัดทำ



## สารบัญ

	หน้า
โรคสมาธิสั้นคืออะไร	1
อาการที่พบในเด็กสมาธิสั้น	2
โรคสมาธิสั้นรักษาได้อย่างไร	3
ยาที่ใช้ในเด็กสมาธิสั้น	4
ผู้ดูแลจะทำอย่างไร.. เมื่อเด็กต้องกินยา	5
อธิบายอย่างไร.. ให้เด็กยอมรับการกินยาอย่างต่อเนื่อง	6
เด็กควรบอกเพื่อนเรื่องการกินยาแก่เพื่อนและครูอย่างไร	7
ข้อสงสัย.. ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	8
เมื่อเด็กไม่ยอมกินยา	11
ควรสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นอย่างไร	12
ทำอย่างไรให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง	16
โรคสมาธิสั้นหากไม่ได้รับการรักษา	24
การมองหาโรงเรียนให้เด็กสมาธิสั้น	25
มารู้จักความเครียดกันเถอะ	26
แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง	28
มาคลายเครียดกันเถอะ	33
สิทธิ์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	38
หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	39
รายการอ้างอิง	43



## โรคสมาธิสั้นคืออะไร

อาการของโรคสมาธิสั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โดยอาการพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งจะลดลงเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น แต่หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดี อาการความผิดปกติที่เป็น จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม

เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองที่ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการควบคุมสมาธิและการแสดงออกทางพฤติกรรม



“สมาธิสั้น” ไม่ใช่ “เด็กดี้อ” หรือ “ซน” โดยนิสัย แต่เป็นความผิดปกติของสารที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสมาธิในสมอง โดยสารสมาธินั้นอาจจะขาดความสมดุล มีน้อยเกินไป (นั่นจึงเป็นสาเหตุว่า ทำไมหมอต้องให้กินยา เพราะยาจะไปเพิ่มความสมดุลของสารสมาธิให้มีปริมาณที่เหมาะสม)



**ตารางที่ 13** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการปกติ และในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการความเครียด

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	การทดลอง		การทดลอง		การทดลอง		การทดลอง	
	(N=20)		(N=20)		(N=20)		(N=20)	
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D
<b>การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่อง</b>								
1. ท่านพาเด็กสมาธิสั้นมารับการให้ยาอย่างต่อเนื่อง	3.05	0.22	3.45	0.51	3.05	0.22	3	0
2. วางแผนร่วมกับแพทย์ เพื่อให้เด็กสมาธิสั้นรับการรักษาด้วยยา	2.75	0.44	3.6	0.50	2.95	0.22	3.1	0.31
3. ปรับขนาดยาให้เด็กสมาธิสั้นเองตามพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	3.15	0.37	3.9	0.31	3.1	0.31	3.05	0.22
4. ดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์	3.2	0.41	3.65	0.49	3.4	0.50	3.15	0.37
<b>การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายในชีวิตประจำวัน</b>								
5. บอกให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนคอยระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กสมาธิสั้น	2.2	0.41	3.65	0.49	2.2	0.41	2.2	0.41
6. ติดตามผลการเรียนรู้ของเด็กสมาธิสั้นในการป้องกันตนเองจากอันตราย	2.25	0.44	3.7	0.47	2.2	0.41	2.15	0.37
7. ติดตามสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายของเด็กสมาธิสั้นจากผู้เกี่ยวข้อง	2.1	0.31	3.6	0.50	2.15	0.37	2.35	0.49
8. สังเกตพฤติกรรมที่เสี่ยงอันตรายของเด็กสมาธิสั้น	2.6	0.50	3.95	0.22	3	0.46	2.75	0.55
9. เก็บของในบ้านที่อาจเป็นอันตรายให้พ้นมือเด็กสมาธิสั้น	2.95	0.60	3.95	0.22	3.05	0.60	2.95	0.39

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล เด็กสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	การทดลอง (N=20)	S.D	การทดลอง (N=20)	S.D	การทดลอง (N=20)	S.D	การทดลอง (N=20)	S.D
10. สอนหรือฝึกให้เด็กสมาธิสั้นรู้จัก ระวังอันตราย	2.45	0.51	3.75	0.44	2.45	0.51	2.55	0.51
<b>การส่งเสริมการเรียนรู้</b>								
11. หาวิธีส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก สมาธิสั้น	2.15	0.37	3.75	0.44	2	0	2.05	0.22
12. บอกให้ครูแจ้งเมื่อเด็กสมาธิสั้น ไม่ส่งงาน	2.15	0.37	3.4	0.50	2.15	0.37	2.7	0.47
13. ให้เด็กสมาธิสั้นเรียนพิเศษในวิชาที่ เรียนอ่อนหรือส่งเสริมให้ฝึกทักษะอื่น	2.95	0.37	3.4	0.50	2.4	0.50	2.6	0.50
14. วางแผนให้เด็กสมาธิสั้นเรียนรู้ ตามความสามารถ	2.65	0.59	3.35	0.49	2.25	0.44	2.6	0.50
15. สอบถามพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ขณะเรียนกับครู	2.85	0.75	3.7	0.47	2.75	0.44	2.9	0.31
16. แจ้งให้แพทย์ทราบผลการเรียน ของเด็กสมาธิสั้น	2.95	0.69	3.95	0.22	2.85	0.37	2.95	0.22
<b>การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ</b>								
17. อนุญาตให้เด็กสมาธิสั้น รับประทานอาหารได้ตามใจชอบ	2.15	0.37	2.45	0.60	2	0	2.05	0.22
18. หาวิธีส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้น ได้รับอาหารและน้ำที่มีประโยชน์อย่าง เพียงพอ	2.2	0.41	3.25	0.44	2.55	0.51	2.75	0.44
19. ท่านมีวิธีการส่งเสริมให้เด็ก สมาธิสั้นได้รับสารอาหารที่มี ประโยชน์	2.15	0.37	3.35	0.49	2.7	0.47	2.75	0.44
<b>ด้านการฝึกทักษะการช่วยเหลือ ตนเองและทักษะสังคม</b>								
20. ปลอ่ยให้เด็กสมาธิสั้นทำทุก	2.25	0.44	2.35	0.59	2.05	0.22	2.1	0.31

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล เด็กสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	การทดลอง		การทดลอง		การทดลอง		การทดลอง	
	(N=20)		(N=20)		(N=20)		(N=20)	
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D
อย่างด้วยตนเองตามใจชอบ								
21. ให้เด็กสมาธิสั้นทำตารางกิจวัตรประจำวัน	2.25	0.44	3.65	0.49	2.1	0.30	2.05	0.22
22. ทำกิจกรรมต่างๆ แทนเด็กสมาธิสั้น เมื่อเด็กไม่ยอมทำ	2.6	0.50	2.7	0.98	2.9	0.30	2.6	0.50
23. ฝึกให้เด็กสมาธิสั้นรู้จักเข้าคิวหรือรอคอย	2.2	0.41	3.5	0.51	2.05	0.22	2.05	0.22
24. ชมเชยหรือให้รางวัลเมื่อเด็กสมาธิสั้นแสดงพฤติกรรมเหมาะสม	2.25	0.44	3.45	0.60	2.2	0.41	2.65	0.49
25. ติดตามการพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กสมาธิสั้น	2.2	0.41	3.4	0.50	2.1	0.30	2.45	0.51
<b>ด้านการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม</b>	3.2	0.62	2.8	0.62	3.05	0.22	2.85	0.37
26. สื่อสารกับเด็กสมาธิสั้นโดยใช้คำว่า "ทำไม"								
28. ทานกำหนดกติกาล่วงหน้ากับเด็กสมาธิสั้น	2.3	0.47	3.45	0.51	2.05	0.22	2.15	0.37
29. ฝึกให้เด็กสมาธิสั้นควบคุมตนเองเมื่อขัดแย้งกับผู้อื่น	2.25	0.44	3.3	0.47	2	0	2.05	0.22
30. การบอกเหตุผลก่อนการลงโทษกับเด็กสมาธิสั้น	2.35	0.49	3.2	0.41	2.3	0.47	2.15	0.37
31. ชื่นชมหรือให้รางวัลเมื่อเด็กสมาธิสั้นเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น	2.9	0.45	3.3	0.47	2.85	0.37	2.9	0.31
รวม	78.75	4.91	105.25	4.98	77.9	3.63	79.3	2.00



ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

#### (Research Subject Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการ  
ดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

วันที่ชี้แจง

ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย นาวาตรีหญิง พาสินี แจ่มจำ

ที่อยู่ติดต่อ 88/119 ซ. มิตรสัมพันธ์. เขาสามยอด อ. เมือง จ. ลพบุรี  
รหัสไปรษณีย์ 15000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4752614

โทรศัพท์ (มือถือ) 080-4335816 E-mail: [ta.hant@hotmail.com](mailto:ta.hant@hotmail.com)

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่าเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับบริการตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

## ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากผู้ดูแล ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความยุ่งยากและต้องเอาใจใส่ในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น เรื่องการทำการบ้าน การรับประทานอาหาร ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ต้องให้ความเอาใจใส่และใช้เวลานานในการดูแลในแต่ละวัน และพบว่าเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นกับผู้ดูแลจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่เพียงพอ อีกทั้งยังขาดทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการเผชิญความเครียด ในรูปแบบกระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบด้วย **กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ **กิจกรรมที่ 2** การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น **กิจกรรมที่ 3** ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทักษะการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น **กิจกรรมที่ 4** ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ **กิจกรรมที่ 5** ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ **กิจกรรมที่ 6** ฝึกทักษะการหายใจและการคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด **กิจกรรมที่ 7** การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หลังจากทำกิจกรรมตามโปรแกรมฯ จะทำให้ความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้**

1. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ตา ย่า ยาย น้า อา ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และให้การดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป (ระดับปานกลางขึ้นไป) โดยวัดจากแบบประเมินระดับความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540)

2. ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

3.มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น อ่านเขียนภาษาไทยได้ ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถพูดและเข้าใจภาษาได้ดี

4. สนุกใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ

### **ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้**

มีปัญหาด้านสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบตลอดเวลาที่กำหนด

**หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง**

ผู้วิจัยแบ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยจับสลากจัดให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 20 คนแรกเป็นกลุ่มที่ 1 และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 20 คนหลังเป็นกลุ่มที่ 2 โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการดำเนินกิจกรรมจากผู้วิจัย คือ นาวาตรีหญิง พาสินี แจ่มจำ

### **รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัย**

#### **กลุ่มที่ 1**

1.ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความเครียดและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนการทดลอง

2. ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 จากการมารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า โดยผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และเรื่องปัญหาต่างๆที่พบในเด็กสมาธิสั้น

3. เมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสัปดาห์ที่ 4 และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

## กลุ่มที่ 2

1. ผู้วิจัยทำการประเมินระดับความเครียดและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนการทดลอง

2. หลังจากประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน และดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ให้การดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียด

**กิจกรรมที่ 1** สร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินสถานการณ์ ระยะเวลา 60 นาที ในครั้งที่ 1 (ตามแผนโปรแกรมฯ หน้า 6-9)

**กิจกรรมที่ 2** การพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นระยะเวลา 60 นาที ในครั้งที่ 2 (ตามแผนโปรแกรมฯ หน้า 17-21)

**กิจกรรมที่ 3** ค้นหาแหล่งประโยชน์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทักษะการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น ระยะเวลา 60-90 นาทีในครั้งที่ 3 (ตามแผนโปรแกรมฯ หน้า 28-32)

**กิจกรรมที่ 4** ฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระยะเวลา 60 นาที ในครั้งที่ 4 (ตามแผนโปรแกรมฯ หน้า 53-55)

**กิจกรรมที่ 5** ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพระยะเวลา 60 นาที ในครั้งที่ 5 (ตามแผนโปรแกรมฯ หน้า 62-66)

**กิจกรรมที่ 6** ฝึกทักษะการหายใจและการคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดระยะเวลา 60-90 นาที ในครั้งที่ 6 (ตามแผนโปรแกรมฯ หน้า 73-75)

**กิจกรรมที่ 7** การทบทวนความรู้และวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพระยะเวลา 60 นาที ในครั้งที่ 7 (ตามแผนโปรแกรมฯ หน้า 80-82) และประเมินความเครียด ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทันทีหลังการทดลองเสร็จสิ้น โดยผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องมีคะแนนความเครียดลดลง หากมีคะแนนไม่ลดลงผู้วิจัยจะให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญความเครียด แล้วประเมินความเครียดอีกจนกว่าจะได้คะแนนตามเกณฑ์ โดยจัดกิจกรรมภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 7



โทรศัพท์ 081-8040459

หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยโดยทันที และจะประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกพัฒนาการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

**หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม**

1. ชื่อ – นามสกุล                      นาวาตรีหญิง พาสินี แจ่มจำ  
ที่อยู่ติดต่อได้                      504/57 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ แขวงบุคคโล ถ. สมเด็จพระ  
เจ้าตากสิน                      เขตธนบุรี จ. กรุงเทพมหานคร  
โทรศัพท์                      080-4335816
2. ชื่อ – นามสกุล                      ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี  
ที่อยู่ติดต่อได้                      คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
โทรศัพท์                      089-8122387
3. ชื่อ – นามสกุล                      อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล  
ที่อยู่ติดต่อได้                      คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
โทรศัพท์                      081-8040459

หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ อาคารกองบังคับการ กรมแพทยทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร./โทรสาร 0-2475-2705, E-mail : rec@nmd.go.th

**ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้**

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการโดยไม่เปิดเผย ชื่อนามสกุล ที่อยู่ ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล และมีมาตรการในการเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยโดยจำกัดการเข้าข้อมูลโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมการวิจัยเพียงผู้เดียว การนำเสนอข้อมูลจะเป็นไปในภาพรวม ไม่ระบุเป็นรายคน

**ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่**

ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อท่านทั้งสิ้นรวมทั้งการดูแลรักษา รวมทั้งหากท่านมีอาการความผิดปกติต่างๆที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยทันที



## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

เด็กสมาธิสั้น

ชื่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิง พาสินี แจ่มจำ

ที่อยู่ติดต่อ 88/119 ซ. มิตรสัมพันธ์. เขาสามยอด อ. เมือง จ. ลพบุรี รหัสไปรษณีย์ 15000

โทรศัพท์ 080-4335816

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียด และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นและเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยข้อมูลการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางต่อการดูแลรักษาและผลต่อการศึกษาต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย**

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ชั้น 1 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคโคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ / โทรสาร0-2475-2705 E-mail:rec@nmd.go.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....


(.....)

พยาน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



	<b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval, COA)</b> <b>โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ</b>	
	<b>สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ</b> <small>เลขที่ 504-54 อาคารจตุรทิศกรมแพทยทหารเรือ ถนนวิภาวดี พุช.โคก กรุงเทพฯ 10100 โทร.02-4752700</small>	<b>NO. : COA-NMD-REC002/60</b> <b>: Expedited Review</b>
<small>คำจำกัด : โครงการวิจัย โด๊ปพลาสมาที่ใช้ในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ พ.ร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรแพทย์ หรือบุคลากรอื่นตาม วัตถุประสงค์เฉพาะ พ.ร./ นวัตกรรม พ.ร./ ตามข้อกำหนดการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ พ.ร. และผู้ติดตามกึ่งอิสระตามข้อ</small>		

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นาวาตรีหญิง พาสินี แจ่มจำ กรมแพทยทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP047/59
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 4 มกราคม 2560) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 4 มกราคม 2560) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 2, วันที่ 4 มกราคม 2560)
วันที่รับรอง	16 มกราคม 2560
วันหมดอายุ	15 มกราคม 2561

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติตามสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน FM-NMD-REC-12.1 ที่แนบ

พล.ร.ต.   
 นายแพทย์  
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พ.ร.





### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางวาทรีหญิง พาลีณี แจ่มจำ เกิดวันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2524 ที่จังหวัดลพบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ในปีการศึกษา 2546 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เขตธนบุรี จังหวัดกรุงเทพมหานคร E-mail: ta.hant@hotmail.com

