



ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถ ในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น The Effect of Stress Management Program on Caregivers' Caring Ability of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

พาสินี แจ่มจำ* สุนิสา สุขตระกูล** ประนอม รอดคำดี**

Pasinee Jamja,* Sunisa Suktrakul,** Branom Rodcumdee**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: ta.hant@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และ 2) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ด้วย ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 7 ครั้ง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการประเมินความเครียดของผู้ดูแล ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น การค้นหาแหล่งประโยชน์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น การฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ และการประเมินตัดสินใจใหม่ 2) แบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และ 3) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เครื่องมือชุดที่ 1 และ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 และ 0.94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

Received: December 07, 2018; Revised: February 19, 2019; Accepted: March 29, 2019



ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ความเครียด ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ความสามารถในการดูแล

Abstract

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 sample was 40 caregivers of children with ADHD in Somdech Phra Pinklao Hospital who met the inclusion criteria. The sample was matched pair by 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 1st and 2nd instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The 2nd and 3rd instrument had Cronbach's alpha coefficient reliability 0.81 and 0.94, respectively. The t-test was used in data analysis.

The findings were 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 was significantly better than those received regular nursing care at the .05 level

Keywords : stress, attention deficit hyperactivity disorder patients' caregivers, caring ability

≡≡≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡≡≡ ของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุด โดยอาการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ขาดสมาธิ (Inattention) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม จะพบอาการดังกล่าวในสถานการณหรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น โรงเรียนและที่บ้าน¹ ปัจจุบันเด็กสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ² ในประเทศไทยมีการสำรวจในระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2555 ในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จำนวน 7,188 คน พบว่า มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.1 และพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง 3 - 4 เท่า³ ความชุกในเด็กสมาธิสั้นในต่างประเทศทั่วโลกพบร้อยละ 5 - 12⁴ และในประเทศไทยพบว่า ในช่วงวัยเรียนพบเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด^{5,6}

เด็กสมาธิสั้นจะพบปัญหาด้านพฤติกรรมเมื่อมีอารมณ์โกรธ มักมีพฤติกรรมรุนแรง ขาดการยั้งคิด หุนหันพลันแล่น⁷ ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน และเสี่ยงเป็นเด็กก้าวร้าวหรือทำผิดกฎหมาย⁸ จากการศึกษาติดตามระยะยาวในเด็กสมาธิสั้นในช่วงวัยรุ่น ยังพบปัญหาด้านการเรียนและการสื่อสาร ในบางรายต้องออกจากระบบการเรียนก่อนวัยอันควร บางรายอาจป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และด้านพฤติกรรมพบมีการกระทำผิดทางกฎหมาย เช่น ใช้จ่ายเสพติดลักขโมย อันเป็นผลมาจากอาการของโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมจากทีมสุขภาพ และผู้ดูแลในครอบครัวตั้งแต่วัยเด็ก^{9,10} นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเรื่องความยากลำบากสำหรับผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยตรง และต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากขณะให้การดูแลเด็กสมาธิสั้น

ผู้ดูแลต้องดำรงหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน มีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป^{6,11} จากการทบทวนวรรณกรรมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลมีอาการปวดศีรษะนอนไม่หลับ เกิดความท้อแท้ เครียด รวมถึงเพิกเฉยต่อบทบาทหน้าที่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ตลอดจนขาดความสนใจในการดูแลเด็ก เนื่องจากเกิดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น¹² ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางลบระหว่างผู้ดูแลกับเด็กสมาธิสั้น และทำให้เกิดปัญหาในการดูแลที่ไม่เหมาะสมตามมา⁸ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคม และประเทศชาติโดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นหากพฤติกรรมเกรี้ยวกราดไม่ได้รับการแก้ไข¹³ การดำเนินของโรคสมาธิสั้นจะคงอยู่ถึงวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 30 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคนี้อยู่คงเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง¹⁴ เนื่องจากเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) จึงจำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถในการดูแลจากบุคคลอื่น¹⁵

การดูแลเด็กสมาธิสั้นถือเป็นเหตุการณ์ที่กระทบต่อภาวะความสมดุลของผู้ดูแล และก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ จากสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการทราบข้อมูลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีแหล่งประโยชน์ (Resource) เพียงพอแก่ความต้องการ (Demand) ก็จะช่วยลดระดับความเครียดได้ส่วนหนึ่ง ทำให้การรับรู้ต่างๆ ดีขึ้น สามารถใช้ทักษะและความสามารถที่มีอยู่ในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶

ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman¹⁷ แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้าน คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญ



ความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ จากการ
ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถใน
การดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ความเครียด
จากการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดย
พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องเผชิญกับความเครียด
ในการดูแลเด็ก และจากการจัดการกับพฤติกรรม
และอาการที่เป็นปัญหาต่างๆ ของเด็กที่ยุ่งยาก ซึ่ง
สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Guevara, Lozano,
Wickizer, Mell & Gephart¹⁸ พบว่า ภาวะสุขภาพจิต
ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมักมีการแสดงออกทางด้าน
อารมณ์สูง เนื่องจากมีความเครียดจากการเลี้ยงดู
ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็ก
สมาธิสั้นลดลง ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ
ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่เพียงพอ และการขาด
ทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของตัว
ผู้ดูแลเอง ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็ก
สมาธิสั้นไม่มีประสิทธิภาพไปด้วย¹⁶ สอดคล้องกับ
การศึกษาในต่างประเทศของ Harpin¹⁹ พบว่า
ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับเด็กสมาธิสั้น ส่งผล
กระทบอย่างต่อเนื่องกับเด็กและครอบครัว ซึ่ง
ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลต่อความ
สามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลที่ไม่มี
ประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลกระทบในครอบครัวที่
รุนแรงมากขึ้น เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว
จะเห็นได้ว่า ปัจจัยความเครียดจากการดูแลเด็ก
เป็นปัจจัยที่สามารถจัดการได้ เพื่อส่งเสริมสนับสนุน
ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล

สำหรับแนวคิดการจัดการกับความเครียด
Lazarus & Folkman¹⁷ ได้กล่าวไว้ว่า เป็นกระบวนการ
การจัดการที่เป็นขั้นตอน เป็นการตอบสนองต่อ
สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดโดยมีเป้าหมายเพื่อ
รักษาสมดุลระหว่างสิ่งเร้าความเครียดกับ
ความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งเร้านั้นภายใต้ทฤษฎี
การประเมินทางความคิด (Cognitive appraisal)
โดยสิ่งเร้าจะมีความหมายอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการ

รับรู้ หรือการตีความของบุคคล โดยผ่านกระบวนการ
ทางความคิด (Cognitive process) ผลของการ
ประเมินจะนำไปสู่การตอบสนองที่แตกต่างกัน
การประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าความเครียดมี
3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นแรก เมื่อบุคคล
เผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ บุคคลจะประเมินในขั้น
แรกว่า เหตุการณ์นั้นมีผลทางบวกหรือทางลบต่อ
ตนเอง ลักษณะของการประเมินสถานการณ์ คือ
(1) ลักษณะที่เป็นอันตรายหรือต้องสูญเสีย (2)
ลักษณะที่คุกคาม (3) ลักษณะที่ทำลาย ทั้งนี้การ
ผลักดันให้บุคคลประเมินปัญหว่าเป็นลักษณะทำ
ลาย จะนำไปสู่การลงมือในการแก้ไข หรือจัดการ
กับสถานการณ์ปัญหานั้น ในการศึกษาครั้งนี้
สถานการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งเร้าที่
ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องประเมิน 2) การประเมิน
ขั้นที่สอง หมายถึง การที่บุคคลใช้สติปัญญา
ความรู้ ประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์
และทางเลือกของตน เพื่อกำจัดอันตรายจากสิ่งที่
ตนรับรู้ว่าเป็นอันตรายแก่ตนเอง เป็นการนำ
ทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกมาเอื้ออำนวยให้
ตนเองในการกำจัดและสรรหาการกระทำที่เป็น
ทางเลือกที่ดีที่สุดให้ตนเองพ้นจากอันตรายนั้น
โดยเป็นการประเมินเพื่อช่วยในการเพิ่ม
ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 3) การ
ประเมินซ้ำ หลังจากบุคคลได้แสดงความพยายาม
ที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรม และทาง
ความคิดออกมาแล้ว บุคคลจะ ประเมิน
สถานการณ์ซ้ำ เพื่อพิจารณาอันตรายว่ายังมีอยู่ใน
ระดับใด มากขึ้นหรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว
ขั้นตอนนี้อาจถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการ
ประเมินสถานการณ์ ครั้งแรกใหม่ก็ได้
หากอันตรายนั้นยังคงอยู่ก็เข้าสู่กระบวนการ
จัดการได้ใหม่ ในศึกษานี้ คือ การประเมิน
วิธีการจัดการกับความเครียดจากการดูแลเด็ก
สมาธิสั้น ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล



เด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น การจัดการกับอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การขาดทักษะในการจัดการกับความเครียด ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมและอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ทั้งชั้นปฐมนุญและทุติยภูมิว่าเป็นความเครียด ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับข้อมูลใหม่เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ตามแนวคิดของ Lazarus, Folkman¹⁷ จะเป็นการเพิ่มศักยภาพหรือแหล่งประโยชน์ของบุคคลนั่นเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยจะพบเพียงการศึกษาโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองที่ให้ความรู้ในการดูแลเด็กตามแนวทางการรักษา และการให้การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมที่ช่วยให้เด็กมีความรุนแรงของอาการลดลง และเน้นในการอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็ก โดยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหา และลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือมุมมองของการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อตนเอง เด็ก และปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ดูแลต่อเด็กตามมา²⁰ ซึ่งในประเทศไทย มีการศึกษาและอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลเด็กในการปรับพฤติกรรมมาหลายปี แต่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ไม่กว้างขวาง²¹ แม้ว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดความเครียดโดยรวมได้ แต่ยังคงพบว่าผู้ดูแลยังคงมีความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และมีการจัดการกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพอยู่^{20,21} จากผลการศึกษาของอภิชา แซ่มซ้อย²² ศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มศักยภาพการเผชิญความเครียดจากการดูแลของ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีศักยภาพในการเผชิญความเครียดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของมัลลิกา จันทรเพ็ญ²³ ในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งลดความเครียดของผู้ดูแลได้ จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman¹⁷ ทั้งนี้จะเป็นการให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง และให้การสนับสนุนการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้ สามารถลงมือกระทำสิ่งที่ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลเด็ก (Production operation) โดยผู้ดูแลสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้¹⁵ และเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้จะเป็นการดำเนินการในรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม มุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โปรแกรมการจัดการความเครียด ประกอบด้วย 7 กิจกรรม จำแนกเป็นการดำเนินการ 3 ขั้นตอนตามกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (Cognitive appraisal) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์

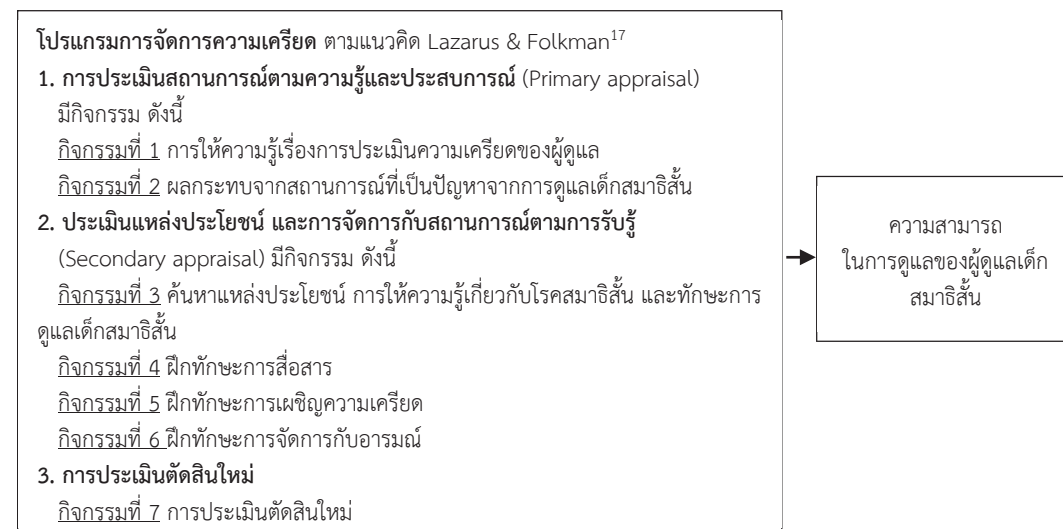
(Primary appraisal) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องกระบวนการประเมินทางความคิด (Cognitive appraisal) ของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น 2) ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ตนเองสามารถกระทำได้และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การค้นหาแหล่งประโยชน์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น การฝึกทักษะการสื่อสาร การฝึกทักษะการเผชิญความเครียด การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใจใหม่ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ การประเมินตัดสินใจใหม่ การประเมินสถานการณ์ซ้ำว่าสถานการณ์ที่มีอันตรายยังคงอยู่หรือลดลงแล้วเพียงใด

โปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จึงมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีการประเมินความเครียดว่าเป็นสิ่งที่ทำลายและควบคุมได้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นในชีวิตประจำวันโดยผ่านการเรียนรู้และฝึกทักษะทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นลดความเครียดลง¹⁶ โดยผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าจะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลก่อนและหลังทดลอง (Pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
2. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล ในด้านการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตาม และการประเมินผลการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่อง 2) การป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายในชีวิตประจำวัน 3) การส่งเสริมการเรียนรู้ 4) การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ 5) ด้านการฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะสังคม และ 6) ด้านการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม ประเมินโดยแบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของสนธยา มณีรัตน์¹⁵

2. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์เด็ก ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5 มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ตา ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน และมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กสมาธิสั้นโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

3. โปรแกรมการจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมตามกระบวนการและขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น และเกิดทักษะต่างๆ ได้แก่ การดูแลเด็กสมาธิสั้น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ด้วยวิธีผ่อนคลายความเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเครียดและกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (Cognitive appraisal) ของ Lazarus & Folkman¹⁷ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คนจำนวน 2 กลุ่ม จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน รวม 7 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 - 2 กิจกรรม ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ตามความรู้และประสบการณ์ (Primary appraisal) มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องการประเมินความเครียดของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 ผลกระทบจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินแหล่งประโยชน์ และการจัดการกับสถานการณ์ตามการรับรู้ (Secondary appraisal) มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแหล่งประโยชน์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และทักษะการดูแลเด็กสมาธิสั้น

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียด

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตัดสินใจใหม่

กิจกรรมที่ 7 การประเมินตัดสินใจใหม่

4. ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ดูแลและเด็กสมาธิสั้นตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของสถานบริการ ได้แก่ การซักถามอาการ และประวัติเจ็บป่วย การประเมินพัฒนาการตามวัย และการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อให้อาการและพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด โดยพยาบาลประจำคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ในช่วงเวลาหลังพบแพทย์

==== วิธีดำเนินการวิจัย =====

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์/จิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคแบบ DSM-5 ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ดังนี้ เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเพศชายหรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ตา ย่า ยาย น้า อา ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และให้การดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป (ระดับปานกลางขึ้นไป) โดยวัดจากแบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต²⁴ ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สมรรถภาพและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และค่าให้การคุ้มครองสิทธิ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวจากการวิจัยและผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทดลองที่กำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้²³ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายความโค้งเป็นปกติ และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด²⁶ แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของสมาชิกกลุ่ม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 40 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) จนครบทั้ง 40 คน จากนั้นจับคู่



(Matched pair) ด้วยวิธีการจับคู่ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนแล้วจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวม

ข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

1.2 แบบวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พัฒนาขึ้นโดย สนธยา มณีรัตน์¹⁵ มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ โดยครอบคลุม กิจกรรมในการวางแผน การลงมือกระทำ การติดตามผล และการประเมินผลการกระทำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้ยาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 3 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 1 ข้อ 2) การป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ในชีวิตประจำวัน 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 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งคะแนนความสามารถในการดูแล

บุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ตามระดับคะแนนตามแนวคิดของ สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, อุษาวดี จันทรสนธิ²⁷ สามารถแปลผลโดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (100 - 124 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับสูง

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

ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 (≤ 61 คะแนน) หมายถึง ความสามารถในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบ ความสอดคล้องกับแนวคิด ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และได้ปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้ โดยมี ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิด Lazarus & Folkman¹⁷ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ แผนการสอนคู่มือการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการผ่อนคลายความเครียด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลองและเครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพมาศ ตาปัญญา²⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม

จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า (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 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ COA-NMD-REC 002/60 วันที่อนุมัติ 16 มกราคม พ.ศ. 2560 และวันสิ้นสุดการอนุมัติ 15 มกราคม พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ผลการวิจัยเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเป็นขั้นตอนระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2560 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เข้าฝึกอบรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ภายหลังผ่านการพิจารณารับรอง ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและขอเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าพบหัวหน้าแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงการยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจับฉลากสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 20 คน โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้



กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน โดยการให้บัตรนัด วัน/เวลา เพื่อมาทำการประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง และวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Pre-test) ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในเรื่องแผนการรักษา การสนับสนุนให้กำลังใจ คำแนะนำและความช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ดูแลเมื่อครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นขอคำแนะนำ เมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยนัดพบผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทำการประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในสัปดาห์ที่ 4 และแจกคู่มือเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และการผ่อนคลายความเครียดให้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ทำการประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง และวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็ก

สมาธิสั้น (Pre-test) หลังจากวัดความสามารถในการดูแล ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน และดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการความเครียดสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 60 - 90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยได้ทำการกำกับการทดลอง ด้วยแบบประเมินความเครียดและวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นทันที โดยหลังการทดลอง ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องมีการคะแนนความเครียดลดลง หากมีคะแนนไม่ลดลง ผู้วิจัยจะให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญความเครียด แล้วประเมินความเครียดอีกจนกว่าจะได้คะแนนตามเกณฑ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลา ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) และเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 7 โดยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นตอบคำถามตามแบบประเมินความเครียด ผลการประเมิน พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดฯ มีคะแนนความเครียดลดลงทุกคน โดยมีระดับความเครียดลดลงเป็นระดับความเครียดน้อย จำนวน 8 คน และ ระดับปานกลาง 12 คน แสดงว่าเป็นไปตามเกณฑ์กำกับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.0 อายุของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา

อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 50.0 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 70.0 เท่ากัน ส่วนด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัวและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 32.5 ในกลุ่มทดลองประกอบอาชีพกิจการส่วนตัวและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 35.0 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพกิจการส่วนตัวและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 30.0 เท่ากัน มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000 - 19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.5 และมีรายได้ต่อเดือน 20,000 บาทขึ้นไป และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 20 และ 22.5 ตามลำดับ ในด้านความสัมพันธ์กับเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 45.0 เท่ากัน ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5 ปี 1 เดือน - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอยู่ในช่วง 3 ปี 1 เดือน - 5 ปี และ 5 ปี 1 เดือน - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.0 เท่ากัน และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอยู่ในช่วง 5 ปี 1 เดือน - 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

ความสามารถในการดูแล ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	Mean	SD	level	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	77.90	3.626	ปานกลาง	1.69	19	.107
หลังการทดลอง	79.30	2.003	ปานกลาง			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	78.75	4.908	ปานกลาง	20.73*	19	.000
หลังการทดลอง	105.25	4.983	สูง			

*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 20.73$) โดยคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ในทางตรงกันข้าม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

ความสามารถในการดูแล ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	Mean	SD	level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	77.90	3.63	ปานกลาง	.623	19	.537
กลุ่มทดลอง	78.75	4.91	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มควบคุม	79.30	2.00	ปานกลาง	21.61*	38	.000
กลุ่มทดลอง	105.25	4.98	สูง			

* p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (t = 21.61) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ คือ

1. ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด มีความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการความเครียดที่พัฒนาจากแนวคิดของ Lazarus & Folkman¹⁷ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองตามบทบาทหน้าที่ของตน รวมทั้งทำให้ทราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน ซึ่งแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น โปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง สามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา จันทรเพ็ญ²³ ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดฯ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องความเครียด การประเมินความเครียดจากการดูแล การค้นหาแหล่งประโยชน์รวมทั้งให้ความรู้ และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น

2. ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 21.61$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาจากข้างต้น สามารถอธิบายได้ว่า หลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยผู้วิจัยให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง และให้การสนับสนุนการดูแลเด็กสมาธิสั้นแล้ว ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Mitchell²⁸ ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด คือ การประเมินความเครียด (Stress appraisal) และจากการศึกษาของ อุมามพร ตรังคสมบัติ²⁹ ที่กล่าวว่า การดูแลเด็กปกติกับเด็กสมาธิสั้นมีความแตกต่างกัน ทำให้

ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด เศร้า และรู้สึกว่าตนเองไม่มีประสิทธิภาพในการดูแล ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดแล้วจะสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้

โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ได้แก่ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากทั้ง 2 ตัวแปร มีผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้น ผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียดทั้ง 7 กิจกรรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งพบว่า ในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดมีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ผู้ดูแลลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นลงได้ และส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

1. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการจัดการความเครียดไปใช้ในการให้การดูแลผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดการรับรู้และประเมินภาวะเครียดของตนเองได้ ร่วมกับการประเมินความเครียด การวางแผนการเผชิญปัญหา การผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลเกิดความ



เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งส่งผลให้สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดลดลง

2. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสนใจ และมีการวางแผนในการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากพบความชุกของโรคสมาธิสั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระยะยาว เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัว ยังส่งผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมาหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

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

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition Text rev. (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Visser SN, Bitsko RH, Danielson ML, Perou R, Blumberg SJ. Increasing prevalence of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder among children-United States, 2003, 2007. Morbidity and Mortality Weekly Report 2010;59(44):1439-43.
3. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksaku T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute 2017;21(2). (in Thai).
4. Freitag CM, Hänig S, Schneider A, Seitz C, Palmason H, Retz W, et al. Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. Journal of Neural Transmission 2012;119(1):81-94.
5. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Current Opinion in Psychiatry 2007;20(4):386-92.
6. Arpornsuwan M. ADHD Treatment. Bangkok: Pimdee; 2007. (in Thai).
7. Sanguankulchai N. Relationships between family environment-relationship dimension, parenting behaviors, maternal. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).



8. Wongkitirungruang S. How do you handle aggressive behavior. *Journal of Education*. 2550;30(2-3):41-7. (in Thai).
9. Reuangtragoon S. Textbook of psychiatry, children and teens. Bangkok: Reuangaewganpim; 2008 . (in Thai).
10. Piyasin W. A guide for parents ADHD. Queen Sirikit National Institute of Child Health. [Internet]. [cited 2012 September 28]. Available from: http://www.childrenhospital.go.th/main/marketing/31_201249KM.pdf. (in Thai).
11. Srichanchai J. Care for children defective. MahaSarakhm: Sri MahaSarakhm College of Nursing; 2013. p. 1-66. (in Thai).
12. Dandnamkoo D. Parenting stress in caretakers of children with ADHD. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2006. (in Thai).
13. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2011; 40(2):191-203.
14. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. New York: The Guilford Press; 2014.
15. Maneerat S. Ability of ADHD caregiver. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2007. (in Thai).
16. Leelukkanaveera U, Longphimai C, Toonsiri C. Influencing factors of stress among The Royal Thai Navy in Narathiwat Province. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2018;45(2): 399-416. (in Thai).
17. Lazarus R, Folkman S. Stress approval and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
18. Guevara J, Lozano P, Wickizer T, Mell L, Gephart H. Utilization and cost of health care services for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108(1):71-8.
19. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood* 2005;90(suppl1):i2-i7.
20. Ponnoppadon CH, Gatemaan P. Mental health clinic. [Internet]. [cited 2011 May 11]. Available from: <http://www.psyclin.co.th/myweb1.html>. (in Thai).
21. Chumphusaeb W. Effectiveness of implementing the caregiver training regarding behavior modification of children with attention deficit hyperactivity disorder program, child and adolescent psychiatric clinic, Lampang hospital. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 2013. (in Thai).



22. Chamchoi A. The effectiveness of potentiality enhancement program in coping with stress from caring the elderly in the community. [Master's Thesis, Faculty of Community Health Nurse Practitioner]. Christian University of Thailand; 2007. (in Thai).
23. Janpen M. The effect of coping skills enhancement program on caring ability of schizophrenic patients' caregivers in the community. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
24. Mahatnirunkoon S, Poompaisanchai W, Tapanya P. The research report titled "Creating a stress test". Suan Prung Hospital, Chiang Mai; 1997. (in Thai).
25. Thato R. Nursing research: concept to apply. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University publisher; 2009. (in Thai).
26. Grove S, Burns N, Gray J. The practice of nursing research. St. Louis: Mo.Saunders; 2013.
27. Pithianuwat S, Chanthonsonti U. Research and educational evaluation unit 9 - 15. Nontaburi: Sukhothai Thammathirat University publisher; 1991. (in Thai).
28. Mitchell MM. Parents'stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder. [Doctoral dissertation]. University of Maryland; 2006.
29. Tangkasombat U. Create concentration for your child. Bangkok: Sunta Press; 2003. (in Thai).