e278971

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ผลของโปรแกรมเพิ่มสุขต่อความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า จังหวัดอุบลราชธานี

ธิดารัตน์ ทองหนุน[1] และ ปิยะนันท์ นามกุล[2*]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 20 พฤศจิกายน 2568; วันที่แก้ไข: 27 กุมภาพันธ์ 2569; วันที่ตอบรับ: 2 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest–posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเพิ่มสุขต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ระยะเวลาที่ศึกษา 6 สัปดาห์ เมษายน ถึง กรกฎาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ที่พาเด็กมารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยเลือกแบบเจาะจง กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมเพิ่มสุขที่พัฒนาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลเด็ก ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่า CVI เท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบราคทั้งฉบับเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired t-test และ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของผลการทดลอง Cohen’s d

ผลการศึกษา ภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข ผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ากลุ่มทดลอง มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยก่อนการทดลองระดับความเครียดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.01$, S.D. = 0.32) และลดลงมาอยู่ในระดับปานกลางหลังการทดลอง ($\bar{X} = 2.08$, S.D. = 0.25) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเครียด ($\bar{X} = 2.08$, S.D. = 0.24) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = = 3.19$, S.D. = 0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลของโปรแกรมอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen’s d = 3.78) สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมเพิ่มสุขในการลดระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ สามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลและเอื้อต่อประสิทธิภาพในการดูแลเด็ก

คำสำคัญ: ความเครียด ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ดนตรีบำบัด โปรแกรมเพิ่มสุข

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ปิยะนันท์ นามกุล; piyanan.n@ubru.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

Effects of the Happiness Enhancement Program for Stress of Caregivers in Delay Development Child in Ubonratchathani

Tidarat Tongnoon [1]and Piyanan Narmkul [2*]

[1]Faculty of Nursing Ubonratchathani Ratchabhut University

[2] Faculty of Nursing Ubonratchathani Ratchabhut University

(Received: 20 November 2025 ; Revised: 27 February 2026 ; Accepted: 2 March 2026)

Abstract

This quasi-experimental study utilized a pretest–posttest control group design. The study aimed to evaluate the effects of a Happiness Enhancement Program on the stress levels of caregivers of children with developmental delays. The study was conducted over six weeks, from April to July 2025. A purposive sample of 60 caregivers was recruited from a developmental stimulation clinic at a hospital in Ubon Ratchathani province and equally assigned to either the experimental or comparison group (n=30 each). The research instruments included the Happiness Enhancement Program based on Lazarus & Folkman's framework consists of four activities and the Caregiver Stress Questionnaire. The tools were validated by three experts (CVI = 1.0), and the questionnaire yielded a Cronbach's alpha coefficient of .93. Data analysis included descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests at a significance level of .05. Effect sizes were analyzed using Cohen's d.

The results revealed that after receiving the Happiness Enhancement Program, the stress levels of caregivers of children with developmental delays in the experimental group decreased significantly ($p < .001$). When comparing pre- and post-test results, the stress level was initially high before the intervention ($\bar{X}$= 3.01, S.D. = 0.32) and decreased to a moderate level after the intervention ($\bar{X}$= 2.08, S.D. = 0.25). Compared to the comparison group, the experimental group exhibited significantly lower stress levels ($\bar{X}$=2.08, S.D. = 0.24) than the comparison group ($\bar{X}$= 3.19, S.D. = 0.42) at a significance level of $p < .001$, with a very large effect size (Cohen's d = 3.78).

These findings reflect the effectiveness of the Happiness Enhancement Program in reducing stress levels among caregivers of children with developmental delays compared to routine care. The program can be applied to promote caregivers' mental health and enhance the efficiency of childcare.

Keywords: stress, caregivers, children with developmental delays, Happiness Enhancement Program, music therapy

***Corresponding author**: Piyanan Narmkul; piyanan.n@ubru.ac.th

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

บทนำ

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญในระดับโลก เนื่องจากส่งผลต่อการเรียนรู้ การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิตในระยะยาว ทั้งยังเป็นภาระต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีเด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติร้อยละ 15–20 โดยส่วนใหญ่พบในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มากกว่า 200 ล้านคนที่มีพัฒนาการไม่สมวัย (World Health Organization, 2023) ในประเทศไทย ผลการสำรวจพัฒนาการเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ระหว่างปี 2563–2565 พบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงถึงร้อยละ 25.5–27.3 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง สถานการณ์นี้สะท้อนถึงปัญหาพัฒนาการของเด็กไทยที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์สากลของ WHO ที่กำหนดเกณฑ์พัฒนาการสมวัยร้อยละ 80–85 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า อาจมีพัฒนาการช้าด้านใดด้านหนึ่ง หลายด้าน หรือทุกด้าน ทั้ง ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านภาษาทั้งความเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม ซึ่งเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเรียนรู้ ด้านสติปัญญา บุคลิกภาพ และความฉลาดทางอารมณ์ (เพ็ญนภา ทองประยูร และคณะ ,2562; พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2563) เด็กเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลหลักในครอบครัว เช่น บิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย หรือญาติใกล้ชิด ทั้งการช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลภาวะโภชนาการให้เพียงพอและถูกต้อง สุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วย (ปิยนุช ล้วนจิตร ,2567; Susanne Garvis & Donna Pendergast, 2015) จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ให้กำลังใจและแรงจูงใจแก่เด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กมีชีวิตอยู่อย่างปกติตามภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่และมีพัฒนาการที่ดีขึ้น (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2563; ปิยนุช ล้วนจิตร ,2567) เด็กบางรายอาจมีปัญหามีโรคประจำตัว อาทิ เด็กออทิสติก เด็กพิการทางสมองหรือบกพร่องทางการได้ยิน หรือมีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวจากโรคระบบประสาท อยู่ไม่นิ่ง หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง อีกทั้งปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าวอารมณ์รุนแรง ทำร้ายตนเอง หรือมีพฤติกรรมต่อต้าน ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่ออารมณ์และความเครียดของผู้ดูแล ซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญของเด็กต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (ปิยนุช ล้วนจิตร, 2567; อุมาพร สุขสวัสดิ์ และคณะ, 2560; Edmunds et al., 2025) ผู้ดูแลเหล่านี้จึงต้องเผชิญกับภาระทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าซึ่งมีข้อจำกัดด้านการช่วยเหลือตนเองและการสื่อสาร อาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดสะสมในผู้ดูแล ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพการดูแลเด็กโดยตรง ซึ่งความเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการดูแล (วริศรา เลิศอาภาพงศ์ และคณะ, 2563; พิมพ์ชนก จันทราทิพย์, ยุนีพงศ์ จตุรวิทย์ และนุจรี ไชยมงคล, 2563 ; Aravinna, L. P., et al. , 2022; Cabrera, J.J., et al., 2021)

ตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ความเครียดเกิดจากการประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญนั้นเกินกว่าทรัพยากรที่ตนมี ซึ่งผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าต้องเผชิญสภาวะนี้อย่างต่อเนื่อง ทั้งจากภาระการดูแลที่ใกล้ชิด ปัญหาเศรษฐกิจ และความคาดหวังของครอบครัวจนเสี่ยงต่อความเครียดเรื้อรัง (Alkhateeb et al., 2022; Cabrera et al., 2021; Yang et al., 2025) จากการทบทวนการศึกษาการลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้ายังมีจำกัดในประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นศึกษาปัจจัยที่

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

เกี่ยวข้องกับความเครียด เช่น รายได้ ระยะเวลาการดูแล หรือภาระทางครอบครัว มากกว่าการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด (จิณณพัต ยอดไกรศรี, 2564; แสงนภา บารมี และทยาวีร์ จันทรวิวัฒน์, 2566) แต่งานวิจัยต่างประเทศพบว่า การจัดการความเครียดโดยตรงผ่านกิจกรรมดนตรีบำบัด (music therapy) และกิจกรรมกลุ่มเชิงบวก สามารถลดระดับความเครียดและเพิ่มสุขภาวะจิตของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ (Li et al., 2024; Yang et al., 2025)

จังหวัดอุบลราชธานีมีการให้บริการด้านพัฒนาการล่าช้าในเด็กผ่านคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก จากข้อมูลสถิติการรับบริการของหน่วยบริการผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามารับบริการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กมากกว่า 300 คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลที่นำเด็กมารับบริการมาจากทุกพื้นที่ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ทั้งนี้จากข้อมูลการให้บริการของหน่วยงานพบว่ายังมีปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการเข้ารับการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กบางส่วน จากการสังเกตพฤติกรรมและปัญหาเบื้องต้น พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เผชิญความเหนื่อยล้าสะสม วิตกกังวลต่ออาการของเด็ก และรู้สึกโดดเดี่ยวในการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสม่ำเสมอในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามนัด หากผู้ดูแลสามารถจัดการความเครียดได้ดี จะช่วยสร้างความพร้อมทางจิตใจและเพิ่มพลังอำนาจในการดูแลให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง (หน่วยบริการผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์, 2567)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนา “โปรแกรมเพิ่มสุข (Happiness Enhancement Program)” ซึ่งเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะจิตใจของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า โดยบูรณาการแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เข้ากับกิจกรรมดนตรีบำบัด (music therapy) และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างพลังบวกและเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา โปรแกรมนี้มีการใช้กิจกรรมดนตรีควบคู่กับการติดตามทางออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งรายงานการศึกษาในบริบทของประเทศไทยก่อนหน้า ยังไม่มีความชัดเจนว่าการประยุกต์โปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะจิตแบบบูรณาการนี้จะช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้จริงในบริบทไทย ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมเพิ่มสุขต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมเพิ่มสุขกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้ารับโปรแกรมเพิ่มสุขก่อนและหลังการทดลอง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า และวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของผลการทดลอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

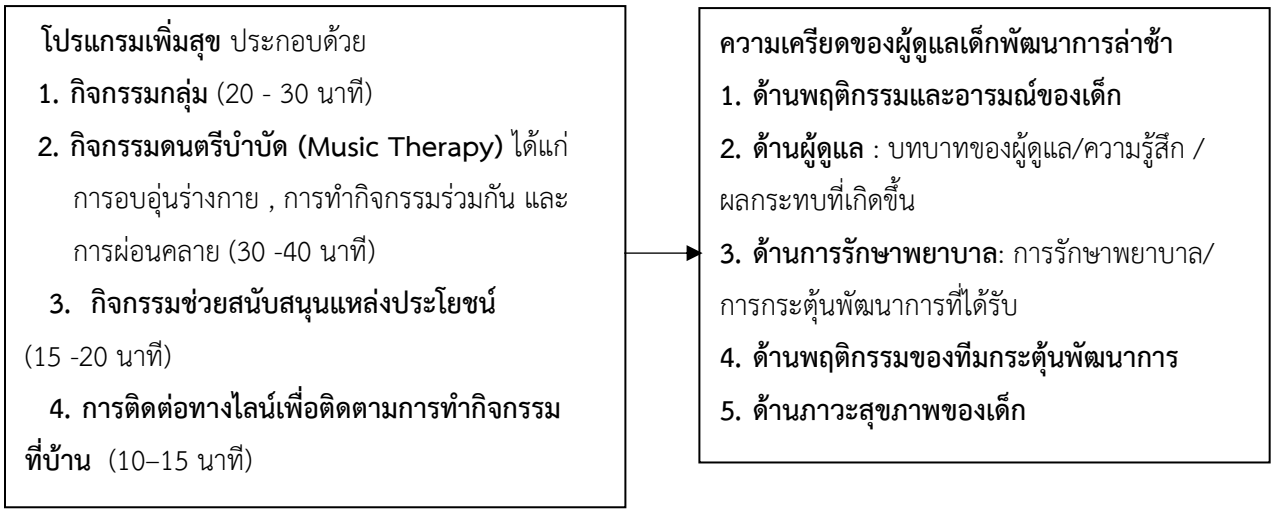
สมมติฐานของการวิจัย

1.คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสุขต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2.คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984)



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest–posttest control group design)

ประชากร ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่พาเด็กเข้ารับบริการในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 10 ระหว่าง เดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2568 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป 2) ดูแลเด็กต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 3) เด็กในความดูแลมีพัฒนาการล่าช้าจากการวินิจฉัยของแพทย์ 4) การรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาทางด้านการได้ยินและการมองเห็น สามารถอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่เข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ต สามารถใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ได้ และ 6) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ดูแลย้ายถิ่น 2) ผู้ดูแลเจ็บป่วย สภาพร่างกายไม่พร้อมในการร่วมกิจกรรม 3) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนดและ 4) ขอออกจากการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยใช้วิธีการ จับคู่ (Matching) ในระดับการศึกษาและระยะเวลาการดูแลเด็ก เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยกลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการ ณ คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ และกลุ่มเปรียบเทียบคือผู้ดูแลเด็ก ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 10 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล (Contamination) ระหว่างการทดลอง การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณจาก G* power (Faul F et al., 2007) ข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้า (นงนุช บุญยัง, 2566) ใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจาก G*Power t-test แบบ Two-tailed กำหนดค่า Effect size 0.80, α err prob 0.05, * Power 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 50 คน กลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเพิ่มสุขของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 - กิจกรรมกลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลเด็กที่พัฒนาการล่าช้าที่มีปัญหาคล้ายกัน

กิจกรรมที่ 2 - กิจกรรมดนตรีบำบัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การอบอุ่นร่างกาย (Warm-up) เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายเบื้องต้น เบาๆ ช้าๆ (2) การมีส่วนร่วมของกลุ่ม (Group Engagement) เป็นการทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายร่วมกันเป็นกลุ่ม เปิดเพลงที่มีจังหวะเร็วขึ้น เพื่อกระตุ้นพร้อมกับแสดงออก (3) การผ่อนคลาย (Cool-down) เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเคลื่อนไหวร่างกายอย่างผ่อนคลายค่อยๆ ช้าลง พร้อมกับเพลงที่มีจังหวะท่วงทำนองที่ช้าลงเมื่อใกล้สิ้นสุดกิจกรรมซึ่งกิจกรรมดนตรีบำบัดนี้เป็นกิจกรรมรายบุคคลที่ต้องนำไปปฏิบัติต่อ ที่บ้านด้วยใช้เวลาทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 30 – 40 นาที พร้อมบันทึกผลการทำกิจกรรมทุกครั้ง

กิจกรรมที่ 3 - กิจกรรมช่วยสนับสนุนแหล่งประโยชน์ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามปัญหาตามความต้องการ ความกังวลใจ ไม่สบายใจ ไม่มั่นใจ เป็นต้น โดยมีพยาบาลประจำคลินิกและผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำแนะนำและประสานงานกับแหล่งประโยชน์ที่มีและหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง (15 - 20 นาที)

กิจกรรมที่ 4 - การส่งข้อความทางไลน์กลุ่มติดตามการทำกิจกรรมที่บ้าน ติดตามความก้าวหน้าของการทำกิจกรรมดนตรีบำบัดที่บ้าน เรื่องการทำกิจกรรมดนตรีบำบัดในสัปดาห์ที่ผ่านมา และความรู้สึกหลังการทำกิจกรรม พร้อมให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่อเนื่อง จากนั้นลงบันทึกในแบบบันทึกการทำกิจกรรมดนตรีบำบัด และผลของการฝึกปฏิบัติ (10–15 นาที) และกิจกรรมที่ 5) การติดตามประเมินผลหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า (post-test) หลังจากนั้น แจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการทดลองและแสดงความขอบคุณ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลบุคคลของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ความสัมพันธ์กับเด็กพัฒนาการล่าช้า รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กพัฒนาการล่าช้า ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ปัญหาทางพัฒนาการของเด็ก การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา และระดับความรุนแรงของโรค

2.2 แบบสอบถามระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดการประเมินความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดความเครียด Parental Stressor Scale : Pediatric Intensive Care Unit (PSS:PICU) ของ Carter & Miles (1989) 48 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านตัวเด็ก พฤติกรรมและการแสดงออกทางอารมณ์ของเด็ก 10 ข้อ 2) ด้านผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแล/ความรู้สึก/ผลกระทบที่เกิดขึ้น 10 ข้อ 3) ด้านบริการ การรักษาพยาบาลและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่ได้รับ 8 ข้อ 4) ด้านพฤติกรรมของทีมกระตุ้นพัฒนาการ 10 ข้อ และ 5) ด้านอาการ/ภาวะสุขภาพของเด็ก 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert rating scales) 5 ระดับ (5 = มากที่สุด ถึง 1 = ไม่พบเหตุการณ์/ไม่เครียดเลย) เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 4.21 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับ มากที่สุด 3.41 – 4.20 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับ มาก 2.61 – 3.40 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับ ปานกลาง 1.81 – 2.60 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับ น้อย และ 1.00 – 1.80 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับ น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก 2 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า 1 คน โปรแกรมเพิ่มสุข มีค่า CVI = 1 และแบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า มีค่า CVI = 1 มีการปรับข้อความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1. ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานต้นสังกัดทั้งสองแห่งเพื่อทำความเข้าใจในบริบทพื้นที่ เตรียมความพร้อมด้านสถานที่และข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มเปรียบเทียบดำเนินการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 10 และกลุ่มทดลองดำเนินการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ 2. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าที่กำหนดไว้ โดยเข้าพบผู้ดูแลเด็กกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองตามลำดับ แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ชี้แจงวัตถุประสงค์เน้นย้ำถึงประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากกิจกรรม และยืนยันการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด ชี้แจงสิทธิ์การเข้าร่วมหรือยกเลิกการวิจัยอย่างอิสระ เมื่อผู้ดูแลตัดสินใจเข้าร่วมจึงดำเนินการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent) 3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้วยแบบสอบถามความเครียด (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ในกลุ่มเปรียบเทียบก่อน จากนั้นจึงเก็บในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานและคอยให้คำอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่ซับซ้อนเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องก่อนตอบคำถามได้ตรงตามความเป็นจริงที่สุด จากนั้นนัดหมายเวลาที่สะดวกสำหรับการวิจัยขั้นตอนต่อไปอย่างเป็นระบบ ในกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยนัดหมายการประเมินผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ขั้นตอน ดังนี้ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามเงื่อนไขของสถิติพารามิเตอร์ การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก การทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน สำหรับสถิติ Independent t-test ผู้วิจัยใช้ Levene's Test เพื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ 1) การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและข้อมูลเด็กในความดูแล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์แปลผลคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ 2) การวิเคราะห์สถิติอ้างอิง สถิติ Paired t-test ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม สถิติ Independent t-test ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม และในการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยได้คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) โดยใช้สถิติ Cohen's d เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมเพิ่มสุขในเชิงปฏิบัติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการที่ 110/67C ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลชี้แจงสิทธิ์ จุดประสงค์ ขั้นตอน และการเก็บข้อมูล พร้อมลงนามในหนังสือยินยอมโดยสมัครใจ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ผลการวิจัย

ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานระหว่างสองกลุ่มโดยใช้ independent t-test และ chi-square test พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรพื้นฐาน ($p > .05$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความเทียบเคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า

ผลการวิเคราะห์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 76.67 และ 60.00 มีช่วงอายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.67 และ 63.33 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 และ 90.00 เป็นบิดา/มารดาของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 70.00 และ 60.00 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 43.33 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.67 สำหรับการดูแลเด็ก พบว่าส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเลี้ยงดู (ร้อยละ 60.00) มีระยะเวลาในการดูแลเด็ก 3–5 ปี ร้อยละ 83.33 และ 56.67 โดยมีรายได้ต่อเดือนในช่วง 10,000 – 30,000 บาท ร้อยละ 83.33 และ 86.67 และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ร้อยละ 80.00 และ 46.67 ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n_1=30; n_2=30)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n_1 = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n_2 = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	23	76.67	18	60.00
	ชาย	7	23.33	12	40.00
อายุ (ปี)	25 – 40 ปี	13	43.33	11	36.67
	41 ปีขึ้นไป	17	56.67	19	63.33
สถานภาพ	สมรส	23	76.67	27	90.00
	โสด/หม้าย	7	23.33	3	10.00
ความสัมพันธ์	บิดา/มารดา	21	70.00	18	60.00
	ปู่ย่า ตายาย ญาติ	9	30.00	12	40.00
อาชีพ	ธุรกิจส่วนตัว	13	43.33	13	43.33
	รับราชการ	6	20.00	5	16.67
	เกษตรกรรม	11	36.67	12	40.00
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	19	63.33	19	63.33
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	36.67	11	36.67
โรคประจำตัว	มี	13	43.33	13	43.33
	ไม่มี	17	56.67	17	56.67

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n_1=30; n_2=30) ต่อ

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n_1 = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n_2 = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ช่วยเลี้ยงดู	มี	18	60.00	18	60.00
	ไม่มี	12	40.00	12	40.00
ระยะเวลาดูแลเด็ก	3 – 5 ปี	25	83.33	24	80.00
	1 - 3 ปี	5	16.67	6	20.00
	น้อยกว่า 1 ปี	0	0.00	0	0.00
รายได้	10,000 – 30,000	25	83.33	26	86.67
	ต่ำกว่า 10000	5	16.67	4	13.33
สิทธิ์ค่ารักษา	บัตรประกันสุขภาพ	24	80.00	14	46.67
	เบิกได้	6	20.00	5	16.67
	จ่ายเอง	0	0.00	11	36.66

ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายใน ร้อยละ 53.33 และ 56.67 อายุระหว่าง 3 – 6 ปี มากที่สุด มีระยะเวลาป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปี ร้อยละ 60.00 และ 73.33 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.33 และ 76.67 และพบความล่าช้ามามากกว่า 3 ปี ร้อยละ 60.00 และ 73.33 โดยเด็กในกลุ่มทดลองประมาณร้อยละ 43.33 มีประวัติความผิดปกติแรกเกิด และส่วนใหญ่ได้รับยารับประทานต่อเนื่อง ร้อยละ 73.33 และ 80.00 ด้านพัฒนาการที่ล่าช้า พบว่าเด็กในกลุ่มทดลองมีการล่าช้าในทุกด้านและด้านการสื่อสารในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 23.33 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการล่าช้าด้านการสื่อสาร กล้ามเนื้อมัดเล็ก และความเข้าใจภาษาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 23.33 ทั้งสองกลุ่มได้รับการกระตุ้นพัฒนาการในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 40.00 ดังตารางที่ 1.2

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ตารางที่ 1.2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กพัฒนาการล่าช้า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n_1=30; n_2=30)

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง (n_1 = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n_2 = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	14	46.67	13	43.33
	ชาย	16	53.33	17	56.67
อายุ (ปี)	3 – 6 ปี	18	60.00	30	100.00
	น้อยกว่า 3 ปี	12	40.00	0	0.00
โรคประจำตัว	มี	28	93.33	23	76.67
	ไม่มี	2	6.67	7	23.33
ระยะเวลาที่ป่วย	>3 ปี	18	60.00	22	73.33
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3ปี	12	40.00	8	26.67
ความผิดปกติแรกเกิด	มี	13	43.33	7	23.33
	ไม่มี	17	56.67	23	76.67
ยารับประทาน	ได้รับ	22	73.33	24	80.00
	ไม่ได้รับ	8	26.67	6	20.00
พัฒนาการล่าช้า	ทุกด้าน	7	23.33	0	0.00
	ด้านการสื่อสาร	7	23.33	7	23.33
	ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก	5	16.67	7	23.33
	ด้านความเข้าใจการสื่อสาร	4	13.33	7	23.33
กระตุ้นพัฒนาการ	กิจกรรมบำบัด	12	40.00	12	40.00
	ฝึกพูด	10	33.33	14	46.67
	กายภาพบำบัด	8	26.67	4	13.33

ระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับมาก กลุ่มทดลองร้อยละ 83.33 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 80.00 ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองผู้ที่มีความเครียดระดับมากร้อยละ 6.67 โดยส่วนใหญ่มีระดับความเครียดลดลงอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 76.66 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง มีความเครียดระดับมากร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่ยังคงมีความเครียดในระดับปานกลางร้อยละ 70.00 ดังตารางที่ 1.3

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ตารางที่ 1.3 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n_1=30; n_2=30)

ระดับความเครียด	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (1.81-2.60)	0	0.00	23	76.66	0	0.00	2	6.67
ระดับปานกลาง (2.61-3.40)	5	16.67	5	16.67	6	20.00	21	70.00
ระดับมาก (3.41-4.20)	25	83.33	2	6.67	24	80.00	7	23.33

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มทดลอง พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดในภาพรวมลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.73$, $p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยลดลงจากระดับมาก ($\bar{X}$=3.01, S.D. = 0.32) มาอยู่ที่ระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.08, S.D. = 0.25) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดลดลงทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดหลังการทดลอง คือ ด้านพฤติกรรมของทีมบริการ ($\bar{X}$= 1.15, S.D. = 0.23) รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกและบทบาทของผู้ดูแล ($\bar{X}$= 1.95, S.D. = 0.33) และด้านภาวะสุขภาพของเด็ก ($\bar{X}$= 2.31, S.D. = 0.14) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n1=30)

ตัวชี้วัดความเครียด	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$	(SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$	(SD)	t	p-value
1) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก	3.61	0.35	2.53	0.29	13.69	< .001*
2)ด้านความรู้สึกและบทบาทของผู้ดูแล	3.27	0.35	1.95	0.33	15.26	< .001*
3)ด้านการรักษาพยาบาล	2.94	0.27	2.44	0.19	7.18	< .001*
4)ด้านพฤติกรรมของทีมบริการ	2.12	0.33	1.15	0.23	13.30	< .001*
5)ด้านภาวะสุขภาพของเด็ก	3.10	0.31	2.31	0.14	14.19	< .001*
ภาพรวม 5 ด้าน	**3.01**	**0.32**	**2.08**	**0.25**	**12.73**	**< .001***

*p-value < .05

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดภาพรวมลดลงจาก ($\bar{X}$= 3.25, S.D. = 0.12) เป็น ($\bar{X}$ = 3.19, S.D. = 0.20) แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 1.68, p = .103) รายด้านพบว่าคะแนนด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก และด้านความรู้สึกและบทบาทของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ขณะที่ด้านการรักษาพยาบาลและด้านภาวะสุขภาพของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p < .05) ส่วนด้านพฤติกรรมของทีมบริการไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดในกลุ่มเปรียบเทียบมีความผันแปรตามบริบทการดูแลเด็ก และไม่ได้แสดงแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในภาพรวม ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n2=30)

ตัวชี้วัดความเครียด	ก่อนการทดลอง $\bar{X}$	(SD)	หลังการทดลอง $\bar{X}$	(SD)	t	p-value
1) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก	3.56	0.28	3.41	0.27	2.55	0.016*
2)ด้านความรู้สึกและบทบาทของผู้ดูแล	3.75	0.18	3.53	0.35	2.95	0.006*
3)ด้านการรักษาพยาบาล	3.35	0.21	3.53	0.24	-3.95	< .001*
4)ด้านพฤติกรรมของทีมบริการ	2.25	0.21	1.94	0.93	1.68	0.102
5)ด้านภาวะสุขภาพของเด็ก	3.33	0.17	3.52	0.27	-2.86	0.008*
ภาพรวม 5 ด้าน	**3.25**	**0.12**	**3.19**	0.20	1.68	**.103**

*p-value < .05

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มสุขมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดในภาพรวม ($\bar{X}$ = 2.08, S.D. = 0.24) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$ = 3.19, S.D. = 0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(58) = -14.91, p < .001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) โดยเมื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมในภาพรวม พบว่าค่า Cohen's d เท่ากับ 3.78 (95% CI [2.93, 4.62]) ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมเพิ่มสุขอยู่ในระดับสูงมากตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) โปรแกรมเพิ่มสุขทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ดังตารางที่ 3

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Between-group Comparison) (n_1=30; n_2=30)

ตัวชี้วัดความเครียด	กลุ่ม	$\bar{X}$	(SD)	t	p-value	Cohen's d	95% CI of d
1)ด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก	ทดลอง	2.53	0.30	-12.03	< .001*	2.94	(2.18,3.68)
	เปรียบเทียบ	3.42	0.27				
2)ด้านความรู้สึกและบทบาทของผู้ดูแล	ทดลอง	1.95	0.34	-17.63	< .001*	4.31	(3.40,5.21)
	เปรียบเทียบ	3.53	0.36				
3)ด้านการรักษาพยาบาล	ทดลอง	2.45	0.20	-18.86	< .001*	4.60	(3.66,5.53)
	เปรียบเทียบ	3.53	0.25				
4)ด้านพฤติกรรมของทีมบริการ	ทดลอง	1.15	0.23	-4.47	< .001*	1.94	(1.30,2.57)
	เปรียบเทียบ	1.94	0.53				
5)ด้านภาวะสุขภาพของเด็ก	ทดลอง	2.31	0.15	-21.58	< .001*	5.09	(4.12,6.06)
	เปรียบเทียบ	3.53	0.27				
ภาพรวม 5 ด้าน	**ทดลอง**	**2.08**	**0.24**	**-14.91**	**< .001***	**3.78**	**(2.93,4.62)**
	เปรียบเทียบ	**3.19**	**0.42**				

**p*-value < .05 หมายเหตุ Cohen's d ค่า d > 2.0 คือ ระดับ Huge Effect ตามเกณฑ์ของ Sawilowsky (2009)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความคล้ายคลึงกันในทุกตัวแปรหลัก โดยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) ทั้งในส่วนของผู้ดูแลและเด็กพัฒนาการล่าช้า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เป็นบิดา/มารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้า มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนใกล้เคียงกัน ขณะที่เด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 3–6 ปี และมีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 3 ปี และมีโรคประจำตัวร่วมในสัดส่วนสูง เมื่อพิจารณาด้านพัฒนาการ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความล่าช้าด้านการสื่อสารในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีพื้นฐานที่เทียบเคียงกันของข้อมูล ซึ่งช่วยลดอคติจากความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .001) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของคะแนนความเครียดภาพรวม แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในบางรายด้าน แสดงถึง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ความผันแปรตามบริบทการดูแลเด็กและปัจจัยแวดล้อมทั่วไป ดังนั้นจึงสนับสนุนได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดในกลุ่มทดลองมาจากการได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข มากกว่าการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ดูแลเด็กปกติ

ผลเปรียบเทียบระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มสุข ระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ($t(29) = 12.73$, $p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการทดลอง ($t(58) = -14.91$, $p < .001$) สะท้อนว่าโปรแกรมเพิ่มสุขมีประสิทธิผลในการลดความเครียดได้อย่างชัดเจนในระยะสั้น คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 2.08$, S.D. = 0.24) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติแล้ว เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพล (Effect Size) พบว่าค่า Cohen's d อยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าโปรแกรมเพิ่มสุขสามารถลดความเครียดได้จริงในเชิงปฏิบัติ (Practical Significance) ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเพิ่มสุขส่งผลในการลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าได้อย่างชัดเจนแม้ในระยะสั้น นอกจากนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งระบุว่าความเครียดเกิดจากกระบวนการประเมิน ระหว่างความต้องการของสถานการณ์และทรัพยากรในการเผชิญปัญหา เมื่อบุคคลมีการรับรู้เชิงบวกและมีการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ ความเครียดจะลดลง โปรแกรมเพิ่มสุขในงานวิจัยนี้ช่วยเพิ่มทรัพยากรภายในทั้งด้านอารมณ์และสังคม ผ่านกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมดนตรีบำบัด กิจกรรมสนับสนุนแหล่งประโยชน์ รวมถึงการส่งข้อความทางไลน์กลุ่มเพื่อติดตามการทำกิจกรรมที่บ้าน หลังทำกิจกรรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดหลังการทดลองกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 2.08$, S.D. = 0.24) ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.42) และมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดทั้ง 5 ด้านของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นโปรแกรมนี้ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการประเมินสถานการณ์ใหม่ในทิศทางบวกมากขึ้น นอกจากนี้ ยังเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง self-efficacy และด้านจิตใจให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลจัดการกับผ่อนคลายความเครียดและภาระทางอารมณ์ได้ สอดคล้องกับ Hermawati et al. (2023) ที่พบว่าการได้รับการฝึกทักษะหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความผ่อนคลายและทัศนคติเชิงบวกช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษอย่างมีนัยสำคัญ การส่งเสริมทักษะเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอจึงมีบทบาทสำคัญต่อการลดภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแลและเอื้อต่อการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการที่เหมาะสม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ Li et al. (2024) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะจิตแก่ผู้ดูแลเด็กออทิสติกในประเทศจีน พบว่ากิจกรรมกลุ่มเชิงบวกและดนตรีบำบัดช่วยลดระดับความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ Kruger & Murphy (2025) ที่พบว่า การฝึกสติร่วมกับดนตรีบำบัดสามารถช่วยเสริมการควบคุมอารมณ์และส่งเสริมความรู้สึกสงบ ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล สามารถควบคุมอารมณ์และผ่อนคลายความเครียดได้ดีขึ้น นอกจากนี้ Yang et al. (2025) รายงานว่า การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการใช้เทคโนโลยีติดตามผลผ่านออนไลน์ ช่วยลดระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมองบกพร่อง ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมการติดตามทางไลน์กลุ่มในโปรแกรมที่ศึกษาในประเทศไทย อธิวัฒน์ กุลวงษ์ และดรุณี รุจกรกานต์ (2568) พบว่าทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลังได้รับโปรแกรมการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

จัดการความเครียด และ เบ็ญจมาศ สลิลปราโมทย์ (2565) ชี้ว่าปัจจัยด้านรายได้และชั่วโมงการดูแลมีผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าเช่นกัน งานวิจัยนี้จึงเสริมหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการจัดการความเครียดผ่านกิจกรรมเชิงบวกสามารถประยุกต์ใช้ได้ในบริบทไทย

แม้ว่าความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่บางด้านของความเครียดยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพของเด็ก ($\bar{X}$ = 2.31 , S.D. = 0.14) ด้านการรักษาพยาบาล ($\bar{X}$ = 2.44 , S.D. = 0.19) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก ($\bar{X}$ = 2.53, S.D. = 0.29) ซึ่งอาจเกิดจากภาระการดูแลต่อเนื่องหรือเวลาที่จำกัดของผู้ดูแลในการเข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ได้ว่าแม้โปรแกรมเพิ่มสุขจะมีผลเชิงบวกในระยะสั้น แต่ยังควรศึกษาต่อในระยะยาวเพื่อประเมินผลความคงอยู่ของผลลัพธ์ความเครียดที่ลดลง นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของโปรแกรมยังอาจได้รับอิทธิพลจากบริบทวัฒนธรรมไทยซึ่งให้ความสำคัญกับความเกื้อกูลและการสนับสนุนในครอบครัว ผู้ดูแลจำนวนมากได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ ครอบครัว พี่น้อง หรือผู้ที่รู้จักในชุมชน ทำให้กิจกรรมกลุ่มและการสื่อสารผ่านไลน์มีประสิทธิภาพสูงกว่าบริบทตะวันตก การผสานโปรแกรมเข้ากับค่านิยมทางวัฒนธรรมจึงเป็นปัจจัยเสริมสำคัญที่ควรกล่าวถึงในงานวิจัยต่อไป

ด้านการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ จากผลการวิจัยโปรแกรมเพิ่มสุขสามารถประยุกต์ใช้ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ โรงพยาบาลและศูนย์บริการเด็กพิเศษได้จริง โดยพยาบาลสามารถดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 รูปแบบ ได้แก่ กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมดนตรีบำบัด กิจกรรมสนับสนุนแหล่งประโยชน์ และการติดตามทางไลน์กลุ่มในชีวิตจริงตามกำหนดเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากพยาบาลประจำแผนกมักมีช่องทางสื่อสารออนไลน์อยู่แล้ว จึงสามารถติดตามผู้ดูแลได้สะดวกโดยไม่เพิ่มภาระงานมาก ในระดับนโยบายโปรแกรมเพิ่มสุขสามารถนำไปขยายผลสู่หน่วยบริการสุขภาพระดับอื่นๆ โดยใช้ทีมสุขภาพสหวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพียงอย่างเดียว การบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวในระบบบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าจึงเป็นแนวทางที่สามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและเด็กในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในครั้งนี้ สะท้อนถึงความสำคัญของการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตในผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญกลุ่มหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ การขยายผลและประยุกต์ใช้โปรแกรมในระยะยาวอาจช่วยลดปัญหาความเครียดเรื้อรังและเพิ่มคุณภาพการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในชุมชน และแม้ว่าความเครียดของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความเครียดในกลุ่มควบคุมก็ลดลงเล็กน้อย อาจสะท้อนได้ว่าในบริบทประเทศไทยอาจได้รับอิทธิพลจากความผูกพันในครอบครัวและวัฒนธรรมแห่งการเกื้อกูล

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมเพิ่มสุขสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาล สำหรับพยาบาลในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์บริการเด็กพิเศษ เพื่อช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาวะจิตใจของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยสรุป โปรแกรมเพิ่มสุขถือเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ผสมผสานศาสตร์ของการจัดการความเครียดกับกิจกรรมบำบัดเชิงบวกได้อย่างลงตัว และมีศักยภาพในการขยายผลเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในอนาคต

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อวิเคราะห์ส่วนประกอบว่าองค์ประกอบใดของโปรแกรมเพิ่มสุขที่มีผลต่อการลดความเครียดมากที่สุด ระหว่างกิจกรรมดนตรีบำบัดที่ช่วยผ่อนคลายในทันที หรือการติดตามผ่านระบบ LINEที่ส่งเสริมความต่อเนื่องและความรู้สึกได้รับการสนับสนุน
2. ควรมีการศึกษาโดยใช้ การวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed-methods Research) เพื่อสำรวจประสบการณ์และกระบวนการทางจิตวิทยาของผู้ดูแลในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมควบคู่กับผลเชิงปริมาณ และควรศึกษาตัวแปรส่งผ่าน (Mediator Analysis) พลังอำนาจในตนเอง หรือความยืดหยุ่นทางจิตใจ
3. ในอนาคตควรมีการศึกษา ความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์ เพื่อประเมินความคุ้มทุนในการนำโปรแกรมไปขยายผลในระดับนโยบายของโรงพยาบาลหรือชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษเขต 10 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เจ้าหน้าที่หน่วยตรวจกุมารเวชกรรม ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี คุณครู ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก และเด็กที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน ทำให้การวิจัยแล้วเสร็จด้วยความราบรื่น

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *วิเคราะห์สถานการณ์งานพัฒนาการเด็กปฐมวัย* [PDF]. สืบค้นจาก https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2568F/IDC31/OPDC2568_IDC3-1_01-1.pdf

กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM).* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จิณณพัต ยอดไกรศรี. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.* สืบค้นจาก https://www.childrenhospital.go.th/wp-content/uploads/2023/04/Factors-Affecting-Quality-of-Life-in-Caregivers-of-Children-with-Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder-ADHD-at-Child-and-Adolescent-Psychiatric-Clinic.pdf

นงนุช บุญยัง. (2566). *การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง.* สืบค้นจาก https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/01363/chapter3.pdf

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2563). *จิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

พิมพ์ชนก จันทราทิพย์, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์ และนุจรี ไชยมงคล. (2563). *ปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า.* สืบค้นจาก https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/4213

เพ็ญนภา ทองประยูร และคณะ. (2562). *การพยาบาลเด็ก.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบ็ญจมาศ สลิลปราโมทย์. (2565). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15*(3), 114–127.

ปิยนุช ล้วนจิตร. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, *37*(2), 48–61.

วริศรา เลิศอาภาพงศ์, ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ และชาตรี ผลงาม. (2563). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของมารดาที่มีบุตรสมาธิสั้น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *43*(3), 128–140.

แสงนภา บารมี และทยาวีร์ จันทรวิวัฒน์. (2566). การศึกษาระดับความเครียดและแนวทางจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ที่เข้ารับการรักษาแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, *9*(1), 44–61.

หน่วยบริการผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์. (2567). *รายงานสถิติผู้รับบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ประจำปี 2567* (เอกสารภายใน). อุบลราชธานี: โรงพยาบาลเด็กสรรพสิทธิประสงค์.

อธิวัฒน์ กุลวงษ์ และดรุณี รุจกรกานต์. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อทักษะการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *39*(1), 103-116.

อุมาพร สุขสวัสดิ์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, *31*(3), กันยายน–ธันวาคม.

Alkhateeb, H., Hadidi, M., & Mounzer. (2022). The impact of autism spectrum disorder on parents in Arab countries: A systematic literature review. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35911024/

Aravinna, L. P., et al. (2022). Parenting stress among mothers of children with developmental disabilities in Sri Lanka. *Disability and Rehabilitation*, 1–9.

Cabrera, J. J., et al. (2021). The impact of child behavioral problems on parenting stress in families with a child with developmental disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2299.

Carter, M. C., & Miles, M. S. (1989). The Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. *Maternal-child nursing journal*, *18*(3), 187–198.

Edmunds, S. R., Tagavi, D. M., Harker, C. M., DesChamps, T., & Stone, W. L. (2025). Quality of life in caregivers of toddlers with autism features. *Research in Developmental Disabilities*, 161, 104999. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2025.104999

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ISSN 2985-251X (Online) ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569
Thai Journal of Public Health and Health Education Vol. 6 No. 1 January-April 2026

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175–191.

Hermawati, D., Somantri, M., & Indriana, Y. (2023). Compassionate love parenting training to reduce stress in caregivers of children with special needs: An experimental study. *Psikohumaniora*, *8*(1), 69–86. https://doi.org/10.21580/pjpp.v8i1.14931

Kruger, V., & Murphy, K. M. (2025). Music therapy in paediatric care for children, adolescents, and their families. In *Music Therapy* (pp. 137–158). https://doi.org/10.1007/978-3-031-85724-9_7

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress: Appraisal and coping.* Retrieved from https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

Li, S. N., Chien, W. T., Lam, S. K. K., Chen, Z. Y., & Ma, X. (2024). Effectiveness of parent-focused interventions for improving the mental health of parents and their children with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 114, 102389. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102389

Sawilowsky, S. S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, *8*(2), 597-599. https://doi.org/10.22237/jmasm/1257035100

Susanne Garvis, & Donna Pendergast. (2015). What do early childhood teacher graduands say about working with infants and toddlers?: An exploratory investigation of perceptions. Retrieved April 10, 2024, from https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/183693911504000413

World Health Organization. (2023). Global report on children with developmental disabilities. Retrieved from https://www.who.int/publications/b/69686

Yang, T., Wang, Y., Xu, P., & Tao, Y. (2025). The effectiveness of mindfulness-based interventions in improving the mental health of parents of children with intellectual or developmental disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. https://doi.org/10.1007/s10803-025-06790-3