

EFFECTS OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON STRESS MANAGEMENT SKILLS OF PARENTS OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER*

Atiwat Kunlawong, B.N.S.**, Darunee Rujkorakarn, Ed.D.***

Abstract

Objective: To determine the effects of a stress management program on the stress management skills of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Methods: The sample consisted of 60 parents of children with attention deficit hyperactivity disorder who were recruited using specific inclusion criteria. They were randomly assigned to the control and experimental groups, with 30 subjects in each group. The experimental group participated in the stress management program created by Pasinee Jamja et al. (2019). The program comprised 7 sessions, each lasting 60 - 90 minutes, once a week for 4 weeks. The control group received routine care activities. Data were collected using 1) a personal data questionnaire, 2) the stress management program, and 3) a stress management skills scale. The reliability of these questionnaires was determined with a Cronbach's alpha coefficient of .89. The demographics were analyzed using descriptive statistics. The experimental group's pretest and posttest mean scores on the stress management scale were compared using a dependent t-test. Differences in the experimental and control groups' pretest and posttest mean scores were compared using the independent t-test.

Results: The experimental groups' posttest mean score (mean = 58.78, SD = 5.53) after completing the program was significantly greater than the pretest mean score (mean = 40.34, SD = 5.27) before attending the program ($t = 6.41, p < .01$). The mean difference between the experimental group's pretest and posttest stress management scale scores ($D1 = 16.02, SD = 6.87$) was significantly greater than the difference between the control group scores ($D2 = 0.51, SD = 3.83$) ($t = 5.43, p < .01$).

Conclusion: It can be concluded that a stress management program can enhance the stress management skills of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder.

Keywords: stress management program, parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, stress management

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

***Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, e-mail: drdarunee@gmail.com

Received: 24 July 2024, Revised: 25 October 2024, Accepted: 2 November 2024

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียด ของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น*

อริวัฒน์ กุลวงษ์, พย.บ. **, ครุณี รุจกรกานต์, ศษ.ค. ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์คัดเข้าและสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด พัฒนาขึ้นโดยพาสินี แจ่มจำและคณะ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ๆ ละ 60 - 90 นาที ซึ่งดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น 3) แบบประเมินทักษะการจัดการกับความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดหลังการทดลอง ($\text{mean} = 58.78, \text{SD} = 5.53$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\text{mean} = 40.34, \text{SD} = 5.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.06, p < .01$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ($D1 = 16.02, \text{SD} = 6.87$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($D2 = 0.51, \text{SD} = 3.83$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.43, p < .01$)

สรุป : โปรแกรมการจัดการความเครียด สามารถเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการความเครียด, ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น, การจัดการความเครียด

*วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, e-mail: drdarunee@gmail.com

วันที่รับ: 24 กรกฎาคม 2567, วันที่แก้ไข: 25 ตุลาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 2 พฤศจิกายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะผิดปกติทางด้านจิตเวช จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท ที่มีอาการสำคัญ 3 ด้านคือ อาการขาดสมาธิ (inattention) อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyper-activity) และอาการ หุนหันพลันแล่น (impulsivity) (American Psychiatric Association, 2000) โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด มีความชุกในประชากรเด็กทั่วโลก ร้อยละ 5.29 (Polanczyk et al., 2007) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และในประเทศไทยจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จำนวน 7,188 ราย พบว่ามีความชุกร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.24 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ, 2556) ประมาณร้อยละ 70 ของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น จะมีอาการต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Russell et al., 2016) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่ความผิดปกติด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ จนถึงการทำตัวตายและปัญหาการเสพติด (Sayal et al., 2018) โรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตัวเด็กเองในมิติต่าง ๆ ได้แก่ความสัมพันธ์ทางลบกับเพื่อนร้อยละ 70 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งร้อยละ 62.5 พฤติกรรมด้านอารมณ์ร้อยละ 54.2 พฤติกรรมเกรร้อยละ 34.2 และสัมพันธ์ทางสังคมร้อยละ 20 (ชนิตา ทีปะปาล และคณะ, 2564) ปัญหาดังกล่าวนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นอีกด้วย ซึ่งผู้ดูแลจะเกิดความเครียดในการเลี้ยงดูสูงกว่า ผู้ดูแลเด็กปกติทั่วไป (Flynn et al., 2023) เนื่องจากความผิดปกติ

ทางจิตเวชในเด็กสามารถขัดขวางพัฒนาการตามปกติของเด็ก เพิ่มความทุกข์ใจแก่ผู้ดูแลและสร้างภาระให้กับสังคม (Hsu et al., 2019) โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากเหตุการณ์ดูแลบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้น (Evans et al., 2018) และยังส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว (Kostyrka-Allchorne et al., 2022) ยิ่งผู้ดูแลเด็กมีความเครียดในการเลี้ยงดูสูงมากขึ้นเท่าไร ก็ยิ่งส่งผลกระทบต่อการใช้เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นมากขึ้นด้วยเช่นกัน

การที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ต้องดูแลเด็กโดยขาดการสนับสนุนจากสังคม หรือหน่วยงานด้านสุขภาพนั้น ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาและความเครียดเพียงลำพัง (Theule et al., 2013) จะมีผลกระทบต่อเด็กโดยใช้การเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสม มักอบรมเลี้ยงดูเด็กแบบการจำกัดพฤติกรรม การใช้ความรุนแรงและมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับเด็กสมาธิสั้น (Yousefia et al., 2011) การดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแล และก่อให้เกิดความเครียดตามมา จากผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป (Pimentel et al., 2011) ปัญหาด้านสุขภาพจิตและความเครียดในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งหากผู้ดูแลมีความเครียดและไม่สามารถจัดการได้นั้น จะนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น (Williamson et al., 2017) และยังพบว่าความเครียดของผู้ดูแลเด็ก

โรคสมาธิสั้นเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาด้วย (Pimentel et al., 2011) และหากผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นขาดทักษะในการจัดการกับความเครียดจะส่งผลให้เกิดผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อารมณ์ตามมา เกิดการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Theule et al., 2013)

ดังนั้นผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทักษะในการจัดการกับความเครียดของตนเอง เพื่อนำมาสู่สุขภาพจิตที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งทักษะการจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้น ยังไม่มีรูปแบบที่แน่ชัด ขึ้นอยู่กับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของแต่ละบุคคลและครอบครัว ในส่วนข้อค้นพบเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่ามีโปรแกรมการอบรมสำหรับผู้ดูแล (เทพสิรินทร์ มากบุญศรี, 2559) โปรแกรมการปรับพฤติกรรมและความรู้ต่อการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น (Parand et al., 2020) โปรแกรมการบำบัดด้วยการรู้สติและการอบรมการเลี้ยงดู (Miller & Brooker, 2017) โดยพบว่าโปรแกรมที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ส่วนใหญ่ล้วนมุ่งเน้นเพื่อการจัดการตัวเด็ก และการส่งเสริมความรู้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นหลัก แต่ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นยังต้องเผชิญกับปัญหาการเลี้ยงดูเด็ก การใช้กระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ร่วมกัน การส่งเสริมทักษะในการเลี้ยงดูเด็กโรคสมาธิสั้น การใช้พฤติกรรมบำบัด และกระบวนการกลุ่มอย่างเป็นขั้นตอน จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจ เพิ่มระดับการรับรู้ทักษะใน

การดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล และลดระดับความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ โดยการเสริมสร้างทางด้านจิตสังคมเชิงบวกและการปรับพฤติกรรมต่อการดูแล และการจะป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้นั้น สิ่งสำคัญคือผู้ดูแลต้องมีทักษะในการจัดการความเครียดก่อน (Russell et al., 2016) ซึ่งทักษะในการจัดการความเครียดของผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ครอบคลุม 3 ทักษะดังนี้ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และการเพิ่มความต้านทานความเครียด เพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการกับความเครียด นำไปสู่การลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในผู้ดูแล ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจและสังคม (Theule et al., 2013)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยพาสินี แจ่มจ้ำ และคณะ (2562) เป็นการดำเนินการในรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม มุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โดยนำแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยแนวคิดกล่าวถึงการจัดการความเครียดและพฤติกรรมที่จัดกระทำเพื่อควบคุมความเครียด เป็นการเผชิญปัญหาหรือจัดการต่อความเครียด พฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการกับความเครียดเป็นความพยายามที่เป็นทั้งการกระทำที่ชัดเจนและการกระทำที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจ เพื่อที่จะจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อมกับความต้องการภายในตน ซึ่งเป็นการให้ความรู้ชี้แนะแนวทาง และให้การสนับสนุนการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันได้ สามารถลงมือกระทำสิ่งที่ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลเด็ก โดยผู้ดูแลสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง มีการติดตามประเมินผลการ

ปฏิบัติ และสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ และเกิดทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) สถานที่ทำการทดลองเป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน - เดือนธันวาคม 2566

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-5 ซึ่งระบุรหัสโรค ได้แก่ F90.0-F90.9 ที่นำเด็กโรคสมาธิสั้นมารับการรักษาในคลินิกตรวจผู้ป่วยนอกแผนกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-5 ซึ่งระบุรหัสโรค ได้แก่ F90.0-F90.9 ที่นำบุตรมารับการรักษาในคลินิกตรวจผู้ป่วยนอกแผนกสุขภาพจิต โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) และผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและออกดังนี้ เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเพศชายหรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่

20 - 59 ปี มีความสัมพันธ์ทาง สายเลือดหรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น บิดา มารดา ปู่ ตาย่า ยาย น้ำ อา ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กสมมติขึ้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และให้การดูแลเด็กมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย 3) มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น อ่าน เขียนภาษาไทยได้ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) สมจริตใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์ เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย 2) ผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการทดลองที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น พัฒนาโดยพาสินี แจ่มจำ และคณะ (2562) โดยมีกิจกรรมตามกระบวนการและขั้นตอนที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคสมาธิสั้น และเกิดทักษะต่างๆ ได้แก่ การดูแลเด็กสมาธิสั้น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีผ่อนคลายความเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อลดความเครียดจาก

การดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเครียดและกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคล (Cognitive appraisal) ของ Lazarus and Folkman (1984) ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 15 คน จำนวน 2 กลุ่ม จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน รวม 7 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 - 2 กิจกรรมติดต่อกัน 4 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1)แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรหรือเด็กที่ต้องดูแลทั้งหมด โรคประจำตัวของผู้ดูแล และ 2) แบบประเมินทักษะการจัดการกับความเครียดพัฒนาโดยเสาวภาภักย์ ทัดสิงห์ และคณะ (2560) เป็นข้อคำถามเชิงบวก 21 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 ด้านของทักษะการจัดการความเครียด คือ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียดจำนวน 8 ข้อ การเพิ่มภูมิคุ้มกันด้านต่อความเครียด จำนวน 8 ข้อ และการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดค่า แบ่งคะแนนเป็น 0 - 4 คะแนน แบ่งผลคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน โดยแบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.83

ขั้นตอนและรายละเอียดการเก็บข้อมูล

กลุ่มควบคุม ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และแจ้ง

รายละเอียดของโครงการก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามและมีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการ แจ้งการรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้เจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง โดยแจ้งรายละเอียดและได้เรียนเชิญผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมาพบก่อนเริ่มโครงการวิจัย เพื่อรับฟังคำชี้แจงก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระ แจ้งการรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้เจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง และนัดวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม จากนั้นกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ตามวัน และเวลา หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมทั้ง 7 กิจกรรม ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลการประเมินผลและแบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากนั้นให้ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลตาม

แบบประเมิน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 331-317/2566 วันที่ 25 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัยภายใต้หลักจริยธรรม การวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้ทำหนังสือขออนุมัติไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอดำเนินการวิจัย และประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลประชากรเวชระเบียน ผู้วิจัยไปพบกับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนการเก็บรวบรวม ข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ โดยผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบฟอร์มที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งใน การดำเนินการผู้วิจัยได้เคารพในสิทธิส่วนบุคคลและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงหลักการรักษาความลับ และการเข้าร่วมการวิจัย ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบเดือดร้อนต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ถูกบังคับให้ทำกิจกรรมใด ๆ ในขณะที่ไม่พร้อมหรือไม่มีความเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ในระหว่างการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการขอรับบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนั้น ๆ แต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียดโดยใช้สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การทดสอบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียด และกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเครียดโดยใช้สถิติทดสอบที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี เปรียบเทียบระดับการศึกษาพบว่า มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 8.7, p > .05$) ด้านสถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ด้านลักษณะครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านจำนวนบุตรทั้งหมดพบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 2 คน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/เกษตรกร โดยในกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000

บาท/เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านอายุของบุตร โดยส่วนใหญ่มีบุตรอยู่ในช่วงอายุ 7 - 9 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองพบว่ามีความเพิ่มขึ้น โดยผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีความเครียดทักษะการจัดการกับความเครียดหลังทดลอง (mean = 58.78, SD = 5.34) มากกว่าก่อนการทดลอง (mean = 40.34, SD = 5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.06, p < .01$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดในแต่ละด้าน ดังนี้ คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายหลังทดลอง (mean = 18.87, SD = 2.29) มากกว่าก่อนการทดลอง (mean = 11.67, SD = 2.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.91, p < .01$) คะแนนทักษะด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดหลังทดลอง (mean = 18.86, SD = 2.97) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 13.72, SD = 2.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.34, p < .01$) และคะแนนทักษะด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียดหลังทดลอง (mean = 18.92, SD = 2.78) มากกว่าก่อนการทดลอง (mean = 13.83, SD = 2.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.89, p < .01$) แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่าง ($t = .73, p > .05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะ

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ($n = 26$)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Df	t	p-value
	mean	SD	mean	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกาย	11.67	2.53	18.87	2.29	25	5.91	.000*
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด	13.72	2.59	18.86	2.97	25	4.34	.000*
ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	13.83	2.24	18.92	2.78	25	4.89	.000*
รวมทักษะการจัดการกับความเครียด	40.34	5.27	58.78	5.34	25	6.06	.000*

* $p < .01$

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุม ($n = 30$)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกาย	13.41	2.08	13.14	2.15	29	-.63	.27*
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด	14.46	3.01	15.47	2.80	29	2.14	.03
ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	14.93	2.82	15.00	2.91	29	.17	.42*
รวมทักษะการจัดการกับความเครียด	42.30	5.52	43.80	5.83	29	.73	.24*

* $p < .05$

การจัดการกับความเครียดในแต่ละด้านดังนี้ ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายหลังทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -.63, p > .05$) คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด ด้าน

การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดหลังทดลอง ($\text{mean} = 15.47, \text{SD} = 2.80$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($\text{mean} = 14.46, \text{SD} = 3.01$) ($t = 2.14, p < .05$) คะแนนทักษะการจัดการกับความเครียด

ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหลังทดลอง พบว่าไม่แตกต่าง ($t = .17$, $p > .05$) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ทักษะการจัดการกับความเครียดในภาพรวมหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ($\text{mean} = 58.78$, $\text{SD} = 5.53$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 43.80$, $\text{SD} = 5.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.74$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาทักษะการจัดการกับความเครียดเป็นรายด้านระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดกลุ่มทดลอง ($\text{mean} = 18.87$, $\text{SD} =$

2.29) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 13.14$, $\text{SD} = 2.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.68$, $p < .001$) คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($\text{mean} = 18.86$, $\text{SD} = 2.97$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 15.47$, $\text{SD} = 2.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.97$, $p < .01$) คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียด ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($\text{mean} = 18.92$, $\text{SD} = 2.78$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 15.00$, $\text{SD} = 2.91$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.14$, $p < .01$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 56$)

คะแนนทักษะการจัดการกับ ความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Df	t	P-value
	mean	SD	mean	SD			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยา ตอบสนองต่อร่างกาย	18.87	2.29	13.14	2.15	55	5.68	.000*
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด	18.86	2.97	15.47	2.80	55	2.97	.000*
ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	18.92	2.78	15.00	2.91	55	3.14	.000*
รวมทักษะการจัดการกับ ความเครียด	58.78	5.53	43.80	5.83	55	5.74	.000*

* $p < .01$

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 26)				กลุ่มควบคุม (n = 30)				Df	t	P-value
	mean	SD	$\bar{D}_1$	SD	mean	SD	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนการทดลอง	40.21	5.34			42.30	5.52					.000*
			16.02	6.87			0.51	3.83	55	5.43	
หลังการทดลอง	58.78	5.53			43.80	5.83					

* $p < .01$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของพาสินี แจ่มจำ และคณะ (2562) ศึกษาเรื่องโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้ดูแลจะมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่โปรแกรมการจัดการกับความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง สามารถช่วยเพิ่มทักษะการจัดการความเครียดให้กับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้นั้น เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ที่จะจัดการกับรูปแบบทางความคิดและความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ดูแลได้

เกิดองค์ความรู้และเข้าใจธรรมชาติของเด็กโรคมะเร็ง สามารถพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดจากการดูแล ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ระหว่างการดำเนินการกลุ่มในการทดลองตามโปรแกรม นำไปสู่การช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะและความพร้อมในการจัดการความเครียดได้ดีขึ้น

ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมการจัดการความเครียดที่พัฒนาจากกับแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มทดลอง ทราบถึงกระบวนการประเมินทางความคิดของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองตามบทบาทหน้าที่ของตนเองรวมทั้งทำให้ทราบถึงประเภทของแหล่งประโยชน์และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน ซึ่งแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น โปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองสามารถนำแนวทางการดูแลเด็กไปปฏิบัติในชีวิตจริง ติดตามประเมินผลการปฏิบัติและสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของพัฒน์ ศรีโอสฐ์ และภาสินี โทอินทร์(2565) ที่ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดฯ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องความเครียด การประเมินความเครียดจากการดูแลการค้นหาแหล่งประโยชน์รวมทั้งให้ความรู้ และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การฝึกทักษะ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น

จากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมนี้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมีทักษะและสามารถจัดการปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายได้ด้วยการผ่อนคลายความเครียด และผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเรียนรู้วิธีการ จัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด หลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรได้รับการฝึกโปรแกรม จะทำให้สามารถนำโปรแกรมการจัดการกับความเครียดในผู้ดูแล ไปฝึกทักษะการจัดการความเครียดให้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ในโรงเรียนและชุมชน หรือจะเป็นกิจกรรมหนึ่งของโรงพยาบาล เพื่อเสริมทักษะการจัดการกับความเครียดจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด หลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมและนำกลับไปใช้ที่บ้าน เพื่อประเมินความต่อเนื่องในระยะ 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป

3. ควรนำโปรแกรมการจัดการกับความเครียด ไปพัฒนาใช้ต่อในผู้ดูแลเด็กกลุ่มโรคทางจิตเวชเด็ก ที่ผู้ดูแลมีความเครียดจากการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อส่งเสริมการทักษะการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- ทวีศิลป์ วิชญโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิถ, ชันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, ไขยิดา ภาวสุทธิไพศรี, และพัชรินทร์ อรุณเรือง. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 66-75
- เทพสิรินทร์ มากบุญศรี. (2559). *ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนิดา ทีปะปาล, ปภาสินี แซ่ควี่, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, ธัญวดี นาคมิตร, และณัฏฐ์นรี คำอุไร. (2564). โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 28-41.

- พัฒน์ ศรีโอรุ, และภาสินี ไทอินทร์.(2565). ผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ, 14*(2), 31-319.
- พาสินี แจ่มจำ, สุนิสา สุขตระกูล, และประนอม รอดคำดี . (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารแพทยธานี, 46*(1), 32-48
- เสาวภาภย์ ทัดสิงห์, ชมชื่น สมประเสริฐ, และพนิดา ศิริอำพันกุล (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กออทิสติกสเปกตรัม. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18*(ฉบับพิเศษ), 284-291.
- American Association Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): American Psychiatric Publishing.
- Flynn, M. M., Rosen, P. J., Reese, J. S., Slaughter, K. E., Alacha, H. F., & Olczyk, A. R. (2023). Examining the influence of irritability and ADHD on domains of parenting stress. *European child & adolescent psychiatry, 32*(2), 353-366.
- Hsu, Y. C., Chen, C. T., Yang, H. J., & Chou, P. (2019). Family structure, birth order, and aggressive behaviors among school-aged boys with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 54*(6), 661-670.
- Kostyrka-Allchorne, K., Ballard, C., Byford, S., Cortese, S., Daley, D., Downs, J., French, B., Glazebrook, C., Goldsmith, K., Hall, C. L., Hedstrom, E., Kovshoff, H., Kreppner, J., Lean, N., Sayal, K., Shearer, J., Simonoff, E., Thompson, M., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2022). Online Parent Training for The Initial Management of ADHD referrals (OPTIMA): the protocol for a randomised controlled trial of a digital parenting intervention implemented to support parents and children on a treatment waitlist. *Trials, 23*(1), 1003.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Miller, C. J., & Brooker, B. (2017). Mindfulness programming for parents and teachers of children with ADHD. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 28*(7), 108-115.
- Parand, A., Afrooz, G., Mansoor, M., Yekta, M. S., Besharat, M., & Khooshabi, K. (2020). Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5*(1), 1135-1139.
- Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *Attention deficit and hyperactivity disorders, 3*(1), 61-68.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta regression analysis. *American journal of psychiatry, 164*(6), 942-948.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child psychiatry and human development, 47*(3), 440-458.
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry, 5*(2), 175-186.
- 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.
- Williamson, D., Johnston, C., Noyes, A., Stewart, K., & Weiss, M. D. (2017). Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in mothers and fathers: family level interactions in relation to parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(3), 485-500.

Yousefia, S., Far, A. S., & Abdollahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671.