

# THE EFFECT OF CAREGIVER TRAINING PROGRAM WITH REFLECTION ON THE STRESS MANAGEMENT SKILL OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER\*

*Kantarin Srisuwan, M.S.\*\**, *Somchit Luprasong, Ph.D.\*\*\**, *Sanguan Thanee, Ph.D.\*\*\*\**,  
*Kesorn Saithanu, M.S.\*\*\*\**, *Kongkrissadakorn Chondaeng, M.S.\*\*\**

## Abstract

**Objective:** To determine the effects of caregiver training program with reflection on the stress management skill of caregiver of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

**Methods:** The purpose of this quasi-experiment research. The sample consisted of 52 caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder, who were recruited using the inclusion criteria. They were randomly assigned random number generator to the control and experimental groups, with 26 subjects in each group. The experimental group participated in the caregiver training program with reflection which comprised 4 sessions. The control group received routine care. The research instruments were the following: The caregiver training program with reflection and a stress management skills scale which determined the reliability with a Cronbach's alpha coefficient of .87. The data analysis was performed through descriptive statistics and t-test.

**Results:** The mean score on the post-test (Mean = 61.31, SD = 3.78) of participants in the experimental group after participating in the program was significantly greater than the pre-test (Mean = 43.58, SD = 3.41) ( $t = 7.98, p < .001$ ) and 2) The mean difference of the mean score of stress management skills between the pre-test and post-test in the experimental group (Mean difference [MD] = 17.73, SD = 5.67) was significantly greater than that of the control group. (Mean difference [MD] = -.62, SD = 1.65) ( $t = 7.92, p < .001$ ).

**Conclusion:** It can be concluded that the caregiver training program with reflection can enhance the stress management skills of caregiver of children with attention deficit hyperactivity disorder.

**Keywords:** stress, caregiver, attention deficit hyperactivity disorder, reflection

---

\*This research was funded by Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

\*\*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, e-mail: kantarin.s@ubu.ac.th

\*\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

\*\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

Received: 3 March 2022, Revised: 22 June 2022, Accepted: 30 June 2022

# ผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น\*

กานต์ตริน ศรีสุวรรณ, พย.ม. \*\*, สมจิตต์ ฤประสงค์, ศศ.ด. \*\*\*, สงวน ธานี, ปร.ด. \*\*\*\*

เกษร สายชนู, พย.ม. \*\*\*\*, ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง, พย.ม. \*\*\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก 52 คน สุ่มอย่างง่ายโดยวิธีสุ่มตัวเลข เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับการอบรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วัดผลก่อนและหลังทดลองทันที เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด และแบบวัดทักษะการจัดการกับความเครียด ทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

**ผลการศึกษา :** กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดหลังทดลอง (Mean = 61.31, SD = 3.78) มากกว่าก่อนทดลอง (Mean = 43.58, SD = 3.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.98, p < .001$ ) และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (Mean difference [MD] = 17.73, SD = 5.67) มากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean difference [MD] = -0.62, SD = 1.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.92, p < .001$ )

**สรุป :** โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ ควรใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

**คำสำคัญ :** ความเครียด, ผู้ดูแล, โรคลสมาธิสั้น, สะท้อนคิด

\*การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

\*\*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, e-mail: kantarin.s@ubu.ac.th

\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันที่รับ: 3 มีนาคม 2565, วันที่แก้ไข: 22 มิถุนายน 2565, วันที่ตอบรับ: 30 มิถุนายน 2565

## ความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit/hyperactivity disorder [ADHD]) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาท มีอาการสำคัญ 3 ด้าน คือ ขาดสมาธิ (inattention) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (impulsivity) (American Psychiatric Association, 2013) จากสถิติของกรมสุขภาพจิตในปี 2561 พบเด็กสมาธิสั้นจำนวน 4,064 คน และการสำรวจในระดับประเทศในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 จำนวน 7,188 คน พบความชุกของโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 8.10 และพบเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 3 - 4 เท่า (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โขมิตา ภาวสุทธิไพสิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และ ชันวรุจน์ บูรณสุขสกุล, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าเด็กสมาธิสั้นนอกจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กเอง ยังส่งผลให้ผู้ปกครองมีความเครียด โดยพบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสูงกว่าผู้ปกครองเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น (Wiener, Biondic, Grimbos, & Herbert, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ระหว่าง พ.ศ.2554-2564 จากฐานข้อมูล Pubmed, Science direct, Springer, Thaijo, ThaiLIS โดยคัดเลือกการศึกษาที่เกี่ยวกับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูงและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดเกิดจาก 2 แหล่งคือ ปัจจัยจากผู้ดูแลและปัจจัยจากเด็ก (Theule, Wiener, Tannock, & Jenkins, 2013) ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมากกว่าครึ่งมีความเครียดในการดูแลเด็ก (Narkunam, Hashim,

Sachdev, Pillai, & Ng, 2014) โดยพบการศึกษาในต่างประเทศซึ่งผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 89.00 (Theule et al., 2013) และมีการศึกษาพบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ปกครองเด็กทั่วไป (Sethi, Gandhi, & Anand, 2012; Theule et al., 2013) จากการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความแข็งแกร่งในชีวิต ขาดทักษะการสื่อสารในครอบครัว และปัญหาพฤติกรรมในเด็ก จะมีความเครียดที่สูงกว่าผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวได้ (กมลนันทน์ คล่องดี, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภิณ แสงอ่อน, 2559)

โดยทั่วไปการเลี้ยงดูเด็กปกติก็เป็นเรื่องยากสำหรับครอบครัวยุคใหม่ แต่การเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น เพิ่มความท้าทายของครอบครัวสูงขึ้นเมื่อเทียบกับครอบครัวของเด็กปกติ ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น ต้องใช้ทักษะในการดูแลที่สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งบ่อยครั้งในครอบครัว (Mazursky-Horowitz et al., 2015) ซึ่งหากผู้ปกครองมีความเครียดและไม่สามารถจัดการได้จะนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น (Williamson, Johnston, Noyes, Stewart, & Weiss, 2017) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นควรได้รับการส่งเสริมการจัดการความเครียดของตนเองเพื่อนำมาสู่สุขภาพจิตที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

การจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็ก

สมาธิสั้นมีหลายรูปแบบ แต่จากแนวคิดปัจจุบัน กำหนดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของอะไบดิน กล่าวว่าความเครียดของผู้ดูแลเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบที่มีลักษณะหลากหลายมิติมาก ความเครียดในสถานการณ์การเลี้ยงดูบุตรเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากผู้ดูแลไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ และไม่สามารถทำหน้าที่ในการเป็นผู้เลี้ยงดูแลที่ดีได้ โดยความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรมาจาก 3 แหล่ง คือ ลักษณะของบิดามารดา ลักษณะของเด็ก และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (Abidin, 1990; Abidin, 1992) ส่งผลกระทบให้ผู้ดูแลมีการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจได้ ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องมีการจัดการความเครียด เพื่อลดการเกิดความเครียดนำไปสู่สุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีของผู้ดูแล (Theule et al., 2013) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงควรได้รับการส่งเสริมศักยภาพในการจัดการความเครียดที่เหมาะสมเพื่อลดความเครียด ซึ่งแนวคิดรูปแบบการจัดการความเครียดของผู้ดูแลตามแนวคิดปัจจุบันกำหนดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดู (Abidin, 1992) ได้แก่ การปรับตัวด้านการรู้คิด (cognitive coping) ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (parenting skills competencies) พร้อมทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง (parenting alliance) การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน เช่น ครอบครัว หรือแหล่งให้คำปรึกษา (House, 1981) และแหล่งสนับสนุนด้านทรัพยากรความช่วยเหลือทางด้านข่าวสาร (material resources) ตามที่กล่าวมา

ข้างต้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะทำให้เห็นว่าการจัดการสุขภาพของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น แต่โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพื่อช่วยลดความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาแนวคิดของอะไบดิน (Abidin, 1992) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดตามแนวคิดปัจจุบันกำหนดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดู เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียดให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นผ่อนคลายและสามารถจัดการลดความเครียดได้ด้วยตนเอง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

### สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุม

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

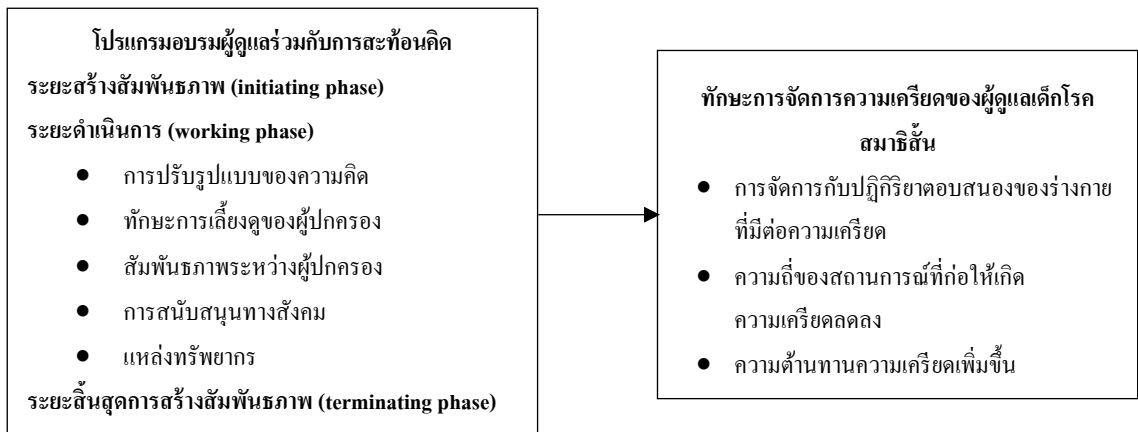
ใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูของอะไบดิน (Abidin, 1992) มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ การปรับรูปแบบความคิด ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งทรัพยากร ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ เล่าสู่กันฟัง ปรับเปลี่ยนเรียนรู้ โลกใบโปรด และคิดถึงตลอดเวลา โดยผ่านกระบวนการกลุ่ม 3 ขั้นตอน คือ สร้างสัมพันธภาพ ดำเนินการ และสิ้นสุดการสร้าง

สัมพันธภาพ เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาทักษะ ส่งผลให้เกิดทักษะในการจัดการความเครียด ซึ่งครอบคลุม 3 ทักษะ คือ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การเพิ่มความต้านทานความเครียด

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (two groups pretest-posttest design)

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 และ ICD-10 ซึ่งระบุรหัสโรค F90.0 ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2564



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเพศชายหรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือความสัมพันธ์ทางกฎหมาย สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งการอ่าน และการเขียน ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน หรืออย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ และมีคะแนนความเครียดตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไปโดยวัดจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีสุ่มตัวเลข

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1.9.4 ด้วยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ .8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 ผู้วิจัยได้คำนวณ ค่าอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของกานต์ตริน ศรีสุวรรณ (2562) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการปรับตัวต่อทักษะการจัดการความเครียดของมารดาเด็กโรคสมาธิสั้นซึ่งมีค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 2.57 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลกลุ่มที่มีขนาดใหญ่มาก เมื่อนำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างจะได้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กผู้วิจัยจึงเลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพลกลุ่ม (effect size) ที่ระดับ .8 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลกลุ่มที่อยู่ในระดับสูง (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อีกร้อยละ 20.00 เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บ

ข้อมูล (Grove, Burns, & Gray, 2013) จำนวน 10 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรพรรณ ศิลปกิจ เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อ มีค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) เท่ากับ .82 และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 - 4 สัปดาห์ เป็นการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อย ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ และแบบประเมินเป็นที่ยอมรับ ดังนั้นจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาซ้ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยพัฒนากิจกรรมจากกรอบแนวคิดของอะไบดิน (Abidin, 1992) กล่าวว่าการความเครียดของมารดาเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบที่มีลักษณะหลากหลายมิติมาก ความเครียดในสถานการณ์การเลี้ยงดูบุตรเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากมารดาไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของบุตรได้ และไม่สามารถทำหน้าที่ในการเป็นผู้เลี้ยงดูแลที่ดีได้ โดยใช้กระบวนการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็ก

โรคสมาธิสั้น ได้แก่ การเผชิญกับปัญหา (cognitive coping) พร้อมทั้งให้ความรู้การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพื่อส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (parenting skills competencies) ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง (parenting alliance) การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นสิ่งที่มารดาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข่าวสาร หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน และแหล่งทรัพยากรวัสดุ (material resources) ได้รูปแบบกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (initiating phase) ระยะที่ 2 ดำเนินการ (working phase) และระยะที่ 3 สิ้นสุดการสร้างสัมพันธภาพ (terminating phase) ประยุกต์ใช้กิจกรรมประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม รวมทั้งหมดจำนวน 4 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลากิจกรรมละ 2 ชั่วโมง และการบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เรื่อง “เล่าสู่กันฟัง” วัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ เพื่อการสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของโปรแกรม เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรม การปรับตัวด้านการรู้คิด เพื่อหาสาเหตุ ปัญหา และผลกระทบจากความเครียดได้ สามารถระบุถึงความหมายของวิธีการจัดการความเครียดทั้ง 3 ลักษณะได้ วิเคราะห์ถึงความสามารถของตนต่อวิธีการจัดการกับความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกริยาการตอบสนองของร่างกาย

กิจกรรมที่ 2 เรื่อง “ปรับเปลี่ยนเรียนรู้” วัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ เพื่อส่งเสริม

ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ดูแล ให้ความรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น สร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว ให้ผู้ดูแลรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ตนเอง และเลือกวิธีการปรับสิ่งเร้าที่เหมาะสม และสามารถจัดสิ่งแวดล้อมหรือกิจวัตรต่าง ๆ เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ โดยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูของผู้ดูแลในเรื่อง โรคสมาธิสั้น การจัดการกับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น และมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนให้กับบุคคลในครอบครัว

กิจกรรมครั้งที่ 3 เรื่อง “โลกใบโปรด” วัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ เพื่อระบุแหล่งสนับสนุนทางสังคมและแหล่งทรัพยากร เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์และประเมินด้านจิตใจจากผู้สนับสนุนด้านจิตใจ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา และส่งเสริมการมีเพื่อนและเครือข่ายในสังคม และเลือกกลยุทธ์วิธีการจัดการความเครียดด้านวิธีการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด เช่น ความพึงพอใจ ความสามารถในตนเอง และพฤติกรรมการกล้าแสดงออก

กิจกรรมครั้งที่ 4 เรื่อง “คิดถึงทุกเวลา” วัตถุประสงค์ของกิจกรรมคือ เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้สมรรถนะในการจัดการกับความเครียดของตนเอง ปรับแต่งถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับความเครียดทั้ง 3 ทักษะ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์เผชิญความเครียดได้

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1. แบบสอบถามทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล ตามแนวคิดของการจัดการกับความเครียด (Pender, 2011) พัฒนา

โดยกานต์ธริน ศรีสุวรรณ (2562) ซึ่งมีความตรงของเนื้อหา โดยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ของข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.67 - 1.0 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87 แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ทำประจำ (4) ก่อนข้างบ่อย (3) บ่อยครั้ง (2) บางครั้ง (1) ไม่เคย (0) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ จำแนกรายด้านได้แก่ (1) การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 7, 9, 11, 14, 21, 23 (2) การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 6, 8, 12, 15, 18, 19, 20 (3) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 10, 13, 16, 17, 22, 24 และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3, 12, 13

3.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรทั้งหมด ช่วงอายุของเด็กสมาธิสั้น และชั่วโมงในการดูแลต่อวัน

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามหนังสือรับรองโครงการ UBU-REC-37/2563 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563 และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

หมายเลขรับรอง COA no.004/2564 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2564 การเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามความสมัครใจ

โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงการวิจัยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้จำนวน 52 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2564 ถึง 31 กรกฎาคม 2564

2. ประเมินทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลก่อนการทดลอง

3. ดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยการใช้โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ห่างกันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

4. ประเมินคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดทันที เมื่อครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

5. หลังการเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการให้โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดต่อกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไค-สแควร์ (chi-square) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (fisher's exact test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมอบรมผู้ดูแล ร่วมกับการสะท้อนคิด โดยใช้สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมอบรมผู้ดูแล ร่วมกับการสะท้อนคิด โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 52 ราย มีอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 45.77 ปี (SD = 9.70) และกลุ่มควบคุม 47.58 ปี (SD = 10.76) ชั่วโมงในการดูแลเด็ก โดยกลุ่มทดลองเฉลี่ย 12 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 3.89) กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 10.35 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 4.22) พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.76 เท่ากัน ระดับการศึกษาสูงสุดพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ

30.77 เท่ากัน ด้านสถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 73.07 และ 76.92 ตามลำดับ ด้านลักษณะครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65.38 และ 58.84 ตามลำดับ จำนวนบุตรทั้งหมดพบว่าส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 84.61 และ 61.23 ตามลำดับ ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 34.61 และ 23.07 ตามลำดับ ด้านโรคประจำตัวพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 84.61 และ 69.23 ตามลำดับ ด้านรายได้ของครอบครัวกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 26.92 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,001 - 10,000 บาท/เดือน และ 20,001 - 30,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 23.07 เท่ากัน ด้านอายุของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มทดลองมีอายุเด็กอยู่ในช่วงอายุ 12 - 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.85 และช่วงอายุ 6 - 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.15 และกลุ่มควบคุม มีช่วงอายุ 6 - 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.85 และช่วงอายุ 12 - 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.15

จากตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลอง (M = 61.31, SD = 3.78) ทั้งในภาพรวมและรายด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 43.58, SD = 3.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.98, p < .001$ )

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง (n = 26)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยา ตอบสนองต่อร่างกาย	13.58	2.32	20.62	2.45	25	7.61	.000**
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อ ความเครียด	14.81	2.56	19.73	1.54	25	4.53	.000**
ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียด	15.19	2.40	20.96	2.69	25	4.47	.000**
<b>รวมทักษะการจัดการกับความเครียด</b>	<b>43.58</b>	<b>3.41</b>	<b>61.31</b>	<b>3.78</b>	<b>25</b>	<b>7.98</b>	<b>.000**</b>

\*\*p < .001, M = Mean, SD = Standard Deviation

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 26)				กลุ่มควบคุม (n = 26)				df	t	p-value
	M	SD	MD	SD	M	SD	MD	SD			
ก่อนการทดลอง	43.58	3.41			44.08	4.63			50	7.92	.000**
หลังการทดลอง	61.31	3.78	17.73	5.67	43.46	3.52	-0.62	1.65			

\*\*p < .001, M = Mean, SD = Standard Deviation, MD = Mean difference

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (MD = 17.73, SD = 5.67) ซึ่งได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแล ร่วมกับการสะท้อนคิด มากกว่ากลุ่มควบคุม (MD = -0.62, SD = 1.65) ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.92, p < .001$ )

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดมีมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ตารางที่ 1) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการ

ความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดทักษะการจัดการกับความเครียด โดยผ่านการเรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิดซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยพัฒนามาจากแนวคิดพฤติกรรมอบรมการเลี้ยงดูของอะไบดิน (Abidin, 1992) แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การปรับรูปแบบความคิด (cognitive coping) โดยจัดกิจกรรมที่จะฝึกการปรับตัวด้านกรู้คิดใน 3 ด้าน คือ 1) การปรับตัวทางกาย 2) การปรับตัวทางจิต 3) การปรับตัวทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการสอดแทรกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ การกำหนดลมหายใจเข้าออก เป็นต้น เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และแสดงความรู้สึกรับรู้ถึงปัญหาของตนเอง และสามารถระบุความหมายของความเครียด ระบุสาเหตุ อาการแสดงของความเครียด รวมถึงวิธีการจัดการความเครียดของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับความเครียดแบบผสมผสานของมารดาเด็กออทิสติก (เสาวภาคย์ ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ, และพนิดา สิริอำพันกุล, 2560) พบว่าการเผชิญความเครียดคือการรับรู้ถึงความเครียด และการได้ระบายความรู้สึกรวมถึงเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายแบบเกร็งกล้ามเนื้อ (2) ทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (parenting skills competencies) การให้ความรู้

ความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น โดยจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในกลุ่มผู้ดูแล แนวทางการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น และส่งเสริมเทคนิคการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีการแลกเปลี่ยนพฤติกรรมที่พบในเด็กสมาธิสั้นที่ก่อให้เกิดผู้ดูแลเกิดความเครียด และสามารถอธิบายการคงอยู่ของพฤติกรรมและวิธีการจัดการกับพฤติกรรมก่อนกวนของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Wiener et al., 2016) โดยให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการสื่อสาร การชมการให้รางวัล การลงโทษ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น และมีความเครียดลดลง (3) สัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง (parenting alliance) การรับรู้ต่อบทบาทและหน้าที่ของตนเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง โดยจัดกิจกรรม ซึ่งผู้ดูแลสามารถรับผิดชอบบทบาทและหน้าที่ของตน โดยการมอบหมายความรับผิดชอบที่เหมาะสมให้แก่บุคคลในครอบครัว จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสารในครอบครัวกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าครอบครัวที่ขาดการสื่อสารกันภายในครอบครัวผู้ดูแลจะมีความเครียดที่สูงกว่าครอบครัวที่มีการสื่อสารกันเป็นประจำภายในครอบครัว (กมลนันทน์ คล่องดี และคณะ, 2559) ซึ่งครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนให้กับบุคคลที่เหมาะสม ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการกับปัญหา โดยการวางเป้าหมายชีวิต

และสามารถมองปัญหาในทางบวก ไม่หนีปัญหา เป็นวิธีการสร้างความเชื่อมั่นทางใจ เกิดการลดความเครียดทางใจได้ (4) การสนับสนุนทางสังคม (social support) สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษา โดยจัดกิจกรรมสะท้อนคิดให้ผู้ดูแลทราบแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน และประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านจิตใจ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่าเป็นการสะท้อนคิด การสนับสนุนให้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงผลการประเมินจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถภาพของตนเองได้ดี การสนับสนุนทางสังคม การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นค่า มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมของสังคม มีการช่วยเหลือในด้านต่างๆ การประเมินค่าเพื่อการปรับปรุง การให้ความคิดเห็น สอดคล้องกับการศึกษาของเกรย์สัน คิม ลาวัลเลย์ และชอย (Grayson, Kim, LaValley, & Choi, 2011) ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเผชิญหรือการจัดการกับความเครียดของบุคคล (5) แหล่งทรัพยากร (material resources) สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษา โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลทราบแหล่งการสนับสนุนทรัพยากรด้านข้อมูลข่าวสารด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้วหรือกำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต กัปร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของมารดา แหล่งสนับสนุนทรัพยากร ได้แก่ องค์กร หน่วยงาน หรือบุคคลต่าง ๆ

ในชุมชนที่อาศัยอยู่ ที่สามารถให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลได้ (Wiener et al., 2016)

ดังนั้น โปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด ช่วยเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดได้

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรติดตามผลการศึกษาในระยะยาว เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังจากได้รับโปรแกรมเพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิดที่เกิดขึ้น และนำโปรแกรมไปเผยแพร่ให้การอบรมแก่นักลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อฝึกทักษะจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้

2. พยาบาลที่ได้รับการฝึกโปรแกรมสามารถนำโปรแกรมอบรมผู้ดูแลร่วมกับการสะท้อนคิด ไปฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้แก่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนและชุมชน เพื่อเสริมทักษะความเครียดจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ และขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

- กมลนัทธ์ คล่องดี, พัชรินทร์ นันทจันทร์, และ โสภณ แสงอ่อน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 52-68.
- กานต์ศรีน ศรีสุวรรณ. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการปรับตัวต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กโรคสมาธิสั้น. *วารสารกองทัพบก*, 20(3), 286-295
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โขนิศา กาวสุทธิไพสิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถ, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และ ชันวรุจน์ บุรณสุขสกุล. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 66-75.
- เสาวภาลัย ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ พนิดา ศิริอำพันธ์กุล. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก สเปกตรัม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18 (ฉบับพิเศษ), 284-291.
- อรวรรณ ศิลปกิจ (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีชัยัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3), 85-177.
- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298-301.
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 407-412.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Publishing.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology. A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-9.
- Grayson, P. C., Kim, S. Y., LaValley, M., & Choi, H. K. (2011). Hyperuricemia and incident hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis care & research*, 63(1), 102-110.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Mazursky-Horowitz, H., Felton, J. W., MacPherson, L., Ehrlich, K. B., Cassidy, J., Lejuez, C., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Maternal emotion regulation mediates the association between adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of abnormal child psychology*, 43(1), 121-131.
- 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.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6 ed.). The United States of America: Pearson Education.
- Sethi, S., Gandhi, R., & Anand, V. (2012). Study of Level of Stress in the Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 25-37.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.
- Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T., & Herbert, M. (2016). Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 44(3), 561-574.
- Williamson, D., Johnston, C., Noyes, A., Stewart, K., & Weiss, M. D. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in mothers and fathers: family level interactions in relation to parenting. *Journal of abnormal child psychology*, 45(3), 485-500.