

การศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแล  
ของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา:  
การศึกษาเบื้องต้น

The Effects of an Islam Principles-Based Psycho-Education Program on Caring  
Behaviors of Muslim Family Caregivers Children with Attention-Deficit  
Hyperactivity Disorder (ADHD) and Intellectual Disability: A Preliminary Study

ซารินา สาและ<sup>1\*</sup>, อรวรรณ หนูแก้ว<sup>2</sup> และ วันดี สุทธิรงค์<sup>2</sup>

Sarina Salaeh<sup>1\*</sup>, Orawan Nukaew<sup>2</sup> and Wandee Suttharangsee<sup>2</sup>

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี<sup>1\*</sup>, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<sup>2</sup>

Yarang District Health Office Pattani Province<sup>1\*</sup>, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University<sup>2</sup>

(Received: December 03, 2018; Revised: March 10, 2019; Accepted: March 11, 2019)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นการศึกษานำร่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่ศึกษาอยู่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน และนับถือศาสนาอิสลาม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล และ 3) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งสร้างจากแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะร่วมกับหลักศาสนาอิสลาม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ระยะเวลา 90-120 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ เครื่องมือทั้ง 3 ส่วนผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่สองได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัย พบว่า

ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามมีค่ามัธยฐานของพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่าค่ามัธยฐานของพฤติกรรมดูแล ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z=2.81, p=.005$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในศูนย์การศึกษาพิเศษสำหรับผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามได้

**คำสำคัญ:** โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม, พฤติกรรมดูแล, ผู้ดูแล, เด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: saa\_rina@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 088-3933633)

## Abstract

This quasi-experimental research was a pilot study that aimed to develop an Islam-based psycho-education program on caregivers of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and intellectual disability (ID). Participants were 10 Muslim primary caregivers taking care of a child with ADHD and ID, studying at a special education center of the province. They were selected by purposive sampling. Research instrument consisted of 1) a demographic data questionnaire, 2) a caregiving behaviors questionnaire, and 3) a psycho-education program based on Islamic principles, following the conceptual framework for residential satisfaction of Anderson, Hogarty, & Reiss (1986). The program included six sessions of 90-120 minutes, twice a week, and continually for 3 weeks. Content validity was verified by 3 experts. Reliability of caregiving behaviors questionnaire was analyzed by using Cronbach's Alpha coefficient, yielding a value of .85. Data were analyzed by using descriptive statistics, and Wilcoxon signed-rank test.

The result showed that median score of caregiver behaviors of children with ADHD and ID after participating in the program were significantly higher than those before participating in the program ( $z=2.81, p=.005$ ). The results of this study suggest that nurses could promote health behavior of Islamic caregivers at special education centers.

**Keywords:** Education Program, Caring Behaviors, Muslim Caregivers, Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Intellectual Disability (ID)

## บทนำ

โรคสมาธิสั้น เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่เกิดจากความบกพร่องของสมองส่งผลให้มีความผิดปกติของพฤติกรรมในลักษณะอาการ สมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น โดยทั่วไปเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มักถูกเรียกว่า ภาวะสมาธิสั้น ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จะมีปัญหาด้านการเรียน การเข้าสังคม พฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย นอกจากนี้เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมักมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย (Comorbid) โดยเฉพาะความบกพร่องทางสติปัญญาสามารถพบได้ร้อยละ 3-10 ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งความบกพร่องทางสติปัญญาจะยิ่งทำให้อาการสมาธิสั้นแย่ลง (Aekwarangkoon, Prada, & Tepapal, 2016) เด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาจึงมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทั้งนี้หากเด็กไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมเมื่อโตขึ้นมีโอกาสเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 60-80 ที่จะมึบุคคลิกต่อต้านสังคม ถูกชักจูงได้ง่ายในการใช้ยาเสพติด การกระทำผิดกฎหมาย หรือเป็นอาชญากรสร้างปัญหาต่าง ๆ ต่อสังคมได้ (Pornnoppadol, 2015) ผู้ดูแลจึงต้องใช้เวลาสำหรับการดูแลเด็กกลุ่มนี้มากกว่าเด็กปกติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจโดยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีภาวะเครียด วิตกกังวล รู้สึกเหนื่อยล้า จากการที่ไม่สามารถควบคุมเด็กได้ (Pancharoen, 2015) ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมักเกิดจากการกล่าวโทษกันในความบกพร่องของวิธีการเลี้ยงดู (Dangnumkoo, 2006) ด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นแต่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (Kosuwat, 2011) และผลกระทบต่อด้านสังคมทำให้กิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแลลดลงจากการต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด

พฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลจึงควรตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา เพื่อป้องกันปัญหาหรือผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อให้เด็กสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมด้วยศักยภาพตนเองให้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา (Sukpitak, 2010) ที่นอกเหนือจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาแล้วยังมีหน้าที่ต้องดูแลงานบ้านและบุตรคนอื่น ๆ อีกด้วย (Rinkhum, 2007) โดยจากการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพ

ทัศนคติ รายได้ ระดับการศึกษา และความรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก ( $r=0.12-1.00$ ) กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล (Inhongsra, 2015; Ninlanon, 2014) โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของโรคพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับมาก ( $r=1.00$ ) กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ดังนั้น ความรู้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดพฤติกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ร่วมกับ ความบกพร่องทางสติปัญญา กล่าวคือ ถ้าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นและความบกพร่องทางสติปัญญา ไม่เพียงพอ ประกอบด้วยส่วนใหญ่ผู้ดูแลขาดทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแล (Maneerat, 2007) จะส่งผลกระทบต่อในเรื่องศักยภาพของการดูแล (Pancharoen, 2015)

สุขภาพจิตศึกษาเป็นการบำบัดที่เน้นการให้ความรู้ และการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับบริการมีศักยภาพในการเผชิญและจัดการปัญหาที่เกิดกับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม จากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson, Hogarty, & Reiss (1986) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สุขภาพจิตศึกษาสามารถช่วยให้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเหมาะสมยิ่งขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Wejchakaruna (2013) ที่พบว่า สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น (Bai, Wang, Yang, & Niu, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าสุขภาพจิตศึกษาช่วยลดความเครียดจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแลได้ด้วย (Anderson, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลในประเทศไทย ส่วนใหญ่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคติดยา (Laisakul, 2014; Phuttima, 2015; Wejchakaruna, 2013) และผู้ดูแลเด็กออทิสติก ซึ่งพบว่าใช้แนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะทั้ง 5 ด้าน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเท่านั้น สำหรับในต่างประเทศ มีการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Anderson, 2015; Bai, Wang, Yang, & Niu, 2015; Ferrin, Moreno-Granados, Salcedo-Marin, Ruiz-Veguilla, Perez-Ayala & Taylor, 2014) โดยส่วนใหญ่นำมาประยุกต์เฉพาะแนวคิดหรือทฤษฎีอย่างใดอย่างไม่ได้บูรณาการกับวิธีการอื่นๆ โดยเฉพาะด้านศาสนา ทั้งนี้สุขภาพจิตศึกษาที่มีประสิทธิภาพ ควรเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมหรือบริบทผู้รับบริการบำบัด (Nakigudde, Ehnvall, Mirembe, Musisi, & Airaksinen, 2013) ดังนั้นการนำหลักศาสนามาบูรณาการกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จึงน่าจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาได้ดี

จากผลการทบทวนวรรณกรรม พบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่นำมาใช้ในเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาน้อยมาก และที่พบส่วนใหญ่ใช้ในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ระยะเวลาในการดำเนินการนาน และไม่ได้บูรณาการกับหลักศาสนา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำหลักศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่เป็นมุสลิม ซึ่งน่าจะเหมาะกับผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการ ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี ที่ทำหน้าที่ส่งเสริมช่วยเหลือ และฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิเศษในเขตภาคใต้ตอนล่าง เพราะเด็กส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีความเป็นเฉพาะด้านความเชื่อและการดำเนินชีวิตที่ประกอบด้วย หลักศรัทธา เป็นหลักที่มีอิทธิพลด้านจิตใจและจิตวิญญาณกับมุสลิมมากที่สุด หลักปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติเพื่อยืนยันความศรัทธา และหลักจริยธรรม เป็นแนวทางให้มุสลิมประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่ดีงามเพื่ออยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสงบสุข (Arab University Alumni Association, 2002; Jitmuad, 1992) อิสลามเชื่อว่าปัญหาทางด้านจิตใจต่าง ๆ เช่น ความเครียด โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า ไม่ได้มีสาเหตุมาจากสารสื่อประสาทเพียงอย่างเดียว แต่มีสาเหตุหลักมาจากการขาดความเชื่อมั่น ความศรัทธาในพระเจ้า และวิถีทางของศาสนา เพราะฉะนั้นการรักษาจึงไม่ได้อยู่ที่การให้ยาอย่างเดียว แต่เป็นการสอนเพื่อน้อมนำให้จิตใจของคนๆ นั้นกลับมาอยู่ในวิถีทางที่ถูกต้องของหลักศาสนาอิสลาม โดยหลักอิสลามทั้ง 3 หลักดังกล่าว จะทำให้ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามเกิดการยอมรับในเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา ตระหนักถึงการทำหน้าที่ในการดูแล และมีกำลังใจในการดูแลเด็ก

ที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าโปรแกรมจะมีประโยชน์ต่อผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามเพื่อใช้ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะดังกล่าว

### วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อทดสอบเบื้องต้นถึงผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา

### สมมติฐานวิจัย

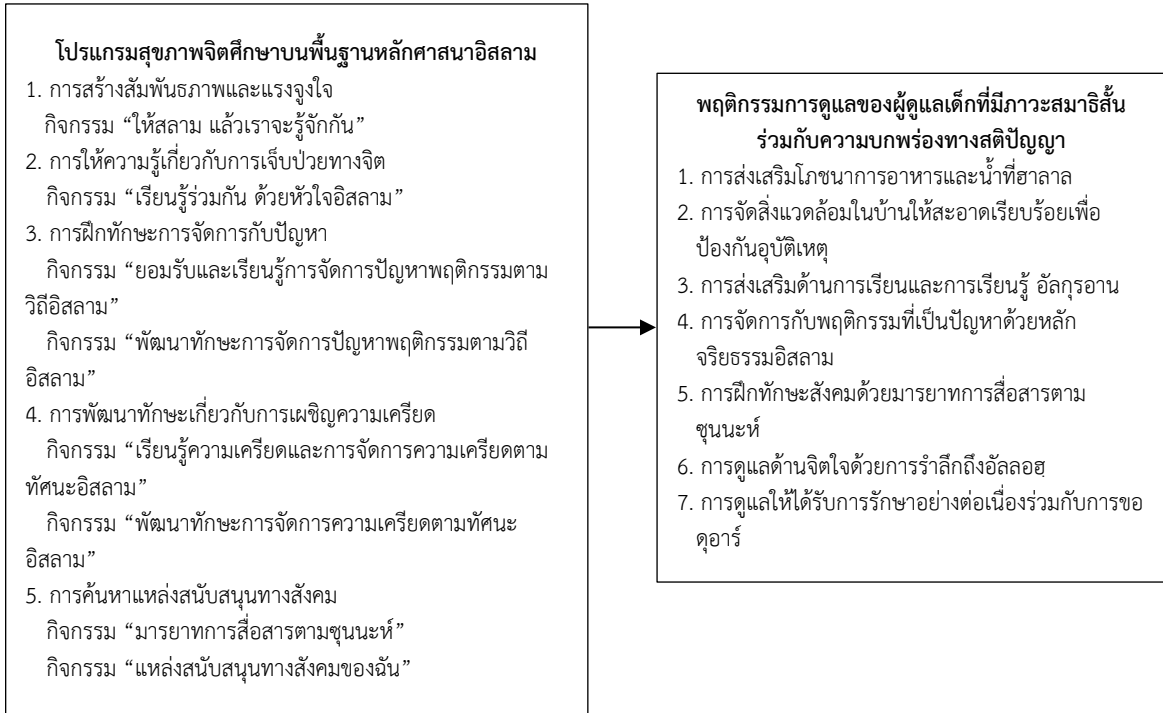
คำมัยฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson, Hogarty, & Reiss (1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมาธิสั้นที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และการดูแล (Dantanawanich, 2007; Kosuwan, 2011; Maneerat, 2007; Pornnoppadol, 2015; Pukkanasut, 2007; Rajanukul Institute, 2012) และหลักศาสนาอิสลาม (Arab University Alumni Association, 2002; Jitmuad, 1992) โดยแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson, Hogarty, & Reiss (1986) เป็นรูปแบบการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิต มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งกับผู้ดูแลให้สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยทางจิตได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย กระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษา 5 ด้าน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต 3) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา 4) การพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

หลักศาสนาอิสลาม เป็นวิถีในการดำเนินชีวิตของมุสลิมที่นำมาใช้ประกอบด้วย 1) หลักศรัทธา ได้แก่ การรำลึกถึงอัลลอฮ์ และการขออู่อาร์ 2) หลักปฏิบัติ ได้แก่ การละหมาด และ 3) หลักจริยธรรม ได้แก่ มารยาท การสื่อสารตามซุนนะห์ และการขออับหรือการระงับโกรธ (Arab University Alumni Association, 2002; Jitmuad, 1992) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา (Kosuwan, 2011; Pornnoppadol, 2015; Pukkanasut, 2007; Dantanawanich, 2007; Rajanukul Institute, 2012; Maneerat, 2007) และหลักศาสนาอิสลาม (Arab University Alumni Association, 2002; Jitmuad, 1992) พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่เป็นมุสลิมนั้นเป็นการปฏิบัติดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบให้สามารถดำรงชีวิตตามศักยภาพของตนเองได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุดบนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ 1) การส่งเสริมโภชนาการอาหารและน้ำที่ฮาลาล 2) การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดเรียบร้อยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ 3) การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้อัลกุรอาน 4) การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม 5) การฝึกทักษะทางสังคมด้วยมารยาท การสื่อสารตามซุนนะห์ 6) การดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ และ 7) การดูแลให้การรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการแสวงหาการบำบัดรักษา ร่วมกับการขออู่อาร์

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่อยู่ในความดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดปัตตานี จำนวน 32 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่ได้รับการประเมินสมาธิสั้นด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) และได้รับการคัดกรองความบกพร่องทางสติปัญญาจากแบบคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี (Pattani Special Education Center, 2017) กำลังศึกษาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักที่นับถือศาสนาอิสลาม 2) ผู้ดูแลที่ให้การดูแลเด็กที่ผ่านการคัดกรองบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และได้รับการประเมินภาวะสมาธิสั้นด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) โดยมีคะแนนรวมด้านสมาธิสั้นตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป และคะแนนรวมด้านชนอนุญ/หุนหันพลันแล่น ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป (ค่าคะแนนจุดตัดของแบบประเมินใช้ผลจากการศึกษาคุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นฯ ฉบับภาษาไทย Pityaratstian, Boornasuksakul, Juengsiragulwit, & Benyakorn, 2014) มีอายุ 6 – 18 ปี และ 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษามลายูได้

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson, Hogarty, & Reiss (1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาและการดูแล และหลักศาสนาอิสลาม พัฒนาเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

ร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา ประกอบด้วยกิจกรรมในการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธ์ภาพและการเรียนรู้ภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาด้วยหัวใจอิสลาม” ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1.1) กิจกรรม “ให้สลามแล้วเราจะรู้จักกัน” เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมด้วยการให้สลาม แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ โดยใช้หลักอิสลามเรื่องมารยาทการสื่อสารตามสุนนะห์ และ 1.2) กิจกรรม “เล่าสู่กันฟังด้วยหัวใจอิสลาม” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาและการดูแลร่วมกับหลักการรำลึกถึงอัลลอฮ์ให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการแสวงหาความรู้และการบำบัดรักษาที่ไม่ขัดกับศาสนา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “ยอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาตามวิถีอิสลาม” เป็นการค้นหาปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็ก โดยใช้หลักการรำลึกถึงอัลลอฮ์ ด้วยวิธีการฟังอัลกุรอานที่มีความหมายเกี่ยวกับกำหนดการของอัลลอฮ์ เพิ่มเติมความรู้การจัดการปัญหาตามวิถีอิสลามจากผู้วิจัยร่วมกับการขอความร่วมมือจากผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีความหวังและมีกำลังใจการจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็กตามวิถีอิสลามอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาตามวิถีอิสลาม” เป็นการทบทวนและฝึกปฏิบัติการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กตามวิถีอิสลามอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายและฝึกทักษะการจัดการปัญหาโดยใช้หลักจริยธรรมอิสลามซ้ำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กได้อย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 “เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม” เป็นการค้นหาสาเหตุของความเครียด อาการแสดง ผลกระทบและวิธีการจัดการกับความเครียดบนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลามด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการความเครียดที่ไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม มีแรงใจและพลังทางจิตวิญญาณที่มั่นคง สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 5 “พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม” เป็นการทบทวนการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามจากประสบการณ์การนำไปใช้ของผู้ดูแล ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความเครียดเพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจสามารถเลือกใช้วิธีในการจัดการความเครียดและนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาได้อย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 6 “มารยาทการสื่อสารตามสุนนะห์และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉัน” ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 6.1) กิจกรรม “มารยาทการสื่อสารตามสุนนะห์” เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการสื่อสารตามสุนนะห์ และ 6.2) กิจกรรม “แหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉัน” เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การศึกษาด้านศาสนา อาชีพ การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการดูแล และการรับรู้ระดับความเจ็บป่วยของเด็ก และข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาเข้ารับการศึกษาพิเศษ การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา (Dantanawanich, 2007; Kosuwan, 2011; Maneerat, 2007; Pornnoppadol, 2015; Pukkanasut, 2007; Rajanukul Institute, 2012) และหลักศาสนาอิสลาม (Arab University Alumni Association, 2002; Jitmuad, 1992) ประกอบด้วย 20 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมโภชนาการอาหารและน้ำที่ฮาลาล มี 3 ข้อ 2) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดเรียบร้อยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ มี 3 ข้อ 3) การส่งเสริมด้าน

การเรียนรู้และการเรียนรู้้อัลกุรอน มี 3 ข้อ 4) การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรม มี 4 ข้อ 5) การฝึกทักษะสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามชุมชนะ มี 3 ข้อ 6) การดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ มี 2 ข้อ และ 7) การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขออูอาร์ มี 2 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่าลิเคิต 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ จนถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ มีข้อคำถามทางลบคือข้อที่ 1 จำนวน 1 ข้อ ให้คะแนนโดย (ไม่เคยปฏิบัติ=4, ปฏิบัติบางครั้ง=3, ปฏิบัติบ่อยครั้ง=2, ปฏิบัติเป็นประจำ=1) และข้อคำถามจำนวนที่เหลือ 29 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก (ไม่เคยปฏิบัติ=1, ปฏิบัติบางครั้ง=2, ปฏิบัติบ่อยครั้ง=3, ปฏิบัติเป็นประจำ=4) คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ดูแล โดยรวมเท่ากับ 80 คะแนน

สำหรับเกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา โดยการนำค่าคะแนนที่ได้ในแต่ละด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ ให้แต่ละช่วงเท่า ๆ กันตามหลักสถิติ (Strickland, Lenz, & Waltz, 2010) คือ คะแนน 1.00-2.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับน้อย คะแนน 2.01-3.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 3.01 – 4.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับมาก

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .85

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ดังที่กล่าวมาข้างต้น ประกอบด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล
2. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่เคยผ่านการอบรมการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อทำหน้าที่เก็บรวบรวมแบบประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลให้กับผู้ช่วยดำเนินการทดลองทราบก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง

##### ขั้นดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยพบผู้ดูแล แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และค่าเดินทางในการมาทำกิจกรรมแต่ละครั้งรวมทั้งความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใด
2. ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือผู้ดูแลทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา (Pre-test) ก่อนเริ่มการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม
3. เริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ กำหนดวันเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่ม ช่วงบ่ายของทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี
4. ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือผู้ดูแลทำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลอีกครั้งหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test)

### ขั้นสรุปผลการทดลอง

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of Normality) โดยคำนวณ Skewness/Standard error และ Kurtosis/Standard Error ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลัง พบว่า ค่า Skewness/Standard Error และ Kurtosis/Standard Error มากกว่า  $\pm 3$  และค่า Kolmogorov-Smirnov ได้ค่า  $p < .05$  แสดงว่า การกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ นำไปสู่การวิเคราะห์สถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คือ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ ศธ. 0521.1.05/505 ก่อนเริ่มดำเนินการทดลองผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลว่า ข้อมูลในการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะปิดเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างได้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 มีอายุอยู่ในช่วง 35-53 ปี ร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 37 ปี ( $SD=11.39$ ) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70 โดยส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 60 รองลงมาเป็นพี่ ร้อยละ 30 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมหรือเทียบเท่า ร้อยละ 40 และส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาด้านศาสนาระดับตติยการ (เทียบเท่าประถมศึกษา) ร้อยละ 40 รองลงมาคือระดับมุดาวซซีเตาเฮย์ (เทียบเท่ามัธยมศึกษา) ร้อยละ 20 โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 40 รับรู้ถึงความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 50 มีระยะเวลาในการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาอยู่ระหว่าง 6-16 ปี โดยเฉลี่ย 11 ปี ( $SD=3.73$ ) และโดยส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กว่า รุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 40

สำหรับเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 11 ปี ( $SD=3.73$ ) เข้ารับการศึกษาพิเศษน้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 9 ปี โดยเฉลี่ย 4 ปี ( $SD=2.95$ )

#### 2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

**ตาราง 1** เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยกึ่งควอไทล์ (IQR) ค่าเฉลี่ยของอันดับ (Mean Rank) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม (N=10)

พฤติกรรมการดูแล	Md	IQR	Mean Rank	z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	55.50	4.50		-2.81	.005
หลังได้รับโปรแกรม	67.50	5.75	5.50		



จากตาราง 1 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่เป็นมุสลิมมีพฤติกรรมการดูแลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $Md=55.50, IQR=4.50; Md=67.50, IQR=5.75$ ) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z=-2.81, p=.005$ )

**ตาราง 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N=10)

พฤติกรรมการดูแล	ก่อนได้รับโปรแกรม		ระดับ	หลังได้รับโปรแกรม		ระดับ
	M	SD		M	SD	
1. การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดเรียบร้อยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ	3.10	0.69	มาก	3.63	0.37	มาก
2. การส่งเสริมโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด	2.97	0.46	ปานกลาง	3.17	0.39	มาก
3. การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรม	2.80	0.28	ปานกลาง	3.48	0.08	มาก
4. การฝึกทักษะสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามขนานนะห์	2.90	0.45	ปานกลาง	3.70	0.33	มาก
5. การดูแลด้านจิตใจด้วยการฝึกรำลึกถึงอัลลอฮ์	2.90	0.46	ปานกลาง	3.55	0.50	มาก
6. การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการขอคูอาร์	2.75	0.42	ปานกลาง	3.30	0.26	มาก
7. การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้อัลกุรอาน	2.13	0.59	ปานกลาง	2.87	0.36	ปานกลาง
<b>โดยรวม</b>	<b>2.79</b>	<b>0.21</b>	<b>ปานกลาง</b>	<b>3.38</b>	<b>0.17</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 2 พบว่า เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาจำแนกตามรายด้านและโดยรวม พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และ 1 ด้าน คือด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดเรียบร้อยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก และหลังได้รับโปรแกรมพบว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล 5 ด้าน คือด้านการส่งเสริมโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรม การฝึกทักษะสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามขนานนะห์ การดูแลด้านจิตใจด้วยการฝึกรำลึกถึงอัลลอฮ์ และการดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขอคูอาร์ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดเรียบร้อยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และการส่งเสริมการเรียนและการเรียนรู้อัลกุรอาน อยู่ในระดับเท่ากับก่อนได้รับโปรแกรม

### อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญามีพฤติกรรมการดูแลโดยรวมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p=.005$  (ตาราง 1) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่ละเอียดอ่อน และมีอิทธิพลต่อระดับความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Maneerat, 2007) ร้อยละ 50 มีช่วงอายุ 35-53 ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีการตัดสินใจเผชิญปัญหาที่ดี และมีทักษะการดูแลผู้ป่วยดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) อีกทั้งร้อยละ 60 มีความสัมพันธ์เป็นมารดาเด็ก ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกที่มีความสำคัญที่สุดสำหรับการดูแล

สุขภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (Inhongs, 2015) นอกจากนี้ยังเป็นเพราะระยะเวลาในการดูแลเด็กของผู้ดูแลอยู่ในช่วง 6-16 ปี โดยเฉลี่ย 11 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการปรับตัวกับพฤติกรรมต่าง ๆ ของเด็กได้ดี เกิดความเคยชิน ถือเป็นเรื่องปกติที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Rinkhum, 2007) ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และส่วนใหญ่ร้อยละ 40 ได้รับการศึกษาด้านศาสนาระดับตติยศึกษา ทั้งนี้ยังเป็นเพราะระดับการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาภาคบังคับสำหรับวัยผู้ใหญ่ที่นับถือศาสนาอิสลาม

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเป็นรายด้าน พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล 6 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และ 1 ด้าน คือด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดเรียบร้อยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก และหลังได้รับโปรแกรมพบว่าพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล 5 ด้าน เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดเรียบร้อยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และการส่งเสริมการเรียนรู้และการเรียนรู้อัลกุรอาน อยู่ในระดับเดิมเท่ากับก่อนได้รับโปรแกรม (ตาราง 2) อภิปรายได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ โดยจัดกิจกรรม “ให้สลาม แล้วเราจะรู้จักกัน” เป็นการสร้างความคุ้นเคยทำความรู้จักกันตามมารยาทการทักทายในอิสลามระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล และผู้ดูแลด้วยกัน พร้อมทั้งบอกข้อดีของเพื่อนในกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกดีต่อกัน รู้สึกถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน นั่นคือความเป็นมุสลิมและมีอัลลอฮ์เป็นพระเจ้าเหมือนกัน ทำให้กล้าพูดคุยเปิดเผยข้อมูลซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจและความร่วมมือที่ดี ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ได้พูดคุยทำความรู้จัก แลกเปลี่ยนความรู้สึกและประสบการณ์ในการดูแลลูกวันนี้รู้สึกว่ามีประโยชน์สามารถนำไปใช้ในการดูแลลูกได้ค่ะ” สอดคล้องกับการศึกษาของ Wejchakaruna (2013) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลจะทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ดูแล และการศึกษาของ Rakkarn (2006) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีและชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการเรียนรู้ให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจกล้าเปิดเผยข้อมูล และมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต โดยจัดกิจกรรม “เรียนรู้ร่วมกันด้วยหัวใจอิสลาม” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาและการดูแลบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และความรู้สึกในการดูแลเด็กร่วมกัน ทำให้ผู้ดูแลได้ระบายความคิดความรู้สึก ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลเด็กบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามได้อย่างเหมาะสม ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลลูกให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยและหลักอิสลามมากขึ้นค่ะ” สอดคล้องกับการศึกษาของ Suppasri (2017) ที่ศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลเด็กออทิสติก พบว่า การสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้จากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดเรียบร้อยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ก่อนได้รับโปรแกรม ( $M=3.63$ ,  $SD=0.37$ ) และหลังได้รับโปรแกรม ( $M=3.10$ ,  $SD=0.69$ ) อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากผู้ดูแลเห็นความสำคัญและมีความรู้การดูแลด้านดังกล่าวอยู่ในระดับมากตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรม ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ต้องจัดบ้านเป็นระเบียบทุกวันป้องกันลูกสะดุดล้มคะ” “ที่สำคัญการรักษาความสะอาดเป็นหน้าที่ที่อัลลอฮ์กำหนดสำหรับมุสลิมทุกคนครับ” ซึ่งสอดคล้องกับคำสอนที่มีการบันทึกในหะดีษ ความว่า “การทำความสะอาดเป็นครึ่งหนึ่งของการศรัทธา” (บันทึกโดย มุสลิม) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการส่งเสริมการเรียนรู้และการเรียนรู้อัลกุรอาน ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=2.87$ ,  $SD=0.36$ ) เท่ากับก่อนได้รับโปรแกรม ( $M=2.13$ ,  $SD=0.59$ ) อาจเนื่องจากการเรียนรู้อัลกุรอานเป็นพื้นฐานของการส่งเสริมด้านการศึกษาด้านหลักอิสลามของผู้ดูแลเด็กทั่วไป แต่ด้วยภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องด้านสติปัญญา จึงทำ

ให้เด็กมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ มีความพร้อมช้ากว่าเด็กปกติ ผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้เวลาอย่างมากในการดูแลด้านดังกล่าว ในขณะที่ส่วนใหญ่เป็นมารดาที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัวมากมาย ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “กว่าลูกจะอ่านอัลกุรอานตามได้แค่คำสองคำ ใช้เวลานานมากคะ ฉันต้องทำงานอื่นอีก แต่ก็พยายามสอนคะ” สอดคล้องกับการศึกษาของ Suantongpan (2013) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ปกครองในการฝึกทักษะการดำรงชีวิตในโรงเรียนของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า การส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จำเป็นต้องมีหลักและวิธีการสอนที่ตอบสนองต่อความต้องการพิเศษของเด็ก เช่น สอนซ้ำไปซ้ำมา สอนหลาย ๆ วิธีในเนื้อหาเดิม สอนแบบไม่ตั้งเครียด สอนให้เป็นกิจวัตรประจำวัน และต้องใช้เวลาในการสอนมากกว่าเด็กปกติ

3. การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา โดยจัดกิจกรรม “ยอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาตามวิถีอิสลาม” เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และหาแนวทางการจัดการปัญหาพฤติกรรมบนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลามระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “น้องไม่มีความอดทนเลยคะ” “ลูกอยู่ไม่นิ่งเลยคะ บางครั้งก็เหนื่อยจนอยากจะตี แต่เมื่ออัลลอฮ์กำหนดมาแล้ว ก็ต้องดูแลแก้ไขให้ดีที่สุดคะ” และกิจกรรม “พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาตามวิถีอิสลาม” เป็นการทบทวนและฝึกทักษะการจัดการปัญหาตามวิถีอิสลามซ้ำโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงบทบาทสมมติร่วมกัน เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการจัดการปัญหาพฤติกรรม ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ทุกครั้งที่เจอปัญหาเราจะเริ่มด้วยการกล่าวอินชัลลาฮ์เสมอ ช่วยให้จิตใจสงบ มีสติมากขึ้นคะ” “เราต้องขออภัย (อดทน) มากๆครับในการจัดการปัญหาพฤติกรรมลูก และเราต้องสอนให้ลูกรู้จักขออภัยให้ได้ด้วยครับ” “แค่ชมหรือกอดลูกเวลาลูกแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมก็ช่วยให้ลูกมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้คะ” การพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาโดยการเรียนรู้ร่วมกัน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเลือกวิธีการจัดการและนำไปประยุกต์ใช้กับการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Khumkuna (2007) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ปกครองเด็กออทิสติก พบว่า ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ในการดูแลเด็กออทิสติกและมีพฤติกรรมดูแลหลังเข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

4. การพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด โดยจัดกิจกรรม “เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม” เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียด การค้นหาสาเหตุของความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดบนพื้นฐานหลักอิสลาม เพื่อให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “เครียดเรื่องค่าใช้จ่ายมากคะ เพราะต้องดูแลลูกจนแทบไม่ได้ทำงานอื่นเลยคะ” “เครียดเรื่องเพื่อนรังเกียจลูกคะ เพราะลูกชอบเล่นรุนแรง” สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ที่พบว่า ผู้ปกครองมีความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นสูงถึงร้อยละ 68.8 จากปัญหาพฤติกรรมของเด็กและปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดจากการเลี้ยงดู ซึ่งหากผู้ปกครองปรับตัวไม่ได้ เจริญความเครียดไม่เหมาะสมจะกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตตามมา (Dangnumkoo, 2006) การทำกิจกรรม “พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม” ซ้ำ จึงเป็นการทบทวนและฝึกทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามเพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการความเครียดที่ไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม มีแรงใจและพลังทางจิตวิญญาณที่มั่นคง สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ผมว่าแค่นี้มันคุ้มกัน ได้รับความรู้เกี่ยวกับความเครียดและให้ผู้ดูแลสาธิตวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการ

ความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีการปรับตัวที่ดีขึ้น ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงได้

5. การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยจัดกิจกรรม “มารยาทการสื่อสารตามชุมชน” และกิจกรรม “แหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉัน” เป็นการฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้มารยาทการสื่อสารตามชุมชนซึ่งเป็นแนวทางของท่านศาสดาอิสลาม ประพฤติปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความต้องการของตนเองและเข้าใจความต้องการของผู้อื่น เป็นแบบอย่างในการสื่อสารที่ดีกับเด็ก เนื่องจากเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา มักจะมีปัญหาด้านการสื่อสารหรือการเข้าสังคม ซึ่งการเลียนแบบพฤติกรรมหรือการเรียนรู้จากตัวแบบ จะช่วยจูงใจให้เด็กเกิดความสนใจในทางปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (Sangkeaw, 2017) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา ทำให้ผู้ดูแลทราบถึงแหล่งสนับสนุนที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “การสื่อสารตามชุมชนของท่านศาสดาทำให้รู้สึกมั่นใจที่จะไปพูดคุยกับคนอื่นมากขึ้นคะ” “จากการมานั่งคุยกัน ทำให้รู้ว่ายังมีใครอีกหลายคนที่เราเห็นคุณค่าของเรา เรายังสามารถขอความช่วยเหลือพวกเขาได้” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rakkam (2006) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การพัฒนาทักษะทางสังคมในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับ ส่งสาร แปลความหมายและตอบสนองที่เหมาะสมในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดได้ เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

### การนำไปผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามไปใช้ในการอบรมให้ความรู้ หรือจัดทำเป็นคู่มือเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่นับถือศาสนาอิสลามในศูนย์การศึกษาพิเศษอื่น ๆ เนื่องจากโปรแกรมฯนี้มีความเฉพาะเจาะจงที่ใช้สำหรับผู้ดูแลมุสลิม ผู้นำไปใช้ควรต้องศึกษาเรื่องหลักศาสนาอิสลาม และต้องมีคุณสมบัติเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้หรือผ่านการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาและหลักศาสนาอิสลาม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามในระยะยาว เช่น หลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี เป็นต้น เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### References

- Arab University Alumni Association. (2002). *Al-Quran with Thai Meaning*. Saudi Arabia: King Fahd Glorious Quran Printing Complex. (in Thai)
- Aekwarangkoon, S., Prada, J., & Tepapal, N. (2016). Child and Adolescent Psychiatry with Nursing Practice. In A. Aekwarangkoon, S. (Ed.), *Psychiatric and Mental Health Nursing Science and Art Into Action* (2nd ed., pp. 207-237). Songkhla: 3lada. (in Thai)
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1986). *Schizophrenic and the Family: A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management*. New York: Norton.
- Anderson, S. B. (2015). Mindfulness-Based, Psycho Education for Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Applied Clinical Project. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(1), 43-49.



- Bai, G. N., Wang, Y. F., Yang, L., & Niu, W. Y. (2015). Effectiveness of a Focused, Brief Psycho Education Program for Parents of ADHD Children: Improvement of Medication Adherence and Symptoms. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11(1), 2721-2735.
- Dangnumkoo, D. (2006). *Parenting Stress in Caretakers of Children with ADHD*. Unpublished Master's Thesis of Science Program (Mental Health). Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Dantanawanich, W. (2007). *Depression and Related Factors among Caregivers of Children with Intellectual Disability*. Unpublished Master's Thesis of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing). Chiang Mai University, Chiang Mai. (in Thai)
- Ferrin, M., Moreno-Granados, J. M., Salcedo-Marin, M. D., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a Psychoeducation Program for Parents of Children and Adolescents with ADHD: Immediate and Long-Term Effects Using a Blind Randomized Controlled Trial. *Springer*, 23(1), 637-647.
- Inhonga, A. (2015). *Factors Affecting Caring Behaviors of Caregivers to Children with Special Needs in Amnatcharoen Province*. Unpublished Master's Thesis of Public Health (Health Promotion). Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani. (in Thai)
- Jitmuad, S. (1992). *Islamic Culture* (3<sup>rd</sup> ed). Bangkok: Thangnum. (in Thai)
- Khumkuna, S. (2007). *The Effectiveness of Psycho-Education Program on Caring Behaviors of Parents of Autistic Children at Infant Development Clinic at Prasimahabhodi psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani Province*. Unpublished Master's Thesis of Public Health (Health Promotion). Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani. (in Thai)
- Kosuwat, K. (2011). *Intellectual Disabilities*. Bangkok: Sahamit Printing & Publishing. (in Thai)
- Laisakul, K. (2014). *The Effects of Family Psychoeducation Program on Perceived Caring Burden among Caregivers of Alcohol Dependence Patients*. Unpublished Master's Minor Thesis of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing). Prince of Songkla University, Songkla. (in Thai)
- Maneerat, S. (2007). *Caregivers' Capabilities in Caring for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Unpublished Master's Minor Thesis of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing). Prince of Songkla University, Songkla. (in Thai)
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, 34(1), 19-26.
- Nakigudde, J., Ehnvall, A., Mirembe, F., Musisi, S., & Airaksinen, E. (2013). An Exploratory Study on the Feasibility and Appropriateness of Family Psychoeducation for Postpartum Women with Psychosis in Uganda. *BMC Psychiatry*, 13(131), 1-12.
- Ninlanon, K. (2014). *Factors Affecting Methylphenidate Non-Adherence in Children and Adolescent with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Unpublished Master's Thesis of Science in Pharmacy Program (Clinical Pharmacy). Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)

- Pancharoen, W. (2015). *Stress and Stress Management among Caregivers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders in Psychiatric Hospitals, Southern Thailand*. Unpublished Master's Minor Thesis of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing). Prince of Songkla University, Songkla. (in Thai)
- Pattani Special Education Center. (2017). *Annual Plan of Action 2560*. Pattani: Pattani Special Education Center. (in Thai)
- Phuttima, A. (2015). *The Effect of Psychoeducation Program on Knowledge and Attitude among Caregivers of Schizophrenia Patients with Aggressive Behaviors*. Unpublished Minor Master's Thesis of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing). Prince of Songkla University, Songkla. (in Thai)
- Pityaratstian, N., Booranasuksakul, T., Juengsiragulwit, D., & Benyakorn, S. (2014). ADHD Screening Properties of the Thai Version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thailand*, 59(2), 97-110. (in Thai)
- Pornnoppadol, C. (2015). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In A. Sitdhiraksa, N (Ed.) *Psychiatry Siriraj DSM-5* (pp 469-475), Bangkok: Prayoosanthai. (in Thai)
- Pukkanasut, N. (2007). *ADHD is Not Difficult to Cure*. Bangkok. Nanmeebooks Publishing. (in Thai)
- Rakkarn, J. (2006). *The Effect of Family Psychoeducation Program on Burden among Family Caregivers of Schizophrenic Patients in Community*. Unpublished Master's Thesis of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing). Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Rajanukul Institute. (2012). *ADHD Children: A Guide for Parents* (1st ed.). Bangkok: Beyond Publishing. (in Thai)
- Rinkhum, R. (2007). *Effect of Using Tales as Models to Decrease Aggressive Behavior of a Student with Cerebral Palsy at Srisangwal Chiang Mai School*. Unpublished Master's Thesis of Education (Special Education). Chiang Mai University, Chiang Mai. (in Thai)
- Sangkeaw, T. (2017). The Effects of an Aggressive Behavior Management Program on Behaviors of Children Suffering from Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD): A Preliminary Study [Special issue]. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(supple), 214-229. (in Thai)
- Strickland, O. L., Lenz, E. R., & Waltz, C. (2010). *Instrumentation and Data Collection in Measurement in Nursing and Health Research*. (4<sup>th</sup> ed.). (p. 271). New York: Springer Publishing.
- Suantongpan, P. (2013). *Study of Parent's Training Capacity in Daily Living Skills of Children with Intellectual Disability in Special Education Center in Nakhon Ratchasima Rajabhat University by Enhancing Independent Living Program with Parent Involvement*. Unpublished Master's Thesis of Education (Special education). Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima. (in Thai)



- Sukthong, K. (2014). *Effects of Family Group Psychoeducation on Burden and High Expressed Emotion in Caregivers of Schizophrenic Patients in Community*. Unpublished Master's Thesis of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing). Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)
- Sukpitak, C. (2010). *Selected Factors Related to Mothers' Expressed Emotion Towards Children with Attention-Deficit Hyperactive Disorder*. Unpublished Master's Minor Thesis of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing). Prince of Songkla University, Songkla. (in Thai)
- Suppasri, J. (2017). The Effect of a Family Psychoeducation Program for Children with Autism on the Burden of Caregivers: A Preliminary Study. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(Special Issue), 196-213. (in Thai)
- Wejchakaruna, S. (2013). *The Effect of Family Psychoeducation Program Emphasizing Participatory Learning on Caregivers' Caring Behaviors of Schizophrenic Patients*. Unpublished Master's Thesis of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing) Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)