



ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแล
ของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น
**The Effect of an Islamic-based Psychoeducation Program on Caring Behaviors
Among Family Caregivers of Children with Intellectual Disability and
Attention-deficit Hyperactivity Symptoms**

ซารีน่า สาและ

Sarina Salah

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Prince of Songkla University**

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อ
พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทาง
สติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น

ผู้เขียน นางสาวชาริษา สาและ

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ หนูแก้ว)ประธานกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ หนูแก้ว)
..... (รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังษี)กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธรังษี)
กรรมการ (นายแพทย์ชูเกียรติ ยงพิทยาพงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. คำรงค์ดี ฟ้ารุ่งสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ หนูแก้ว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวชารีนา สาและ)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน
และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวชาริณา สาสละ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
ผู้เขียน	นางสาวชาริษา สาและ
สาขา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 6 – 18 ปี ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) กำลังศึกษาอยู่ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด 2 แห่งในภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 52 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ด้านผู้ดูแลในเรื่องเพศกับระดับการศึกษา สำหรับในด้านเด็ก ใช้ลักษณะด้านอายุและ คะแนน SNAP-IV กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สันและคณะร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น และหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลา 90 – 120 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล เครื่องมือทั้ง 3 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติที ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 57.04, SD = 5.42$ vs $M = 70.19, SD = 3.94; p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทาง

(6)

สติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 70.19, SD = 3.94$ vs $M = 55.35, SD = 3.58; p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นได้ ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามไปใช้ในศูนย์การศึกษาพิเศษอื่นๆ

Thesis Title	The Effect of an Islamic-based Psychoeducation Program on Caring Behaviors Among Family Caregivers of Children with Intellectual Disability and Attention-deficit Hyperactivity Symptoms
Author	Miss Sarina Salaeh
Major Program	Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Academic Year	2017

ABSTRACT

This quasi-experimental, two-group pretest-posttest research, aimed to examine the effect of an Islamic-based psychoeducation program on caregivers caring of children with Intellectual disability (ID) comorbid with Attention-deficit Hyperactivity Symptoms (ADHD). Participants comprised 52 Islamic primary caregivers taking care children with ID comorbid with ADHD, studying at two provincial special education centers in lower southern of Thailand. The participants were assigned into matched pairs based on sex and education of caregiver and age and SNAP - IV score (short form) of children and randomly allocated to one or other of 2 groups. There were 26 participants in the intervention group and 26 participants in the non-intervention control group. Research instrument consisted of; 1) an Islamic-based psychoeducation program based on conceptual framework of Anderson and et al. as well as Islamic principles, and included 6 sessions, each session of 90 - 120 minutes, twice a week over 3 weeks; 2) demographic data questionnaire; and 3) caregiving behaviors questionnaire. Content validity of the 3 parts was verified by 3 experts. Reliability of the caregiving behaviors questionnaire was analyzed using Cronbach's Alpha coefficient, yielding a value of .85. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test under the acceptable assumption test.

The result showed that the mean score of caregiver behaviors of children with ID comorbid with ADHD after participating in the program was significantly higher than that before participating the program ($M = 57.04$, $SD = 5.42$ vs $M = 70.19$, $SD = 3.94$; $p < .001$). In addition, the mean score of caregiver behaviors of children with ID and ADHD after participating in the program was significantly higher than that of those not participating in the program ($M = 70.19$, $SD = 3.94$ vs $M = 55.35$, $SD = 3.58$; $p < .001$). The results of this study showed that the Islamic-based

psychoeducation program could increase caring behaviors of caregivers taking care of children with ID comorbid with ADHD.

The results of the Islamic-based psychoeducation program could increase caring behaviors taking care children with ID comorbid with ADHD. Therefore, health care personnel should implement the Islamic-based psychoeducation program at other special education centers.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ หนูแก้ว และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรัมย์ ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและตระหนักในความเมตตาของอาจารย์เป็นอย่างดี จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อุไร หักกิจ นายแพทย์เอ็ม นัศรี มินทรศักดิ์ และ พว.โกศลจิต หลวงบำรุง ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือ ความถูกต้องของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณ ประธานกรรมการ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งกรรมการสอบโครงร่างและสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเพื่อนำไปสู่การพัฒนาวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย ที่มอบทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ปกครองเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นในศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีและจังหวัดนราธิวาสที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัย และศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีและจังหวัดนราธิวาส ที่เอื้ออำนวยสถานที่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว เพื่อนๆ รุ่นพี่และรุ่นน้องร่วมหลักสูตร รวมถึงบุคคลที่คอยอยู่เคียงข้าง ที่เป็นพลังและกำลังใจอันยิ่งใหญ่ คอยให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือให้สามารถฝ่าฟันอุปสรรคไปได้ จนวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วง คุณความดีและประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บุพการี ผู้มีอุปการคุณ คณาจารย์ และผู้เกี่ยวข้องในการศึกษานี้ทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์การวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	13
ความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น.....	14
ความบกพร่องทางสติปัญญา.....	14
ความหมายของภาวะสมาธิสั้น.....	15
ลักษณะของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น.....	16
แบบประเมินภาวะสมาธิสั้น.....	18
เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น.....	19
ผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น.....	20
ศูนย์การศึกษาพิเศษ และการจัดการศึกษาพิเศษของจังหวัดชายแดนภาคใต้.....	22
แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา.....	25
แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา.....	25
สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ.....	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแล.....	28
หลักศาสนาอิสลาม.....	30
พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น.....	37
ความหมายของพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับ ภาวะสมาธิสั้น.....	37
พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะ สมาธิสั้นที่นับถือศาสนาอิสลาม.....	37
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา พร้อมกับภาวะสมาธิสั้น.....	42
การประเมินพฤติกรรมการดูแล.....	46
โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น.....	48
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	71
ผลการวิจัย.....	71
อภิปรายผลการวิจัย.....	81
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	92
สรุปผลการวิจัย.....	92
ข้อเสนอแนะ.....	94
เอกสารอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก.....	104
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	105

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	107
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	177
ง ใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	183
จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	185
ฉ ตารางวิเคราะห์ระดับเหตุการณ์การดูแลจำแนกตามรายด้านและ โดยรวม.....	187
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	189
ประวัติผู้เขียน.....	190

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น..... 73
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น..... 77
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่..... 79
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม โดยใช้สถิติทีคู่..... 80
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ..... 80
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ..... 81
7	แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของกลุ่มทดลอง..... 185
8	แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของกลุ่มควบคุม..... 185
9	การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Levene's test..... 186
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายด้านและโดยรวม..... 187
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายด้านและ โดยรวม..... 188

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม.....	10
2	ขั้นตอนการสุ่มสถานศึกษาและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	57
3	สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	68

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability) เป็นภาวะที่มีพัฒนาการบกพร่อง ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดด้านสติปัญญา การเรียนรู้ และการทำหน้าที่ของตนเองที่ควรจะได้ตามวัย โดยบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักมีปัญหาด้านจิตเวชมากกว่าบุคคลทั่วไป 2-4 เท่า และร้อยละ 45 ของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักมีภาวะอื่น ๆ ทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วย ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะสมาธิสั้น พบร้อยละ 8 – 15 (สถาบันราชานุกูล, 2557) ของบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

โดยทั่วไปเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จะมีลักษณะพัฒนาการทางร่างกาย การรู้คิด การพูด ภาษา อารมณ์และสังคม ไม่เหมาะสมกับวัย ช่วงความสนใจสั้น กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน ไม่สามารถปรับตัวและช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน ซึ่งหากเด็กกลุ่มนี้มีภาวะสมาธิสั้นร่วมด้วยจะเพิ่มปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์มากขึ้น อาการขาดสมาธิ ขาดการขยับคิด และอาการซน อยู่ไม่นิ่งเพิ่มมากขึ้นจนกระทบต่อการดำเนินชีวิต (ทัศนวัต, 2554) เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นจึงมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ครอบครัวต้องใช้เวลาและการดูแลเด็กกลุ่มนี้มากกว่าปกติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่และสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งจะมีผลกระทบทั้งในด้านอารมณ์และจิตใจ โดยส่วนใหญ่จะมีภาวะเครียด วิตกกังวล รู้สึกเหนื่อยล้า ท้อแท้จากการดูแลที่ไม่สามารถควบคุมเด็กได้ (วิไลพร, 2558) ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งมักเกิดจากการกล่าวโทษกัน ในความบกพร่องของวิธีการเลี้ยงดู (ชลฤดี, 2549) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ (กุลยา, 2554) และผลกระทบด้านสังคมทำให้กิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแลลดลงเนื่องจากต้องใช้เวลากับการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด (รุ่งวิภา, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม เมื่อโตขึ้นมีโอกาสเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 60-80 ที่จะมีบุคลิกต่อต้านสังคม ถูกชักจูงได้ง่ายในการใช้สารเสพติด หรือกระทำผิดกฎหมาย เป็นอาชญากรสร้างปัญหาต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมต่อไป (ชาญวิทย์, 2558)

พฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลเป็นการปฏิบัติที่ดูแลช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็ก เพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และเพื่อให้เด็กสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยศักยภาพของตนเองได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด

โดยพบว่าพฤติกรรมการดูแลด้านอาหารและน้ำของผู้ดูแลส่วนใหญ่เชื่อว่าการรับประทานอาหารและน้ำเป็นกิจวัตรประจำวันที่ได้แก้มักตอบสนองได้ด้วยตนเอง จึงไม่จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลด้านนี้อย่างจริงจัง (สนธยา, 2550) ด้านการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดทักษะในการจัดการปัญหาพฤติกรรม โดยเฉพาะทักษะในการสื่อสารเมื่อต้องการปรับพฤติกรรมเด็ก รวมถึงการใช้วิธีที่ไม่เหมาะสมในการปรับพฤติกรรมเด็ก (มาสมณี, 2546) ด้านการฝึกทักษะทางสังคม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่คิดว่าการฝึกทักษะด้านนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะเด็กสามารถเรียนรู้ได้เอง ประกอบกับเกิดความรู้สึกสงสารไม่อยากให้เด็กลำบาก (พนม, 2552) ด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ จากความบกพร่องทางสติปัญญาทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ที่ล่าช้าและภาวะสมาธิสั้นร่วมด้วยจะส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของเด็กที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น (สนธยา, 2550) ด้านการดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 19 เคยลดขนาดยาให้เด็ก และหยุดรับประทานเมื่อเด็กได้รับผลข้างเคียงของยา (มาสมณี, 2546) และด้านการดูแลด้านจิตใจ พบว่า การที่ผู้ดูแลต้องดูแลเกี่ยวกับการเรียนของเด็ก เผื่อระวางอันตรายจากอาการชุน อยู่ไม่นิ่งของเด็ก ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับสูง ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อเด็ก (จันทจิตร, 2553) ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ดูแล เนื่องจากความรู้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแล โดยความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยของผู้ที่ต้องดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มในการดูแลได้อย่างเหมาะสม เช่น ผู้ปกครองที่มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นสูงจะส่งเสริมให้ความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้นสูงตามไปด้วย (เกษศิริพันธ์, 2557) ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่เหมาะสมในด้านการบริการที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ จะส่งผลให้ความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น (สนธยา, 2550)

สุขภาพจิตศึกษาเป็นกระบวนการให้ความรู้ และฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตใจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและความเครียดที่เกิดกับบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตหรือผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของแอนเดอร์สัน, โฮกาตี, และเรส (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1986) เป็นแนวคิดที่มักใช้กับผู้ดูแลบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้ (Anderson, 2015) และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ดังเช่น การศึกษาของสุภาวดี (2550) ที่พบว่า สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้พฤติกรรมดูแลของผู้ปกครองเด็ก

ออทิสติกดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น สามารถดูแลให้เด็กรับประทานยาได้สม่ำเสมอ ทำให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กลดลง (Bai, Wang, Yang, & Niu, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลในประเทศไทย ส่วนใหญ่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคจิตสุรา (ขวัญฤทัย, 2557; จิตภินันท์, 2553; สุชาดา, 2556; อนุชา, 2558) และผู้ดูแลเด็กออทิสติก (สุภาวดี, 2550) ซึ่งพบว่าใช้แนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สำหรับในต่างประเทศมีการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Anderson, 2015; Bai et al., 2015; Ferrin et al., 2014) โดยส่วนใหญ่นำมาประยุกต์เฉพาะแนวคิดหรือทฤษฎีอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้บูรณาการกับบริบทพื้นที่ วัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนา ทั้งนี้สุขภาพจิตศึกษาที่มีประสิทธิภาพ ควรเป็นกิจกรรมที่บูรณาการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมหรือบริบทผู้รับการบำบัด (Nakigudde, Ehnvall, Mirembe, Musisi, & Airaksinen, 2013) ดังนั้นการนำหลักศานนามาบูรณาการกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จึงให้ประโยชน์ผู้ดูแลที่มีศาสนาแตกต่างกัน ให้สามารถดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

สำหรับภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย มีศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส เป็นหน่วยงานที่ส่งเสริมช่วยเหลือ และฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษในระยะแรกเริ่มก่อนส่งต่อเรียน โรงเรียนร่วมหรือหน่วยงานอื่น ๆ เด็กที่อยู่ในความดูแลเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษหลายลักษณะ โดยเฉพาะเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับเล็กน้อยถึงปานกลางพบมากที่สุดถึงร้อยละ 41.7 และร้อยละ 50.1 ของจำนวนเด็กพิเศษทั้งหมดในศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส ตามลำดับ โดยทั้ง 2 ศูนย์ดังกล่าว มีหลักสูตรที่สอนเหมือนกันคือหลักสูตรวอลดอร์ฟ (Waldorf) และจากการสำรวจพบว่า เด็กและผู้ปกครองส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามถึงร้อยละ 85 ซึ่งบริบทของศูนย์ดังกล่าวมีกิจกรรมการประชุมผู้ปกครองและการดูแลเด็กเหมือนกันโดยภาพรวม (ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี, 2560; ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส, 2560)

ศาสนาอิสลามเป็นระบอบแห่งการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิม ประกอบด้วยหลักศรัทธา ซึ่งมีอิทธิพลด้านจิตใจและจิตวิญญาณกับมุสลิมมากที่สุด หลักปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติเพื่อยืนยันความศรัทธา และหลักจริยธรรม เป็นแนวทางให้มุสลิมประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่ดีงามเพื่อยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสงบสุข (สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545; เสาวนีย์, 2535) โดยหลักศาสนาอิสลามทั้ง 3 หลักดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามเกิดการยอมรับในความเจ็บป่วยของเด็ก

ตระหนักถึงการทำหน้าที่ในการดูแล มีกำลังใจและพลังทางจิตวิญญาณในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

จากผลการทบทวนวรรณกรรม พบโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่นำมาใช้ในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น 3 เรื่อง และยังไม่ปรากฏโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น โดยการศึกษาที่พบในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ใช้ในกลุ่มประชากรและบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีประสิทธิภาพต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทพื้นที่ของผู้รับบริการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำหลักศาสนาอิสลามมาประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มพฤติกรรมดูแลในผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่เป็นมุสลิม ซึ่งคาดว่าโปรแกรมนี้จะสามารถทำให้ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามพัฒนาพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันหรือไม่
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามหรือไม่

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการทดลองแตกต่างกันหรือไม่

4. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สัน, โฮการ์ตี่, และเรส (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น (กุลยา, 2554; ทศนวัต, 2554; นภัทร, 2550; วรรณภา, 2551; สถาบันราชานุกูล, 2557; สนธยา, 2550) และหลักศาสนาอิสลาม (ดำรง, 2548; สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545; เสาวนีย์, 2535)

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1986) เป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ร่วมกับการฝึกทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากความรู้ที่ได้รับและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งกับผู้ดูแลให้สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยทางจิตได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วยกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษา 5 ด้าน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ (joining) คือการที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแล สร้างความคุ้นเคย เข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและการเจ็บป่วย แสดงความห่วงใย ใส่ใจ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ มีความหวัง และยอมรับในตัวผู้รักษา

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (education) คือการที่ผู้รักษาให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงยินดีให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย

3. การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) คือการที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ดูแล ในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหา เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4. การพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด (coping skills) คือการที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ดูแลในการหาแนวทางจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5. การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ผู้ดูแลทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ รวมถึงการช่วยให้ผู้ดูแลมีวิธีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักศาสนาอิสลาม เป็นวิถีในการดำเนินชีวิตของมุสลิมประกอบด้วย 3 หลักสำคัญ ดังนี้ (ดาร์จ, 2548; สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545; เสาวนีย์, 2535)

1. หลักศรัทธา เป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญและมีอิทธิพลด้านจิตใจกับมุสลิมมากที่สุด ทำให้รู้สึกอึดใจหรือสภาพของความสุขเมื่อได้ทำในสิ่งที่ดีตามความประสงค์ของอัลลอฮ์ (ช.บ.) ที่นำมาประยุกต์ใช้ได้แก่ 1) การรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) จะทำให้หัวใจผูกพันกับอัลลอฮ์(ช.บ.) มีศรัทธาที่มั่นคง ไม่กล้าขัดคำสั่งของพระเจ้า ช่วยให้จิตใจสงบ และมีสมาธิมากขึ้น และ 2) การขออูอาห์ (วิงวอน/ขอพร) เป็นการแสวงหาความปกป้องคุ้มครองจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) เพื่อให้พ้นวิฤตหรือความทุกข์ยากลำบาก ช่วยให้รู้สึกมีความหวังและเกิดพลังทางจิตวิญญาณให้มั่นใจในการต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ

2. หลักปฏิบัติ เป็นพื้นฐานของมุสลิมที่สมบูรณ์ต้องกระทำพร้อมกับหลักศรัทธาโดยความบริสุทธิ์ใจ ที่นำมาประยุกต์ใช้ได้แก่ การละหมาด เป็นการปฏิบัติที่ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย ผิดสมาธิ และฝึกเอาชนะตนเองจากสิ่งรุมเร้ารอบตัว ช่วยให้จิตใจสงบและมีสมาธิเพิ่มมากขึ้น

3. หลักจริยธรรม เป็นความละเอียดใจที่จะฝ่าฝืนคำสั่งของอัลลอฮ์ (ช.บ.) มีบทบาทในการควบคุมพฤติกรรมในการกระทำแต่ความดีและสิ่งที่สมควร เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสงบสุข ที่นำมาประยุกต์ใช้ได้แก่ 1) การซอบร์ (ระงับโกรธ/อดทน) เป็นการระงับอารมณ์หรืออดทนต่อสิ่งชั่วร้ายที่เกิดจากการกระทำของมารร้ายที่ถูกสาปแช่งจากอัลลอฮ์(ช.บ.) เพื่อให้มีสติควบคุมความคิด จิตใจและอารมณ์ และ 2) มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อความเข้าใจที่ดีตรงกัน ป้องกันความเข้าใจผิดหรือการกระทบกระทั่งในสังคม

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและหลักศาสนาอิสลามมาสร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษานบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้ความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นด้วยหัวใจอิสลาม เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมโดยการใช้มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความรักความเข้าใจในความเป็นพี่น้องมุสลิม

เกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้วิจัยและเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น เมื่อผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในด้าน การรู้คิด ความรู้สึก และทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น อีกทั้งการเริ่มต้นกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮฺ (ช.บ.) โดยวิธีการฟังอัลกุรอานที่มีความหมายเกี่ยวกับความสำคัญของการแสวงหาความรู้ที่จำเป็นและการบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วยที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา จะทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการเรียนรู้และการบำบัดรักษาเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น มีสมาธิและพร้อมเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ยอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม เป็นการค้นหาปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยใช้หลักการรำลึกถึงอัลลอฮฺ (ช.บ.) ด้วยวิธีการฟังอัลกุรอานที่มีความหมายเกี่ยวกับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดจากกำหนดการของอัลลอฮฺ (ช.บ.) เพื่อให้เกิดการยอมรับและพร้อมที่จะจัดการปัญหาพฤติกรรมตามวิถีอิสลาม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการปัญหาพฤติกรรมที่เกิดจากการดูแลร่วมกันและเพิ่มเติมความรู้การจัดการปัญหาตามวิถีอิสลามจากผู้วิจัยร่วมกับการขอคูลาฮ์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีความหวังและมีกำลังใจในการจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็กตามวิถีอิสลามต่อไป

3. พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม เป็นการทบทวนการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กตามวิถีอิสลามร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมโดยใช้หลักจริยธรรมตามแบบอย่างการจัดการปัญหาของท่านนบี (ช.ล.) ผ่านเรื่องเล่าชีวประวัติของท่าน ร่วมกับการรำลึกถึงอัลลอฮฺ(ช.บ.) ด้วยการฟังอัลกุรอานที่มีความหมายเกี่ยวกับผลตอบแทนของการใช้การขอบร์ในการควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อต้องประสบกับปัญหาที่ทำให้เกิดความโกรธและเพิ่มความมั่นใจในความสำเร็จของการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กด้วยการขอคูลาฮ์ต่ออัลลอฮฺ (ช.บ.) ให้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นเป็นไปอย่างเรียบง่าย

4. เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม เป็นการค้นหาสาเหตุของความเครียด อาการแสดง และวิธีการจัดการกับความเครียดตามทัศนะอิสลามด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแล ฝึกการประเมินและวิเคราะห์ระดับความเครียดของตนเองด้วยการทำแบบประเมินความเครียดและร่วมกันหาแนวทางการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม จะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางและพลังทางจิตวิญญาณที่มั่นคงในการจัดการความเครียดที่ไม่

ขัดกับหลักศาสนา และใช้การรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ด้วยการฟังอัลกุรอานที่มีความหมายถึงคุณลักษณะของอัลลอฮ์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีจิตใจที่สงบด้วยการทำให้หัวใจใกล้ชิดผูกพันกับอัลลอฮ์มากยิ่งขึ้น ไม่กังวลหรือฟุ้งซ่านด้วยการขอคุดอฮ์ให้หลุดพ้นจากจิตใจที่เปล่าเปลี่ยว

5. พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม เป็นการทบทวนการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามไปใช้และนำเสนอวิธีการที่นำไปใช้แล้วได้ผลมากที่สุดกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงฝึกทักษะการจัดการความเครียดด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ร่วมกัน ด้วยวิธีการซีกัร ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสอนเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลด้านจิตใจของตนเองได้ต่อไป

6. มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉัน เป็นการฝึกทักษะการสื่อสารโดยใช้หลักจริยธรรมเรื่องมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์โดยให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทสมมติตามหัวข้อเกี่ยวกับมารยาทการสื่อสารในอิสลาม เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ดูแลในการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวันเพื่อให้ผู้ฟังเข้าใจความต้องการ เกิดประสิทธิภาพในการสื่อสารมากขึ้น รวมถึงสามารถนำไปใช้เป็นแบบอย่างที่ดีในการสื่อสารกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นในครอบครัวได้ และมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อต้องเผชิญปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง

ทั้งนี้หากผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมได้รับความรู้ตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามจะช่วยให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น (กุลยา, 2554; ทศนวัต, 2554; นภัทร, 2550; วรรณณา, 2551; สถาบันราชานุกูล, 2557; สนธยา, 2550) และหลักศาสนาอิสลาม (คำรงค์, 2548; สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545; เสาวนีย์, 2535) พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่เป็นมุสลิมนั้น เป็นการปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ที่อยู่ภายใต้การดูแลให้สามารถดำรงชีวิตตามศักยภาพของตนเองได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้

1. การส่งเสริมด้านโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด เป็นการปฏิบัติการดูแลเรื่องการบริหารโภชนาการและน้ำที่อิสลามอนุมัติให้รับประทานได้ให้สมดุลด้วยคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2. การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านโดยปราศจากนาณูส เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดเรียบร้อยปราศจากสิ่งสกปรกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรืออันตรายที่อาจเกิดกับเด็ก

3. การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้อัลกุรอาน เป็นการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลโดยจัดสถานที่ในบ้านลดสิ่งกระตุ้นให้เอื้อต่อการอ่านหนังสือหรือทำการบ้าน และส่งเสริมให้เด็กเรียนอัลกุรอาน

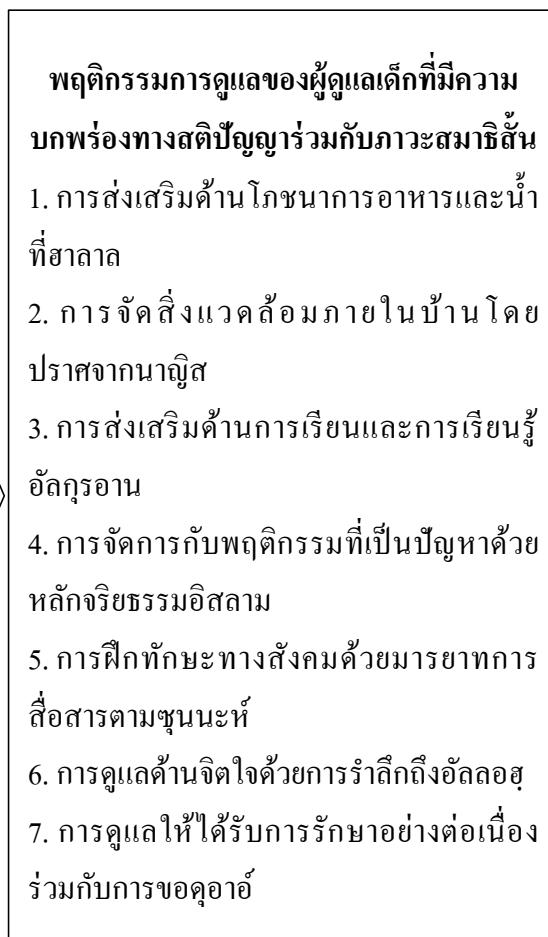
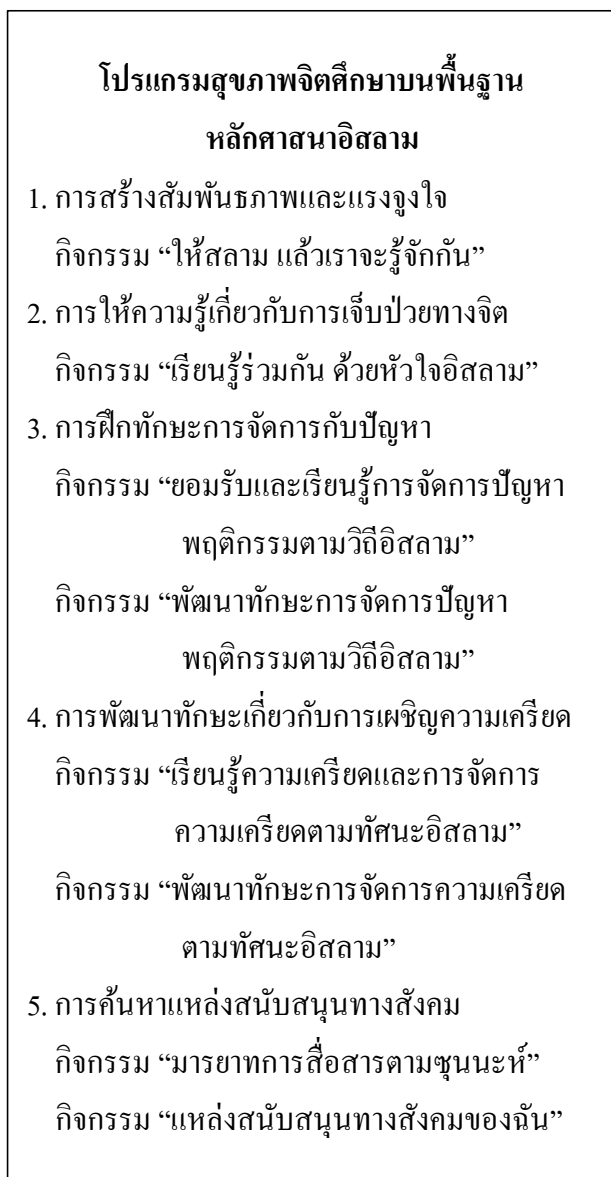
4. การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม เป็นการปฏิบัติการดูแลโดยการปฏิบัติเป็นตัวอย่างตามแบบที่ดีของผู้ดูแลตามหลักจริยธรรมอิสลาม

5. การฝึกทักษะทางสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ เป็นการปฏิบัติการดูแลโดยให้เด็กสามารถเข้าสังคมกับเพื่อนหรือบุคคลอื่นได้ด้วยการสอนมารยาทการสื่อสารตามหลักจริยธรรมอิสลาม

6. การดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซ.บ.) เป็นการปฏิบัติการดูแลด้านจิตใจเด็กโดยการเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรมเด็ก แสดงความรัก ความเอาใจใส่สม่ำเสมอ และสอนให้เด็กรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซ.บ.) ด้วยวิธีการกล่าวซิกิรฺ เพื่อให้จิตใจสงบนิ่ง

7. การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขอคูอาฮ์ โดยแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาตลอดจนให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขอคูอาฮ์

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้ดังภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิด โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

4. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับ โปรแกรมในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

นิยามศัพท์การวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้บริการด้านความรู้ ฝึกทักษะ และประคับประคองด้านจิตใจของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่เป็นมุสลิม โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1986) ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การให้ความรู้การเจ็บป่วยทางจิต 3) การฝึกทักษะการจัดการปัญหา 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และ 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น และหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วย 1) หลักศรัทธา ได้แก่ การรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) และการขอดุอาอ์ (วิงวอน/ขอพร) 2) หลักปฏิบัติ ได้แก่ การละหมาด และ 3) หลักจริยธรรม ได้แก่ การชอบับ (ระงับ โกรธ/อดทน) และมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ ซึ่งได้ประยุกต์เป็นกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามทั้งหมด 6 ครั้ง ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและเรียนรู้ความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นด้วยหัวใจอิสลาม 2) ขอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม 3) พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม 4) เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม 5) พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม และ 6) มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของกัน โดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที

พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเพื่อช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นบนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมด้านโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด 2) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านโดยปราศจากนาอูส 3) การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้อัลกุรอาน 4) การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม 5) การฝึกทักษะทางสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ 6) การดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ และ 7) การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขออูอาห์ ประเมินโดยแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและหลักศาสนาอิสลาม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลหลักที่นับถือศาสนาอิสลามของเด็กอายุ 6 – 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญาและได้รับการประเมินภาวะสมาธิสั้นด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) ฉบับภาษาไทยของฉัตรและคณะ (2557) โดยมีคะแนนรวมด้านสมาธิสั้นตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป และคะแนนรวมด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป กำลังเรียนที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่นับถือศาสนาอิสลามในศูนย์การศึกษาพิเศษอื่น ๆ

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาร่วมกับทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
 - 1.1 ความบกพร่องทางสติปัญญา
 - 1.2 ความหมายของภาวะสมาธิสั้น
 - 1.3 ลักษณะของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น
 - 1.4 แบบประเมินภาวะสมาธิสั้น
 - 1.5 เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
 - 1.6 ผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
2. ศูนย์การศึกษาพิเศษ และการจัดการศึกษาพิเศษของจังหวัดชายแดนภาคใต้
3. แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา
 - 3.1 แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา
 - 3.2 สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ
 - 3.3 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแล
4. หลักศาสนาอิสลาม
5. พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
 - 5.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแล
 - 5.2 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
 - 5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
 - 5.4 การประเมินพฤติกรรมการดูแล
6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น
7. สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

ความบกพร่องทางสติปัญญา

ความหมายและระดับความบกพร่องทางสติปัญญา

ความบกพร่องทางสติปัญญาเป็นปัญหาความบกพร่องของพัฒนาการเด็กที่สามารถพบได้ในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งหากเด็กสมาธิสั้นมีความบกพร่องทางสติปัญญาไปด้วย จะยิ่งทำให้ปัญหาเพิ่มขึ้นและอาการของเด็กแย่ลง (ทัตสันวัต, 2554) โดยความบกพร่องทางสติปัญญาหมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ร่วมกับมีข้อจำกัดของทักษะการปรับตัวอย่างน้อย 2 ด้าน จาก 10 ด้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร การดำรงชีวิตในบ้าน การดูแลตนเอง การตัดสินใจ การใช้เวลาว่าง ทักษะทางสังคม การเรียน การทำงาน สุขอนามัย และความปลอดภัย ซึ่งความบกพร่องนี้ต้องแสดงให้เห็นก่อนอายุ 18 ปี สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของความบกพร่องทางสติปัญญาเพื่อช่วยให้การวางแผนการดูแลช่วยเหลือได้สอดคล้องกับศักยภาพของแต่ละบุคคล ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน โดยใช้คะแนนระดับเซาว์ปัญหาอธิบายความบกพร่องทางสติปัญญา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เล็กน้อย (mild) ปานกลาง (moderate) รุนแรง (severe) และรุนแรงมาก (profound) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อย (mild intellectual disability) คือ มีระดับเซาว์ปัญหาอยู่ในช่วง 50-70 ช่วยเหลือตัวเองได้ (กุลยา, 2554) ส่วนใหญ่เรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือสูงกว่า สามารถสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ ต้องการความช่วยเหลือเป็นครั้งคราว เมื่อเป็นผู้ใหญ่สามารถทำงาน แต่งงาน ดูแลครอบครัวได้ แต่อาจต้องการความช่วยเหลือบ้างเป็นครั้งคราวเมื่อมีปัญหาชีวิตหรือหน้าที่การงาน มักไม่พบสาเหตุทางพยาธิสภาพ ส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจยากจนหรือด้อยโอกาส ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (สถาบันราชานุกูล, 2557)

2. ความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง (moderate intellectual disability) คือ มีระดับเซาว์ปัญหาอยู่ในช่วง 35-49 ต้องการความช่วยเหลือปานกลาง สามารถฝึกทำงาน ฝึกทักษะต่าง ๆ ได้พอควร เช่น การดูแลตนเอง ทักษะการสื่อสารและทักษะทางวิชาการ โดยอาจมีความแตกต่างของระดับความสามารถในด้านต่าง ๆ (Zeldin, 2016) บางรายอาจล่าช้าในด้านการใช้ภาษา บางรายอาจบกพร่องในทักษะการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับมิติสัมพันธ์ และบางรายมี

ความสามารถด้านภาษาเด่น สามารถเรียนได้ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งมักต้องช่วยเหลือในด้าน การศึกษาพิเศษ สามารถเรียนรู้การเดินทางตามลำพังได้ในสถานที่ที่คุ้นเคย ใช้ชีวิตในชุมชนได้ดีทั้ง การดำรงชีวิตและการงาน แต่ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลางตลอดชีวิต (กุลยา, 2554)

3. ความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรง (severe intellectual disability) คือ มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในช่วง 20-34 ต้องการความช่วยเหลือมาก พบความผิดปกติของพัฒนาการ ตั้งแต่ขวบปีแรก มักมีพัฒนาการล่าช้าทุกด้าน โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สื่อความหมายได้ เพียงเล็กน้อยหรือพูดไม่ได้เลย บางรายเริ่มพูดได้เมื่อเข้าสู่วัยเรียน มีปัญหาในการเคลื่อนไหว (สถาบันราชานุกูล, 2557) ในบางรายพบพยาธิสภาพมากกว่า 1 อย่าง มีทักษะการป้องกันตนเองน้อย มีความจำกัดในการดูแลตนเอง ทำงานง่าย ๆ ได้ ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด หรือต้อง ช่วยในทุก ๆ ด้านตลอดชีวิต (กุลยา, 2554)

4. ความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับรุนแรงมาก (profound intellectual disability) คือ มีระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่า 20 ต้องการความช่วยเหลือตลอดเวลา พัฒนาการล่าช้าชัดเจนตั้งแต่ เล็ก ๆ ทั้งในด้านประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว (Zeldin, 2016) อาจจะมีทักษะช่วยเหลือตนเอง ได้บ้าง แต่ต้องอาศัยการฝึกอย่างมาก ต้องการการดูแลตลอดเวลาตลอดชีวิต แม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้ว ก็ตาม (สถาบันราชานุกูล, 2557)

สรุป ความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นภาวะที่ความสามารถทางสติปัญญาดำกว่า เกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ คือมีระดับเชาวน์ปัญญาเท่ากับหรือต่ำกว่า 70 ร่วมกับมีข้อจำกัดของ ทักษะการปรับตัวอย่างน้อย 2 ใน 10 ทักษะ แสดงให้เห็นก่อนอายุ 18 ปี โดยแบ่งระดับความรุนแรง เป็น 4 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาใน เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ความหมายของภาวะสมาธิสั้น

ภาวะสมาธิสั้น มีการศึกษาในหลายลักษณะตั้งแต่ภาวะสมาธิสั้นจนถึงโรค สมาธิสั้น เป็นลักษณะของเด็กที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรม โดยมีผู้ให้ความหมายที่หลากหลาย เช่น บาร์คเลย์ (Barkley, 1995) ได้ให้ความหมายของภาวะสมาธิสั้นว่า เป็นความบกพร่องของวงจร สมองที่มีอิทธิพลต่อการยับยั้งพฤติกรรมและการควบคุมตนเอง ทำให้มีลักษณะอาการอยู่ไม่นิ่ง ขาดความสนใจและกระสับกระส่าย เป็นผลให้มีปัญหาด้านการเรียนและสังคม เมื่อเทียบกับเด็ก ปกติทั่วไป ในส่วนของผดุง (2544) กล่าวถึงภาวะสมาธิสั้นโดยแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) สมาธิสั้นอย่างเดียว เป็นการขาดความสามารถในการตั้งใจ สนใจต่อกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

กำลังกระทำอยู่ มักแสดงออกจนเป็นลักษณะเฉพาะตัว ประกอบด้วยพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย หรือระดับพัฒนาการปกติทั่วไป มีลักษณะชนมาก ไม่เป็นระเบียบ วอกแวกและไม่มีสมาธิ อาการจะเริ่มปรากฏให้เห็นในวัยก่อนเรียน และ 2) อาการอยู่ไม่นิ่ง ลักษณะอาการเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัยและระดับพัฒนาการปกติ มักจะมีอาการก้าวร้าว อารมณ์รุนแรง ทำอะไรก่อนคิด วู่วาม ซึ่งเป็นอาการของความหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ สำหรับกรมสุขภาพจิต (2555) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นว่าเป็นลักษณะของเด็กที่ประกอบด้วยอาการขาดสมาธิ ชน/อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น สามารถสังเกตเห็นอาการได้ตั้งแต่วัยก่อนเรียน สอดคล้องกับชาญวิทย์ (2558) ที่กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กจากความผิดปกติของสมองส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคมกับผู้อื่น โดยลักษณะอาการของเด็กกลุ่มนี้ ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ อาการหุนหันพลันแล่น อาการชนอยู่ไม่นิ่ง เป็นอาการเด่น บางคนอาจจะไม่ชน แต่มีอาการขาดสมาธิเป็นปัญหาหลัก

สรุปสำหรับการศึกษาคั้งนี้ ภาวะสมาธิสั้น หมายถึง การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยมีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ ความบกพร่องของสมาธิ การแสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น

ลักษณะของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน เป็นภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่มีลักษณะเด่นเฉพาะตัวของเด็ก ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุหรือพัฒนาการ ซึ่งจะปรากฏให้เห็นก่อนอายุ 7 ปี และมีความรุนแรงมากพอจนทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและผู้เกี่ยวข้อง (ชาญวิทย์, 2558; มาโนช, 2550) โดยลักษณะอาการเฉพาะของเด็กสมาธิสั้นมี 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ความบกพร่องของสมาธิ (inattention) เป็นอาการที่สำคัญที่สุดของโรคนี้ เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่ายไม่สามารถคงสมาธิให้สนใจสิ่งเร้าที่สำคัญไว้ได้นานพอ แต่จะไปสนใจสิ่งเร้าที่ไม่สำคัญ (วิไลพร, 2558) อาการที่แสดงว่าเด็กพร่องสมาธิ คือ 1) ไม่สามารถจดจ่อยานละเอียดของงาน งานมีลักษณะยุ่งเหยิงและขาดการไตร่ตรอง 2) ไม่สามารถมีสมาธิจดจ่ออยู่กับงานหรือการเล่น ดูเหมือนคนใจลอยไม่สนใจหรือได้ยินว่าใครพูดอะไร 3) เปลี่ยนงานไปเรื่อยโดยที่งานเดิมยังไม่เสร็จและไม่ปฏิบัติตามคำขอหรือคำสั่ง งานจึงไม่เสร็จตามเวลา 4) ไม่สามารถรวบรวมงานที่ทำให้เป็นระบบ ทั้งสิ่งของไว้ทั่วและวิธีทำงานขาดระเบียบ 5) รู้สึกไม่สบายใจและหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้สมาธิ 6) เสียสมาธิง่าย แม้เสียงดังรบกวนเพียงเล็กน้อย เช่น เสียงพูด

เบา ๆ และ 7) ลืมกิจวัตรประจำวัน เช่น ลืมนัด ขณะพูดกับผู้อื่นเด็กจะเปลี่ยนเรื่องเร็วไม่ฟังผู้อื่นใจไม่จดจ่ออยู่กับการสนทนาและไม่ติดตามรายละเอียดหรือกฎเกณฑ์ของการเล่น หรือกิจกรรมอย่างอื่น (ชาญวิทย์, 2558)

2. อากาหรชนหรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) เด็กมักจะมีลักษณะซนมากกว่าเด็กปกติธรรมดาทั่วไป ชอบปีนป่าย เล่นผาดโผน เล่นเสียงดัง หรือทำกิจกรรมที่เสียงอันตรายมักประสบอุบัติเหตุบ่อย ๆ จากความซน (วินัดดาและพนม, 2550) อากาหรอยู่ไม่นิ่งหรือซนผิดปกติจะเห็นได้ชัดในเด็กเล็ก แต่เมื่อโตขึ้นอากาหรซนหรืออยู่ไม่นิ่งจะลดลงตามวัยเหลือแต่อากาหรกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจเวลาที่ต้องอยู่นิ่ง ๆ ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ (มาโนช, 2550) แสดงอากาหรโดย 1) ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ มือและเท้าขยับไปมา 2) เมื่อถูกบังคับให้นั่งเฉย ๆ เช่น ในห้องเรียน จะลุกออกจากที่นั่ง 3) มักวิ่งไปมาหรือปีนป่ายในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม 4) ไม่สามารถเล่นหรือทำกิจกรรมที่มีความเพลิดเพลินให้เสียบ ๆ ได้ 5) ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนติดเครื่องยนต์ และ 6) พุดมาก (ชาญวิทย์, 2558)

3. พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsivity) เด็กมักจะมีลักษณะขาดความอดทน ไม่สามารถรอคอยตามระเบียบได้ (มัทนา, 2554) มีอากาหรู่วามใจร้อน ควบคุมตนเองไม่ได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำอะไรลงไปโดยไม่คิดล่วงหน้า ขาดความระมัดระวัง ทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อย ๆ (มาโนช, 2550) ชอบขัดจังหวะหรือก้าวร้าวผู้อื่นจนเกิดปัญหาด้านกิจกรรมที่เกี่ยวกับสังคม การเรียนหรืออาชีพการงาน ซึ่งอากาหรแสดงจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุ มักถูกผู้ใหญ่ต่อว่าในเรื่องการควบคุมตัวเองได้ต่ำกว่าอายุ ไม่รับผิดชอบ ไม่มีมารยาท แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นอากาหรจะเปลี่ยนแปลงไปจากวัยเด็กอย่างชัดเจน (วินัดดาและพนม, 2550) อากาหรที่แสดงว่าเด็กมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น คือ 1) มักชิงตอบคำถามก่อนถามจบ 2) มักลำบากที่จะรอตามลำดับ และ 3) มักขัดหรือแทรกขึ้นระหว่างการสนทนาหรือกลางเกม (ชาญวิทย์, 2558)

สรุปลักษณะของเด็กสมาธิสั้นที่สำคัญ ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง คือ ลักษณะวอกแวกง่ายไม่สามารถจดสมาธิให้สนใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่สำคัญไว้ได้นานพอ 2) อากาหรซนหรืออยู่ไม่นิ่ง คือ ลักษณะซนมากกว่าเด็กปกติ อยู่ไม่นิ่งได้ ต้องลุกเดินหรือขยับตัวไปมา และ 3) ขาดการยับยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น คือ ขาดความอดทน ไม่สามารถรอคอยได้ มักขัดหรือแทรกขึ้นระหว่างการสนทนา โดยพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของเด็กและผู้เกี่ยวข้อง

แบบประเมินภาวะสมาธิสั้น

การศึกษาเอกสาร งานวิจัย เกี่ยวกับเครื่องมือสำหรับประเมินภาวะสมาธิสั้น พบว่ามีแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น โดยสรุป ดังนี้

แบบประเมินคอนเนอร์เรตติ้งสเกลรีไวส์ (Conners Rating Scales-Revised : CRS-R) เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรมเด็กที่เสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นของคอนเนอร์ (Conner, 1997) ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 80 ข้อ สำหรับการประเมินพฤติกรรมโดยพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และ 59 ข้อ สำหรับการประเมินพฤติกรรมโดยครู ลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Conduct Problem) 2) พฤติกรรมที่อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และ 3) ปัญหาเกี่ยวกับสมาธิ (Inattentive- Passive) ตรวจสอบความเที่ยงโดยการวัดความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94 ใช้สำหรับเด็กที่มีอายุระหว่าง 3 - 17 ปี

แบบประเมินเอดีเอชดีเรตติ้งสเกลโฟร์ (ADHD Rating Scale-IV : ADHD-RS-IV) เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรมเด็กที่เสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นของคูพอลและคณะ (DuPaul et al., 1998) ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 18 ข้อ ประเมินความถี่ของพฤติกรรมเด็กในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านอาการขาดสมาธิ (inattention) 2) ด้านอาการซนผิดปกติ (hyperactivity) และ 3) ด้านอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ตรวจสอบความเที่ยงโดยการวัดความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 เหมาะสำหรับเด็กอายุ 5 - 17 ปี

แบบประเมินสแวนซัน, โนแลนและเพลแฮม โฟร์ (Swanson, Nolan and Pelham-IV : SNAP-IV) เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรมเด็กที่เสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นของสแวนซันและคณะ (Swanson et al., 1992) ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 26 ข้อ สำหรับการประเมินพฤติกรรมเด็กโดยครูและผู้ปกครอง ลักษณะข้อคำถามแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านสมาธิ (inattention) 2) ด้านซน/หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/impulsivity) และ 3) ด้านดื้อต่อต้าน (ODD symptoms specified in the DSM-IV) ตรวจสอบความเที่ยงโดยการวัดความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 เหมาะสำหรับการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กถึงวัยรุ่น เป็นแบบประเมินที่ได้รับการแปลหลายภาษาและนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก

แบบประเมินสแวนซัน, โนแลนและเพลแฮม โฟร์ (Swanson, Nolan and Pelham-IV : SNAP-IV) ฉบับภาษาไทยของฉันทธรและคณะ (2557) เป็นเครื่องมือคัดกรองโรคสมาธิสั้นที่ใช้กัน

อย่างแพร่หลาย มีชุดสำหรับผู้ปกครองและครู ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านสมาธิ จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านนอน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น จำนวน 9 ข้อ และ 3) ด้านคือ/ต่อต้านจำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อคิดคะแนนแบบประเมินค่า (rating scale) เป็น 4 ระดับ (0=ไม่เลย, 1=เล็กน้อย, 2=ค่อนข้างมาก, 3=มาก) การตอบแบบสอบถามทั้งหมดใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 สำหรับแบบสอบถามที่ตอบโดยผู้ปกครอง และ .96 สำหรับแบบสอบถามที่ตอบโดยครู เหมาะสำหรับเด็กอายุ 3-18 ปี

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาวะสมาธิสั้น SNAP-IV (short form) ของฉัตรและคณะ (2557) เนื่องจากเป็นการพัฒนาเครื่องมือโดยการวิจัยเพื่อใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นเหมาะสมกับสังคมไทย เป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ลักษณะของข้อคำถามเป็นคำสั้น ๆ ชัดเจน เข้าใจง่าย คุณภาพของแบบประเมินมีค่าความเที่ยงที่น่าเชื่อถือ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และ .96 สำหรับการประเมินพฤติกรรมโดยผู้ปกครอง และครูตามลำดับ

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น โดยส่วนใหญ่พบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญามักมีภาวะทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะภาวะสมาธิสั้น พบร้อยละ 8-15 ของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หมายถึง เด็กที่มีความสามารถทางสติปัญญาค่าต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ระดับเซวี่ปัญญาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ($IQ \leq 70$) โดยการประเมินเซวี่ปัญญา ร่วมกับมีทักษะการปรับตัวมีปัญหาอย่างน้อย 2 ด้านใน 10 ด้าน ได้แก่ 1) การติดต่อสื่อสาร 2) การดำรงชีวิตในบ้าน 3) การดูแลตนเอง 4) การตัดสินใจ 5) การใช้เวลาว่าง 6) ทักษะทางสังคม 7) การเรียน 8) การทำงาน 9) สุขอนามัย และ 10) ความปลอดภัย โดยความบกพร่องนี้ต้องแสดงให้เห็นก่อนอายุ 18 ปี และวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญา สำหรับภาวะสมาธิสั้นที่ร่วมด้วย คือ การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยมีลักษณะอาการขาดสมาธิ อาการนอน อยู่ไม่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น เช่น CRS-R, ADHD-RS-IV, SNAP-IV เป็นต้น ทั้งนี้หากประเมินด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) ฉบับภาษาไทยของฉัตรและคณะ (2557) โดยผู้ปกครองหรือ

ครูต้องมีคะแนนรวมด้านสมาธิสั้นตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป และคะแนนรวมด้านชุนอู๋ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป

สรุป เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น มีลักษณะ พัฒนาการบกพร่องทางสติปัญญา ($IQ \leq 70$) การเรียนรู้ และการทำหน้าที่ของตนเองที่ควรจะทำได้ตามวัย โดยการวินิจฉัยจากแพทย์ ร่วมกับมีความผิดปกติของพฤติกรรมในลักษณะอาการขาดสมาธิ ชุนอู๋ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น สามารถประเมินได้จากแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นโดยผู้ปกครองหรือครูเป็นผู้ประเมินพฤติกรรม เป็นเด็กที่มีลักษณะอาการเฉพาะที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนจากผู้ดูแล

ผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นนั้นพบน้อยมาก โดยส่วนใหญ่พบการกล่าวถึงผลกระทบจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และผลกระทบจากการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ สรุปได้ว่าการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นนั้น ผู้ดูแลต้องเผชิญกับผลกระทบจากสถานการณ์การดูแลแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์และจิตใจ 2) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว 3) ด้านเศรษฐกิจ และ 4) ด้านสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านอารมณ์และจิตใจ การมีเด็กที่มีความบกพร่องอยู่ในความดูแลทำให้เกิดขบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแล ตั้งแต่ รู้สึกช็อก ไม่ยอมรับ รู้สึกกลัว รู้สึกผิด การถดถอย การปฏิเสธ และเกิดการปรับตัวของผู้ดูแล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องของเด็ก และการยอมรับของสังคม (กุลยา, 2554) ซึ่งหากเด็กมีภาวะสมาธิสั้นร่วมด้วย ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กจะเพิ่มมากขึ้น หากผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล ขาดทักษะในการจัดการพฤติกรรมของเด็ก จะทำให้ผู้ดูแลยิ่งรู้สึกเหนื่อยล้า กัดดัน หงุดหงิด เครียด วิตกกังวล ที่ไม่สามารถควบคุมเด็กได้ และมักแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (จำนงจิตต์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของมิเรนด์รา (Miranda อ้างตามวิลเลอร์, 2558) พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดเป็นอย่างมากถึงร้อยละ 35 เมื่อถูกต่อต้าน ไม่เชื่อฟัง เช่นเดียวกับการศึกษาของคลอดี (2549) ที่ศึกษาเรื่องความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น พบว่าร้อยละ 68.8 มีความเครียดในการดูแลเด็กในระดับรุนแรง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นคือ ระดับปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกตลอดเวลาขณะอยู่ที่บ้าน (hyperactive) และหากผู้ดูแลเกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

จะทำให้รู้สึกผิดหวัง เศร้าโศก ทุกข์ใจอย่างมากที่ต้องรับภาระดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง (วรรณภา, 2551)

2. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว หนึ่งในปฏิภพของพ่อแม่เมื่อรับรู้ว่ามี ความบกพร่องทางสติปัญญา คือ การไม่ยอมรับและกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของคนอื่น ทั้งบุคคล ในครอบครัวหรือแม้แต่ทีมสุขภาพที่ทำคลอด และในระหว่างเลี้ยงดู ก็มักพบว่าเกิดการกล่าวโทษ ซึ่งกันและกันระหว่างบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดู โดยอาจกล่าวโทษว่าอีกฝ่ายเป็นสาเหตุของการ เจ็บป่วยของเด็ก หรือเกิดความขัดแย้งในวิธีการเลี้ยงดู หรืออาจเกิดการผลัดภาระในการดูแลไปให้ อีกฝ่ายหนึ่งทั้งหมด (ดลฤดี, 2549) และยังพบว่าบิดา มารดาของเด็กสมาธิสั้น มักมีความขัดแย้งกัน บ่อย ๆ และเมื่อบุตรคือหรือมีพฤติกรรมต่อต้านยิ่งทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีปัญหา เกิดความขัดแย้งรุนแรงมากขึ้น (วิไลพร, 2558) และจากการศึกษาในครอบครัวผู้ดูแลเด็กที่มีความ บกพร่องทางสติปัญญาพบว่า การที่ครอบครัวรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวที่มีความบกพร่องทาง สติปัญญานั้น นอกจากพ่อแม่จะมีปฏิภพที่แตกต่างกันแล้ว ยังเป็นสาเหตุให้ครอบครัวแตกแยก ด้วย (Dyson, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญแข (2542) ที่พบว่า คู่สมรสที่ตนเองมีบุตรพิการ จะรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย ระวังว่าคู่ครองจะทอดทิ้ง สภาพครอบครัวขาดความสุข และอาจเกิดการ หย่าร้างได้ง่าย

3. ด้านเศรษฐกิจ การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะ สมาธิสั้นมักส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น เช่น ค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมพัฒนาการและ การบำบัดรักษาต่าง ๆ การรับประทานยา การเดินทางเพื่อรับการตรวจรักษา การปรับพฤติกรรม ล้วนแต่เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายของครอบครัว จึงส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยพบว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมมากกว่าผู้ปกครอง ที่มีรายได้ของครอบครัวน้อย (ดลฤดี, 2549) และการศึกษาของรุ่งวิภา (2546) พบว่า ผู้ดูแลเด็ก สมาธิสั้นส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาขาดรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอในการดำเนินชีวิต ส่งผลต่อ ความร่วมมือในการรักษา อีกทั้งเด็กที่มีความบกพร่องเรื้อรังจะมีข้อจำกัดในการดูแลตัวเอง เด็กจึง ต้องการเวลาจากบิดามารดาและพี่น้องในครอบครัวค่อนข้างมาก เพื่อตอบสนองความต้องการที่ จำเป็นในการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลจึงต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กกลุ่มนี้มากกว่าเด็กปกติ ทั่วไป ทำให้การหารายได้ของครอบครัวลดลง (กุลยา, 2554)

4. ด้านสังคม ด้วยข้อจำกัดในการดูแลตนเองของเด็กที่มีความบกพร่องทาง สติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ทั้งจากพฤติกรรมชน อยู่ไม่นิ่ง ชอบปีนป่าย หรือทำกิจกรรมที่เสี่ยง อันตราย ทั้งที่การประสานงานของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ไม่ดี ทำให้มักประสบอุบัติเหตุบ่อย ๆ ผู้ดูแลจึง ต้องเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังอุบัติเหตุ คอยกำกับเรียกให้เด็กมีสมาธิ ผู้ดูแลต้องเสียสละ

เวลาอย่างมากในการดูแล ไม่มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ ไม่มีโอกาสได้พบปะเพื่อนฝูง สูญเสียบทบาททางสังคม ดังการศึกษาของรุ่งวิภา (2546) ที่พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 17.8 ต้องเสียสละความต้องการส่วนตัวบางประการในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดทำให้ประสบปัญหาด้านการปฏิบัติหน้าที่และการดำเนินชีวิตส่วนตัว อีกทั้งผู้ดูแลบางรายยังมีพฤติกรรมถดถอย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่พบในผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา เป็นพฤติกรรมที่ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับใคร พยายามแยกตัวออกจากสังคม หลีกเลี่ยงการออกนอกบ้านเพราะไม่ต้องการตอบคำถามเกี่ยวกับเด็กในความดูแลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา (อริยา, 2543)

สรุป ผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นนั้นมีทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ จากการขาดทักษะและความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลทำให้ไม่สามารถควบคุมเด็กได้ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว จากความขัดแย้งในวิธีการดูแลจนเกิดการกล่าวโทษกัน ด้านเศรษฐกิจ จากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งในด้านการรักษา ค่าเดินทางในการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ รายได้ที่ลดลงจากการดูแลเด็กจนไม่สามารถทำงานตามปกติได้ และด้านสังคม จากการเสียสละเวลาส่วนตัว ลดบทบาททางสังคม เพื่อการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด อีกทั้งผู้ดูแลบางรายมีพฤติกรรมถดถอย พยายามแยกตัวออกจากสังคม

ศูนย์การศึกษาพิเศษ และการจัดการศึกษาพิเศษของจังหวัดชายแดนภาคใต้

ศูนย์การศึกษาพิเศษ

ศูนย์การศึกษาพิเศษสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี, ยะลา, นราธิวาส) ได้จัดตั้งขึ้นตามประกาศของกระทรวงศึกษาธิการ (2543) เป็นสถานศึกษาในสังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ โดยมีเป้าประสงค์ให้เด็กที่มีความต้องการพิเศษในเขตพื้นที่บริการได้รับบริการการศึกษาอย่างทั่วถึง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 2 ซึ่งเป็นศูนย์การศึกษาพิเศษแห่งแรกและเป็นศูนย์กลางที่ให้การดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษครอบคลุมพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งอยู่ในจังหวัดยะลา โดยลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่ของจังหวัดยะลา เป็นภูเขา เนินเขาและหุบเขาพร้อมกับบริบทของการให้บริการที่กระจายทั่วสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้ยากต่อการให้ความร่วมมือในการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของผู้ปกครองเด็ก ในขณะที่ศูนย์มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้กับผู้ปกครองที่หลากหลายประมาณเดือนละ 1 ครั้ง แตกต่างจากอีก 2 ศูนย์ ซึ่งเป็นศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด ได้แก่

ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส เป็นศูนย์ที่รับนโยบายการศึกษาพิเศษต่อจากศูนย์การศึกษากลาง ใ้ให้บริการเฉพาะพื้นที่ในเขตรับผิดชอบทั้งจังหวัด โดยลักษณะพื้นที่ของทั้งสองจังหวัดเป็นที่ราบลุ่มติดทะเล มีหน่วยบริการทุกอำเภอ ทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ปกครองเด็กทุกครั้ง ซึ่งทั้งสองศูนย์จัดกิจกรรมให้ความรู้ในลักษณะที่เหมือนกันภาคการศึกษาละ 2 ครั้ง

ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส มีบทบาทเหมือนกันในด้านจัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ดังนี้ 1) จัดและส่งเสริม สนับสนุน การศึกษาในลักษณะศูนย์การบริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มเพื่อเข้าสู่โรงเรียนเรียนร่วม หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป 2) พัฒนาและฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ บุคลากรที่จัดการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ 3) จัดระบบส่งเสริม สนับสนุน และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ 4) จัดระบบบริการช่วงเชื่อมต่อสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ 5) ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยครอบครัวและชุมชน ด้วยกระบวนการทางการศึกษา 6) เป็นศูนย์ข้อมูล รวมทั้งจัดระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ 7) จัดระบบสนับสนุนการจัดการเรียนร่วมสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในจังหวัด และ 8) ภาระหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามที่ได้รับมอบหมาย (ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี, 2560; ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส, 2560)

การให้บริการเด็กที่มีความต้องการพิเศษของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีและจังหวัดนราธิวาสจำแนกความพิการเพื่อการศึกษาตามกระทรวงศึกษาธิการ โดยคณะอนุกรรมการคัดเลือกและแบ่งเด็กที่มีความบกพร่องเพื่อเข้ารับการศึกษาออกเป็น 9 ประเภท ดังนี้ 1) เด็กที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น 2) เด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน 3) เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา 4) เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว 5) เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ 6) เด็กที่มีความบกพร่องทางการพูดและภาษา 7) เด็กที่มีความบกพร่องด้านพฤติกรรม 8) เด็กออทิสติก และ 9) เด็กที่มีความพิการซ้อน โดยเด็กนักเรียนที่มารับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาสนั้นส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีทั้งนักเรียนที่มารับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ และรับบริการที่บ้าน ซึ่งเด็กนักเรียนเฉพาะที่มารับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี ปีการศึกษา 2560 มีจำนวนทั้งหมด 421 คน โดยเป็นกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมากที่สุด จำนวน 162 คน สำหรับศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส มีจำนวนเด็กเฉพาะที่มารับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ปีการศึกษา 2560 ทั้งหมด จำนวน 654 คน เป็นกลุ่มเด็กที่มีความ

บกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมากที่สุดเช่นกัน จำนวน 176 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มีนาคม 2560)

การจัดการศึกษาพิเศษ

ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส ให้บริการด้านการศึกษารูปแบบศูนย์บริการช่วยเหลือระยะแรกเริ่มของบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ โดยมีการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนแบบวอลดอร์ฟ เป็นลักษณะการศึกษาที่บูรณาการวิชาการไปกับกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีครูคอยดูแลและอำนวยความสะดวก เน้นการจัดบรรยากาศในการเรียนการสอนที่เน้นความงดงามของธรรมชาติทั้งในกลางแจ้งและในห้องเรียนโดยผ่านกิจกรรม 3 อย่าง คือ กิจกรรมทางกาย ผ่านอารมณ์ ความรู้สึก และผ่านการคิด เน้นการให้เด็กได้ใช้พลังทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นสติปัญญา ด้านศิลปะ และด้านการปฏิบัติอย่างพอเหมาะ โดยนักเรียนที่มีความต้องการพิเศษต้องได้รับการพัฒนาในส่วนของคุณลักษณะอันพึงประสงค์ 10 ข้อ ดังนี้ 1) ร่างกายเจริญเติบโตและมีสุขนิสัยที่ดี 2) กล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็กแข็งแรงและใช้ได้อย่างสัมพันธ์กัน 3) ร่าเริงแจ่มใส มีความสุขและมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น 4) มีคุณธรรม จริยธรรม มีวินัยในตนเองและมีความรับผิดชอบ 5) ช่วยเหลือตนเองได้เต็มศักยภาพ 6) สนใจต่อการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัว 7) เล่นและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ได้ 8) สื่อสารด้วยภาษาหรือวิธีการอื่น ได้ 9) มีความสามารถในการคิดและการแก้ปัญหาได้เต็มศักยภาพ 10) มีความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันได้เต็มศักยภาพ นอกจากนี้ยังมีการนำองค์ความรู้ในด้านอื่น ๆ มาใช้ในการจัดการเรียนรู้ให้มีความหลากหลายเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเด็กพิการ โดยให้ผู้ปกครองของเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อสามารถนำไปพัฒนาศักยภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับการดูแลผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษส่วนใหญ่จะให้การดูแลในด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็กที่มีความต้องการพิเศษด้านการศึกษา โดยจะมีการจัดอบรมให้คำปรึกษาผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษทุกประเภทรวมกันในเรื่องการเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ และการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านการศึกษา โดยจัดอบรมพบปะผู้ปกครองภาคการศึกษาละ 2 ครั้ง ในช่วงของการเปิดภาคเรียน 1 ครั้ง และห่างกันประมาณ 3 เดือน อีก 1 ครั้ง เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจให้ผู้ปกครองสามารถฟื้นฟูเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป และอาจด้วยข้อจำกัดในการติดต่อประสานกับทีมบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ศูนย์การศึกษา

พิเศษประจำจังหวัดปัตตานีและจังหวัดนราธิวาส มีการจัดอบรมผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านสุขภาพน้อยมาก โดยวิทยากรส่วนใหญ่ที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นบุคลากรทางการศึกษาประจำศูนย์การศึกษาพิเศษ

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในบริบทของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบการให้บริการด้านความรู้กับผู้ดูแลบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งหมายรวมถึงเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactive disorder) โรคออทิสติก (autistic disorders) โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disorders) และโรคบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disabilities) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสม ขจัดความคิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง โดยผ่านกระบวนการให้ข้อมูล ความรู้ และการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเฉพาะโรค รวมถึงการประคับประคองด้านจิตใจ ผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวให้ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (กรมสุขภาพจิต, 2553; Anderson et al., 1986) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแล พบว่ามีการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลโดยใช้แนวคิดต่าง ๆ ดังนี้

แนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1986) เป็นรูปแบบการให้ความรู้และทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นแบบประคับประคอง เน้นครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้รักษากับครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา 4) การพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด และ 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดของวิลเลียม (William, 1989) เป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการ

เจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วย และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้

แนวคิดของเซอร์แมน (Sherman, 2006) เป็นรูปแบบของกลุ่มให้ความรู้ครอบครัว เฉพาะญาติผู้ป่วย มีเป้าหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับญาติผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ญาติมีความเป็นอยู่ที่ดี ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตเวช 2) การฝึกทักษะต่าง ๆ ให้กับญาติผู้ดูแล เช่น ทักษะการสื่อสารสำหรับสมาชิกในครอบครัว 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการให้การดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช และ 4) การเผชิญกับครอบครัว เพื่อน และผู้ให้การรักษา เช่น การเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต

แนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2553) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย และลดโอกาสการกำเริบของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) ความรู้เรื่องโรคจิตเภทอาการและสาเหตุ 3) ความรู้เรื่องโรคจิตเภทการรักษาและการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท 4) ความรู้สึกและความคาดหวังของผู้ดูแลต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 5) การสื่อสารในครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 6) บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 7) การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และ 8) กลุ่มเปิดใจ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1986) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่นำไปใช้สร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังมากที่สุดเช่นเดียวกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ที่ต้องให้การดูแลในระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย และท้อแท้ต่อการทำหน้าที่ได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแนวคิดดังกล่าวนอกจากการให้บริการด้านความรู้แล้วยังช่วยในเรื่องการประคับประคองด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังให้มีกำลังใจในการดูแลมากขึ้น ช่วยสร้างเครือข่ายให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สามารถเผชิญความเครียดและแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยด้วยความรู้และความมั่นใจในการทำหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ

สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1986) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล โดยการให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย หรือให้ความรู้กับผู้ดูแลร่วมกับผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการดูแล ซึ่งจะช่วยสร้างความร่วมมือที่ดีระหว่างผู้รักษากับผู้ดูแล มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ มีศักยภาพในการเผชิญความเครียด และจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการประคับประคองด้านจิตใจของผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติกรดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยเนื้อหาในการให้สุขภาพจิตศึกษา 5 ด้าน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ (joining) คือการที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแล หรือครอบครัวผู้ป่วย โดยการทำความรู้จักให้คุ้นเคยกับผู้ดูแล และเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยและการเจ็บป่วย แสดงถึงความห่วงใย ความเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ มีความหวังและยอมรับในตัวผู้รักษา รวมถึงการเตรียมผู้ดูแลให้ทราบถึงการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความพร้อมและยินดีเข้าร่วมในกิจกรรมต่อไป

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (education) คือการที่ผู้รักษาให้ความรู้แก่ผู้ดูแล หรือครอบครัวผู้ป่วยทางจิตเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงสาเหตุ อาการ ผลกระทบจากความเจ็บป่วย และการดูแลรักษา ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยรับรู้และยอมรับข้อจำกัดของผู้ป่วย ตลอดจนยินดีให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ขจัดความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแลโดยให้มีความคาดหวังอยู่บนพื้นฐานของความจริง ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย โดยอาจจัดเป็นรูปแบบการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการดูแล (survival skill workshop) และสามารถปรับเนื้อหาของความรู้ได้ตามสภาพปัญหาและความเหมาะสมของสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรม

3. การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) คือการที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ดูแล หรือครอบครัวผู้ป่วยทางจิตในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหา หรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยการสร้างข้อตกลงในการเคารพขอบเขตของบุคคล ฝึกครอบครัวให้รู้จักปฏิบัติต่อผู้ป่วยในยามวิกฤต เพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4. การพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด (coping skills) การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วยทางจิตในการหาแนวทางจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โดยหาสาเหตุของความเครียด ซึ่งอาจเกิดจากมีสิ่งเร้าให้เกิดอาการเตือนเริ่มแรก ส่งเสริมให้แก้ปัญหาที่สาเหตุอย่างเป็นระบบ สนับสนุนวิธีการแก้ไขความเครียดที่เคยใช้แล้วได้ผลดีในครั้งก่อน ๆ หยุดหรือลดปฏิสัมพันธ์หรือกิจกรรมที่เพิ่มความเครียด

5. การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยเริ่มจากการจัดการด้านการสื่อสารขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวก่อน เพื่อช่วยให้การสื่อสารในครอบครัวมีประสิทธิภาพและช่วยสร้างเครือข่ายทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยให้กว้างขึ้น เนื่องจากครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตมักมีเครือข่ายทางสังคมที่แคบ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ทั้ง 5 ด้านร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นและผนวกหลักศาสนาอิสลามในทุกขั้นตอนของการให้สุขภาพจิตศึกษา นำมาดัดแปลงและสร้างเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม เพื่อให้บริการด้านความรู้ ฝึกทักษะ และประคับประคองจิตใจผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นให้สอดคล้องกับลักษณะและวิถีชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นมุสลิม

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลพบว่า มี 2 รูปแบบ ได้แก่ สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลรายบุคคล และสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลรายกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลสำหรับผู้ดูแล เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิต โดยมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เกิดการยอมรับ และมีทักษะการเผชิญความเครียดตลอดจนการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นการศึกษาในต่างประเทศ พบการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 2015) ใช้รูปแบบสุขภาพจิตศึกษารายบุคคลสำหรับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยการให้ความรู้และสร้างแรงบันดาลใจทางความคิด

ด้วยการแจกหนังสือ “พรในชีวิตประจำวัน” ให้กลุ่มทดลองกลับไปอ่านที่บ้านในระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีการกระตุ้นย้ำเตือนการอ่านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดลดลง และในประเทศไทย พบการศึกษาของจิราพร (2549) ใช้รูปแบบสุขภาพจิตศึกษารายบุคคลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 กิจกรรม 5 สัปดาห์ โดยกิจกรรมมุ่งความสำคัญที่การให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลหลักและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

2. การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มสำหรับผู้ดูแล เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ เป็นรายกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิต โดยมุ่งเน้นเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์โดยตรงจากการดูแลของสมาชิกภายในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกร่วมกันค้นหาเหตุผล ช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยทางจิต ซึ่งพบการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบรายกลุ่มทั้งในและต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในต่างประเทศของเฟอร์รินและคณะ (Ferrin et al., 2014) และการศึกษาของไบและคณะ (Bai et al., 2015) ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยการจัดกิจกรรมให้กลุ่มผู้ดูแลมีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้น ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญและฝึกทักษะการดูแลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ ตลอดระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ รวมถึงมีการสร้างกลุ่มออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตแบบกลุ่มปิดสำหรับผู้ดูแลกลุ่มทดลอง เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางอินเทอร์เน็ต โดยหลังการทดลองพบว่า อาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (Ferrin et al., 2014) และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (Bai et al., 2015) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่มสำหรับผู้ดูแลเด็กออทิสติก (สุภาวดี, 2550) โดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลเด็กออทิสติกผ่านกระบวนการกลุ่ม ๆ ละ 15 คน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 2-3 ชม. ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตภินันท์ (2553) ใช้รูปแบบกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยจัดกิจกรรมกลุ่มละ 8-10 คน ตามแผนการสอน 6 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1-2 ชม. สัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวมเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีความรู้สึกเป็นตราบาปลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม และการศึกษาของอนุชา (2558) ที่ศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นรายกลุ่ม 14 คน ตามแผนการสอนจำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลา 90 – 120 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีระดับความรู้และทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแล มีการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยพบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลแบบรายกลุ่มมากกว่ารายบุคคล ซึ่งมีการทำกลุ่มตั้งแต่กลุ่มละ 8 - 15 คน จำนวน 4-6 ครั้ง ทำกิจกรรมตั้งแต่สัปดาห์วันสัปดาห์ถึงสัปดาห์ละ 2 ครั้ง สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยเลือกการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นแบบรายกลุ่ม เนื่องจากบริบทพื้นที่ที่มักจะมีการจัดกิจกรรมในรูปแบบกลุ่ม สืบเนื่องจากศาสนาอิสลามสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องที่มีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตภายใต้กรอบของศาสนา โดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 13-15 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมามีขนาดกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาของการให้สุขภาพจิตศึกษาดังกล่าวสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ และการให้สุขภาพจิตศึกษาในเวลาที่ยาวนานเกินไปอาจส่งผลต่อความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมตลอดโปรแกรม

หลักศาสนาอิสลาม

การดำเนินชีวิตของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามหรือที่เรียกว่า “มุสลิม” มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นกับศาสนาจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ สิ่งที่มุสลิมปฏิบัติล้วนมีต้นกำเนิดมาจากศาสนา เพราะมุสลิมยึดคัมภีร์อัลกุรอานเป็นทางนำ และใช้การดำเนินชีวิตของท่านนบีมุฮัมมัด (ซ.ล.) ตามรายงานหะดีษเป็นแม่บทในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทุกกิจกรรมหรือการปฏิบัติของมุสลิมจึงปฏิเสธไม่ได้ว่าศาสนาเข้ามามีอิทธิพลในการดำเนินชีวิตตั้งแต่ต้นจนจบ ประกอบด้วย 3 หลักสำคัญ ได้แก่ หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักจริยธรรม (มัสลิน, 2552; สماعيل, 2545; เสาวนีย์, 2535) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. หลักศรัทธา (รากนอิมาน)

เป็นการทำความดีโดยการยึดมั่นทางจิตใจ เมื่อกระทำแล้วทำให้เกิดความสุขอึดใจใจที่ได้ทำตามความประสงค์ของอัลลอฮ์ (ช.บ.) เป็นหลักการที่มุสลิมทุกคนต้องยึดมั่น และศรัทธาในจิตใจ โดยไม่มีข้อสงสัยหรือข้อโต้แย้งใด ๆ ทั้งสิ้น ประกอบด้วย 6 ประการ ดังนี้ (เสาวนีย์, 2535)

1.1 ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) หมายถึง การเชื่อมั่นและยอมรับอย่างเด็ดขาดในสรรพสิ่งที่อัลลอฮ์ (ช.บ.) ทรงบอกแจ้งเกี่ยวกับพระองค์ รวมทั้งแนวทางและเหตุผลแห่งพระองค์ ในการสร้าง บริหาร และควบคุม ตลอดจนสิทธิของพระองค์เหนือปวงบ่าวในสากลโลก โดยไม่ตั้งสิ่งใดเป็นภาคี เป็นสิ่งแรกที่ครอบครัวต้องปลูกฝังให้ลูกหลาน เพื่อให้ได้รู้ที่มาของตนเอง รู้จักพระเจ้า และรู้จุดหมายปลายทางของชีวิต ซึ่งความเข้าใจในหลักศรัทธาต่อพระเจ้านี้จะเป็นทั้งทางนำและเป็นสิ่งที่คอยควบคุมพฤติกรรมให้ประพฤติปฏิบัติแต่ในสิ่งที่ดีงาม (สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545)

1.2 ศรัทธาต่อบรรดามาลาอิกะฮ์ (เทวดา) หมายถึง การเชื่อมั่นและยอมรับอย่างเด็ดขาดว่ามาลาอิกะฮ์เป็นสิ่งถูกสร้างขึ้นในบรรดาสรรพสิ่งที่อัลลอฮ์(ช.บ.) ทรงสร้าง รวมถึงการเชื่อและยอมรับว่ามาลาอิกะฮ์เป็นบ่าวที่ซื่อสัตย์ของอัลลอฮ์(ช.บ.) ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างพระเจ้ากับมนุษย์หรือศาสดา โดยมีหน้าที่เฉพาะที่แตกต่างกันดังระบุในอัลกุรอานและหะดีษ เช่น นำโองการแห่งพระเจ้ามาสู่บรรดาศาสดา ฝ้าประตูนรก-สวรรค์ คอยบันทึกพฤติกรรมของมนุษย์ โดยเฉพาะในเรื่องการทำความดี ความชั่ว เพื่อเป็นหลักฐานในวันพิพากษา ซึ่งผลของการศรัทธาในข้อนี้จะทำให้มุสลิมกระทำแต่ความดี ละเว้นความชั่ว เพราะเชื่อว่าทุกคนมีมาลาอิกะฮ์คอยติดตามบันทึกทุกการกระทำ (เสาวนีย์, 2535)

1.3 ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์ หมายถึง การศรัทธาต่อบรรดาคัมภีร์ทั้งหมด 104 เล่ม จากอัลลอฮ์ (ช.บ.) ที่ได้ประทานเป็นเครื่องชี้นำทางแก่มวลมนุษยชาติ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อเป็นหลักยึดเหนี่ยวและเป็นธรรมนูญในการดำเนินชีวิตของประชาชาตินั้น ๆ และประชาชาติของท่านนบีมุฮัมมัด(ช.บ.) ได้รับความรู้จากอัลกุรอานซึ่งเป็นคัมภีร์เล่มสุดท้ายที่ประมวลไว้ด้วยศาสตร์ต่าง ๆ ที่เอื้อประโยชน์อย่างสมบูรณ์ต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ หลักการแห่งอัลกุรอานมีความเป็นสากลสามารถปรับได้กับทุกยุคทุกสมัย ประชาชาติมุสลิมจึงยึดถืออัลกุรอานเป็นบรรทัดฐานในการประกอบกิจการงานทุกอย่าง นอกจากนี้แล้วการอ่านและฟังอัลกุรอานยังเป็นวิธีของการรำลึกถึงอัลลอฮ์(ช.บ.) ที่ทำให้มุสลิมมีความใกล้ชิดกับพระองค์มากขึ้น และจากการศึกษาของนายแพทย์ อะฮ์เหม็ด เอล กอดี แห่งเมืองฟลอริดา พบว่า การฟังอัลกุรอานมีผลทางสรีระวิทยาคือ ทำให้ภาวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตดีขึ้น พร้อมกับมีการคลายตัวของกล้ามเนื้อด้วย ไม่ว่าจะ

ผู้ฟังจะเป็นมุสลิมหรือไม่ สอดคล้องกับการยืนยันถึงการบำบัดในอัลกุรอาน ความว่า“และเราได้ให้ส่วนหนึ่งของอัลกุรอานลงมาซึ่งเป็นการบำบัดแก่บรรดาผู้ศรัทธา และมันมิได้เพิ่ม อันใดแก่พวกอธรรม นอกจากการขาดทุนเท่านั้น” (อิสมาอีล, 2552)

1.4 ศรัทธาต่อบรรดาอหฺลุล (ศาสนทูต) หมายถึง การยอมรับและเชื่อมั่นบุคคลในหมู่มนุษย์ที่อัลลอฮฺ (ช.บ.) คัดเลือกจากความเป็นคุณธรรม ซื่อสัตย์และฉลาดรอบรู้ให้เป็นผู้สื่อสารนำหลักธรรมคำสอนหรือคัมภีร์จากพระองค์สู่มวลมนุษยชาติ ซึ่งนบีมุฮัมมัด (ช.ล.) เป็นรอซูลท่านสุดท้ายของอัลลอฮฺ (ช.บ.) ที่มุสลิมจะต้องเจริญรอยตามและปฏิบัติตามคำสอนของท่าน มุสลิมผู้ศรัทธาจึงมั่นใจในการประกอบกิจการในแต่ละวันตามแบบอย่างที่ดีของท่านรอซูล เช่น เรื่องมารยาทในการใช้ชีวิตประจำวันต่าง ๆ การทำงาน การแต่งงาน การเลี้ยงดูบุตร หรือแม้แต่การปกป้องเพื่อนมนุษย์จากสิ่งเลวร้าย เป็นต้น เพราะทุกการปฏิบัติของท่านรอซูลไม่ได้ปฏิบัติตามอารมณ์ แต่ปฏิบัติตามหลักบัญญัติแห่งคัมภีร์อัลกุรอานที่ได้รับการประทานจากอัลลอฮฺ (ช.บ.) (เสาวนีย์, 2535)

1.5 ศรัทธาในวันพิพากษาหรือวันสิ้นโลก หมายถึง การเชื่อและยอมรับว่าโลกนี้ไม่จริงยั่งยืนจะต้องมีวันแตกสลาย และมุสลิมทุกคนจะฟื้นคืนชีพอีกครั้งเพื่อรับคำพิพากษาและผลตอบแทนจากการกระทำตอนที่อยู่บนโลกนี้ มุสลิมผู้ศรัทธาจึงตระหนักยิ่งในหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่ออัลลอฮฺ (ช.บ.) เขาจะขอบคุณพระองค์ และแบ่งปันให้เพื่อนมนุษย์เมื่อยามสุข และจะอดทนรำลึกถึงพระองค์ยามทุกข์ ยามป่วย หรือเมื่อประสบเคราะห์กรรมต่าง ๆ เพราะเขาเชื่อว่าเป็นเพียงบททดสอบความอดทนและการศรัทธาต่อพระองค์ เพื่อรับผลตอบแทนการกระทำในโลกนี้อีกครั้งในวันพิพากษา (มัสลิน, 2552)

1.6 ศรัทธาต่อกฎกำหนดสภาพการณ์ หมายถึง การเชื่อมั่นในบังคับดาลของอัลลอฮฺ (ช.บ.) เชื่อและยอมรับว่าสรรพสิ่งทั้งหลายในสากลจักรวาลนี้ล้วนเกิดขึ้นและดำเนินไปตามกฎเกณฑ์พระองค์ การศรัทธาในข้อนี้เป็นพลังที่ทำให้มุสลิมมีความกระตือรือร้น กล้าที่จะเผชิญกับความยากลำบากโดยไม่กลัวต่ออำนาจใดๆ นอกจากอัลลอฮฺ(ช.บ.) ในขณะที่เดียวกันกิจการงานต่างๆ จะสำเร็จหรือเกิดผลได้ต้องมีการกระทำ ไม่ใช่การอยู่เฉย ๆ รอให้เกิดขึ้นเองด้วยลิขิตของอัลลอฮฺ (ช.บ.) การศรัทธาในข้อนี้ทำให้มุสลิมไม่กล้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องเคราะห์กรรม โชคลางไสยศาสตร์ หรือภูตผีปิศาจต่างๆ ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วย มุสลิมจะแสวงหาการบำบัดรักษาที่ถูกต้องตามหลักการแพทย์ที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา ร่วมกับการขอคูอาฮ์ (ขอพร/วิงวอน) จากอัลลอฮฺ (ช.บ.) เพราะการหายจากโรคขึ้นอยู่กับความประสงค์ของพระองค์ (สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545)

สำหรับหลักศรัทธาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) การรำลึกถึงอัลลอฮฺ (ช.บ.) นำไปใช้ในกิจกรรม “เรียนรู้ร่วมกันด้วยหัวใจอิสลาม” “ยอมรับและเรียนรู้การ

จัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กตามวิถีอิสลาม” “เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม” และกิจกรรม “พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม” ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเข้าใจและยอมรับได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นไปตามความประสงค์ของอัลลอฮ์ (ช.บ.) อย่างไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลให้มีจิตใจที่สงบ (คำรง, 2548) ยอมรับตนเองและธรรมชาติของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นได้ ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและผู้ป่วยที่เหมาะสม ดังการศึกษาของมัจรีนา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ดูแลที่ใช้การรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) จากหลักศรัทธาที่เชื่อว่าพระองค์ทรงเป็นผู้กำหนดทุกสิ่งทุกอย่าง ส่งผลให้เกิดการยอมรับในผู้ป่วยและการทำหน้าที่ของตนเอง มีความหวังในการขอความช่วยเหลือจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) ไม่ย่อท้อต่อสถานการณ์ที่ประสบ พยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้สำเร็จ นำไปสู่ความมั่นใจและการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า และ 2) การขอคู่ออ์ นำไปใช้ในกิจกรรม “เรียนรู้ร่วมกันด้วยหัวใจอิสลาม” “ยอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กตามวิถีอิสลาม” และกิจกรรม “พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม” เป็นวิธีการแสวงหาการปกป้องคุ้มครองจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) เพื่อให้พ้นวิกฤตหรือความทุกข์ยากลำบาก (มัสลิน, 2552) เพื่อช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลในผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกละมุนคลาย รู้สึกมั่นคงด้านจิตใจ มีความมั่นใจและเป็นพลังทางจิตวิญญาณในการต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแล ดังการศึกษาของฮัสซุเน-ฟิลลิปส์ (Hassouneh-Phillips, 2003) ซึ่งศึกษาในสตรีมุสลิมที่ได้รับการทารุณกรรมทางเพศ จะใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการขอคู่ออ์จากอัลลอฮ์ (ช.บ.) และ การศึกษาของมัจรีนา (2558) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ดูแลที่ใช้การขอคู่ออ์ เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดความสบายใจ รู้สึกมั่นใจว่าอัลลอฮ์ (ช.บ.) จะตอบแทนให้ประสบความสำเร็จในการดูแล

2. หลักปฏิบัติ (รูกนอิสลาม)

เป็นการปฏิบัติเพื่อยืนยันความศรัทธา มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยขัดเกลาจิตใจของตนเองให้สะอาดบริสุทธิ์ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือความโปรดปรานจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) โดยหลักปฏิบัติที่มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดประกอบด้วย 5 ประการ ดังนี้ (สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545; เสาวนีย์, 2535)

2.1 การปฏิบัติตน เป็นการประกาศตนว่ายอมรับนับถือศาสนาอิสลามอย่างสมบูรณ์ เป็นการกล่าวทั้งวาจาและใจว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นนอกจากอัลลอฮฺ(ช.บ.) และท่านนบีมุฮัมมัด(ช.ล.) เป็นศาสนทูตแห่งอัลลอฮฺ” เปรียบเสมือนคำพูดที่คอยเตือนใจให้กระทำแต่สิ่งที่ดีงาม เป็นอีกวิธีการของการรำลึกถึงอัลลอฮฺ(ช.บ.) ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความเชื่อมั่นในทุกการทำงานว่าพระองค์จะอยู่เคียงข้างคอยช่วยเหลือตลอดเวลา (เสาวนีย์, 2535)

2.2 การละหมาด เป็นการปฏิบัติที่มีรูปแบบโดยมีอิริยาบถต่าง ๆ และจิตใจมุ่งสู่อัลลอฮฺ (ช.บ.) วันละอย่างน้อย 5 เวลา เพื่อยืนยันความศรัทธาและคำสัจย์ปฏิญาณ เปรียบเสมือนเครื่องหมายแสดงถึงความยำเกรงและขอบคุณอัลลอฮฺ(ช.บ.) การละหมาดเป็นการขัดเกลาจิตใจให้บริสุทธิ์ ฝึกจิตใจให้มีสมาธิ มีความสงบ ผ่อนคลายจากสิ่งรุมเร้าต่าง ๆ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่จิตใจ อีกทั้งทำทางการเคลื่อนไหวอย่างมีจังหวะของการละหมาด ทั้งการ โค้ง ก้ม กราบ ยืน และนั่ง ในระยะเวลาที่เหมาะสมยังเป็นการขยับที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลายได้ (อิสมาอีล, 2552)

2.3 การถือศีลอด เป็นหลักปฏิบัติที่อิสลามกำหนดให้มุสลิมทุกคนที่ศรัทธาและมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปฏิบัติโดยการงดเว้นจากการกิน การดื่ม การมีเพศสัมพันธ์ และการอดกลั้นอารมณ์ใฝ่ต่ำทั้งหลายทั้งร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่ดวงอาทิตย์ขึ้นจนกระทั่งดวงอาทิตย์ตก เป็นการฝึกฝนให้ผู้ปฏิบัติมีความอดทนต่อสิ่งยั่ววนต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจทั้งที่ลับและที่แจ้ง โดยบังคับปฏิบัติในเดือนรอมฎอนของทุกปี เพื่อแสดงถึงความเสมอภาคในบรรดาผู้ศรัทธาด้วยกัน ให้ทุกคนได้เข้าใจความรู้สึกของคนยากจนว่าเป็นเช่นไร จะได้มีการแบ่งปันและช่วยเหลือซึ่งกันและกันต่อเพื่อนมนุษย์ (สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545)

2.4 การบริจาคทาน เป็นข้อปฏิบัติของหลักเศรษฐศาสตร์อิสลามที่ช่วยลดช่องว่างของความแตกต่างในฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นอีกวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาความยากจน โดยให้ผู้ที่มั่งคั่งได้ตระหนักถึงหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งบังคับจ่ายในทุก 1 ปี สำหรับมุสลิมที่มีทรัพย์สินเงินทองครบตามที่กำหนด อันเป็นการแสดงความเคารพต่ออัลลอฮฺ (ช.บ.) โดยผ่านทาง การช่วยเหลือสังคม ทั้งยังเป็นการสร้างความจำเริญงอกงามให้แก่ส่วนที่เหลือของทรัพย์สินที่ได้จ่ายไป ตลอดจนช่วยชำระกิเลสของผู้บริจคนั้นด้วย (มัสลัน, 2552)

2.5 การประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นหลักปฏิบัติแต่เฉพาะผู้ที่มีความสามารถเพียงพอต่อการปฏิบัติ 1 ครั้งในชีวิต กล่าวคือ เป็นผู้ที่มีความสามารถพร้อมในด้านกำลังกายคือสุขภาพที่แข็งแรงและกำลังทรัพย์ที่เพียงพอในการจ่ายโดยไม่เป็นหนี้สินและสร้างความลำบากให้ครอบครัว เป็นการสร้างมิตรภาพ ความสามัคคีและแสดงความเสมอภาคระหว่างมุสลิมทั่วทุกมุมโลก โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ อัลลอฮฺ(ช.บ.) (เสาวนีย์, 2535)

สำหรับหลักปฏิบัติที่นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) การละหมาดนำไปใช้ในกิจกรรม “พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม” เป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความเคารพ และเป็นอีกวิธีของการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ช่วยให้จิตใจสงบ รวมถึงเป็นการฝึกเอาชนะใจตัวเอง ให้มีความหนักแน่น อดทนต่อสิ่งรอบข้าง ซึ่งความไพเราะของคัมภีร์อัลกุรอานร่วมกับท่าทางการเคลื่อนไหวอย่างมีจังหวะของการละหมาด ในระยะเวลาที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ที่ละหมาดรู้สึกผ่อนคลาย หลังละหมาดจะมีการขอดุอาอ์ เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ เพิ่มพลังกายและพัฒนาความคิด (คำรงค์, 2548; อิศมาอิล, 2552) ดังนั้นผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามที่เครียดหรือวิตกกังวลกับการทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นสามารถสร้างความหนักแน่น สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ลดความเครียดหรือความวิตกกังวล เพิ่มพลังกายและพลังทางจิตวิญญาณด้วยการละหมาด ดังเช่นการศึกษาในมุสลิมที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มุสลิมที่มีภาวะซึมเศร้าใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยการละหมาด (Loewenthal, Cinnirella, Edvoka & Murphy อ้างตามสุซาดา, 2552)

3. หลักจริยธรรม (อิหฺซาน)

เป็นการปฏิบัติและการแสดงออกที่อิงมาในการดำเนินชีวิตประจำวันตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม เพื่อยกระดับคุณค่าของความเป็นมนุษย์ให้สูงขึ้น มีความสำคัญในเรื่องการจัดความสัมพันธ์ภายในสังคม ผู้ที่มีจริยธรรมที่ดีย่อมเป็นที่นับถือแก่ผู้พบเห็น ดังที่ท่านนบีมุฮัมมัด (ช.บ.) ได้กล่าว ความว่า “ผู้ที่ประเสริฐสุดในบรรดาผู้ศรัทธา คือ ผู้ที่มีจรรยาบรรณที่ดีที่สุดในพวกเขา” ซึ่งเกิดจากคำสอนและการแสดงแบบอย่างการดำเนินชีวิตของท่าน โดยการปฏิบัติตามแนวทางของท่านก็เหมือนการปฏิบัติตามคำบัญชาของอัลลอฮ์ (ช.บ.) หลักจริยธรรมที่จำเป็นต้องนำไปปฏิบัติประกอบด้วย 4 ประการ ดังนี้ (มัสลัน, 2552; เสาวนีย์, 2535; อาชีซัน, 2555)

3.1 จริยธรรมต่ออัลลอฮ์(ช.บ.) คือ การศรัทธาเคารพภักดีต่ออัลลอฮ์(ช.บ.) และปฏิบัติตามแนวทางที่พระองค์ทรงกำหนดด้วยความบริสุทธิ์สุจริต ดังคำรัสของพระองค์ในอัลกุรอาน ความว่า “โอ้ผู้ศรัทธาทั้งหลายจงยำเกรงต่ออัลลอฮ์อย่างแท้จริงเถิด และพวกเจ้าจงอย่าตายเด็ดขาดนอกจากในฐานะผู้มอบน้อม” (มัสลัน, 2552)

3.2 จริยธรรมต่อท่านศาสดา คือ การให้ความเคารพต่อท่านนบีมุฮัมมัด (ช.ล.) เชื้อพึงและปฏิบัติตามแบบอย่างของท่าน เพราะอัลลอฮ์ได้ตรัสในอัลกุรอาน ความว่า “และเราได้ส่งเจ้า (มุฮัมมัด) มาเพื่ออื่นใด เว้นแต่เป็นผู้แจ้งข่าวดีและเป็นผู้ตักเตือนแก่มนุษย์ทั้งหลาย” (อาชีซัน, 2555)

3.3 จริยธรรมต่อบุคคลอื่น ได้แก่ การกตัญญูรู้คุณ การนอบน้อมถ่อมตน การทำความดี การละอายต่อบาป และการมีสัจจะ เป็นปัจจัยสำคัญในการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในสังคมอย่างมีความสุข (เสาวนีย์, 2535)

3.4 มารยาทในชีวิตประจำวัน ได้แก่ มารยาทในการทักทาย มารยาทในการขออนุญาต มารยาทในการพูด และมารยาทในการกินและการดื่ม เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสามัคคีในหมู่คณะ ซึ่งให้ถือแบบอย่างของท่านศาสนทูตมุฮัมมัด (ช.ล.) (อาซีซัน, 2555)

สำหรับหลักจริยธรรมที่นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษารักรังนี้ ได้แก่ 1) การระงับโกรธหรือข้อบ้ร นำไปใช้ในกิจกรรม “พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กตามวิถีอิสลาม” เป็นหลักจริยธรรมต่อบุคคลในการอดทนอดกลั้นต่อความโกรธที่มุสลิมใช้ในการดำเนินชีวิตเมื่อต้องประสบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ยากลำบากต่าง ๆ เนื่องจากความโกรธเป็นการแสดงออกถึงความขาดสติในการแก้ไขปัญหา ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจสร้างความเดือดร้อนกับผู้อื่นโดยไม่มีเหตุผล (ดำรง, 2548; อิศมาอิล, 2552) ดังนั้นผู้ดูแลที่ข้อบ้รหรือนำหลักการระงับโกรธมาใช้ในการดูแลจะทำให้สามารถควบคุมความคิด จิตใจ และอารมณ์ของตนเองได้ มีสติในการวางแผนการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้โดยไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับตนเองและผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของมัจรีนา (2558) ที่ศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ดูแลที่นำการข้อบ้ร (การระงับโกรธ) ตามแบบอย่างของท่านศาสดา ทำให้มีความหนักแน่นสามารถยอมรับสภาพความยากลำบากและระงับอารมณ์การข้วยุ ส่งผลให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าด้วยความรักความเข้าใจ และ 2) มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ นำไปใช้ในกิจกรรม “ให้สลาม แล้วเราจะรักกัน” และกิจกรรม “มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์” เป็นส่วนหนึ่งของมารยาทในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การให้สลาม, การขออนุญาต, และมารยาทในการพูด เป็นแนวทางที่ท่านนบีมุฮัมมัด (ช.ล.) ประพฤติปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคม (อาซีซัน, 2555) ดังการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามของมัจรีนา (2558) พบว่า การสร้างสัมพันธภาพด้วยการทักทายตามมารยาทการสื่อสารอิสลาม ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมรู้สึกถึงความเป็นพี่น้องมุสลิม เกิดความเป็นกันเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจ กล้าพูดคุยเปิดเผยตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลที่นำมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์มาใช้จะทำให้ผู้ดูแลรู้จักกาลเวลาในการสื่อสารให้เหมาะสม มีทักษะในการสื่อสารเพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจความต้องการของตนเองที่ไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างการสื่อสารที่ดีให้เด็กที่อยู่ในความดูแลนำไปใช้ในการใช้ชีวิตประจำวันได้

พฤติกรรมการณ์ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

ความหมายของพฤติกรรมการณ์ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

พฤติกรรมการณ์ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือ และตอบสนองความต้องการ การดูแลที่จำเป็นของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่อยู่ภายใต้ความ รับผิดชอบให้สามารถดำรงชีวิตตามศักยภาพของตนเองได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด

พฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ที่นับถือศาสนาอิสลาม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น โดยผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามยังไม่พบการศึกษา โดยตรง ผู้วิจัยจึงได้ทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์จากเอกสาร ตำรา วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น และการดูแลเด็กที่มีภาวะดังกล่าว (กุลยา, 2554; ทศนวัต, 2554; นภัทร, 2550; วรรณณา, 2551; สถาบันราชานุกูล, 2557; สนธยา, 2550) ร่วมกับหลักศาสนาอิสลาม (คำรง, 2548; สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545; เสาวนีย์, 2535) สรุปได้ว่าการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลควรให้การดูแลนั้นประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมด้านโภชนาการอาหารและน้ำ 2) การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด เรียบร้อยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ 3) การส่งเสริมด้านการเรียน 4) การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 5) การฝึกทักษะทางสังคม 6) การดูแลด้านจิตใจ และ 7) การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทุกการปฏิบัติการดูแลทั้ง 7 ด้าน ของผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมต้องอยู่ภายใต้กรอบของหลักศาสนาอิสลาม ได้แก่ หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักจริยธรรม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การส่งเสริมด้านโภชนาการอาหารและน้ำที่ฮาลาล เป็นการปฏิบัติการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นในเรื่องการบริโภคอาหารและน้ำที่อิสลามอนุมัติให้รับประทานได้ให้สมดุลด้วยคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 6-18 ปี เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางสมอง ร่างกาย และจิตใจ

เจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเรียนรู้อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่ชีวิตที่มีคุณภาพ ในอนาคต (มยุรา, 2555) และด้วยลักษณะพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ชอบเล่นตลอดเวลา ทำให้ไม่สนใจ เรื่องการรับประทานอาหาร อีกทั้งความบกพร่องทางสติปัญญาที่พบร่วมกับภาวะสมาธิสั้นบางราย อาจมีพัฒนาการล่าช้า กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ต่อต้านการรับประทานอาหาร มีโอกาสเกิดภาวะ ทูพโภชนาการสูงกว่าเด็กปกติทั่วไป (กุลยา, 2554) ผู้ดูแลจึงควรส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มี พลังงานสูง ๆ มีสารอาหารครบถ้วน 5 หมู่ และครบทั้ง 3 มื้อในแต่ละวัน รวมถึงการส่งเสริมการดื่มน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นมุสลิม นอกจากการดูแลให้เด็กที่มีภาวะดังกล่าวได้รับอาหารและน้ำตามหลักโภชนาการแล้วยังต้อง คำนึงถึงหลักในการบริโภคของอิสลาม ซึ่งจะมีผลต่อพัฒนาการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่

- 1) อาหารฮาลาล คือ อาหารที่อิสลามอนุมัติให้บริโภคได้ โดยมีกระบวนการและขั้นตอนที่ถูกต้อง ตามหลักศาสนา เช่น การเชือดที่ถูกหลักการ ห้ามบริโภคเนื้อสุกร สัตว์ที่ตายเอง เป็นต้น
- 2) อาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ และสะอาด เพื่อส่งเสริมร่างกายให้แข็งแรง สติปัญญาให้สมบูรณ์ ห้ามบริโภคสิ่งที่จะก่อให้เกิดโทษต่อสุขภาพ เช่น สุรา ยาเสพติด เป็นต้น และ
- 3) การรับประทานอาหารตามแบบอย่างท่านนบี (ซ.ล) โดยการกล่าวพระนามของอัลลอฮ์ (ซ.บ.) ขอดูอาอ์ก่อนและหลังรับประทานอาหาร ล้างมือให้สะอาด ใช้มือขวารับประทานอาหาร แบ่ง กระจเพาะเป็น 3 ส่วน สำหรับอาหาร น้ำ และที่ว่าง รับประทานอาหารประมาณไม่กินทิ้งกินขว้าง (มันฑานี, 2554)

2. การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านโดยปราศจากนาญิส (สิ่งสกปรก) เพื่อป้องกัน อุบัติเหตุหรืออันตรายที่อาจจะเกิดกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น เป็นหน้าที่สำคัญที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นมุสลิม เนื่องจากความสะอาดเป็นส่วน หนึ่งของการศรัทธาและเป็นเอกลักษณ์ของอิสลาม โดยอิสลามกำหนดหน้าที่ที่มุสลิมต้องปฏิบัติ ประจำวันตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอนจะต้องครอบคลุมการรักษาความสะอาด ร่างกาย เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัยรวมถึงภูมิทัศน์โดยรอบ เพราะความสกปรกเป็นพาหะของเชื้อโรค เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายสร้างความเดือดร้อนทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และส่งผลเสียต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีเด็กหรือผู้ป่วย การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายที่อาจจะเกิด ขึ้นกับเด็กหรือผู้ป่วยในครอบครัวเป็นหน้าที่ของทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแล (เสาวนีย์, 2535) และด้วยอาการของภาวะสมาธิสั้นจะทำให้เด็กมีลักษณะซนมากกว่าเด็กปกติ อยู่ไม่นิ่ง มักปีนป่าย ผาดโผนในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม หุนหันพลันแล่น ใจร้อน ภูมาม ไม่ค่อยระมัดระวัง อันตราย จนทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง (ทัศนวัต, 2554) อีกทั้งความบกพร่องทางสติปัญญาจะ ส่งผลให้เด็กมีปัญหาเรื่องการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ ไม่รู้จักป้องกันตนเองจากอันตราย

ต่าง ๆ ไม่สามารถตัดสินใจหรือแก้ปัญหาได้เมื่อยามมีอันตรายฉุกเฉิน ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาด ไม่ให้พื้นเปียกเลอะเทอะ จัดข้าวของให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เก็บสิ่งของที่อันตรายให้มิดชิด (สถาบันราชานุกูล, 2557) เพื่อป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

3. การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้อัลกุรอาน คือการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลในการส่งเสริมเด็กความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับความบกพร่องทางสติปัญญา ด้านการเรียน ซึ่งนอกเหนือจากการเรียนปกติที่เด็กได้รับจากศูนย์การศึกษาพิเศษแล้ว ผู้ดูแลยังต้องมีการบทรอบในการช่วยเหลือเด็ก โดยการจัดห้องหรือมุมที่บ้านให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของเด็ก ให้เป็นบรรยากาศที่มีสิ่งกระตุ้นน้อยที่สุด แต่งห้องให้เรียบง่ายไม่ควรมีลวดลายหรือสีฉูดฉาด และผู้ดูแลควรใช้เวลาดูแลกำกับเด็กให้นั่งทำงานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะสมาธิสั้นจะมีช่วงความสนใจจำกัด มีความอดทนน้อย วอกแวกตามสิ่งที่อยู่รอบข้าง มีปัญหาเรื่องความจำหลงลืมง่าย อีกทั้งความบกพร่องทางสติปัญญาจะทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน การเรียนรู้ของเด็กยิ่งช้าลง และสมาธิยิ่งแย่ลงกว่าเดิม ดังนั้นการส่งเสริมด้านการเรียนในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ผู้ดูแลต้องคำนึงถึงระดับความสามารถของเด็กเป็นหลัก โดยไม่ควรเน้นความสามารถทางวิชาการอย่างเดียว แต่ควรมุ่งเน้นที่การเตรียมตัวเด็กให้พร้อมที่จะจัดการชีวิตในอนาคตได้ (สายฝน, จารุวรรณ, และนฤมล, 2559) โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมจำเป็นต้องส่งเสริมการเรียนรู้อัลกุรอานให้เด็กที่มีภาวะดังกล่าวด้วย เนื่องจากคัมภีร์อัลกุรอานเปรียบเสมือนธรรมนูญชีวิตที่มาจากพระเจ้าเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตของมนุษยชาติที่เพียบพร้อมด้วยทุกมาตราที่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติใช้สู่ความสำเร็จสูงสุดทั้งโลกนี้และโลกหน้า (สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545) อีกทั้งการเรียนอัลกุรอาน จะทำให้เด็กได้ฝึกทักษะการอ่าน การเปล่งเสียง ช่วยเพิ่มสมาธิ เพิ่มความจำและทำให้จิตใจสงบได้ ซึ่งมีการยืนยันจากการศึกษาของนายแพทย์ อะเหม็ด เอล กอดี แห่งพลอริดาว่า การอ่านหรือการฟังอัลกุรอานมีผลต่อร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ โดยทำให้ภาวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตดีขึ้นพร้อมกับการคลายตัวของกล้ามเนื้อด้วย (อิสมาอิล, 2552)

4. การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม เป็นการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเพื่อจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ได้แก่ ใจร้อน ใจง่าย อารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว มีความสนใจสั้น มีความอดทนน้อย มีพฤติกรรมก่อกวน ชอบแกล้งเพื่อน ทำลายสิ่งของ ยิ่งเด็กมีระดับความบกพร่องทางสติปัญญารุนแรงมากขึ้นเท่าไร พฤติกรรมที่เป็นปัญหาจะมากขึ้น และรุนแรงขึ้นเท่านั้น (กุลยา, 2554) จากการศึกษาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น พบว่า มีความสุขของ

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูงถึงร้อยละ 65 ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัยส่งผลให้เกิดพฤติกรรมทางลบกับบุคคลรอบข้าง เด็กจึงมักมีปัญหาเรื่องการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่น (ดารุณี, 2554) ผู้ดูแลจึงควรดูแลเด็กด้วยความเข้าใจ ไม่บังคับหรือควบคุมเด็กมากเกินไป แต่ควรใช้วิธีการปรับพฤติกรรมตามหลักการเรียนรู้ตามระดับความสามารถและศักยภาพในการรับรู้ของเด็กสมมติฐานที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาไปด้วย และควรให้รางวัลเมื่อเด็กทำพฤติกรรมที่เหมาะสม (คลฤดี, 2549; วรรณภา, 2551) อิสลามได้วางแบบแผนสำคัญในการปลูกฝังพฤติกรรมที่ดีให้แก่เด็กโดยใช้หลักจริยธรรมอิสลาม ที่เชื่อว่าทุกพฤติกรรมที่กระทำขึ้นทั้งพฤติกรรมที่ดีและพฤติกรรมที่ไม่ดีมีอัลลอฮ์ (ช.บ.) ทรงเฝ้าดูอยู่ตลอดเวลาและบ่าวของพระองค์ได้จัดทุกการกระทำเพื่อผลตอบแทนในโลกหน้า เป็นการปกป้องดูแลบุคคลให้มีจิตใจนอบน้อม ห่างไกลจากพฤติกรรมชั่วร้าย โดยมีท่านนบีมุฮัมมัด (ช.ล.) เป็นแบบอย่างการใช้หลักจริยธรรมในการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมควรสอนจริยธรรมอิสลามโดยการปฏิบัติเป็นตัวอย่างตามแบบอย่าง ที่ดีของท่าน โดยเฉพาะเรื่องการซอบ์ (การระงับโกรธ/อคต) และจริยธรรมอิสลามอื่นๆ ด้วยการยอมรับธรรมชาติของเด็ก ไม่แสดงอารมณ์โกรธ คุदा ทำทางหงุดหงิด หรือทุบตีเด็กเมื่อเด็กทำผิด การแสดงความรัก ความเมตตาต่อเด็ก ด้วยการยิ้มแย้มแจ่มใสทุกครั้งที่อยู่กับเด็ก สุภาพอ่อนโยน มีความเข้าใจ ละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกเด็ก ส่งเสริมการออกกำลังกายตามแบบการดูแลสุขภาพของบรรดาท่านศาสดา (สุชาดา, 2552) จะทำให้สมองหลังฮอว์โมนแห่งความสุข ช่วยให้เกิดอารมณ์ ดีขึ้น ความหงุดหงิดก้าวร้าวลดลง (อุมามพร, 2546)

5. การฝึกทักษะทางสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ เป็นการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลมุสลิมในด้านการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อให้เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมมติฐานสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขด้วยศักยภาพของตนเองได้มากที่สุด เนื่องจากเด็กที่มีภาวะดังกล่าวจะมีความบกพร่องในการดูแลตัวเองเมื่อเทียบกับเด็กปกติทั่วไป ไม่สามารถควบคุมตัวเอง มีปัญหาด้านการสื่อสารเพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจความต้องการ ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ทำให้เด็กไม่สามารถปรับตัวหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ (สายฝน, จารุวรรณ, และนฤมล, 2559) ซึ่งการสื่อสารตามซุนนะห์ เป็นส่วนหนึ่งของหลักจริยธรรมอิสลาม ที่เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคมตามท่านนบีมุฮัมมัด (ช.ล.) เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมอย่างมีความสุข โดยหวังความโปรดปรานจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) ประกอบด้วย มารยาทในการทักทาย มารยาทในการขออนุญาต และมารยาทในการพูด (อาชีضان, 2555) โดยการแสดงแบบอย่างในการสื่อสารที่ดีต่อเด็ก มีการพูดคุยรับฟังเวลาเด็กพูด บอกความต้องการด้วยการใช้คำพูดที่ง่ายและกระชับ รวมถึงหลีกเลี่ยงการบ่น การพูดมาก พูดเสียงดัง หรือการพูดเหน็บแนมประชดประชัน ตลอดจนฝึกการสื่อสารตามซุนนะห์เพื่อให้เด็กสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจความ

ต้องการ ตลอดจนสามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ เพื่อให้เด็กเห็นแบบอย่างที่ดีและนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

6. การดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) เป็นการปฏิบัติดูแลด้านจิตใจเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นของผู้ดูแล ด้วยการแสดงความรัก ความเข้าใจ สัมผัส โอบกอดเด็กด้วยความนุ่มนวล พุดคุยและเรียกชื่อเด็กด้วยความอ่อนโยน เนื่องจากเด็กที่มีภาวะดังกล่าว จะมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับวัย มีความบกพร่องในการช่วยเหลือตัวเอง ประสบปัญหาในการเรียน จึงมักถูกปฏิเสธออกจากกลุ่มเพื่อน ทำให้เด็กบางคนมองภาพลักษณ์ตัวเองไม่ดี (นภัทร, 2550) ยิ่งหากเด็กได้รับการดูค่า ต่ำหนา ใช้อารมณ์หรือการลงโทษที่รุนแรงจากผู้ดูแล จะส่งผลให้เด็กสูญเสียความมั่นใจ ไม่มีความภูมิใจในตัวเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นสาเหตุของปัญหาทั้งหมด ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้เกิดสภาวะทางจิตใจที่ไม่มีความสุข (สถาบันราชานุกูล, 2557) ซึ่งตามหลักศาสนาอิสลามเชื่อว่า สภาวะทางจิตใจที่ดีเกิดจากการศรัทธาในพระเจ้าอย่างแท้จริง (อิสมาอีล, 2552) ผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมจึงควรดูแลด้านจิตใจเด็กด้วยการเสริมศรัทธาให้หัวใจเด็กผูกพันกับพระเจ้า ด้วยการฝึกให้เด็กรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) โดยสามารถปฏิบัติได้หลายวิธีทั้งในการคิดและการกระทำ เช่น การละหมาด การอ่านหรือฟังอัลกุรอาน และการกล่าวซิกิรฺ ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายที่สุด เพื่อให้เด็กได้ใกล้ชิดกับพระเจ้า มีหัวใจที่สงบนิ่ง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และได้บุญ (ดำรง, 2548) ดังที่อัลลอฮ์ (ช.บ.) ได้ตรัสความว่า “บรรดาผู้ศรัทธา และจิตใจของพวกเขาสงบด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ พึงทราบเถิด ด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์เท่านั้นทำให้จิตใจสงบ” (อัลกุรอาน 13:12) นอกจากนี้แล้วควรยอมรับในพฤติกรรมเด็กทั้งด้านบวกและด้านลบ สร้างความหวัง ให้กำลังใจ ชื่นชมและให้รางวัลเมื่อเด็กแสดงความสามารถหรือมีพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น

7. การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขอคู่อารี เป็นการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง เนื่องจากเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นบางรายอาจมียาที่ต้องรับประทานเพื่อให้เด็กอยู่นิ่ง หรือเพื่อควบคุมพฤติกรรมที่ควบคุมยากและอาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น ชนมากกว่าปกติ ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และบางรายอาจต้องทำอรรถบำบัด กายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัดเพื่อส่งเสริมพัฒนาการที่บกพร่องโดยทีมสหวิชาชีพ (สถาบันราชานุกูล, 2557) จากการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นที่ผ่านมาพบว่า ยาเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาที่สำคัญเนื่องจากให้ผลการรักษาที่ดีประมาณร้อยละ 70-80 ช่วยให้มีสมาธิดีขึ้น มีความสนใจและอยู่นิ่งมากขึ้น แต่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานและต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง โรคและ

การดูแล (เกษศิริรินทร์, 2557) ซึ่งตามหลักศาสนาอิสลามการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ (วาญิบ) สำหรับมุสลิม หากเจ็บป่วยให้รีบบำบัดรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา มิให้นอนรอความตายหรือปล่อยให้ความเจ็บป่วยหายไปเอง (อิสมาอีล, 2552) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่เป็นมุสลิมต้องแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญาและการดูแลรักษา ตลอดจนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ร่วมกับการขอคู่ออ์ (วิงวอน/ขอพร) ต่ออัลลอฮ์ (ซ.บ.) เพราะมุสลิมมีหน้าที่ในการแสวงหาการบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย ส่วนการหายจากโรคนั้นขึ้นอยู่กับความประสงค์ของอัลลอฮ์ (ซ.บ.) ดังที่นบีมุฮัมมัด(ซ.ล.) ได้กล่าวความว่า “จงรักษาเถิด แท้จริงอัลลอฮ์จะไม่ทรงนำโรคลงมา เว้นแต่พระองค์จะนำมาซึ่งการบำบัดลงมาด้วย ยกเว้น โรคเดียวที่ไม่มียารักษา คือโรครชรา” (รายงานโดยบุคอรีและมุสลิม)

สรุป พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่เป็นมุสลิมนั้น เป็นการปฏิบัติดูแลเพื่อช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นภายใต้กรอบของหลักศาสนาอิสลามประกอบด้วย 1) การส่งเสริมด้านโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด 2) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านโดยปราศจากนาญิส 3) การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้อัลกุรอาน 4) การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม 5) การฝึกทักษะทางสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ 6) การดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซ.บ.) และ 7) การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขอคู่ออ์

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านตัวเด็ก และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

1. ปัจจัยด้านผู้ดูแล

1.1 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นความเข้มแข็งด้านกายภาพของผู้ดูแลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งหากผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยไม่พร้อมจะให้การดูแล ย่อมส่งผลกระทบต่อ

พฤติกรรมกรรมการดูแล เช่น พฤติกรรมการแสดงออกทางด้านอารมณ์ หรือการแสดงท่าทาง เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ดูแลส่งผลต่อพลังอำนาจของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงเพื่อสามารถให้การดูแลช่วยเหลือและดูแลการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้ (กุลยา, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ อริยา (2543) ที่พบว่าสุขภาพของผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อนที่แข็งแรงจะทำให้มีสุขภาพจิตดี สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลเด็กได้มากขึ้น

1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเป็นผลจากความคาดหวังและวัฒนธรรมของสังคมต่อการแสดงบทบาทของบุคคลที่กำหนดว่าผู้หญิงมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่เพศชายถูกกำหนดให้ทำหน้าที่เป็นผู้นำเลี้ยงครอบครัว ผู้หญิงจึงต้องมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู ปรองดอง ให้ความรักความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของสนธยา (2550) พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

1.3 ระดับการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในการเจ็บป่วย สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ดังเช่นการศึกษาของคลฤติ (2549) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี มีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจต่อโรคและวิธีในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น แตกต่างจากการศึกษาของเอกชัย (2558) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษของผู้ปกครอง

1.4 รายได้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลเด็กในด้านการแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในการดูแล โดยผู้ที่มีรายได้สูง จะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง และเด็กที่มีความต้องการพิเศษให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลรักษาเด็กที่มีความต้องการพิเศษได้อย่างครอบคลุม (เอกชัย, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา (2550) ที่พบว่า รายได้และความเพียงพอของรายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และรายไดยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่เป็นแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001)

1.5 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ดูแล เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะถ้าการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงบุคคลจะแสดงพฤติกรรมแบบผิด ๆ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียหายต่อผู้ป่วยและตนเองได้ กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับ

โรคสมาธิสั้นที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มในการดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างถูกต้องเหมาะสม ในทางตรงกันข้าม ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มในการดูแล เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ถูกต้องเช่นกัน ดังเช่นการศึกษาของเกษศิริินทร์ (2557) ที่พบว่า ผู้ปกครองที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นสูงจะส่งเสริมให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงตามไปด้วย กล่าวคือ ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการให้ความร่วมมือในรักษาโรคสมาธิสั้นของเด็กที่อยู่ในความดูแล

1.6 ทักษะคิดของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวกกับการดูแลและยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน นำไปสู่การดูแลที่ดี ดังเช่นการศึกษาของ มาศมณี (2546) ที่พบว่า ผู้ปกครองที่มีทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นระดับสูง (ทัศนคติที่ดี) จะให้ความร่วมมือในการดูแลเรื่องการใช้ยาของเด็กมากกว่าผู้ปกครองที่มีลักษณะตรงกันข้าม และการศึกษาของเกษศิริินทร์ (2557) พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อการรักษาโรคสมาธิสั้นและการใช้ยาของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาและการใช้ยาดีตามไปด้วย

1.7 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสายเลือดและเครือญาติจะมีผลต่อพฤติกรรมดูแล ผู้ดูแลจะมีความรัก ความผูกพัน ความสงสาร เห็นอกเห็นใจ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการช่วยเหลือ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างดีที่สุด แม้ว่าจะต้องอดทนและรู้สึกเป็นภาระแต่ก็จะยังรัก เมตตาต่อผู้ป่วย (จำนงจิตต์, 2553) ดังเช่นการศึกษาของเอกชัย (2558) ที่พบว่า ความสัมพันธ์เป็นพ่อ แม่ มีความสัมพันธ์เชิงบวกและเป็นปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษของผู้ปกครอง กล่าวคือ สายใยรักครอบครัว ความรัก ความผูกพันระหว่างพ่อ แม่ ลูกเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับการดูแลสุขภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

1.8 ระยะเวลาในการดูแล เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ทักษะ และความรู้ ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เกิดความสามารถปรับตัวกับพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ดี มีความเคยชิน ถือว่าเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน จึงเป็นเรื่องปกติที่ต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วรรณภา, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา (2550) ที่พบว่าประสบการณ์ในการดูแลเป็นปัจจัยที่มีส่วนส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลซึ่งประเมินจากระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มรับทราบการเจ็บป่วยของเด็กสมาธิสั้นจนถึงปัจจุบัน

2. ปัจจัยด้านตัวเด็ก

2.1 อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงระดับพัฒนาการ สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการดูแลตนเองของเด็ก ดังเช่นการศึกษาของสนธยา (2550) ที่พบว่าอายุ เป็นปัจจัยขัดขวางความ

สามารถของผู้ดูแล เนื่องจากเมื่อเด็กเติบโตขึ้นความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาไปด้วย และเชื่อในความสามารถของตัวเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมาสมณี (2546) พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่อายุน้อยจะให้ความร่วมมือมากกว่าเด็กที่มีอายุมาก และเด็กที่มีอายุมากมักไม่ร่วมมือในการใช้ยา และอายุของเด็กสมาธิสั้นจะส่งผลต่อความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดของผู้ปกครอง โดยเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุน้อยผู้ปกครองจะให้ความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดมากกว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุมาก

2.2 เพศ เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรดูแล เนื่องจากโดยทั่วไป เด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายมักมีลักษณะที่แตกต่างกัน โดยเด็กผู้หญิงมักมีลักษณะนุ่มนวล วานอน สอนง่าย ในขณะที่เด็กผู้ชาย มักมีลักษณะดื้อรั้น ทำท่าย ชอบเล่นผาดโผน รุนแรงกว่าเด็กผู้หญิง ซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวอาจส่งผลให้เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่เป็นเพศชายมีความเสี่ยงในการเกิดอันตรายและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของมาสมณี (2546) ที่พบว่า ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นเพศชายจะพาเด็กมาพบแพทย์มากกว่าผู้ปกครองของเด็กเพศหญิง เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นเพศชายมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเพศหญิง และการศึกษาของสนธยา (2550) พบว่า เด็กสมาธิสั้นเพศชายเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ขัดขวางต่อการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล

2.3 ลักษณะอาการของโรค คือลักษณะที่แสดงถึงความรุนแรงของโรค เช่น เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นชนิดผสม ซึ่งทำให้เด็กมีอาการสำคัญทั้งขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่นรวมกัน หรือเด็กสมาธิสั้นที่พบร่วมกับปัญหาทางจิตเวชอื่น ซึ่งปัญหาหรือความผิดปกติเหล่านี้จะมีผลทำให้การพยากรณ์โรค ไม่ดีเมื่อเทียบกับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเพียงอย่างเดียว (ชาญวิทย์, 2558) และระดับความรุนแรงของปัญหาที่พบร่วม เช่น ระดับความบกพร่องทางสติปัญญา ทำให้ผู้ดูแลต้องจัดการกับพฤติกรรมผิดปกติของเด็กหลายอย่าง อาจเกิดอุปสรรคในการดูแล ยิ่งเด็กมีอาการผิดปกติมากเท่าใด อุปสรรคในการดูแลก็ยิ่งมากเท่านั้น ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมได้ (อัญนิษฐ์, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของจำนงจิตต์ (2553) ที่พบว่าความรุนแรงของโรค สมาธิสั้นที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของมารดาเพิ่มขึ้นตามเช่นกัน

3. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลเด็กดังนั้นความร่วมมือในการดูแลจากสมาชิกทุกคนใน

ครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดความเครียด ลดภาระ และอุปสรรคต่างๆในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีกำลังใจ และพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม (กาญจนดี, 2558) และการสนับสนุนในชุมชน เช่น การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการยอมรับและการให้กำลังใจในการดูแลกับผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดการปรับตัวที่ดี ลดผลกระทบต่างๆที่เกิดจากการดูแล และสามารถปฏิบัติตามการดูแลตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างเต็มที่ (พัชรชาติ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย (2558) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษอยู่ในระดับมาก

จากปัจจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้นล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ซึ่งสามารถเป็นไปได้ทั้งปัจจัยช่วยเพิ่มและปัจจัยที่ลดพฤติกรรมการดูแล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลด้านผู้ดูแลเรื่อง เพศกับระดับการศึกษา และด้านตัวเด็กเรื่อง อายุกับลักษณะอาการของโรค ด้วยวิธีการจับคู่ (match pair) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลหลักที่นับถือศาสนาอิสลามของเด็กที่มีอายุ 6 – 18 ปี มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา หรือพี่น้องทางสายเลือดกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร่วมกับภาวะสมาธิสั้น

การประเมินพฤติกรรมการดูแล

การประเมินพฤติกรรมการดูแลนั้นเป็นการประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติตามการดูแลของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีผู้ศึกษาและใช้วิธีในการประเมินพฤติกรรมการดูแลไว้ ดังนี้

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลเด็กของจิรวัดณ์ (2550) เป็นแบบวัดพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดา ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอนการสร้างแบบประเมินที่มีคุณภาพโดยอ้างอิงจากวิธีการสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของพรพิมลและสงคราม (2549) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการดูแลด้านการช่วยเหลือตนเอง 2) พฤติกรรมการดูแลด้านสังคม 3) พฤติกรรมการดูแลด้านอารมณ์และพฤติกรรม และ 4) พฤติกรรมการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 7 ระดับ จำนวน 40 ข้อ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .88

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของสุภาวดี (2550) เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลของวัตสัน (Watson,

1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อความที่ระบุถึงกิจกรรมการดูแล 10 ด้าน ได้แก่ 1) ให้ความเมตตาต่อเด็กออทิสติก 2) ให้กำลังใจและให้ความหวัง 3) สังเกตและตอบสนองความต้องการของเด็กออทิสติกได้อย่างทันที่ 4) มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ 5) แสดงการยอมรับพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบของเด็กออทิสติก 6) แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล 7) เสนอแนะหรืออบรมสั่งสอนและให้ข้อมูลที่เหมาะสม 8) จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย 9) ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และ 10) ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 44 ข้อ ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97

แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแลของอริยา (2543) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของวัตสัน (Watson, 1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อความที่ระบุถึงกิจกรรมการดูแล 10 ด้าน ได้แก่ 1) ให้ความเมตตาต่อเด็กปัญญาอ่อน 2) ให้กำลังใจและให้ความหวัง 3) สังเกตและตอบสนองความต้องการของเด็กปัญญาอ่อนได้อย่างทันที่ 4) มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ 5) แสดงการยอมรับพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบของเด็กปัญญาอ่อน 6) แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล 7) เสนอแนะหรืออบรมสั่งสอนและให้ข้อมูลที่เหมาะสม 8) จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย 9) ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และ 10) ช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 30 ข้อ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83

แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กเรื้อรังของครอบครัวของดวงใจ (2552) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยเด็กเรื้อรัง 8 ด้าน ได้แก่ 1) การปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและแผนการรักษา 2) การป้องกันโรค 3) การดูแลให้ได้รับอาหารครบถ้วนทั้งชนิดและปริมาณเหมาะสมและเพียงพอ 4) ดูแลให้มีความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อนให้เหมาะสม 5) ดูแลให้มีการเผชิญความเครียดจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาได้เหมาะสม 6) การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ 7) การให้ยาและการบรรเทาอาการ และ 8) การนำเด็กไปตรวจตามนัดและเมื่อมีอาการผิดปกติ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 35 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .76

แบบประเมินพฤติกรรมเป็นแม่ของธัญวดี (2559) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการเป็นแม่ของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการเป็นแม่ของนันทชา (2556) ให้เหมาะสมกับบริบทและมีความกระชับมากขึ้น ประกอบด้วยพฤติกรรมเป็นแม่ 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการเคารพการเป็นตัวตนของเด็ก 2) ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง 3) ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ 4) ด้านการไม่ควบคุมจนอายุ และ 5) ด้านการไม่ทอดทิ้ง ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบการประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .77

จากการศึกษาที่ผ่านมา สรุปได้ว่า แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลจะเหมาะสมกับบริบทการดูแลของกลุ่มตัวอย่างนั้นๆ เช่น ผู้ดูแลเด็กออทิสติก ผู้ดูแลเด็กปัญญาอ่อน ผู้ดูแลที่เป็นมารดา ผู้ดูแลที่เป็นผู้ปกครอง เป็นต้น ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลที่กล่าวมาข้างต้นไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่นับถือศาสนาอิสลาม ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นและหลักศาสนาอิสลาม

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบในต่างประเทศ 3 เรื่อง โดยพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมที่หลากหลาย เช่น การศึกษาของเฟอร์รินและคณะ (Ferrin et al., 2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 3-19 ปี โดยพัฒนาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ และฝึกทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเด็ก ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้นในผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาลดลงมากกว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของไบและคณะ (Bai et al., 2015) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 6-16 ปี โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไอเซนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญ และการฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็ก นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยการสร้างกลุ่มเฉพาะผู้ปกครองเด็กกลุ่มทดลองบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคิดเชิงบวกและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 2015) ที่ศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการใช้สติในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา ประกอบด้วย การเรียนรู้โดยการสังเกต การกำกับตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หนังสือพรในชีวิตประจำวันสร้างแรงบันดาลใจในความคิด ให้อ่านและทำความเข้าใจเองที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยจะกระตุ้นให้เกิดการอ่านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันครบ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการใช้สติลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการศึกษาวิจัยในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ โรคจิตเภท โรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โรคติดสุรา (ขนิษฐา, 2555; ขวัญฤทัย, 2557; อนุชา, 2558) และในกลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษซึ่งพบในเด็กออทิสติก เช่น การศึกษาของสุภาวดี (2550) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมดูแลเด็กออทิสติกในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพัฒนาเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลเด็กออทิสติกเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรม ใช้เวลา 2 – 3 ชม. ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคออทิสติก 2) การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) การเสริมสร้างการปรับตัวของครอบครัวและความรู้ทางกฎหมายที่ควรทราบ และ 4) การเสริมสร้างทักษะในการฝึกปฏิบัติ เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ การฝึกพูดเบื้องต้น พฤติกรรมบำบัด กิจกรรมบำบัด การผลิตสื่อสำหรับใช้สอนเด็ก ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กออทิสติกภาพรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาที่ผ่านมา สรุปได้ว่ามีการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่หลากหลาย รวมถึงในเด็กสมาธิสั้นที่พบในต่างประเทศโดยใช้แนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมในหลายลักษณะให้เหมาะสมตามบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งยังไม่ปรากฏโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะผนวกกับหลักศาสนาอิสลามเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่นับถือศาสนาอิสลาม

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นเป็นอาการของโรคที่มีความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย ($IQ \leq 70$) และมีข้อจำกัดของทักษะการปรับตัวที่ควรจะทำได้ตามวัยร่วมกับมีความผิดปกติของพฤติกรรมในลักษณะ สมาธิสั้น ชนหรืออยู่นิ่ง และ หุนหันพลันแล่น ทำให้เด็กมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลทั้งด้านอารมณ์และจิตใจ จากความเครียดที่ไม่สามารถควบคุมเด็กได้ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว จากความขัดแย้งในวิธีการดูแล ด้านเศรษฐกิจ จากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น และผลกระทบต่อด้านสังคม จากการดูแลที่ต้องเสียสละเวลาดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดทำให้งิจกรรมทางสังคมลดลง พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็ก เพื่อป้องกันผลกระทบต่างๆที่อาจเกิดขึ้น โดยพบว่าพฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ส่วนใหญ่เชื่อว่าเด็กสามารถตอบสนองการดูแลเองได้ ด้านการจัดการปัญหาพฤติกรรม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก ด้านการฝึกทักษะทางสังคม ส่วนใหญ่ไม่คิดว่าการฝึกทักษะด้านนี้เป็นเรื่องที่จำเป็น ด้านส่งเสริมการเรียนรู้ ด้วยลักษณะอาการของโรคที่เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้มากขึ้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลเพื่อส่งเสริมปัญหาด้านการเรียนรู้ของเด็กที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น และการดูแลด้านการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมปรับลดขนาดยาและหยุดยาเองเมื่อเด็กมีผลข้างเคียงจากยา ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็ก ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่เหมาะสมในด้านการบริการที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ จะส่งผลให้ความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น

สุขภาพจิตศึกษาเป็นการบริการด้านความรู้ และการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีศักยภาพในการเผชิญและจัดการปัญหาที่เกิดกับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม รวมถึงผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม

ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและบริบทของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น ผู้วิจัยจึงผนวกการให้สุขภาพจิตศึกษากับหลักศาสนาอิสลาม ได้แก่ หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักจริยธรรม ซึ่งหลักอิสลามทั้ง 3 หลักดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามเกิดการยอมรับในข้อจำกัดของการเจ็บป่วยของเด็ก มีความตระหนักในการทำหน้าที่การดูแล เป็นพลังทางจิตวิญญาณในการปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่อง และเมื่อผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลามจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในด้านการรู้จักคิด ความรู้สึก และทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่ไม่ขัดกับหลักศาสนาทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมด้านโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน โดยปราศจากนาญิส การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้ อัลกุรอาน การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม การฝึกทักษะทางสังคม ด้วยมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ การดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) และการดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขอคูอาฮ์ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม และได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มควบคุม หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ

O ₁		O ₂	กลุ่มควบคุม
O ₃	X	O ₄	กลุ่มทดลอง

O₁ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม

O₂ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

O₃ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นก่อนได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง

O₄ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น ที่อยู่ในความดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษที่ขึ้นทะเบียนประจำปี 2560 ของ จังหวัดปัตตานี จำนวน 86 คน และจังหวัดนราธิวาส จำนวน 98 คน รวมทั้งสิ้น 184 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มีนาคม 2560)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลหลักเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่ได้รับการประเมินภาวะสมาธิสั้นด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) กำลังศึกษาอยู่ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลหลักของเด็กที่เป็นบิดา มารดา หรือพี่น้องร่วมสายเลือด
2. พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นและมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน ขึ้นไป
3. ให้การดูแลเด็กอายุ 6 – 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความบกพร่องทางสติปัญญาอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (IQ 35-70) และได้รับการประเมินภาวะสมาธิสั้นด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) โดยมีคะแนนรวมด้านสมาธิสั้นตั้งแต่ 18 คะแนน ขึ้นไป และคะแนนรวมด้านชน อยู่ไม่นิ่ง / หุนหันพลันแล่น ตั้งแต่ 11 คะแนน ขึ้นไป
4. ให้การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่ไม่มีภาวะทางจิตเวชอื่นๆ ซึ่งได้ข้อมูลจากการซักประวัติครั้งแรกของการสมัครเข้าเรียนของเด็ก
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดโครงการ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) และคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของต่างประเทศที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ (ภาคผนวก ก) คืองานวิจัยของไบและคณะ (Bai et al., 2015) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการมุ่งเน้น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นต่อการส่งเสริมพฤติกรรมคุณดูแลในด้านการรักษาด้วยยา กำหนดตามสูตรหลักการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two independent sample) ซึ่งกำหนดให้ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ที่ .80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 และสำหรับค่าขนาดของอิทธิพลกลุ่มนั้น กำหนดจากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 44, M = 6.6, SD = 1.3$) และกลุ่มควบคุม ($n = 45, M = 4.1, SD = 2.5$) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Statistics Calculators) ได้คำนวณขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (ES) เท่ากับ 1.25 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 9 คนต่อกลุ่ม แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติทดสอบที่ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งการใช้สถิติทดสอบที่ ข้อมูลต้องมีการกระจายเป็นปกติ ดังนั้นจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คนต่อกลุ่ม (บุญใจ, 2553)

ในการวิจัยครั้งนี้ ในขณะที่ทดลองมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 2 คน ไม่สามารถเข้าร่วมตลอดโปรแกรมได้ เนื่องจากต้องทำงานในวันที่จัดกิจกรรม และอีก 2 คน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 ได้ เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบ ดังนั้นหลังการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 26 คน สำหรับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมี 2 คน ไม่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมคุณดูแลก่อนการทดลอง และอีก 2 คน ไม่สามารถเข้าร่วมตอบแบบสอบถามพฤติกรรมคุณดูแลหลังการทดลองได้ เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบ ดังนั้นหลังการทดลองจึงมีจำนวนกลุ่มควบคุม 26 คน เช่นกัน

บริบทสถานที่ศึกษาวิจัย

ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีและจังหวัดนราธิวาส เป็นศูนย์การศึกษาพิเศษที่ขึ้นทะเบียนประจำจังหวัดในเขตพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีนโยบายและการบริหารงานที่เหมือนกัน ในด้านการบริการด้านการศึกษาในรูปแบบศูนย์บริการช่วยเหลือบุคคลที่มีความต้องการพิเศษในระยะแรกเริ่ม โดยมีการจัดการเรียนการสอนแบบวอลดอร์ฟ เป็นลักษณะ

การศึกษาที่บูรณาการด้านวิชาการไปกับกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องกับประเภทและระดับความบกพร่องของบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ ควบคู่ไปกับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้เรียนมีพัฒนาการทุกด้านถึงขีดสูงสุด เพื่อส่งต่อให้เข้าสู่โรงเรียนร่วมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป นอกจากนี้ยังมีการจัดอบรมให้คำปรึกษาผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่คล้ายคลึงกันในด้าน

- 1) การเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ และ 2) การจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านการศึกษา โดยมีการจำแนกเด็กที่มีความบกพร่องเพื่อเข้ารับการศึกษาพิเศษออกเป็น 9 ประเภท คือ 1) ความบกพร่องทางการมองเห็น 2) ความบกพร่องทางการได้ยิน 3) ความบกพร่องทางสติปัญญา 4) ความบกพร่องทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว 5) ความบกพร่องทางการเรียนรู้ 6) ความบกพร่องทางการพูดและภาษา 7) ความบกพร่องด้านพฤติกรรม 8) ออทิสติก และ 9) ความพิการซ้อน

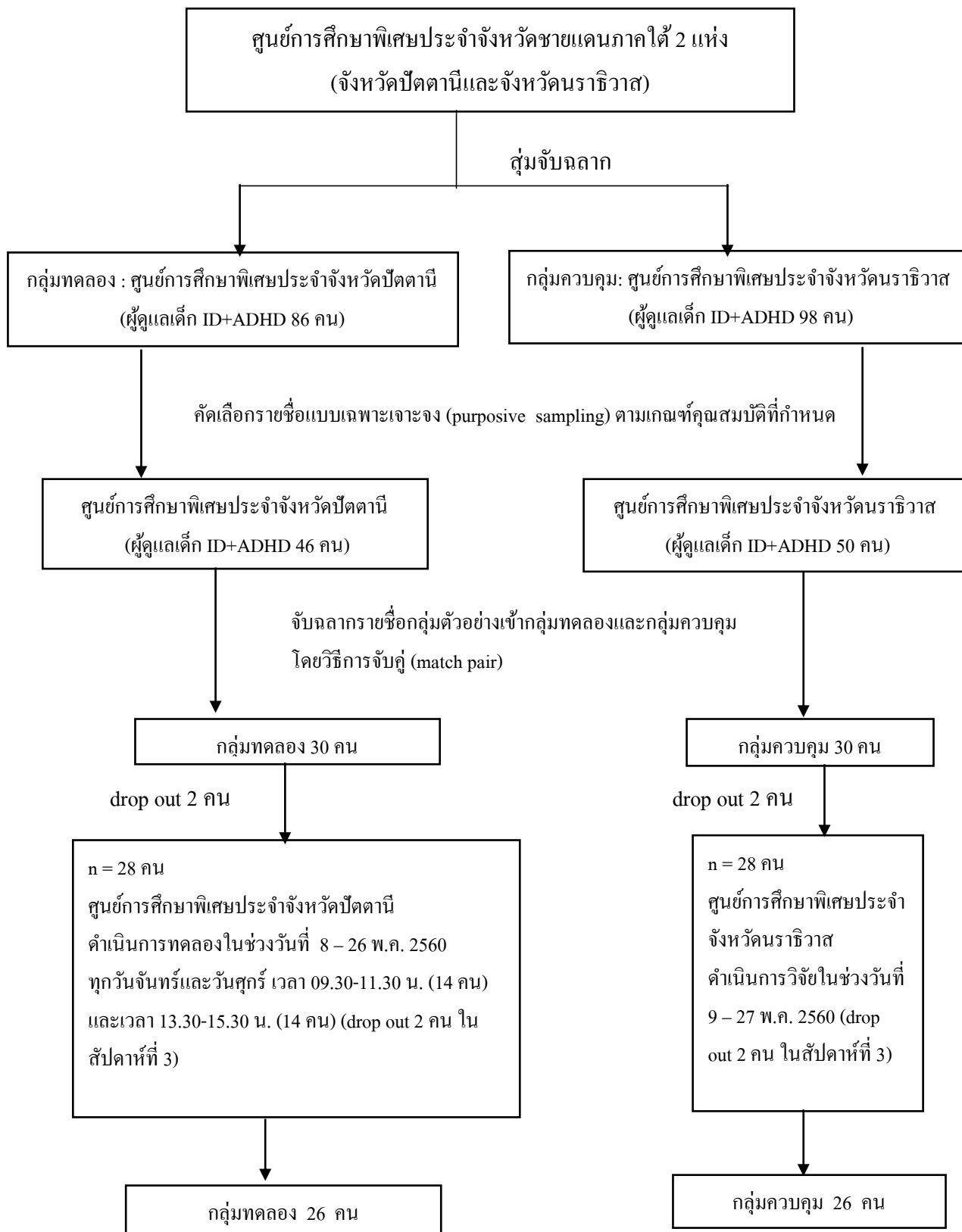
เด็กนักเรียนที่มารับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี ปีการศึกษา 2560 มีจำนวนทั้งหมด 421 คน โดยเป็นกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจำนวน 162 คน และเด็กนักเรียนที่มารับบริการที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส ปีการศึกษา 2560 ทั้งหมดมีจำนวน 654 คน เป็นกลุ่มที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจำนวน 176 คน ซึ่งภายหลังจากการประเมินภาวะสมาธิสั้นด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) พบเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น จำนวนทั้งสิ้น 184 คน จากศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี จำนวน 86 คน และศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส จำนวน 98 คน

การสุ่มสถานที่ศึกษาและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกสถานที่ศึกษาโดยเลือกเฉพาะรายชื่อศูนย์การศึกษาพิเศษที่ขึ้นทะเบียนศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด ในเขตพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มาจากศูนย์การศึกษาพิเศษที่มีลักษณะทางกายภาพและนโยบายการบริหารงานที่ใกล้เคียงกัน โดยศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี มีผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น จำนวน 86 คน และศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส มีผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น จำนวน 98 คน ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มรายชื่อศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดดังกล่าวเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการจับฉลาก ผลการจับฉลากได้ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีเป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาสเป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นได้คัดเลือกรายชื่อ

ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นจากศูนย์การศึกษาพิเศษดังกล่าวแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่างที่มาจากศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี จำนวน 46 คน และกลุ่มตัวอย่างที่มาจากศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส จำนวน 50 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาสเข้ากลุ่มควบคุมอีก 30 คน โดยใช้วิธีการจับคู่ (match pair) ให้มีคุณลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงในด้านของเพศ กับระดับการศึกษาของผู้ดูแล และด้านของอายุ กับคะแนน SNAP-IV ของเด็กที่อยู่ในความดูแล เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ตามความเหมาะสมของงานวิจัยครั้งนี้

จากนั้นจึงดำเนินการทดลอง โดยเลือกวันเวลาที่ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม ในกลุ่มทดลองกำหนด ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ เวลา 09.30 – 11.30 น. จำนวน 15 คน และ เวลา 13.30 – 15.30 น. จำนวน 15 คน ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และในกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรม นวัตกรรมพฤติกรรมดูแลก่อนการดำเนินวิจัย ในวันอังคารแรกของสัปดาห์ที่เริ่มการวิจัย เวลา 09.30 – 10.00 น. และประเมินพฤติกรรมดูแลหลังการวิจัย ห่างกัน 3 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการสุ่มสถานที่ศึกษาและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังภาพ 2



ภาพ 2. ขั้นตอนการสุ่มสถานศึกษาและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม (ภาคผนวก ข) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น (กุลยา, 2554; ทศนวัต, 2554; นภัทร, 2550; วรรณณา, 2551; สถาบันราชานุกูล, 2557; สนธยา, 2550) และหลักศาสนาอิสลาม (คำรงค์, 2548; สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545; เสาวนีย์, 2535) ซึ่งหลักศาสนาอิสลามที่นำมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ การรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซ.บ.) การบำบัตร์รักษาเมื่อเจ็บป่วย การขอคูอาฮ์ (วิงวอน/ขอพร) การละหมาด การระงับโกรธ และมารยาทในการสื่อสาร ทั้งนี้ โปรแกรมประกอบด้วยกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายกลุ่มทั้งหมด 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 90 – 120 นาที โดยมีรายละเอียดแต่ละกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้ความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นด้วยหัวใจอิสลาม เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เป็นมุสลิม มีการแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโปรแกรม โดยใช้หลักอิสลามในเรื่องมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ด้วยกิจกรรมย่อยชื่อว่า “ให้سلام แล้วเราจะรู้จักกัน” เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความรักความเข้าใจในความเป็นพี่น้องมุสลิม เกิดความรู้สึกอบอุ่นและเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และให้ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น รวมถึงการดูแลรักษา ในกิจกรรมย่อยชื่อว่า “เรียนรู้ร่วมกันด้วยหัวใจอิสลาม” โดยใช้หลักการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซ.บ.) ด้วยการฟังอัลกุรอานที่มีความหมายเกี่ยวกับความสำคัญของการแสวงหาความรู้ที่มีประโยชน์ในการดำเนินชีวิต พร้อมกับอัลหะดีษเกี่ยวกับการบำบัตร์รักษาเมื่อเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความสำคัญของการบำบัตร์รักษาเมื่อเจ็บป่วยที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา และร่วมกันขอคูอาฮ์ (ขอพร/วิงวอน) เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกอึดใจ มีจิตใจที่สงบ มีสมาธิในการทบทวนประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมาเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นกับสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงมีสมาธิในการรับความรู้จากผู้วิจัย เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 2 ขอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม เป็นการค้นหาปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยใช้หลักการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ด้วยวิธีการฟังอัลกุรอานที่มีความหมายเกี่ยวกับทุกสิ่งทุกอย่างที่ถูกกำหนดมาจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) รวมถึงการเจ็บป่วยของเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับและร่วมกันเรียนรู้ปัญหาและการจัดการปัญหาด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลเพื่อค้นหาปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมตามวิถีอิสลามเพิ่มเติมความรู้การจัดการปัญหาตามวิถีอิสลามจากผู้วิจัยร่วมกับการขอคู่ออ์พร้อมกัน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีความหวังและกำลังใจการจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็กตามวิถีอิสลามอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมตามทัศนะอิสลาม เป็นการทบทวนการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กตามวิถีอิสลามร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมโดยใช้หลักจริยธรรมตามแบบอย่างการจัดการปัญหาของบรรดาท่านศาสดา ผ่านเรื่องเล่าชีวประวัติของท่าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม และร่วมกันฝึกทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรม ด้วยการแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมเด็กและการจัดการปัญหาตามวิถีอิสลาม เพื่อให้ผู้ดูแลมีแนวทางการจัดการปัญหาพฤติกรรม และสามารถนำแบบอย่างการจัดการปัญหาของท่านศาสดาไปประยุกต์ใช้กับการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กได้อย่างเหมาะสม ร่วมกันขอคู่ออ์ เพื่อสร้างความหวังให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องต่อไป

กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม เป็นการค้นหาสาเหตุของความเครียด อาการแสดง และวิธีการจัดการกับความเครียดตามทัศนะอิสลาม โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแล เพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามจากผู้วิจัย โดยในกิจกรรมนี้ใช้หลักการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ด้วยการฟังอัลกุรอานซูเราะห์อัลนาสและอัลฟะลัก ที่มีความหมายถึงความคุ้มครองจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) ให้ความหลุดพ้นจากความเปล่าเปลี่ยว ความคุ้มครองจากพระองค์ในการปกป้องจากความชั่วร้ายทุกประการ ที่สามารถกระทำได้ด้วย การขอคู่ออ์หรืออ่านซูเราะห์ดังกล่าวเป็นการช่วยให้จิตใจของผู้ดูแลสงบจากความเครียดหรือความวิตกกังวลด้วยการทำหัวใจให้ใกล้ชิดผูกพันกับอัลลอฮ์ (ช.บ.) มากยิ่งขึ้น สร้างความหวังให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสำเร็จของการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม เป็นการ ทบทวนการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำ วิธีการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามไปใช้ ร่วมกับฝึกทักษะการจัดการความเครียดตาม ทัศนะอิสลาม โดยให้แต่ละคนสาธิตวิธีการจัดการความเครียดตามหลักอิสลามที่นำไปใช้แล้วได้ผล มากที่สุด และร่วมกันรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ด้วยวิธีการกล่าวซิกิรฺพร้อมกัน ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดที่ จะช่วยให้ผู้ดูแลได้ใกล้ชิดกับอัลลอฮ์ (ช.บ.) มีจิตใจที่สงบ ไม่ต้องพะวงกับเรื่องของอนาคต และ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการความเครียดของตนเองและการดูแลเด็กที่อยู่ใน ความดูแล โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจเด็ก เพื่อให้เด็กมีจิตใจที่สงบต่อไป

กิจกรรมที่ 6 มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของ ฉันทัน ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย “มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์” เป็นกิจกรรมที่นำหลักจริยธรรม อิสลามในเรื่องมารยาทของการสื่อสารตามซุนนะห์ โดยการฝึกทักษะการสื่อสารด้วยการแสดง บทบาทสมมติ ตามหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับมารยาทการสื่อสารในอิสลาม เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ ผู้ฟังเข้าใจความต้องการและยินดีให้ความช่วยเหลือ สามารถเป็นตัวอย่างในการ สื่อสารที่ดีให้กับเด็กที่อยู่ในความดูแลได้ และกิจกรรม “แหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉันทัน” เป็น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อต้องประสบ ปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ทราบแหล่งที่ พร้อมสนับสนุนให้ความช่วยเหลือและสามารถขอความช่วยเหลือได้ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันของผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลรู้จักหรือเคยขอความช่วยเหลือ และ ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (ภาคผนวก ก)

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะ สมาธิสั้น จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การศึกษาด้านศาสนา อาชีพ ความเพียงพอ ของรายได้ บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลเด็กที่มีความ บกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ภาวะสุขภาพ การรับรู้ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วย ของเด็ก และการรับรู้ภาวะสมาธิสั้นร่วม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะ สมาธิสั้น จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่เข้ารับการศึกษาพิเศษ การรักษาที่ได้รับ และภาวะสุขภาพ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่เป็นมุสลิม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น (กุลยา, 2554; ทศนวัต, 2554; นภัทร, 2550; วรรณภา, 2551; สถาบันราชานุกูล, 2557; สนธยา, 2550) และหลักศาสนาอิสลาม (ดำรง, 2548; สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545; เสาวนีย์, 2535) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลามทั้ง 7 ด้าน ได้แก่

- 1) การส่งเสริมด้านโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด จำนวน 3 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1 - 3
- 2) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน โดยปราศจากนาญิส จำนวน 3 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 4 - 6
- 3) การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้อัลกุรอาน จำนวน 3 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 7 - 9
- 4) การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม จำนวน 4 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 10 - 13
- 5) การฝึกทักษะทางสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามสุนนะห์ จำนวน 3 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 14 - 16
- 6) การดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ จำนวน 2 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 17 - 18
- 7) การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขอคูอาฮ์ จำนวน 2 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 19 - 20

โดยข้อความในแบบสอบถามทุกข้อ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ เริ่มตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ (ค่าคะแนน=1) ปฏิบัติบางครั้ง (ค่าคะแนน=2) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ค่าคะแนน=3) และปฏิบัติเป็นประจำ (ค่าคะแนน=4) ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ดูแลปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือหรือเป็นประจำทุกวันในเวลา 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ดูแลปฏิบัติบ่อยครั้งหรือปฏิบัติตั้งแต่ 4-6 วันในเวลา 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ผู้ดูแลปฏิบัติบางครั้งหรือปฏิบัติตั้งแต่ 1-3 วันในเวลา 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่เคยปฏิบัติเลย ในเวลา 1 สัปดาห์

เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลเป็นรายข้อรายด้านและโดยรวม โดยใช้หลักสถิติการคำนวณหาอันตรภาคชั้น จากการคำนวณหาผลต่างระหว่างค่าสูงสุดของค่าคะแนนแต่ละข้อและโดยรวมหารด้วยจำนวนชั้น (ชูศรี, 2546) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าคะแนนระหว่าง 1 – 4 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ จะได้ช่วงคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1 ดังนั้นจะได้เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระดับ ดังนี้

1.00 – 2.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นอยู่ในระดับน้อย

2.01 – 3.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลาง

3.01 – 4.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นของผู้ดูแล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ทำวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตเวชเด็ก ระยะเวลา 10 ปี จำนวน 1 ท่าน และจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดแบบวิถีทางศาสนาอิสลามจำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของขั้นตอนการบำบัดตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา ภาษาที่ใช้ และวิธีการดำเนินการบำบัด ระยะเวลา อุปกรณ์ และการประเมินผล เมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม โดยปรับชื่อกิจกรรมให้กระชับสอดคล้องกับเนื้อหาของแต่ละกิจกรรม ปรับภาษาของโจทย์ในใบกิจกรรมให้ง่ายต่อการเข้าใจ และมีความชัดเจนยิ่งขึ้น และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแล ปรับข้อคำถามในบางข้อให้กระชับและใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายขึ้น ตามความคิดเห็นและ

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วจึงนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองความเป็นไปได้ (try out) กับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในการใช้ภาษา ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมหรือไม่ จากนั้นจึงนำมาปรับปรุงโดยปรับลักษณะการตอบใบงานจากการเขียนรายบุคคล เป็นรายกลุ่มแทน โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนตอบคำถามใบงานภายในกลุ่มก่อนเขียนสรุปในใบงาน เพื่อความเหมาะสมกับเวลา วัยของผู้ดูแล และความครอบคลุมของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นของผู้ดูแลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการศึกษา

1. การเตรียมตัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มต่าง ๆ เพื่อนำมาสร้าง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่เป็นมุสลิม จำนวน 10 คน และผู้วิจัยได้มีการฝึกทักษะการให้ สุขภาพจิตศึกษา และฝึกการดำเนิน โปรแกรม พร้อมทั้งมีการอภิปรายหลังการฝึกเกี่ยวกับความถูกต้อง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ภายใต้การนิเทศของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้มีประสบการณ์ในเรื่องของการให้สุขภาพจิตศึกษาและการดำเนิน โปรแกรมกลุ่ม เพื่อให้การวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนและครอบคลุม

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ประกอบด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นของผู้ดูแล

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ที่เคยผ่านการอบรมการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อทำหน้าที่เก็บรวบรวมแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลให้กับผู้ช่วยวิจัยทราบก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง

4. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

5. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีและจังหวัดนราธิวาส

6. ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส ให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบครูที่ให้การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาประจำศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการทดลอง และขอความร่วมมือครูคัดกรองภาวะสมาธิสั้นในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) พบภาวะสมาธิสั้นในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี จำนวน 86 คน และจังหวัดนราธิวาส จำนวน 98 คน

7. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดได้ 96 คน จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากเพื่อเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยได้ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีเป็นกลุ่มทดลอง และศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาสเป็นกลุ่มควบคุม และสุ่มเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับสลากให้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการจับคู่ (match pair) ให้มีคุณลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงในด้านของเพศ กับระดับการศึกษาของผู้ดูแล และด้านของอายุ กับคะแนน SNAP-IV ของเด็กที่อยู่ในความดูแล ซึ่งในขณะที่ทดลองผู้ดูแลกลุ่มทดลอง 2 คนไม่สามารถเข้าร่วมตลอดโปรแกรมได้ เนื่องจากต้องทำงานในวันที่จัดกิจกรรม และอีก 2 คนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 ได้ เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบ จึงมีกลุ่มทดลอง

ทั้งหมด 26 คน สำหรับในกลุ่มควบคุม ผู้ดูแล 2 คน ไม่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลก่อนการทดลอง และอีก 2 คน ไม่สามารถเข้าร่วมตอบแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลหลังการทดลองได้ เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบ ดังนั้นจึงมีจำนวนกลุ่มควบคุม 26 คน เช่นกัน

8. ผู้วิจัยติดต่อขอใช้ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีและจังหวัดนราธิวาส เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง

1. กลุ่มทดลองได้รับการดูแลปกติ หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษในวันประชุมผู้ปกครองภาคการศึกษาละ 2 ครั้ง ตามแนวทางปกติที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีจัดให้ผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษทุกคน และได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และค่าเดินทางในการมาทำกิจกรรมแต่ละครั้ง รวมทั้งความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใด และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หากไม่สมัครใจและสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้เซ็นลงนามในใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ง)

3. ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ก่อนเริ่มการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

4. ผู้วิจัยทำการทดลองโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 13-15 คน แต่ละกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 90-120 นาที ติดต่อกัน 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ กำหนดวันเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่ม ณ ห้องประชุมศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี ทุกวันจันทร์และวันศุกร์ ช่วงเช้า เวลา 09.30 – 11.30 น. กลุ่มที่ 1 จำนวน 13-15 คน และช่วงบ่าย เวลา 13.30-15.30 น. กลุ่มที่ 2 จำนวน 13-15 คน

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้ความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นด้วยหัวใจอิสลาม ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1.1) กิจกรรม

“ให้สลาม แล้วเราจะรู้จักกัน” ใช้เวลา 60 นาที เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมด้วยการให้สลาม แนะนำตัวเอง ซึ่งเจงวัตฤประสงค์ โดยใช้หลักอิสลาม เรื่องมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ และ 1.2) กิจกรรม “เล่าสู่กันฟังด้วยหัวใจอิสลาม” ใช้เวลา 60 นาที โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น และใช้หลักศาสนาอิสลามในเรื่องการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) โดยเน้นการแสวงหาความรู้และการบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วยที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ยอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม ใช้เวลา 90 นาที เป็นการค้นหาปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น โดยใช้หลักการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ที่เน้นถึงกำหนดการของอัลลอฮ์ (ช.บ.) ผู้ทรงบังเกิดทุกสิ่งทุกอย่าง ร่วมกับการขออูอาฮ์

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมตามวิถีอิสลาม ใช้เวลา 90 นาที เป็นการทบทวนและฝึกทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม โดยใช้หลักจริยธรรมอิสลามตามแบบอย่างการจัดการปัญหาของท่านศาสดา ร่วมกับการขออูอาฮ์

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม ใช้เวลา 90 นาที เป็นการเรียนรู้วิธีการประเมินความเครียดด้วยตนเอง ค้นหาสาเหตุของความเครียด อาการแสดง และวิธีการจัดการกับความเครียดตามทัศนะอิสลามด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ดูแล โดยในกิจกรรมนี้ใช้หลักการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ที่เน้นให้จิตใจสงบ ไม่กังวลหรือฟุ้งซ่าน ร่วมกับการขออูอาฮ์

ครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม ใช้เวลา 90 นาที เป็นการทบทวนการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามจากประสบการณ์การนำไปใช้จริงของผู้ดูแล ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการความเครียดโดยใช้หลักการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.) ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การละหมาด การอ่านอัลกุรอาน การซิกิร เป็นต้น ที่เน้นให้จิตใจสงบ ลดความเครียด ความกังวล หรือความคิดที่ฟุ้งซ่าน

ครั้งที่ 6 กิจกรรมที่ 6 มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉันทน์ ใช้เวลา 120 นาที ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 6.1) กิจกรรม “มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์” ระยะเวลา 60 นาที เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการสื่อสารตามซุนนะห์ และ 6.2) กิจกรรม “แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ของฉันทน์” ระยะเวลา 60 นาที เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้

5. ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

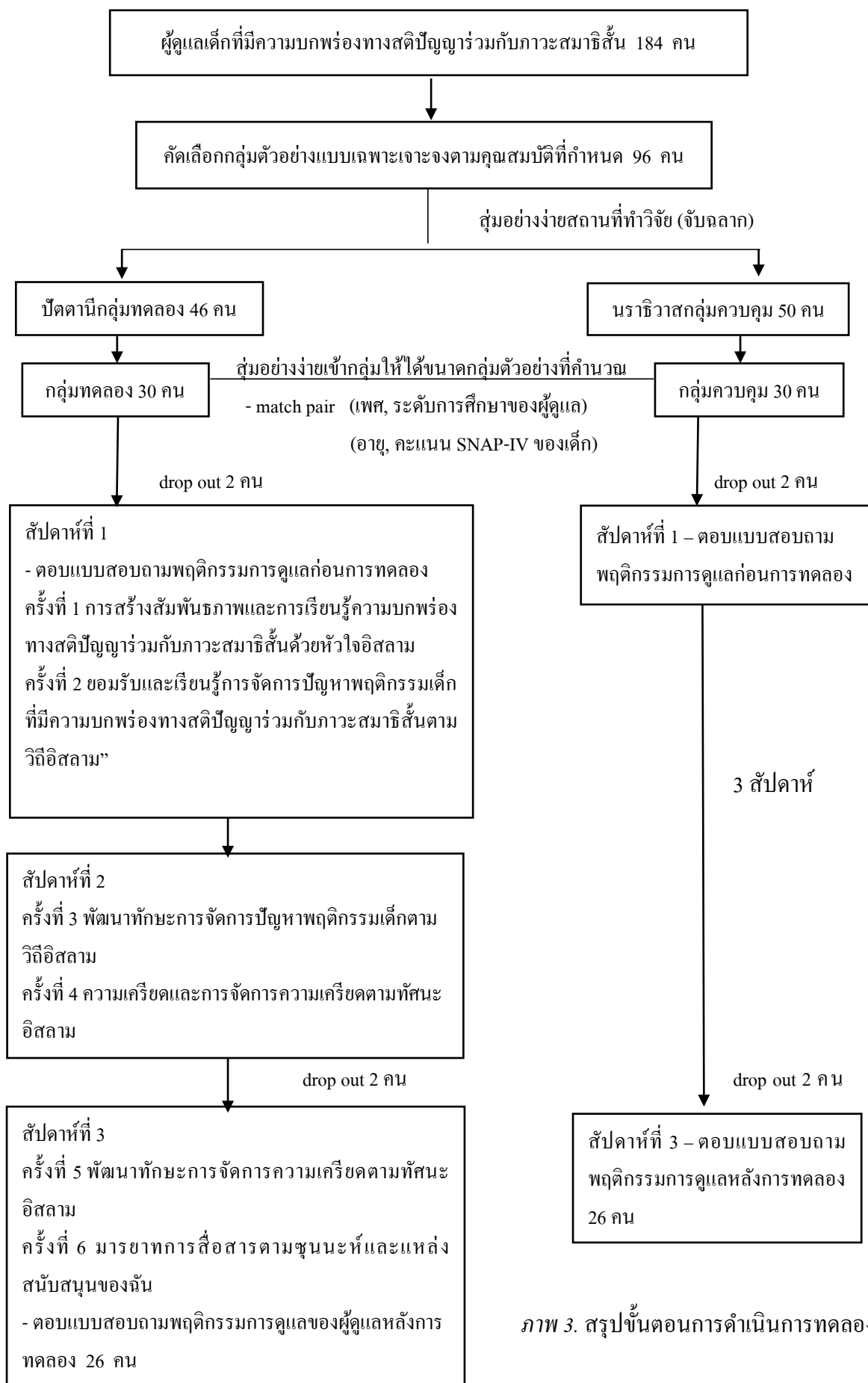
กลุ่มควบคุม

1. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษในวันประชุมผู้ปกครองภาคการศึกษาละ 2 ครั้ง ตามแนวทางปกติที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนครราชสีมาจัดให้ผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษทุกคน

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใด และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หากไม่สมัครใจและสามารถบอกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้เซ็นลงนามในใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ง)

3. ผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นในวันอังคารแรกของการทดลอง เวลา 09.30 – 10.00 น.

4. ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลอีกครั้งหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ห่างจากการประเมินก่อนการทดลอง 3 สัปดาห์ ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถสรุปการดำเนินการทดลองได้ดังภาพ 3



ภาพ 3. สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิและเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้จัดทำเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และให้กลุ่มตัวอย่างเช่นลงนามในใบพิทักษ์สิทธิ์ทุกรายหากยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมถึงได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ ศษ. 0521.1.05/505 และผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการทดลอง และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิของตนเองในการให้ความร่วมมือต่อการเข้าร่วมวิจัย โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอสรุปผลออกมาในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีความสนใจต้องการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ผู้วิจัยยินดีจัด โปรแกรมให้กลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น ซึ่งขณะดำเนินโปรแกรมในกิจกรรมที่ 4 ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง 1 คน รู้สึกเครียด ไม่สบายใจในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด เรื่องบุตรของตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ๆ และชาวบ้านในชุมชน ผู้วิจัยจึงหยุดการดำเนินกิจกรรมชั่วคราว เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบาย และแนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียดตามทัศนะอิสลาม จนผู้ดูแลรู้สึกดีขึ้นและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่อจนสิ้นสุด โปรแกรม (ภาคผนวก ง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมจากการทดลอง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านผู้ดูแลประกอบด้วย อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับเด็ก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การศึกษาด้านศาสนา อาชีพ การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยของเด็ก และการรับรู้ภาวะสมาธิสั้นร่วม และข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาเข้ารับ

การศึกษาพิเศษ การรักษาที่ได้รับปัจจุบัน สุขภาพทั่วไปของเด็ก และคะแนน SNAP-IV วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (pair t-test)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (independent t-test)

4. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ โดยการตรวจสอบคุณสมบัติตามข้อตกลง ดังนี้

4.1 ตัวแปรต้นเป็นตัวแปรที่อยู่ในระดับนามบัญญัติ ตัวแปรตามมีระดับการวัดเป็นอันตรภาคชั้นหรืออัตราส่วน

4.2 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) โดยคำนวณ skewness/standard error และ kurtosis/standard error พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลปกติ (ภาคผนวก จ)

4.3 ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมดูแล ทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาคผนวก จ)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่ได้รับการประเมินภาวะสมาธิสั้นด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามจำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 26 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เพศกับระดับการศึกษาของผู้ดูแล และอายุกับคะแนน SNAP-IV ของเด็ก ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น มีการกระจายข้อมูลเป็นปกติ (normal distribution) และความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลภายในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (homogeneity of variance) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้วยสถิติทีคู่ (pair t-test) และสถิติทีอิสระ (independent t-test) โดยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น
2. ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 2 คະแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานข้อที่ 3 คະแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 4 คະแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับ โปรแกรมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น จำแนกตาม อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับเด็ก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การศึกษาด้านศาสนา อาชีพ การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ภาวะสุขภาพ การรับรู้ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยของเด็ก และการรับรู้ ว่าเด็กมีภาวะสมาธิสั้นร่วมด้วยของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ ข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น (N=52)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (I)	กลุ่มควบคุม (C)	χ^2	p
	(n=26)	(n=26)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (I : M = 43.77, SD = 10.19, Min = 26, Max = 60)			0.33 ^a	.57
(C : M = 40.50, SD = 7.70, Min = 26, Max = 60)				
20 – 40 ปี	11(42.3)	9(34.6)		
41 – 60 ปี	15(57.7)	17(65.4)		
เพศ			0.00 ^b	1.00
ชาย	3 (11.5)	3 (11.5)		
หญิง	23 (88.5)	23 (88.5)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก			0.49 ^c	.78
บิดา	3 (11.5)	2 (7.7)		
มารดา	20 (77.0)	22 (84.6)		
พี่น้อง	3 (11.5)	2 (7.7)		
สถานภาพสมรส			3.17 ^c	.21
สมรส	21 (80.8)	24 (92.3)		
หม้าย/หย่าร้าง	3 (11.5)	2 (7.7)		
โสด	2 (7.7)	0		
ระดับการศึกษา			2.30 ^c	.51
ประถมศึกษา	14 (53.8)	13 (50.0)		
มัธยมศึกษา	6 (23.2)	10 (38.5)		
อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.)	3 (11.5)	1 (3.8)		
ปริญญาตรี	3 (11.5)	2 (7.7)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (I)	กลุ่มควบคุม (C)	χ^2	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 26)	(<i>n</i> = 26)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การศึกษาด้านศาสนา			2.0 ^c	.74
ตาดีกา	13(50.0)	12(46.2)		
อับดีคาอียะห์	4(15.4)	2(7.7)		
มูตาวัชชีเตาะฮ์	2(7.7)	1(3.8)		
ซานาวี	1(3.8)	2(7.7)		
ปอเนาะ	6(23.1)	9(34.6)		
อาชีพ			1.20 ^c	.88
ว่างงาน/ไม่ประกอบอาชีพ	1 (3.8)	1 (3.8)		
รับจ้าง	13 (50.0)	16 (61.5)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (19.3)	5 (19.3)		
เกษตรกรรม	4 (15.4)	2 (7.7)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3 (11.5)	2 (7.7)		
การรับรู้ความเพียงพอของรายได้			0.69 ^a	.41
เพียงพอ	12 (46.2)	15 (57.7)		
ไม่เพียงพอ	14 (53.8)	11 (42.3)		
บทบาทในครอบครัว			0.43 ^a	.51
หัวหน้าครอบครัว	7 (26.9)	5 (19.2)		
สมาชิกในครอบครัว	19 (73.1)	21(80.8)		
ระยะเวลาในการดูแล (I : <i>M</i> = 11.08, <i>SD</i> = 3.68, <i>Min</i> = 5, <i>Max</i> = 18)			0.84 ^a	.36
(C : <i>M</i> = 9.50, <i>SD</i> = 3.61, <i>Min</i> = 5, <i>Max</i> = 18)				
5 – 11 ปี	17(65.4)	20(76.9)		
12- 18 ปี	9(34.6)	6(23.1)		
ภาวะสุขภาพ			0.15 ^b	.70
ไม่มีโรคประจำตัว	21 (80.8)	23 (88.5)		
มีโรคประจำตัว	5 (19.2)	3 (11.5)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (I)	กลุ่มควบคุม (C)	X^2	p
	($n=26$)	($n=26$)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การรับรู้ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยของเด็ก			2.07 ^a	.36
รุนแรงปานกลาง	15 (57.7)	10 (38.5)		
รุนแรงเล็กน้อย	4 (15.4)	7 (26.9)		
ไม่รุนแรง	7 (26.9)	9 (34.6)		
การรับรู้ภาวะสมาธิสั้นร่วม			0.36 ^a	.55
มี	19 (73.1)	17 (65.4)		
ไม่มี	7 (26.9)	9 (34.6)		

^a = Pearson chi-Square ^b = Continuity correction ^c = Likelihood ratio

หมายเหตุ. I = intervention C = control

จากตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่อยู่ในศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานีและจังหวัดนราธิวาส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในเรื่องของอายุ เพศ ความสัมพันธ์กับเด็ก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การศึกษาด้านศาสนา อาชีพ การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพ การรับรู้ระดับความรุนแรงการเจ็บป่วยของเด็ก และการรับรู้ภาวะสมาธิสั้นร่วม ดังนี้

ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มทดลองจำนวน 26 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 57.7 และอายุระหว่าง 20 – 40 ปี ร้อยละ 42.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.77 ปี ($SD = 10.19$) เป็นเพศหญิงโดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 11.5 ด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 80.8 และพบว่าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาเด็ก ร้อยละ 77 รองลงมาเป็นบิดาและพี่น้องร้อยละ 11.5 ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.8 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.2 สำหรับการศึกษาด้านศาสนา พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาจากตาดีกา ร้อยละ 50 รองลงมาคือการศึกษาจากปอเนาะ ร้อยละ 23.1 โดยประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50

รองลงมาคืออาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 19.3 และส่วนใหญ่รับรู้ถึงความเพียงพอของรายได้ว่า ไม่เพียงพอ ร้อยละ 53.8 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 73.1 มีระยะเวลาในการดูแลน้อยที่สุด 5 ปี มากที่สุด 18 ปี โดยเฉลี่ย 11.08 ปี ($SD = 3.68$) สำหรับด้านภาวะสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.8 และรับรู้的孩子มีภาวะสมาธิสั้นร่วมด้วยเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.1

ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 65.4 และอายุระหว่าง 20 – 40 ปี ร้อยละ 34.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.50 ปี ($SD = 7.70$) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 11.5 ด้านสถานภาพสมรสพบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 92.3 และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาเด็ก ร้อยละ 84.6 รองลงมาเป็นบิดาและพี่น้อง ร้อยละ 7.7 ผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 สำหรับการศึกษาด้านศาสนาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับดาดิการ ร้อยละ 46.2 รองลงมาคือการศึกษาจากปอเนาะ ร้อยละ 34.6 ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.5 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 19.3 โดยส่วนใหญ่รับรู้ถึงความเพียงพอของรายได้ว่าเพียงพอ ร้อยละ 57.7 และส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 80.8 โดยมีระยะเวลาในการดูแลน้อยที่สุด 5 ปี มากที่สุด 18 ปี โดยเฉลี่ย 9.50 ปี ($SD = 3.61$) ด้านภาวะสุขภาพพบว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.5 และโดยส่วนใหญ่รับรู้的孩子มีภาวะสมาธิสั้นร่วมด้วย ร้อยละ 65.4

แสดงให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากโปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น จำแนกตาม อายุ เพศ ระยะเวลาที่เข้ารับการศึกษาพิเศษ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ภาวะสุขภาพ และคะแนน SNAP-IV วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น (N=52)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (I)	กลุ่มควบคุม (C)	χ^2	p
	(n=26)	(n=26)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (I : M = 11.73, SD = 3.58, Min = 6, Max = 18)			2.16 ^a	.14
(C : M = 9.54, SD = 3.60, Min = 6, Max = 18)				
6 – 12 ปี	15 (57.7)	20 (76.9)		
13 – 18 ปี	11 (42.3)	6 (23.1)		
เพศ			0.72 ^a	.40
ชาย	17 (65.4)	14 (53.8)		
หญิง	9 (34.6)	12 (46.2)		
ระยะเวลาเข้ารับการศึกษพิเศษ			0.15 ^b	.70
(I : M = 3.69, SD = 1.82, Min = 1, Max = 8 ; C : M = 4.08, SD = 2.03, Min = 1, Max = 9)				
1 – 5 ปี	23 (88.5)	21 (80.8)		
6 – 10 ปี	3 (11.5)	5 (19.2)		
การรักษาที่เด็กได้รับในปัจจุบัน			2.78 ^c	.25
ไม่ได้รับการรักษา	13 (50.0)	8 (30.8)		
รักษาด้วยยา	3 (11.5)	2 (7.7)		
การปรับพฤติกรรม	10 (38.5)	16 (61.5)		
การรักษาที่เด็กได้รับในปัจจุบัน			2.78 ^c	.25
ไม่ได้รับการรักษา	13 (50.0)	8 (30.8)		
รักษาด้วยยา	3 (11.5)	2 (7.7)		
การปรับพฤติกรรม	10 (38.5)	16 (61.5)		
ภาวะสุขภาพ			0.34 ^a	.56
ไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วม	16 (61.5)	18 (69.2)		
มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย	10 (38.5)	8 (30.8)		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (I)	กลุ่มควบคุม (C)	X^2	p
	(n=26)	(n=26)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
คะแนน SNAP-IV			0.65 ^c	.72
< 33 คะแนน	4 (15.4)	5 (19.2)		
33 – 52 คะแนน	17 (65.4)	18 (69.2)		
> 52 คะแนน	5 (19.2)	3 (11.5)		

^a = Pearson chi-Square ^b = Continuity correction ^c = Likelihood ratio

หมายเหตุ. I = intervention C = control

จากตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในเรื่องของอายุ เพศ ระยะเวลาที่เข้าร่วมการศึกษาพิเศษ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ภาวะสุขภาพ และระดับคะแนน SNAP-IV ดังนี้

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 6-12 ปี ร้อยละ 57.7 และอายุอยู่ระหว่าง 13-18 ปี ร้อยละ 42.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 11.73 ปี ($SD = 3.58$) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 34.6 มีระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาพิเศษน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 8 ปี โดยเฉลี่ย 3.69 ปี สำหรับการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 50 รองลงมาคือการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม ร้อยละ 38.5 ด้านภาวะสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางกายอื่นๆ ร้อยละ 61.5 และคะแนน SNAP-IV ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วง 33 - 52 คะแนน ร้อยละ 65.4

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลกลุ่มควบคุม จำนวน 26 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 6-12 ปี ร้อยละ 76.9 และอายุอยู่ระหว่าง 13-18 ปี ร้อยละ 23.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 9.54 ปี ($SD = 3.60$) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.8 และ เพศหญิง ร้อยละ 46.2 มีระยะเวลาที่ได้รับการศึกษาพิเศษน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 9 ปี โดยเฉลี่ย 4.08 ปี สำหรับการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม ร้อยละ 61.5 รองลงมาคือไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 30.8 ด้านภาวะสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มี

โรคทางกายอื่นๆ ร้อยละ 69.2 และคะแนน SNAP-IV ส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 33 – 52 คะแนน ร้อยละ 69.2

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติคู่ (pair t-test) และสถิติทีอิสระ (independent t-test) โดยทดสอบการแจกแจงข้อมูล (test of normality) คำนวณ skewness/standard error และ kurtosis/standard error และความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของข้อมูลทุกชุดมีการแจกแจงเป็นปกติ (normality) และทดสอบความแปรปรวนภายในกลุ่มของคะแนนพฤติกรรม การดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ภาคผนวก จ)

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

	n	พฤติกรรมการดูแล		t	p
		M	SD		
ก่อนการทดลอง	26	55.77	3.86	1.55	.133
หลังการทดลอง	26	55.35	3.58		

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย ก่อนการทดลอง ($M = 55.77$, $SD = 3.86$) และหลังการทดลอง ($M = 55.35$, $SD = 3.58$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.55$, $p > .05$)

สมมติฐานข้อที่ 2 คະแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

	n	พฤติกรรมการดูแล		t	p
		M	SD		
ก่อนการทดลอง	26	57.04	5.42	-18.65	.000
หลังการทดลอง	26	70.19	3.94		

จากตาราง 4 พบว่า คະแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง จำนวน 26 ราย หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ($M = 70.19$, $SD = 3.94$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 57.04$, $SD = 5.42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -18.65$, $p < .001$)

สมมติฐานข้อที่ 3 คະแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตาราง 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

	n	พฤติกรรมการดูแล		t	p
		M	SD		
กลุ่มทดลอง	26	57.04	5.42	.97	.335
กลุ่มควบคุม	26	55.77	3.86		

จากตาราง 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง ($M = 57.04, SD = 5.42$) ที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 55.77, SD = 3.86$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .97, p > .05$)

สมมติฐานข้อที่ 4 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตาราง 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

	n	พฤติกรรมการดูแล		t	p
		M	SD		
กลุ่มทดลอง	26	70.19	3.94	14.22	.000
กลุ่มควบคุม	26	55.35	3.58		

จากตาราง 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($M = 70.19, SD = 3.94$) ที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 55.35, SD = 3.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.22, p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามลักษณะกลุ่มตัวอย่างและสมมติฐานได้ดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็ก (ตาราง 1) สอดคล้องกับรายงานการวิจัยในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาและผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ (ปีทมาภรณ์, 2556; วิไลพร, 2558; สนธยา, 2550) โดยผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี (ตาราง 1) สอดคล้องกับการศึกษาวรรณภา (2551) ที่พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่อายุ 41-59 ปี (ร้อยละ 63.68) ซึ่งเป็นวัยที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีวุฒิภาวะสามารถควบคุมตนเองและพฤติกรรมให้สอดคล้องกับอารมณ์ได้ ในส่วนของระดับการศึกษาของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มพบว่าส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคือมัธยมศึกษา และปริญญาตรี (ตาราง 1) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับเด็กในครอบครัวที่มีสภาพพื้นฐานทางสังคมที่หลากหลาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งพบว่าพื้นฐานการศึกษาของผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีการศึกษาที่หลากหลายเช่นเดียวกัน (วรรณภา, 2551; สนธยา, 2550; เอกชัย, 2558) สำหรับสถานภาพสมรสของผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่พบว่ามีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกัน และมีระยะเวลาในการดูแลเด็กอยู่ระหว่าง 5-18 ปี (ตาราง 1) สอดคล้องกับรายงานการวิจัยในผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ที่พบว่าผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกันมากกว่ากลุ่มสถานภาพอื่นๆ และมีระยะเวลาในการดูแลเด็กมากกว่า 5 ปี (ดวงใจ, 2552; ปีทมาภรณ์, 2556; วิไลพร, 2558) ในด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ตาราง 1) สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา (2551) จากรายงานการวิจัยในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.63) และการศึกษาของธัญวดี (2559) ในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่าส่วนใหญ่ มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 98.9) เช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นนั้นต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ดูแลจึงควรมีสุขภาพที่แข็งแรงเพื่อสามารถให้การดูแลช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของเด็กได้ (กุลยา, 2554)

สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุอยู่ในช่วง 6-12 ปี (ตาราง 2) ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย ที่พบในเด็กเพศชายมากกว่าเด็กเพศหญิง 4-6 เท่า และพบมากในเด็กวัยเรียน (ทวีศิลป์, พรทิพย์, ธีนวรจัน, โขษิตา, และพัชรินทร์,

2556) เช่นเดียวกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเป็นเด็กที่มีอายุอยู่ในช่วง 5-11 ปี (งานงจิตต์, 2553; ธัญวดี, 2559; สนธยา, 2550)

ผลการทดสอบสมมติฐาน

จากผลการวิจัยภายหลังสิ้นสุดการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อพิจารณาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ตามลำดับ อภิปรายได้ดังนี้

ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เป็นการดูแลตามแนวทางปกติจากศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาสทั้งก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ การจัดอบรมให้คำปรึกษาผู้ดูแลในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ และการแนะนำกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านการศึกษาร่วมกับผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษทุกคน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถฟื้นฟูเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส, 2560) ซึ่งเป็นการดูแลที่ไม่เน้นเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ไม่มีการให้ความรู้หรือฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามให้กับผู้ดูแล ไม่มีการพูดคุย ระบายความรู้สึกหรือจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่อย่างใด รวมทั้งไม่ได้รับการประทับประคองด้านจิตใจอย่างใกล้ชิดทั้งก่อนและหลังการทดลอง จึงทำให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตาราง 3)

สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นภายหลังที่ได้รับ โปรแกรม ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามนั้น เนื่องจากผู้ดูแลได้รับความรู้ และมีการฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะ ร่วมกับการประทับประคองด้านจิตใจตาม โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของแอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson et al., 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและหลักศาสนา

อิสลาม ซึ่งเป็นรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ทักษะการจัดการกับ ปัญหาและความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการกลุ่มจะทำให้ผู้ดูแล ได้พูดคุยระบาย ความคิด ความรู้สึก แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลในกลุ่มเพื่อนที่มีความรู้สึก คล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีโอกาสวางแผนในกิจกรรมการดูแล กำหนด ความต้องการ วิเคราะห์สถานการณ์และร่วมกันหาแนวทางการจัดการปัญหาที่เกิดจากการดูแล รวมถึงการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือได้ ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิด การเรียนรู้ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้าน การรู้จักคิด ความรู้สึก และทักษะที่ เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นให้เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา (2555) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวแบบกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า กิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ดูแลได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลกับผู้ดูแลที่มีลักษณะความคิดความรู้สึกคล้ายคลึงตนเอง ทำให้ไม่ รู้สึกโดดเดี่ยว มีกำลังใจในการดูแล ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ สูงในการดูแลผู้ป่วยลดลง และการศึกษาของสุภาวดี (2550) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาในผู้ปกครองเด็กออทิสติก พบว่า หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาพฤติกรรม การดูแลของผู้ปกครองเด็กออทิสติกสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

ทั้งนี้การดำเนินสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาสามารถทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้และ ฝึกปฏิบัติในกิจกรรมที่ต้องนำไปปฏิบัติใช้กับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะ สมาธิสั้นในครอบครัว โดยใช้หลักคำสอนและแนวคิดของศาสนาอิสลาม ซึ่งหลักศาสนาอิสลาม จะทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อ หวังความโปรดปรานจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) (อิสมาอีล, 2551) ทำให้ผู้ดูแลมีความหวัง มีพลังทาง จิตวิญญาณ ช่วยในการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับ ภาวะสมาธิสั้นให้เพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมัจรีนา (2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็น โรคซึมเศร้า พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคซึมเศร้าหลังได้รับ โปรแกรม เสริมสร้างพลังอำนาจบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสามารถสร้างเสริมพฤติกรรม การดูแลในผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น จากการดำเนินกิจกรรม ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยจัดกิจกรรม “ให้สละม แล้วเราจะรู้จักกัน” ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยกัน ในบรรยากาศของความเป็นมิตรตามมารยาทการทักทายในอิสลาม บอกถึงข้อดีของสมาชิกในกลุ่มหลังจากพูดคุยทำความรู้จักกัน ซึ่งจากกิจกรรมครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้มีการสร้างสัมพันธภาพ รู้สึกถึงความรักความห่วงใย เกิดความไว้วางใจในความเป็นพี่น้องมุสลิมกัน ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญเกิดแรงจูงใจและให้ความร่วมมือที่ดีในการทำกิจกรรมร่วมกัน (Anderson et al., 1986) ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ได้พูดคุยทำกิจกรรมกับพ่อแม่ที่ต้องดูแลลูกเหมือนกันคิดว่าต้องมีประโยชน์ในการนำไปใช้ดูแลลูกที่บ้านแน่ค่ะ” สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร (2549) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความไว้วางใจ กล่าวเล่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว และการชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับสมาชิกในครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรม และการศึกษาของมัจรีนา (2558) ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้การสร้างสัมพันธภาพบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม พบว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันนั่นคือ ความเป็นพี่น้องมุสลิม และมีอัลลอฮฺ (ช.บ.) เป็นพระเจ้าเหมือนกัน เกิดความคุ้นเคย มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน กล่าวพูดคุยเปิดเผยตนเองต่อกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เป็นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความพร้อมในการดูแลและสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย (Anderson et al., 1986) โดยจัดกิจกรรม “เรียนรู้ร่วมกันด้วยหัวใจอิสลาม” เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และความรู้สึกในการดูแลเด็กร่วมกันของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้ระบายความคิด ความรู้สึกในการดูแล ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและการดูแลบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม นำไปสู่การเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก ทราบถึงความต้องการ ขอมรับข้อจำกัด และสามารถดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามได้อย่างเหมาะสม ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ได้รู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยและหลักศาสนาอิสลาม” สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติกของ

ผู้ปกครอง พบว่า การที่ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สามารถสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กออกทัศนคติที่ดีมากขึ้นและครอบคลุม ส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลโดยรวมหลังได้รับความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($M = 3.52, SD = 0.20$) (ภาคผนวก ฉ) ยกเว้นด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปราศจากนาณูสที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.80, SD = 0.31$) เท่ากับก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 3.29, SD = 0.51$) (ภาคผนวก ฉ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชายถึงร้อยละ 65.4 ซึ่งโดยทั่วไปเด็กชายมักมีพฤติกรรมที่ค่อนข้างซน คือ รั้น ทำท่าย ชอบเล่นผาดโผน รุนแรงกว่าเด็กหญิง ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดอันตรายและต้องการการดูแลมากกว่าเพศหญิง ผู้ดูแลจึงต้องพัฒนาความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลด้านนี้อยู่ในระดับมากตั้งแต่ก่อนได้รับ โปรแกรมเพื่อป้องกันอันตรายและอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ต้องจัดบ้านเป็นระเบียบทุกวันป้องกันลูกสะดุดล้มล้มล้ม” “การรักษาความสะอาดเป็นหน้าที่ที่อัลลอฮ์กำหนดสำหรับมุสลิมทุกคนครับ” ซึ่งสอดคล้องกับคำสอนที่มีการบันทึกในหะดีษ ความว่า “การทำความสะอาดเป็นครั้งหนึ่งของการศรัทธา” (บันทึกโดย มุสลิม)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการขอคู่ออร์ ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.65, SD = 0.42$) เท่ากับก่อนได้รับ โปรแกรม ($M = 3.12, SD = 0.45$) (ภาคผนวก ฉ) อาจเป็นผลสืบเนื่องจากการให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วยเนื่องจากเป็นหน้าที่และสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิม ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “อัลลอฮ์มอบหน้าที่มาแล้ว เรามีหน้าที่ดูแลเขาให้ดีที่สุดครับ ไม่เคยผัดนัดหมอและก็ไม่เคยสิ้นหวังกับการขอคู่ออร์ทุกครั้งครับ” สอดคล้องกับคำสอนที่มีการบันทึกในหะดีษ ความว่า “จงรักษาเถิด แท้จริงพระองค์อัลลอฮ์จะไม่ทรงนำโรคลงมา เว้นแต่พระองค์จะนำมาเพื่อการบำบัดลงมาด้วย ยกเว้น โรคเดียวที่ไม่มียารักษา คือ โรคชรา” (บันทึกโดย บุคอรีและมุสลิม) และสอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา (2550) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นด้านการดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง

3. การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา เป็นการค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการปัญหา รวมถึงฝึกผู้ดูแลให้รู้จักปฏิบัติต่อผู้ป่วยในยามวิกฤติ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ (Anderson et al., 1986) โดยจัดกิจกรรม “ยอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม” ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมของเด็ก และแนวทางในการจัดการ

ปัญหาพฤติกรรมบนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม โดยใช้การรำลึกถึงอัลลอฮ์ จากหลักศรัทธาที่ว่าอัลลอฮ์ (ช.บ.) เป็นผู้กำหนดทุกสิ่งทุกอย่างบนโลกนี้อย่างไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ กิจกรรมนี้นำไปสู่ความเข้าใจและยอมรับในปัญหาพฤติกรรมของเด็ก สามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการจัดการกับปัญหบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามได้อย่างเหมาะสม ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “เหนื่อยค่ะที่ลูกอยู่ไม่นิ่ง แต่เมื่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) กำหนดแล้ว ต้องซอบรัมาท กะ ค่ะ แล้วพระองค์จะตอบแทน” สอดคล้องกับการศึกษาของมัจรีนา (2558) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลโรคซึมเศร้า พบว่า หลังจากที่ถูกดูแลอย่างได้นำการซอบรั (ระงับโกรธ) และการให้อภัยตามการจัดการปัญหาของท่านศาสดาไปใช้ในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกโกรธ มีสติ และมีกำลังใจในการจัดการปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า และกิจกรรม “พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม” เป็นการทบทวนและฝึกทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กตามวิถีอิสลามซ้ำ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงบทบาทสมมติในการจัดการปัญหาตามท่านศาสดา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการจัดการปัญหาพฤติกรรม ด้วยผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาตามหลักศาสนา (ตาราง 1) ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางและมีความมั่นใจสามารถเลือกวิธีการจัดการปัญหบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามไปประยุกต์ใช้กับการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี (2550) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ปกครองเด็กออทิสติก พบว่า หลังได้รับการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมที่ต้องนำไปฝึกปฏิบัติกับเด็กออทิสติกภายในครอบครัวโดยการเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้ในการดูแลเด็กออทิสติกและมีพฤติกรรมดูแลหลังเข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

4. การพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด เป็นการหาแนวทางและฝึกทักษะการจัดการความเครียด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางและเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมในการจัดการความเครียดได้เหมาะสมกับสถานการณ์ (Anderson et al., 1986) โดยจัดกิจกรรม “เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม” เริ่มจากการประเมินความเครียดของตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ความเครียด การค้นหาสาเหตุของความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ทำให้ผู้ดูแลได้ระบายความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย ได้รับกำลังใจจากกลุ่ม อีกทั้งผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด มีแนวทางในการจัดการความเครียด

ตามทัศนะอิสลาม มีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลการดูแลออกทางอารมณ์สูง (ขนิษฐา, 2555) และด้วยอายุของผู้ดูแลส่วนใหญ่ 41 – 60 ปี ร้อยละ 57.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.77 ปี (ตาราง 1) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะ และเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ การเรียนรู้ การปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ความสามารถในการคิด ไตร่ตรองและการตัดสินใจเผชิญปัญหาได้เหมาะสม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.8 ไม่มีโรคประจำตัว (ตาราง 1) จึงมีความพร้อมเพียงพอในการดูแลเด็กกลุ่มนี้ นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 5 ปี (ตาราง 1) ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นและยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ที่พบว่า ผู้ปกครองมีความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นสูงถึงร้อยละ 68.8 จากปัญหาพฤติกรรมของเด็กและปัญหาอื่นๆที่เกิดจากการเลี้ยงดู ซึ่งหากผู้ปกครองปรับตัวไม่ได้ เผชิญความเครียดไม่เหมาะสมจะกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตตามมา (ดลฤดี, 2549) และกิจกรรม “พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม” เป็นการทบทวนและฝึกทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามซ้ำ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีแรงใจและพลังทางจิตวิญญาณที่มั่นคง สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “เวลาเครียดจนนอนไม่หลับ ผมจะใช้วิธีฟังอัลกุรอาน แล้วก็จะหลับไปเองเลยครับ” สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา (2556) ที่ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและให้ผู้ดูแลได้ฝึกวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการความเครียดที่เหมาะสม สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

5. การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารและแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Anderson et al., 1986) โดยจัดกิจกรรม “มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์” และกิจกรรม “แหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉัน” ให้ผู้ดูแลแสดงบทบาทสมมติการสื่อสารตามซุนนะห์ ซึ่งเป็นแนวทางของท่านนบีมุฮัมมัด (ช.ล.) ประพฤติปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคม ทำให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ถึงความต้องการของตนเองและความต้องการของผู้อื่น เป็นแบบอย่างในการสื่อสารที่ดีกับเด็ก รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ทำให้ผู้ดูแลทราบถึงแหล่งสนับสนุนที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชน

ที่อาศัยอยู่ ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “รู้สึกมั่นใจมากขึ้นค่ะ เวลาพูดคุยกับคนอื่น” “รู้สึกดีใจที่ได้รู้ว่า ยังมีใครอีกหลายคนเห็นคุณค่าและพร้อม ให้ความช่วยเหลือกับพวกเราค่ะ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร (2549) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า การพัฒนาทักษะทางสังคมในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับ ส่งสาร แปลความหมาย และตอบสนองที่เหมาะสมในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ ช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดได้ เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อพิจารณาหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 ตามลำดับ อภิปรายได้ดังนี้

ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น ทั้งในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนการทดลองนั้น ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติที่ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดจันทบุรีทำให้ในลักษณะที่เหมือนกัน ได้แก่ การจัดอบรมให้คำปรึกษาในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ และการแนะนำกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านการศึกษาร่วมกับผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษทุกคน (ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี, 2560; ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส, 2560) โดยไม่มีการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น ไม่มีการให้ความรู้หรือฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ไม่มีการประคับประคองด้านจิตใจอย่างใกล้ชิด และไม่มีการให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เฉพาะกับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น ทำให้พฤติกรรมดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตาราง 6)

สำหรับหลังการทดลอง ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามนั้น นอกจากได้รับการดูแลตามแนวทางปกติจากศูนย์การศึกษาพิเศษ ในเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความ

ต้องการพิเศษ และกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็กที่มีความต้องการพิเศษด้านการศึกษาแล้ว ยังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามในรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม ที่เน้นให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ มีทักษะในการจัดการกับปัญหาและความเครียดได้เหมาะสมกับสถานการณ์ ได้รับการประทับประคองด้านจิตใจ (Anderson et al., 1986) ได้ระบายความคิด ความรู้สึกในกลุ่มผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ทำให้ผู้ดูแลได้รับกำลังใจและคำชมเชยในการดูแลเด็กซึ่งกันและกัน ซึ่งการได้รับคำชมเชยและกำลังใจจากคนรอบข้าง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและมีความมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น (พัชรชาติ, 2555) โดยความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น จะทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกต่ออาการและข้อจำกัดต่างๆของเด็ก ส่งผลต่อการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อเด็ก (วินัดดา, 2554) นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกท้อแท้ หรือ โดดเดี่ยวเมื่อต้องประสบกับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีแรงผลักดันและเกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลเด็กอย่างเต็มที่ อีกทั้งยังเป็นการสร้างเครือข่ายที่พร้อมจะให้การดูแลเด็กของตนต่อไป (พัชรชาติ, 2555; วิไลพร, 2558) และการบูรณาการทุกกิจกรรมกับหลักอิสลามให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลาม ทำให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิผลมากขึ้น (Nakigudde et al., 2013) โดยหลักอิสลาม จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของเด็ก รวมถึงการทำหน้าที่ดูแลของตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข จากหลักศรัทธาที่เชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็นไปตามกำหนดการของอัลลอฮ์ (ช.บ.) อย่างไม่มีใครหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีจิตใจที่สงบ แสวงหาการช่วยเหลือและการปกป้องคุ้มครองจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) เมื่อประสบความทุกข์ยากลำบาก ทำให้มีความหวัง มีพลังทางจิตวิญญาณในการต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ (คำรง, 2548; มัสลิน, 2552) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล โดยภาพรวมทั่วไปของพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นของผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมในด้านการส่งเสริมโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้อัลกุรอาน การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม การฝึกทักษะทางสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามสุนนะห์ และการดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($M = 3.52, SD = 0.20$) (ภาคผนวก ฉ) สอดคล้องกับการศึกษาของมัจรีนา (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า กิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลยอมรับการทำหน้าที่ดูแลว่าเป็นกำหนดการและบททดสอบจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) และวิงวอนขอความช่วยเหลือจากพระองค์ในการดูแล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจ ไม่ย่อท้อต่อสถานการณ์ที่

ประสบ พยายามจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ให้สำเร็จ นำมาสู่ความมั่นใจและการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปกติจากศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนครราชสีมาเพียงเท่านั้น เป็นการจัดอบรมให้คำปรึกษาผู้ดูแลในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กที่มีความต้องการพิเศษเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ และการแนะนำกิจกรรมเพื่อพัฒนาเด็กที่มีความต้องการพิเศษในด้านการศึกษาร่วมกับผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษทุกคน ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่มีการให้ความรู้หรือฝึกทักษะเฉพาะที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นบนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม ทำให้พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมหลังการทดลองในด้านการดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด การส่งเสริมการเรียนรู้และการเรียนรู้้อัลกุรอาน การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม และการฝึกทักษะทางสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามสุนนะห์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.74, SD = 0.18$) เท่ากับก่อนการทดลอง (ภาคผนวก ฉ) จึงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตาราง 6) สอดคล้องกับการศึกษาของ ไบและคณะ (Bai et al., 2014) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลด้านการรักษาด้วยยา พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ด้านทัศนคติเชิงบวก และด้านพฤติกรรมดูแลด้านการรักษาด้วยยาของผู้ปกครองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สันและคณะ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักศาสนาอิสลาม สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นที่นับถือศาสนาอิสลามในศูนย์การศึกษาพิเศษได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่ได้รับการประเมินภาวะสมาธิสั้นด้วยแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short form) และกำลังศึกษาอยู่ในศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (purposive sampling) จากนั้นสุ่มอย่างง่ายพื้นที่ทำวิจัยด้วยวิธีจับฉลากเพื่อให้ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และสุ่มอย่างง่ายกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ได้จำนวนที่คำนวณโดยใช้วิธีการจับคู่ (match pair) ให้มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกันในด้านลักษณะเพศและระดับการศึกษาของผู้ดูแลกับอายุและคะแนน SNAP – IV ของเด็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและหลักศาสนาอิสลาม ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 90 – 120 นาที และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น และข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อให้คะแนนตามระดับการปฏิบัติ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 2 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 และวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบไคสแควร์ ทดสอบสถิติทีคู่เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม และทดสอบสถิติทีอิสระเพื่อ

เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับการตรวจสอบของคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมถึงได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาสในการเก็บข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

ผลการทดสอบสมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการทดลอง ($M = 55.77$, $SD = 3.86$) และหลังการทดลอง ($M = 55.35$, $SD = 3.58$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.55$, $p > .05$)

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสูงกว่า ($M = 70.19$, $SD = 3.94$) ก่อนได้รับ โปรแกรม ($M = 57.04$, $SD = 5.42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -18.65$, $p < .001$)

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ($M = 57.04$, $SD = 5.42$) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 55.77$, $SD = 3.86$) ก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .97$, $p > .05$)

4. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ($M = 70.19$, $SD = 3.94$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 55.35$, $SD = 3.58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.22$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามที่ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมไปฝึกกับบุคลากรทางสุขภาพเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่นับถือศาสนาอิสลามเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลให้สามารถดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นในศูนย์การศึกษาพิเศษอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 ควรนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามไปประยุกต์ใช้ในผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษกลุ่มอื่นๆ โดยการปรับเนื้อหาให้เหมาะกับบริบทของผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามในระยะยาว เช่น หลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน เป็นต้น เพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. นนทบุรี: มูลนิธิจิตเวชสงเคราะห์.
- กุดยา ก่อสุวรรณ. (2554). *ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา*. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เกษศิริรินทร์ นิลนนท์. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ขนิษฐา สุขทอง. (2555). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ขวัญฤทัย ไถ่สกุล. (2557). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดยา*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิตภินันท์ โชครศรีมิหิรัญ. (2553). *ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จิรวัดน์ ธนราพงศ์. (2550). *ปัจจัยทางจิตสังคมในการทนายพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาที่มีบุตรออทิสติก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จันงจิตต์ สุขพิทักษ์. (2553). *ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาต่อเด็กสมาธิสั้น*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

- (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2558). โรคสมาธิสั้น. ใน นันทวัช ลิทธิรักษ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศิริราช DSM-5* (หน้า 469 - 475). กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ฉัทธร พิทยรัตน์เสถียร, ชันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จึงศิริกุลวิทย์, และทรงภูมิ เบญญุกร. (2557). คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(2), 97-110.
- คลฤดี แดงน้ำกุ่ม. (2549). *ความเครียดของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ (สาขาสุขภาพจิต) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ดวงใจ ดุสิต. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กเรื้อรังของครอบครัว*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ดารุณี งามท่า. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นภาคตะวันออก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ดำรง แวอาลี. (2548). *เหยี่ยวจิตใจด้วยอิสลาม*. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พรินติ้ง เฮาส์.
- ทัศนวัต สมบุญธรรม. (2554). โรคสมาธิสั้น. ใน ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย, ชาคริยา ชีรเนตร, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, และพงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ (บรรณาธิการ). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 392-405). กรุงเทพมหานคร: บิยอน เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิถ, ชันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, โชนิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, และพัชรินทร์ อรุณเรือง. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 21(2), 66-75.

- ชัยวดี นาคมิตร. (2559). *ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน โรคสมาธิสั้น ตามการรับรู้ของมารดา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นภัทร พุกกะณะสุต. (2550). *สมาธิสั้นหายได้ไม่ยาก*. กรุงเทพมหานคร: นานามีบุ๊กพับลิเคชั่นส์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปัทมาภรณ์ เสือทองปาน. (2556). *การศึกษาความสามารถของผู้ปกครองในการฝึกทักษะการดำรงชีวิตในโรงเรียนของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในระดับเรียนได้ศูนย์การศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จากการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ปกครองโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษาพิเศษ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.
- ผกา สัจธรรม. (2550). *สุขภาพจิตเด็ก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผดุง อารยะวิญญู. (2544). *วิธีการสอนเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น*. กรุงเทพมหานคร: แวนแก้ว.
- ไพโรส มามะ. (2557). *ผลของโปรแกรมการผูกกับตัวเองทางบวกบนพื้นฐานหลักอิสลามต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นมุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พัชราวดี สราวดีพันธ์. (2555). *การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีชัยภูมิ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- เพ็ญแข ล้อมศิลา. (2542). *ปัญหาทางจิตใจของเด็กพิการที่ได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ (หน้า 345-349)*. กรุงเทพมหานคร: กรีนพรีนซ์.
- พนม เกตุมาน. (2552). *สุขใจกับเด็กสมาธิสั้น (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: เรือนปัญญา.
- พาริดาห์ ยงกิจ. (2550). *วิธีการปลูกฝังความศรัทธาในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวไทยมุสลิมในอำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ภักคินี แยกพงศ์. (2548). *การศรัทธาในอิสลามกับพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูบุตรของครอบครัวไทยมุสลิมในครอบครัวกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- มัจรีนา หมาดหมีน. (2558). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มัจฉานี แสงพุ่ม. (2554). *การพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ปกครองมุสลิมในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนในจังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มัทนา บุญสิงห์. (2554). *บทบาทครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- มัสลัน มะหะมะ. (2552). *อิสลาม...วิถีแห่งชีวิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: โฟ-บาร์ด.
- มยุรา ชัยเดช. (2555). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- มะหามะ เมาะมูลา, และยูซุฟ นิมะ. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: โรคเรื้อรัง (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- มาศมณี วีระณรงค์. (2546). *ความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- มานิช อภรณ์สุวรรณ. (2550). *โรคสมาธิสั้น หลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก*. กรุงเทพมหานคร: รักลูกแฟมิลี่กรุ๊ป.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- ยูซุฟ นิมะ, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2552). *การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตมุสลิม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- รอมือเอเลาะ ดามาอู. (2550). *การสร้างเสริมสุขภาพจิตเด็กวัยเรียนโดยบิดามารดาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รุ่งวิภา เจริญราษฎร์. (2546). *การดูแลบุคคลสมาธิสั้น: ศึกษาเฉพาะกรณีศึกษาสมาชิกชมรมบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทยในเขต กรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- วนิดา ชนินทุททวงศ์. (2552). *คู่มือผู้ปกครอง ใส่ใจเด็กวัยเรียน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชานุกูล.
- วราภรณ์ ชุมภูสืบ. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมของการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วรรณภา คำนชนวานิช. (2551). *ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วินัดดา ปิยะศิลป์, และพนม เกตุมาน. (2550). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น* (เล่ม 2). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ลักษณ์.
- วิไลพร ปานเจริญ. (2558). *ความเครียดและการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดปัตตานี. (2560). *แผนปฏิบัติการประจำปี 2560 ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี*. ปัตตานี : ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี.
- ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนราธิวาส. (2560). *แผนปฏิบัติการประจำปี 2560 ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส*. นราธิวาส : ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดนราธิวาส.
- สถาบันราชานุกูล. (2555). *เด็กสมาธิสั้นคู่มือสำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์พับลิชชิ่ง.

- สถาบันราชานุกูล. (2557). *คู่มือการประเมินสุขภาพบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และการใช้สมุดบันทึกสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์พับลิชชิง.
- สนธยา มณีรัตน์. (2550). *ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ ประเทศไทย. (2545). *พระมหาคัมภีร์อัลกุรอาน*. นนทบุรี: สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ.
- สายฝน เอกวางกูร, จารุวรรณ ประดา, และนฤมล ทีปะपाल. (2559). *จิตเวชเด็กและวัยรุ่นกับการบำบัดทางการพยาบาล*. ใน สายฝน เอกวางกูร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 207-237). สงขลา: สามลดา.
- สุชาดา สัตยญา. (2552). *การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนตามหลักศาสนาอิสลามของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดสตูล*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุชาดา เวชการุณา. (2556). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- สุภาวดี คำกฤษณา. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรม การดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาขารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- สุวริย์ ฤกษ์จำรี. (2553). *รูปแบบการให้ความช่วยเหลือเด็กไทยที่มีภาวะสมาธิสั้น โดยใช้บ้านและโรงเรียนเป็นฐาน*. คุษฎิณีพนธ์ปรัชญาคุษฎิณบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาให้คำปรึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด. (2535). *วัฒนธรรมอิสลาม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ทางนำ.
- อัมรียา ปทุมวรรณ. (2555). *แนวคิดในการดูแลโรคเรื้อรังเด็กและครอบครัว*. เอกสารประกอบการสอนโรงเรียนรามาชินดี, กรุงเทพมหานคร, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาชินดี.
- อนุชา พุทธิมา. (2558). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

- สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อริยา ดีประเสริฐ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลเด็กปัญญาอ่อนของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อัญนิษฐ์ ทองประเสริฐ. (2553). *ผลของโปรแกรมกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางสังคมเด็กออทิสติก: กรณีศึกษาผู้ดูแลเด็กของศูนย์การศึกษาประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อาชีชัน เกป็น. (2555). *สภาพ ปัญหา และแนวทางการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมอิสลามแก่นักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสตูล*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและการจัดการการศึกษาอิสลาม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.
- อิสมาอีล โดยิ. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: สุขภาพจิต*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2546). *สร้างสมาธิให้ลูกคุณ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: ชันดำการพิมพ์.
- เอกชัย อินหงษา. (2558). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษของผู้ปกครองเด็กในจังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- 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, 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*, 2721-2735.
- Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. New York: The Guilford.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' rating scales-revised technical manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Dyson, L. L. (1993). Response to presence of a child with disabilities: Parental stress and family functioning over time. *American Journal on Mental Retardation*, *98*, 207 – 218.
- Dupaul, G. J., Thomas, J., Anastopoulos, D. A., & Reid, R. (1998). *ADHD rating scale-IV: Checklist, norms, and clinical interpretation*. New York: The Guilford.
- Ferrin, M., Moreno-Granados, J. M., Salcedo-Marin M. D., Ruiz-Veguilla, M., Perez-Ayala, V., & Taylor, E. (2014). Evaluation of a psychoeducation programme for parents of children and adolescents with ADHD: Immediate and long-term effects using a blind randomized controlled trial. *Springer*, *23*, 637-647. doi:10.1007/s00787-013-0494-7
- Hassounah-Philips, D. (2003). Strength and vulnerability: Spirituality in abused American muslim women's lives. *Journal of Mental Health Nursing*, *24*(6), 681-694.
- 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.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby Year Book.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sherman, M. (2006). Updates and five-year Evaluation of the S.A.F.E: A family psycho educational program for serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, *42*, 213-219.
- Swanson, J., Nolan, W., & Pelham, W. E. (1992). The SNAP-IV rating scale. Retrieved from <http://www.adhd-institute.com/assessment-diagnosis/rating-scales/>
- Swanson, K. M. (1999). What is known about caring in nursing science: A literary metaanalysis. In A. S. Hinshaw, S. L. Feetham, & J. Shaver (Eds), *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31-60). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Watson, M. J. (1985). New dimensions of human caring theory. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 175-181.
- William, C. A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 25, 14-21.
- Zeldin, A. S. (2016, April 19). Intellectual Disability. *Medscape*. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/1180709-overview>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จากประชากรที่มีคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด (purposive sampling) จำนวน 52 คน โดยใช้สูตรการคำนวณการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Polit & Beck, 2012)

$$d = \frac{M_E - M_C}{\text{Pooled SD}}$$

d	คือ ค่าขนาดอิทธิพล
M_E	คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
M_C	คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
SD_E	คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง
SD_C	คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม
Pooled SD	คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม

ค่า effect size โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงมากที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ งานวิจัยของของไบและคณะ (Bai et al., 2015) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการมุ่งเน้น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นต่อการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาล้างได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ผลการศึกษาได้ค่า ดังนี้

$$M_E = 6.6 \quad M_C = 4.1 \quad SD_E = 1.3 \quad SD_C = 2.5$$

$$\text{Pooled SD} = \sqrt{(SD_E^2 + SD_C^2)/2}$$

$$\begin{aligned}
 \text{แทนค่าสูตร Pooled SD} &= \sqrt{(1.3^2+2.5^2)/2} \\
 &= \sqrt{7.94/2} \\
 &= \sqrt{3.97} \\
 &= 1.99
 \end{aligned}$$

$$\text{จากสูตร } d = \frac{\bar{M}_E - \bar{M}_C}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{แทนค่าสูตร } d = \frac{6.6 - 4.1}{1.99}$$

$$\text{ได้ค่า ES} = 1.25$$

จากนั้นเปิดตารางสำเร็จรูปของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 9 คนต่อกลุ่ม แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติทดสอบที่ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งการใช้สถิติทดสอบที่ ข้อมูลต้องมีการกระจายเป็นปกติ ดังนั้นจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คนต่อกลุ่ม (บุญใจ, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้ง 60 คน โดยขณะทำการทดลองมีกลุ่มตัวอย่าง drop out 8 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างภายหลังสิ้นสุดการทดลองทั้งหมด 52 คน

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

คำชี้แจง

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามได้พัฒนาขึ้นเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น (กุลยา, 2553; ทิศนวัต, 2554; นภัทร, 2550; วรรณภา, 2551; สถาบันราชานุกูล, 2557; สมภพ, 2551) และหลักศาสนาอิสลาม (คำรง, 2548; สมาคมนักเรียนเก่าอาหรับ, 2545; เสาวนีย์, 2535) ซึ่งหลักศาสนาอิสลามที่นำมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย หลักศรัทธา ได้แก่ 1) การรำลึกถึงอัลลอฮ์ 2) การขอดูอาอ์ (วิงวอน/ขอพร), หลักปฏิบัติ ได้แก่ การละหมาด และหลักจริยธรรม ได้แก่ 1) มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ และ 2) การระงับโกรธหรือการชอบร์ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ประกอบด้วยกิจกรรมในการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งหมด 6 ครั้งๆละ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้ความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นด้วยหัวใจอิสลาม ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่

กิจกรรม 1/1 “ให้สลาม แล้วเราจะรู้จักกัน”

กิจกรรม 1/2 “เรียนรู้ร่วมกันด้วยหัวใจอิสลาม”

กิจกรรมครั้งที่ 2: ยอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม

กิจกรรมครั้งที่ 3: พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม

กิจกรรมครั้งที่ 4: เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม

กิจกรรมครั้งที่ 5: พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม

กิจกรรมครั้งที่ 6: มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของมัน ประกอบด้วย 2 กิจกรรมย่อย ได้แก่

กิจกรรม 6/1 “มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์”

กิจกรรม 6/2 “แหล่งสนับสนุนทางสังคมของมัน”

**กิจกรรมครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้ความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะ
สมาธิสั้นด้วยหัวใจอิสลาม ระยะเวลา 120 นาที**

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรม 1/1 : “ให้สลาม แล้วเราจะรู้จักกัน”

ระยะเวลา : 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล และผู้ดูแลด้วยกัน
2. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีแรงจูงใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพด้วยหัวใจอิสลาม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมด้วยการให้สลามตามมารยาทการทักทายในอิสลาม ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นพี่น้องกัน แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์โดยใช้มารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์ เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความรักความห่วงใย และความเข้าใจในความเป็นพี่น้องมุสลิม เกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้วิจัย รวมถึงจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้ทำความรู้จักกันตามมารยาทการทักทายในอิสลาม บอกชื่อและชื่อดีของเพื่อนในกลุ่ม จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีกล้าเปิดเผยข้อมูลต่อกัน รวมถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และรายละเอียดของกิจกรรม จะทำให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของกิจกรรม มีแรงจูงใจและยินดีให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. ปากกามจิก

ดำเนินกิจกรรมในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 60 นาที (09.30-11.30 น./13.30-15.30 น.)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/ กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยการให้สละตามมารยาทการทักทายของอิสลาม แนะนำตัวเองด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ใบน้ำยิ้มแย้มเป็นกันเอง สร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคยด้วยการพูดคุยซักถามเรื่องความเป็นอยู่ทั่วไปของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจกันกล้าเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตนเองต่อผู้วิจัยและผู้ดูแลคนอื่นๆ - ผู้ดูแลเข้าใจวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการทำกิจกรรมในครั้งนี้	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของกิจกรรมในครั้งนี้และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
3. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รู้จักกันโดยการจับกลุ่มๆละ 4-5 คน			- ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
4. ผู้วิจัยแจกป้ายชื่อ/ปากกาเมจิก ให้แต่ละกลุ่มเขียนชื่อตนเองและแขวนป้ายชื่อ		- ปากกาเมจิก	สามารถบอกชื่อ ที่อยู่และข้อดีของสมาชิกคนอื่นๆได้
5. ให้สมาชิกภายในกลุ่มทำความรู้จักกันตามมารยาทการทักทายในอิสลาม แนะนำชื่อ ที่อยู่(หมู่บ้าน) และความภาคภูมิใจของตัวเองให้สมาชิกกลุ่มทราบ	10 นาที 4-5 คน	- ป้ายชื่อ	- ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกและสามารถบอกประโยชน์ที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้
6. ให้ทุกคนปิดป้ายชื่อ และสมาชิกภายในกลุ่มแต่ละคนบอกชื่อ/ที่อยู่และข้อดีของเพื่อนทุกคนในกลุ่มอย่างน้อย 1 ข้อ	15 นาที 4-5 คน		
7. ตัวแทนกลุ่มบอกความรู้สึกและประโยชน์ของการทำกิจกรรมครั้งนี้	5 นาที 4-5 คน		
8. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้			
พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที			

กิจกรรม 1/2 : “เรียนรู้ร่วมกันด้วยหัวใจอิสลาม”

ระยะเวลา : 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีจิตใจที่สงบ มีสมาธิ พร้อมสำหรับการเรียนรู้ให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด
2. เพื่อให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการแสวงหาความรู้และการบำบัดรักษาที่จำเป็นต่อการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและการดูแลตามหลักศาสนาอิสลาม
4. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม

สาระสำคัญ

เรียนรู้ร่วมกันด้วยหัวใจอิสลาม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและการดูแลเด็กที่มีภาวะดังกล่าวบนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม โดยใช้หลักศรัทธาในเรื่องของการรำลึกถึงอัลลอฮ์ ด้วยการฟังอัลกุรอานที่มีความหมายถึงความสำคัญของการแสวงหาความรู้ที่จำเป็นและมีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต เพื่อให้ผู้ดูแลให้เห็นความสำคัญ of ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น และความสำคัญในการทำหน้าที่แสวงหาการบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วยตามหลักศาสนา ซึ่งความรู้เกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้นและการดูแลบนพื้นฐานของหลักศาสนา จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะดังกล่าวให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยและไม่ขัดกับหลักศาสนา

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. เครื่องเล่นซีดี / แผ่นซีดีอัลกุรอานซูเราะห์ฮัจญ์อะลักพร้อมความหมาย
2. หะดิษ “ การบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย” พร้อมความหมาย
3. บทขอคูอาฮ์ (ขอพร/วิงวอน) ให้ได้รับความรู้ที่ชัดเจน
4. ใบงานที่ 1 เรียนรู้ร่วมกันด้วยหัวใจอิสลาม / ปากกา
5. คู่มือเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและการดูแลบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

ดำเนินกิจกรรมในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 60 นาที (09.30-11.30 น./13.30-15.30 น.)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรม โดยให้ผู้ดูแลได้รำลึกถึงอัลลอฮ์ ด้วยการเปิดอัลกุรอาน ชูเราะห์อัลอะลักที่มีความหมายเกี่ยวกับความสำคัญของการแสวงหาความรู้ที่ดี และมีประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต พร้อมกับอัลหะดีษเกี่ยวกับความจำเป็นในการบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วย	10 นาที กลุ่มใหญ่	- แผ่นซีดี อัลกุรอาน ชูเราะห์ อัลอะลัก พร้อม ความหมาย - หะดีษการ บำบัดรักษา	- ผู้ดูแลมีท่าทีที่ผ่อนคลาย มีสมาธิตั้งใจรับฟังเสียง อัลกุรอาน ที่ไพเราะพร้อมความหมาย ทำให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญและพร้อมที่จะรับความรู้ในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ส่งผลเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันขอคู่ออ์ต่ออัลลอฮ์เพื่อให้มีสมาธิได้รับความรู้ความเข้าใจอย่างมีประสิทธิภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้		พร้อม ความหมาย -บทขอ คู่ออ์ ให้	- ผู้ดูแลมีความหวัง มีแรงใจและพลังทางจิตวิญญาณที่มั่นคงในการเรียนรู้ครั้งนี้
3. ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้สึกและแสดงข้อคิดหลังจากได้รับฟังอัลกุรอานและอัลหะดีษพร้อมความหมาย	10 นาที กลุ่มใหญ่	ความรู้ ความเข้าใจ และให้มี คำพูดที่ ชัดเจน เข้าใจง่าย	- ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สึกและความคิดเห็นที่หลากหลายแตกต่างกันเกี่ยวกับอัลกุรอานและอัลหะดีษพร้อมความหมาย
4. ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมเพื่อเชื่อมโยงให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการแสวงหาความรู้ที่จำเป็นในการดูแลและความสำคัญของการบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วยตามหลักศาสนาอิสลาม			- ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น
5. ให้ผู้ดูแลแบ่งกลุ่มๆละ 4-5 คน แล้วร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สึกและประสบการณ์จริงจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น	10 นาที 4 – 5 คน		- ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลในเรื่องของความรู้สึก วิธีการดูแล ผลกระทบ และการนำหลักศาสนาอิสลามเข้ามาใช้ในการดูแล
6. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1 ร่วมกันอภิปรายภายในกลุ่ม ตอบคำถามลงในใบงาน	15 นาที 4 – 5 คน	- ใบงานที่ 1	

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p>และส่งตัวแทนนำเสนอตามประเด็นที่ได้บันทึกในใบงานที่ 1</p> <p>7. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและการดูแลบนพื้นฐานหลักศาสนาตามใบความรู้ที่ 1 พร้อมแจกคู่มือเพื่อให้ผู้ดูแลได้ศึกษาเพิ่มเติมและนำมาทุกครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>8. ให้ผู้ดูแลช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมในวันนี้ ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมและนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2</p>	<p>10 นาที กลุ่มใหญ่</p> <p>5 นาที กลุ่มใหญ่</p>	<p>- คู่มือการดูแลเด็กฯ</p>	<p>- ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและการดูแลบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม</p> <p>- ผู้ดูแลสามารถสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในครั้งนี้ และทราบวัน เวลาในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2</p>

อัลกุรอานซูเราะห์อัลอะลักพร้อมความหมาย

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

“บิสมิลลาฮิรเราะฮฺมานิรเราะฮิมีม”

ด้วยพระนามของอัลลอฮฺ ผู้ทรงกรุณาปราณี ผู้ทรงเมตตาเสมอ

(1) اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ

จงอ่านด้วยพระนามแห่งพระเจ้าของเจ้าผู้ทรงบังเกิด

(2) خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ

ทรงบังเกิดมนุษย์จากก้อนเลือด

(3) اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ

จงอ่านเถิด และพระเจ้าของเจ้านั้นผู้ทรงใจบุญยิ่ง

(4) الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ

ผู้ทรงสอนการใช้ปากกา

(5) عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ

ผู้ทรงสอนมนุษย์ในสิ่งที่เขาไม่รู้

.....

.....

.....

.....

(10) عَبْدًا إِذَا صَلَّى

บ่าวคนหนึ่ง เมื่อเขากำลังละหมาด

أَرَأَيْتَ إِنْ كَانَ عَلَى الْهُدَىٰ (11)

เจ้าคิดบ้างไหม หากว่าผู้นั้นอยู่บนแนวทางที่ถูกต้อง

أَوْ أَمَرَ بِالْتَّقْوَىٰ (12)

หรือใช้ให้ผู้นั้นมีความยำเกรง

.....

.....

.....

.....

نَاصِيَةٍ كَاذِبَةٍ خَاطِئَةٍ (16)

ขม่อมที่โกหกที่ประพฤติชั่ว

.....

.....

كَأَلَّا لَا تُطَعُّهُ وَاسْجُدْ وَاقْتَرِبْ (19)

มิใช่เช่นนั้นเจ้าอย่าได้เชื่อฟังมัน แต่จงสujud และเข้าไปใกล้อัลลอฮ์ด้วยเถิด

صَدَقَ اللَّهُ الْعَلِيُّ الْعَظِيمُ

“อัลลอฮ์ผู้ทรงสูงส่งยิ่ง ผู้ทรงเกรียงไกร ตรัสจริงเสมอ”

หะดิษความสำคัญของการบำบัดรักษาเมื่อเจ็บป่วยตามหลักอิสลาม

สุขภาพและความเจ็บป่วยในอิสลามได้ให้ความสำคัญอย่างละเอียด ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มุสลิมทุกคนต้องนำมาปฏิบัติ

อิสลามถือว่าการดูแลรักษาสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่ (วาญิบ) สำหรับมุสลิมโดยเฉพาะขั้นตอน การดูแลสุขภาพในด้านการป้องกันดังที่นักปราชญ์ได้กล่าวไว้ว่า

الوقاية خير من العلاج

“การป้องกัน ดีกว่า การบำบัดโรค” (อิสมาอีล, 2552)

การดูแลสุขภาพในเชิงการรักษาป้องกัน จะกระทำต่อเมื่อผู้นั้นหมั่นเพียรหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ แล้วเกิดความตระหนัก พร้อมทั้งจะ เปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีและนำไปปฏิบัติเป็นรูปธรรมอย่างสม่ำเสมอ และหากเจ็บป่วยให้รีบ บำบัดรักษาด้วยวิธีการที่อนุมัติไม่ขัดกับหลักศาสนา มิให้นอนรอความตายหรือปล่อยให้ความ เจ็บป่วยหายไปเอง เพราะเมื่ออัลลอฮฺ(ซ.บ.) ทรงลิขิตให้เจ็บป่วยแล้ว พระองค์ก็อาจทรงลิขิตให้ หายป่วยไว้ด้วย โดยผ่านกระบวนการบำบัดรักษา ดังที่ท่านศาสนทูตมุฮัมมัด(ซ.ล.) ได้กล่าวไว้

بحرام تداووا ولا فتداووا، دواء لكل داء لكل جعل الله إن

“แท้จริงอัลลอฮฺทรงกำหนดให้ทุกโรคนั้นมียารักษา ดังนั้นจงบำบัดรักษาเถิด และจงอย่า บำบัดรักษาด้วยสิ่งที่จะต้องห้าม(หะรอม)” (หะดิษรายงานโดย..อาบูดาวูด)

การบำบัดรักษาจึงเป็นหน้าที่(วาญิบ) และสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วยและญาติ เป็น การปฏิบัติตามคำสั่งของอัลลอฮฺ(ซ.บ.) เพราะร่างกายเป็นสิ่งที่พระองค์มอบหมายให้ดูแล ห้ามทำ ร้ายหรือปล่อยให้เป็นไปตามยถากรรม แต่ให้รีบบำบัดด้วยวิธีการที่ไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม เช่น การใช้ไสยศาสตร์ การบนบานสิ่งอื่นนอกเหนือจากอัลลอฮฺ (ซ.บ.) ส่วนการหายจากโรคนั้น ขึ้นอยู่กับความประสงค์พระองค์เท่านั้น มุสลิมที่เจ็บป่วยหรือมีญาติที่เจ็บป่วยจึงต้องแสวงหาการ บำบัดรักษาและขอคู่อำวังวอนต่อพระองค์ มีความอดทน เชื่อมมั่น มีจิตใจที่เข้มแข็ง และมีความหวังในความเมตตาของพระองค์

บทขอคู่อ้อ

คู่อ้อขอให้ได้รับความรู้ความเข้าใจ และขอให้ม้คำพูดที่ชัดเจนเข้าใจง่าย

رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي وَاحْلُلْ عُقْدَةً مِّنْ لِّسَانِي يَفْقَهُوا قَوْلِي

(ซูเราะห์ตอฮา อายะฮ์ที่ 25-28)

คำอ่าน

"ร้อบบึชเราะหฺลี ค้อครี ว้ายสฺลีร์ลี อมฺรี วะหฺลูลฺ อุกค้ำตัม มี้ลฺลีษานี ยัฟค้อฮฺ เกาลี"

ความหมาย

"โอ้พระเจ้าของฉัน ขอพระองค์โปรดทรงเปิดอกของฉันให้ฉัน (ได้รับความรู้ความเข้าใจ) และโปรดทรงทำให้กิจของฉันง่ายดายสำหรับฉัน และโปรดทรงแก้ปมที่ลิ้นของฉัน (ให้ฉันพูดจาจะฉานชัดเจน) เพื่อพวกเขาจะเข้าใจคำพูดของฉัน" ... อามีน อามีน อามีน ...

ใบงานที่ 1

“เรียนรู้ร่วมกันด้วยหัวใจอิสลาม”

คำชี้แจง : ให้ผู้ดูแลทบทวนการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่ผ่านมา และบันทึกข้อมูลที่เกิดขึ้นในการดูแลของตนเองให้ได้มากที่สุด

ท่านรู้สึกอย่างไรในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น?

.....

.....

.....

.....



ท่านสังเกตว่าเด็กในความดูแลของท่านมีอาการแสดงของความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นอะไรบ้าง?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ท่านมีวิธีการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นอย่างไร??

.....

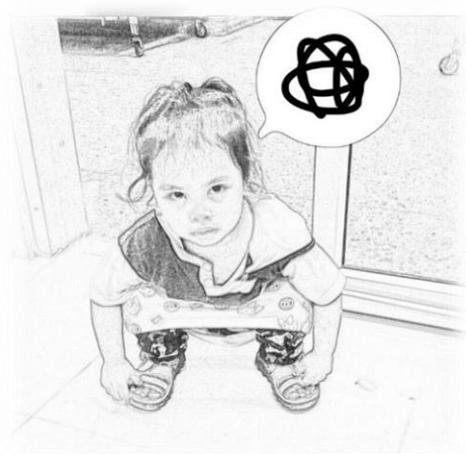
.....

.....

.....

.....

ท่านได้รับผลกระทบอะไรบ้างจากการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น



ท่านนำหลักศาสนาอิสลาม
อะไรบ้างมาใช้ในการดูแลเด็กที่มีความ
บกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะ
สมาธิสั้น?.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่

.....

.....

.....

ด้านสัมพันธภาพ ได้แก่

.....

.....

.....

.....

ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่

.....

.....

.....

.....

ด้านสังคม ได้แก่

.....

.....

.....

ท่านคิดว่าหลักศาสนาอิสลามมีประโยชน์
ต่อการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทาง
สติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น
อย่างไร?.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

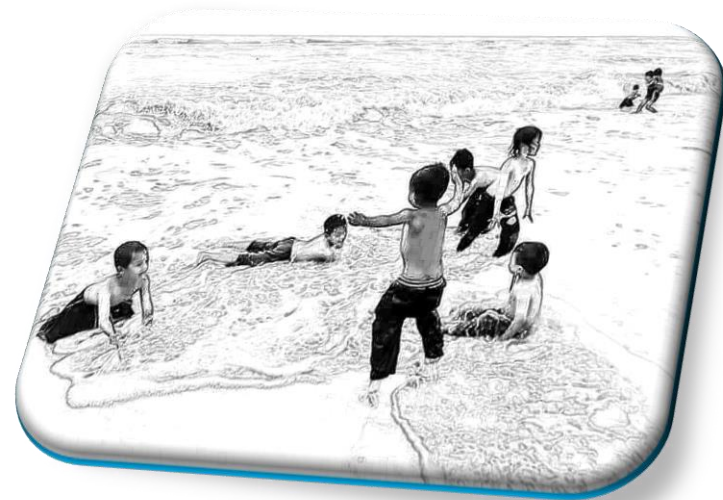
“พึงทราบเถิดว่า ด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮฺเท่านั้นทำให้จิตใจสงบ”
(อัลกุรอาน อ์ร-รอฮ์อ์ 13:28)



“ภาวะสมาธิสั้นไม่ได้เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง”
แต่การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้อาการของสมาธิสั้น
เพิ่มมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กได้



ตัวอย่าง : กลุ่มมือการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม



จัดทำโดย : นางสาวชาริษา สาและ
คู่มือนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาวะสมาธิสั้น เกิดจากความบกพร่องของสมอง ส่งผลให้เด็กขาดสมาธิและความสามารถในการควบคุมตนเองบกพร่อง มีพฤติกรรมที่แสดงออกซ้ำๆจนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก แบ่งออกเป็น 3 อาการหลัก

1. สมาธิสั้น : ไม่สามารถคงสมาธิให้สนใจสิ่งเร้าที่สำคัญไว้ได้นาน เช่น วอกแวกง่าย เบื่อง่าย ซี้ดลม ไม่ค่อยฟังเวลาคนอื่นพูดด้วย เป็นต้น
2. ซนมากหรืออยู่นิ่ง : อาการซนมากกว่าเด็กปกติ อยู่นิ่งตลอดเวลา เช่น ต้องลุกอยู่บ่อยๆ เล่นเงียบๆไม่ได้
3. หุนหันพลันแล่น : ขาดความอดทน รอคอยไม่ได้

เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

คือ เด็กที่มีความสามารถทางสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยปกติ (IQ<70) โดยการประเมินเชาว์ปัญญา ร่วมกับมีความบกพร่องของทักษะการปรับตัวอย่างน้อย 2 ด้าน ใน 10 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และมีภาวะสมาธิสั้นร่วมด้วย โดยมีลักษณะพฤติกรรมขาดสมาธิ อยู่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น

ตัวอย่างตารางการปรับพฤติกรรมโดยใช้คะแนน
(พฤติกรรมที่ดี = 5 คะแนน / พฤติกรรมที่ต้องแก้ไข = -5 คะแนน)

พฤติกรรมที่ดี	จ.	อ.	พ.	พฤ.	ศ.	ส.	อา.
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
พฤติกรรมที่ต้องแก้ไข							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
รวม							

รวมคะแนนที่ได้รับ 1 สัปดาห์ =คะแนน

10 คะแนน ได้รางวัล.....

ปัญหาที่พบในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น



1. ปัญหาด้านโภชนาการอาหารและน้ำ ด้วยลักษณะพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ชอบเล่นตลอดเวลา ไม่ค่อยสนใจเรื่องรับประทานอาหาร หรือเด็กบางรายรับประทานอาหารทุกอย่างตามใจชอบ โดยไม่สนใจว่าอาหารนั้นจะมีประโยชน์หรือสุขภาพหรือไม่ อีกทั้งเด็กบางรายอาจมีพัฒนาการล่าช้า กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงต่อต้านการรับประทานอาหาร มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการสูงกว่าเด็กปกติทั่วไป

2. ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นมักจะมีลักษณะซนมากกว่าเด็กปกติ อยู่ไม่นิ่ง ชอบปีนป่ายผาดโผนในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม หุนหันพลันแล่น ไม่ค่อยระมัดระวังร่วมกับเด็กบางรายมีปัญหาเรื่องการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ จึงมักเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง

3. ปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้วยลักษณะเด็กอารมณ์ร้อน หงุดหงิดง่าย ภู่วาม เล่นรุนแรง ชอบแหย่เพื่อนไม่เล่นตามกฎกติกา ควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้ ทำให้ยากต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

4. ปัญหาด้านการเรียน เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น จะทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน มีช่วงความสนใจจำกัด มีความอดทนน้อย วอกแวกตามสิ่งที่อยู่รอบข้าง ขาดการควบคุมตัวเอง ส่งผลให้ลืมหืมทำงานหรือทำการบ้านบ่อยๆ งานไม่เสร็จตามกำหนดการเรียนรู้ของเด็กยิ่งช้าลง

5. ปัญหาด้านจิตใจ จากปัญหาเรื่องพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมตามวัย มีความพร่องในการช่วยเหลือตนเอง ประสบปัญหาในการเรียน ถูกปฏิเสธออกจากกลุ่มเพื่อน ทำให้เด็กบางคนมองภาพลักษณ์ตัวเองไม่ดี ยิ่งหากเด็กได้รับการดูต่ำ ต่ำหนิ ใช้อารมณ์หรือการลงโทษที่รุนแรงจากผู้ดูแล จะส่งผลให้เด็กสูญเสียความมั่นใจ เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นสาเหตุของปัญหาทั้งหมด ทำให้เกิดสภาวะทางจิตใจที่ไม่มีความสุข



การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นบน
พื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

1. การส่งเสริมด้านโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด คือ การส่งเสริมให้เด็กได้รับอาหารที่มีพลังงานสูงๆ มีสารอาหารครบถ้วน 5 หมู่ และครบทั้ง 3 มื้อในแต่ละวัน รวมถึงการส่งเสริมการดื่มน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน ประกอบด้วย 1) อาหารสะอาด 2) อาหารที่อุบยิบัน และ 3) การรับประทานอาหารตามแบบอย่างท่านศาสดา

2. การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดเป็นระเบียบปราศจากนาญิส (สิ่งสกปรก) เพื่อป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายที่อาจเกิดกับเด็ก เนื่องจากความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธาและเป็นเอกลักษณ์ของอิสลาม และความสกปรก (นาญิส) เป็นพาหะของเชื้อโรค เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายสร้างความเดือดร้อนทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดไม่ให้พื้นเปียกเลอะเทอะ จัดวางข้าวของให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ฝ้าระวังและสอนการเล่นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายกับเด็ก

3. การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้อัลกุรอาน โดยการจัดห้องหรือมุมที่บ้านให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของเด็ก ให้มีสิ่งกระตุ้นน้อยที่สุด และผู้ดูแลควรใช้เวลาดูแลกำกับเด็กให้นั่งทำงานอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมด้านการเรียนไม่ควรเน้นความสามารถทางวิชาการอย่างเดียว แต่ควรมุ่งเน้นที่การเตรียมตัวเด็กให้พร้อมที่จะจัดการชีวิตในอนาคต โดยเฉพาะการส่งเสริมการเรียนรู้อัลกุรอาน เนื่องจากคัมภีร์อัลกุรอานเปรียบเสมือนธรรมนูญที่มาจากพระเจ้าเพื่อใช้ในการดำเนินชีวิตของมนุษยชาติที่เทียบพร้อมด้วยทุกมาตราที่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติใช้สู่ความสำเร็จสูงสุดทั้งโลกนี้และโลกหน้า ช่วยให้เด็กได้ฝึกการอ่าน การเปล่งเสียง ฝึกสมาธิแบบต่อเนื่อง เพิ่มความจำ และทำให้จิตใจสงบ โดยอาจเริ่มต้นให้ฝึกอ่านครั้งละ 10 นาทีแล้วค่อยๆเพิ่มเป็น 20, 30 และ 40 ตามลำดับ ซึ่งการฝึกให้เด็กได้อ่านทุกวัน จะช่วยให้เด็กอยู่นิ่งมากขึ้น มีสมาธิในการเรียนรู้มากขึ้น



4. การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาโดยการสอนหลัก

จริยธรรมอิสลามตามแบบอย่างท่านศาสดา คือการดูแลเด็กด้วยความเข้าใจ ไม่บังคับหรือควบคุมเด็กมากเกินไป แต่ควรใช้วิธีการปรับพฤติกรรมตามหลักการเรียนรู้ตามระดับความสามารถและศักยภาพในการรับรู้ของเด็ก ไม่ควรทำโทษด้วยอารมณ์แต่ควรบอกเหตุผลกับเด็กหากจำเป็นต้องทำโทษและให้รางวัลเมื่อเด็กทำพฤติกรรมได้เหมาะสม วิธีการสอนจริยธรรมอิสลามสามารถทำได้โดยการปฏิบัติเป็นตัวอย่างที่ดีตามแบบอย่างของท่านศาสดา ได้แก่ การระงับโกรธหรือการชอบร์ การเมตตา และให้อภัย ด้วยการยอมรับธรรมชาติของเด็ก ไม่แสดงอารมณ์โกรธดุคำ ทำทางหงุดหงิด หรือทุบตีเด็กเมื่อเด็กทำผิด การแสดงความรักความเมตตาต่อเด็ก ด้วยการยิ้มแย้มแจ่มใสทุกครั้งที่อยู่กับเด็ก



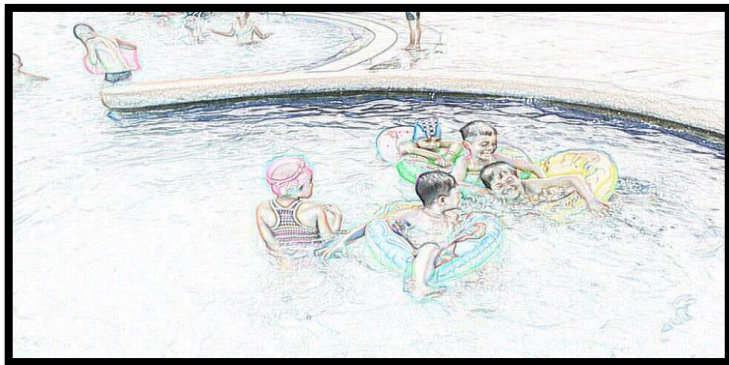
5. การฝึกทักษะทางสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามชุมชน

นะห์ เป็นส่วนหนึ่งของหลักจริยธรรมอิสลาม ประกอบด้วย การสอนเรื่องมารยาทในการทักทาย มารยาทในการขออนุญาต และมารยาทในการพูดเพื่อให้เด็กสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เข้าใจและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยการแสดงแบบอย่างที่ดีของผู้ดูแลในการสื่อสารกับเด็กทุกครั้ง มีการพูดคุยรับฟังเวลาเด็กพูด บอกความต้องการกับเด็กด้วยคำพูดที่ง่าย กระชับ รวมถึงหลีกเลี่ยงการบ่น การพูดมาก พูดเสียงดัง หรือพูดจาเหน็บแนมประชดประชัน เพื่อให้เด็กเห็นแบบอย่างที่ดีและนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้แล้วควรฝึกให้เด็กรู้จักควบคุมตนเอง รู้จักระเบียบวินัย และปฏิบัติตามกฎกติกา ด้วยการฝึกให้เด็กละหมาดให้ตรงเวลา พร้อมกับให้รางวัลหรือ ชื่นชมด้วยวิธีการต่างๆเมื่อเด็กสามารถกระทำได้สำเร็จ



6. การส่งเสริมให้ออกกำลังกายอย่างจริงจังตามวิถีอิสลาม

โดยอย่างน้อยครึ่งชั่วโมงจนได้เหงื่อทุกวัน จะช่วยลดอาการอ้วนอ้วนนิ่ง อากาศขุ่นวุ่นวายก้าวร้าวได้ และเด็กจะมีสมาธิดีขึ้น สมอจะหลังสาร เอ็น โดรฟินหรือฮอร์โมนแห่งความสุขออกมา ทำให้เด็กอารมณ์ดีขึ้น ความหงุดหงิดก้าวร้าวก็จะลดลง ซึ่งต้องเลือกวิธีออกกำลังกายที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา ไม่เป็นการทรมาณร่างกาย มีเจตนาที่ดี ปกปิดร่างกายตามหลักศาสนา โดยเฉพาะการละหมาด เป็นการปฏิบัติศาสนกิจ เสมือนการออกกำลังกาย หรือการประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นการออกกำลังกายที่หนักกว่าการละหมาด นอกจากนี้แล้ว การเดินเท้า การว่ายน้ำ ภายบิงธนู และการว่ายน้ำ เป็นการออกกำลังกายที่สำคัญในอิสลามปฏิบัติตั้งแต่สมัยท่านศาสดา



7. การดูแลด้านจิตใจด้วยการสอนให้เด็กรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ช.บ.)

ด้วยวิธีการกล่าวซิกิรฺ การละหมาด การฟังหรือการอ่าน อัลกุรอาน และแสดงความรักความเข้าใจ สัมผัส โอบกอดเด็กด้วยความนุ่มนวล พุดคุยและเรียกชื่อเด็กด้วยความอ่อนโยน ทำความเข้าใจและยอมรับในข้อจำกัดของเด็ก สร้างความหวัง และให้กำลังใจเด็กบ่อยๆ

8. การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการแสวงหาการบำบัดรักษาที่ไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลามเมื่อเจ็บป่วยร่วมกับการขอคูอาฮ์ จากอัลลอฮ์ (ช.บ.) ให้เด็กอาการดีขึ้นหรือหายจากความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น



กิจกรรมครั้งที่ 2 : ขอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม

ระยะเวลา : 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น
2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถค้นหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น
3. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงวิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นตามหลักศาสนาอิสลาม

สาระสำคัญ

การยอมรับและเรียนรู้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น เป็นการร่วมกันค้นหาปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมบนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลามระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล โดยใช้หลักการรำลึกถึงอัลลอฮฺ (ช.บ.) ด้วยวิธีการฟังอัลกุรอานที่มีความหมายเกี่ยวกับกำหนดการของอัลลอฮฺ(ช.บ.) ผู้ทรงบังเกิดทุกสิ่งทุกอย่างในจักรวาล เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับสภาพการณ์เจ็บป่วยของเด็กและการทำหน้าที่ของตนเองว่าเป็นกฏสภาวะการแห่งพระองค์เพื่อทดสอบความอดทนและความมั่นคงในศรัทธา ทำให้ผู้ดูแลยืนหยัดในการทำหน้าที่ของตนเองด้วยความหวัง และความเมตตาจากการวิงวอนขอคู่อำต่อพระองค์เพื่อความสำเร็จในการดูแลที่ดีตามแนวทางของพระองค์

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. เครื่องเล่นซีดี / แผ่นซีดีอัลกุรอานซูเราะห์อัลฟาติฮะห์พร้อมความหมาย
2. บทขอคู่อำให้การจัดการปัญหาเป็นเรื่องสะดวกเรียบง่าย
3. ใบงานที่ 2 เรียนรู้การจัดการปัญหาตามวิถีอิสลาม / ปากกา
4. ใบความรู้ที่ 2 ปัญหาพฤติกรรมและการจัดการตามวิถีอิสลาม
5. คู่มือการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

ดำเนินกิจกรรมในวันศุกร์ของสัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 90 นาที (09.30-11.30 น./13.30-15.30 น.)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/ กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายด้วยการให้สลาม ชักถามเรื่องทั่วไปและสร้างความคุ้นเคย โดยให้ผู้ดูแลปรบมือตามคำสั่งของผู้วิจัย 5 ครั้ง หากมีใครปรบมือไม่ตรงคำสั่งให้ ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมครั้งที่ 1 หรือหากทุกคนปรบมือได้ถูกต้องให้ใช้วิธีการสุ่ม 2 คนจากผู้ดูแลแทน และผู้วิจัย อธิบายรายละเอียดของกิจกรรมครั้งนี้	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลมีท่าทีผ่อนคลาย มีความคุ้นเคยและปฏิบัติตามคำสั่งผู้วิจัย - ผู้ดูแลได้ทบทวนและสามารถสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 ได้ - ผู้ดูแลทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้
2. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรม โดยให้ผู้ดูแล หลับตา สงบนิ่ง และรำลึกถึงอัลลอฮฺ(ช.บ.) ด้วยการเปิดอัลกุรอานซูเราะห์อัลฟาตีสะห์ที่มีความหมายถึงพระผู้อภิบาล ผู้ทรงสร้าง และกำหนดทุกสิ่งทุกอย่างในจักรวาลแห่งนี้	5 นาที กลุ่มใหญ่	- แผ่นซีดี อัลกุรอาน ซูเราะห์อัลฟาตีสะห์ พร้อม	- ผู้ดูแลสงบนิ่ง มีสมาธิตั้งใจฟังอัลกุรอาน - ผู้ดูแลมีท่าทีสนใจและเข้าใจความหมายของอัลกุรอานเกี่ยวกับทุกสิ่งทุกอย่างแห่งจักรวาลแห่งนี้
3. ให้ผู้ดูแลร่วมกันแสดงความรู้สึกและข้อคิดจากการฟังอัลกุรอานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของกฎสภาพการณ์แห่งอัลลอฮฺกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯ	10 นาที กลุ่มใหญ่	ความหมาย	เกิดจากกำหนดการของอัลลอฮฺ - ผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อคิดเห็นที่หลากหลายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของกฎสภาพการณ์แห่งอัลลอฮฺกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯ
4. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับกำหนดการของอัลลอฮฺและเชื่อมโยงเข้าสู่ปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นว่าเกิดจากการเจ็บป่วยที่พระองค์ทรงทดสอบความศรัทธาและความอดทนในการบำบัดรักษา	5 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯว่าเป็นกฎสภาพการณ์ของอัลลอฮฺ - ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการทำหน้าที่บำบัดรักษาเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯตามคำสั่ง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/ กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
5. ให้ผู้ดูแลแบ่งกลุ่มๆ ละ 4-5 คน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จริงที่เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและและร่วมกันหาแนวทางการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม และตอบคำถามในใบงานที่ 2	15 นาที 4 – 5 คน	- ใบงานที่ 2	ของอัลลอฮ์ - ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและได้ร่วมกันหาแนวทางการจัดการปัญหาพฤติกรรมโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม
พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที			
6. ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอตัวอย่างปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและวิธีการจัดการพฤติกรรมดังกล่าวโดยใช้หลักอิสลามอย่างน้อยกลุ่มละ 1 ตัวอย่าง	10 นาที 4 – 5 คน		- ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและการจัดการปัญหาพฤติกรรมตามวิถีอิสลาม
7. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและการจัดการปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวโดยวิถีอิสลามตามใบความรู้ที่ 2	10 นาที กลุ่มใหญ่	- ใบความรู้ที่ 2	- ผู้ดูแลมีความมั่นคงภายในจิตใจมีความหวังและพลังทางจิตวิญญาณในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
8. ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันขอคู่มือเพื่อขอให้อัลลอฮ์(ซ.บ.) ทรงช่วยให้การจัดการปัญหาพฤติกรรมเป็นเรื่องที่สะดวกเรียบง่าย	5 นาที กลุ่มใหญ่	- บทขอคู่มือการจัดการ	- ผู้ดูแลสามารถสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในครั้งนี้
9. ให้ผู้ดูแลช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุมและมอบหมายกิจกรรมให้ผู้ดูแลกลับไปบันทึกปัญหาพฤติกรรมเด็กในการดูแลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและการจัดการปัญหาดังกล่าวตามวิถีอิสลาม	10 นาที กลุ่มใหญ่	- ปัญหา - คู่มือการดูแลเด็กฯ หน้า 17 - 18	- ผู้ดูแลทราบวัน เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p>ในกลุ่มมือการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯ หน้า 17 - 18 เพื่อทบทวนและนำมาใช้ในกิจกรรมครั้งที่ 3</p> <p>10. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3</p>			

อัลกุรอานซูเราะห์อัลฟาตีฮะห์พร้อมความหมาย

(1) بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

“บิสมิลลาฮิรเราะฮฺมานิรเราะฮิมีม”

ด้วยพระนามของอัลลอฮฺ ผู้ทรงกรุณาปราณี ผู้ทรงเมตตาเสมอ

(2) الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ

การสรรเสริญทั้งหลายนั้น เป็นสิทธิของอัลลอฮฺผู้เป็นพระเจ้าแห่งสากลโลก

(3) الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ผู้ทรงกรุณาปราณี ผู้ทรงเมตตาเสมอ

(4) مَالِكِ يَوْمِ الدِّينِ

ผู้ทรงอภิสิทธิ์แห่งวันตอบแทน

(5) إِيَّاكَ نَعْبُدُ وَإِيَّاكَ نَسْتَعِينُ

เฉพาะพระองค์เท่านั้นที่พวกข้าพระองค์เคารพอิบาดะฮฺ

และเฉพาะพระองค์เท่านั้นที่พวกข้าพระองค์ขอความช่วยเหลือ

(6) اهْدِنَا الصِّرَاطَ الْمُسْتَقِيمَ

ขอพระองค์ทรงแนะนำพวกข้าพระองค์ซึ่งทางอันเที่ยงตรง

(7) صِرَاطَ الَّذِينَ أَنْعَمْتَ عَلَيْهِمْ غَيْرِ الْمَغْضُوبِ عَلَيْهِمْ وَلَا الضَّالِّينَ

(คือ) ทางของบรรดาผู้ที่พระองค์ได้ทรงโปรดปรานแก่พวกเขา มิใช่ในทางของพวกที่ถูกกริ้ว และมิใช่ทางของพวกที่หลงผิด

صَدَقَ اللَّهُ الْعَلِيُّ الْعَظِيمُ

บทขอคูอาฮ์

คูอาฮ์ขอให้เรื่องราวสะดวกเรียบง่าย

اللَّهُمَّ لَا سَهْلَ إِلَّا مَا جَعَلْتَهُ سَهْلًا، وَأَنْتَ تَجْعَلُ الْحَزْنَ إِذَا شِئْتَ سَهْلًا

คำอ่าน

“อัลลอฮุมมาลา อะฮฺลฺอิลลา มา จ่าอัลตัฮฺอะฮฺลฺา ว่าอันตั ตัจอ์ลฺุฮฺซนฺา อี้ชาฮฺตัอะฮฺลฺา”

ความหมาย

“โอ้อัลลอฮฺ ไม่มีสิ่งใดง่ายคายนอกจากเป็นสิ่งที่พระองค์ทรงให้มันง่ายคายน และพระองค์จะทรงทำให้เรื่องยาก หากพระองค์ประสงค์ เป็นสิ่งง่ายได้”

ใบความรู้ที่ 2

ปัญหาพฤติกรรมและการจัดการตามวิถีอิสลาม

ปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น

1. กลุ่มปัญหาพฤติกรรมเกราะต่อต้าน เป็นพฤติกรรมในลักษณะละเมิดสิทธิของผู้อื่น และฝ่าฝืนกฎระเบียบของสังคม ขโมยของ ก่อเรื่องทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายผู้อื่น หรือพฤติกรรมต่อต้านไม่เป็นมิตร คือ โมโหง่าย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ชอบเถียง โยนความผิดให้ผู้อื่น ไม่ยอมเรียน ไม่เชื่อฟังครู ไม่อดทน มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ทำให้เด็กไม่ค่อยมีเพื่อน มีปัญหาการเรียน หรือปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และเด็กมักจะมีอารมณ์ซึมเศร้า

2. กลุ่มปัญหาพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิ หมายถึง พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิที่พบร่วมกับลักษณะอื่นของโรคสมาธิสั้น เด็กจะมีลักษณะทำงานหรือเล่นได้ไม่นาน ไม่ตั้งใจฟังเวลาพูด ทำงานไม่เสร็จหรือเสร็จช้า วอกแวกง่าย พุดมาก ชอบขัดจังหวะ รอคอยไม่เป็น ซุ่มซำม ขาดการวางแผนในการทำงาน จี้ลิ้ม อยู่ไม่นิ่งอย่างมาก ยับยั้งตัวเองไม่อยู่ เล่นรุนแรง ทำให้เด็กมีผลการเรียนตกต่ำ ซึ่งอาจพบร่วมกับความบกพร่องในทักษะการเรียน

3. กลุ่มปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์มีความผิดปกติ

- ภาวะวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่มีความสุข ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งเกิดจากความไม่สบายใจหรือกังวลไปล่วงหน้าว่าจะต้องเจอกับสิ่งที่เครียดหรืออันตราย ทำให้ไม่มีสมาธิในการเรียน มีปัญหาเรื่องการนอน ใจสั้น ปวดศีรษะ ตกใจง่าย แยกตัว

- ภาวะซึมเศร้า เป็นสภาวะอารมณ์เศร้าไม่สนุกสนาน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ลบ ไม่มีสมาธิ มีความคิดอยากตาย ทำให้มีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา สัมพันธภาพการเข้าสังคมกับเพื่อน เด็กมักจะเป็นคนเจ้าอารมณ์ มีพฤติกรรมมากเกินไป หรือพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ

4. กลุ่มปัญหาพฤติกรรมด้านสังคม วัยเรียนเป็นวัยที่ต้องการมีประสบการณ์จากการกระทำของตนเอง และการเรียนรู้จากพ่อแม่/ผู้ปกครอง ครู เพื่อนและสังคม มีความคิดสร้างสรรค์สามารถใช้เหตุผลแยกแยะได้ถูกต้อง และรู้จักการปรับตัวได้เหมาะสม แต่จากความบกพร่องในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ หรือขาดการยับยั้งชั่งใจตนเอง อดทนรอคอยไม่ได้ ไม่เชื่อฟังผู้อื่น พุดหรือกระทำต่างๆในเวลาที่ไม่เหมาะสม โดยไม่มีระเบียบไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์

การจัดการปัญหาตามวิถีอิสลาม

1. กล่าว “อินนาลิลลาฮฺ วะอินนา อิลัยฮิรอกญูอน” การกล่าวอิสติรญาอฺ (อินนาลิลลาฮฺ) เป็นแนวทางปฏิบัติที่ท่านนบี (ซ.ล.) ได้เคยสอนไว้ว่าเป็นสิ่งแรกที่จะช่วยบรรเทาปัญหาหรือเรื่องทุกข์ใจ ทำให้จิตใจสงบเยือกเย็นลงได้

2. ใช้ความสุขุมรอบคอบ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นสิ่งสำคัญที่จะช่วยแก้ปัญหา คือการใช้ความสุขุมรอบคอบแก้ไขปัญหา และไม่รีบร้อนนุ่มนุ่บ่ามในการตัดสินใจ เพราะบางทีพຽ່ງนี้ความคิดของเราอาจจะเปลี่ยนไปก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อความร้อนรุ่มในใจสงบลง และความโกรธความโมโหดับไปตามจังหวะอารมณ์

3. อุดทนให้มาก (ซอບັร์) ทุกครั้งที่มึปัญหาจะต้องมีความอดทนอยู่ด้วยเสมอ ไม่เช่นนั้นแล้วปัญหาจะหนักหน่วงขึ้น ความท้อแท้หมดหวังก็จะเพิ่มมากขึ้น และถือเป็นความเมตตาของอัลลอฮฺ(ซ.บ.) อย่างแท้จริง ที่ทรงให้ปัญหาต่างๆเยียวยาและบรรเทาลงได้ด้วยความสามารถ

4. มองโลกในแง่ดี เป็นเรื่องจำเป็นที่มุสลิมต้องคิดต่ออัลลอฮฺ (ซ.บ.) แต่ในทางที่ดี มีทุกข์เค็ยวก็มิสุข ฝึกลมองคู่กรณีที่เป็นสาเหตุของปัญหาในด้านที่ดี ซึ่งการคิดต่อผู้อื่นในด้านที่ดีนั้นจะทำให้จิตใจสงบไม่ว้าวุ่น และช่วยให้แก้ปัญหาได้ง่ายขึ้น

5. อย่าลืมหาคู่อาอ์ ในยามที่ประสบกับปัญหาหรือความลำบาก ท่านนบี (ซ.ล.) สอนให้คู่อาอ์วิงวอนขอความช่วยเหลือจากอัลลอฮฺ (ซ.บ.)

6. มอบหมายต่ออัลลอฮฺ การมอบหมายต่ออัลลอฮฺ (ตะวักกัล) ถือเป็นงานที่ประเสริฐและยิ่งใหญ่ที่สุดประการหนึ่ง ช่วยให้จิตใจสงบ มั่นคง และกล้าแกร่ง พร้อมเผชิญกับทุกปัญหา

7. พึงรักษาจริยธรรมมารยาทอันดีงาม สิ่งสำคัญในการดำเนินความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม หรือสมาชิกญาติพี่น้องในครอบครัว คือ การให้เกียรติซึ่งกันและกันทั้งด้านการกระทำและคำพูด การพยายามมองข้อดีของอีกฝ่าย และไม่หมกมุ่นอยู่กับแต่ข้อเสียของเขา

8. ต้องรู้สาเหตุของปัญหา ปัญหาส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดอย่างทันทีทันใด โดยไม่มีสาเหตุหรือปัจจัยเกื้อหนุน การเยียวยาแก้ไขปัญหาก็จึงจำเป็นต้องรู้สาเหตุของปัญหาเพื่อการแก้ปัญหาให้ตรงกับสาเหตุของปัญหา และยังเป็นการแก้ไขปัญหาแบบยั่งยืน

กิจกรรมครั้งที่ 3: พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม

ระยะเวลา : 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม
2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นตามหลักอิสลาม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำวิธีการจัดการปัญหาตามแบบอย่างท่านศาสดาไปประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม เป็นการทบทวนและฝึกปฏิบัติการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กตามวิถีอิสลามอย่างต่อเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 2 เพื่อขยายและฝึกทักษะซ้ำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สึกและผลจากการนำไปปฏิบัติใช้จริง ได้เรียนรู้การจัดการปัญหาของบรรดาท่านศาสดา และแลกเปลี่ยนแนวทางการนำไปใช้กับการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น เพื่อสามารถนำแบบอย่างการจัดการปัญหาของท่านศาสดาไปประยุกต์ใช้กับการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กได้อย่างเหมาะสม

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. เรื่องเล่าชีวประวัติท่านศาสดา
2. กระดาษ flipchart
3. ปากกามจิก
4. ลูกประคำชิกรุลลอฮ์
5. คู่มือการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

ดำเนินกิจกรรมในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 90 นาที (09.30-11.30 น./13.30-15.30 น.)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายด้วยการให้สลาม ชักถามเรื่องทั่วไป ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมครั้งที่ 2 ด้วยการสุ่มให้ผู้ดูแลพูด และนำเข้าสู่กิจกรรมโดยการเชื่อมโยงการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯตามวิถีอิสลาม	5 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลมีท่าทีที่ผ่อนคลายให้ ความร่วมมือในการตอบ คำถาม - ผู้ดูแลได้ทบทวนและ สามารถสรุปสิ่งที่ได้จากการ เรียนรู้กิจกรรมครั้งที่ 2 - ผู้ดูแลเข้าใจรายละเอียดการ ทำกิจกรรมครั้งที่ 3
2. ให้ผู้ดูแลแบ่งกลุ่มๆละ 4-5 คน ร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สึกและผลของการนำวิธีการจัดการปัญหาตามหลักอิสลามไปใช้ และส่งตัวแทนนำเสนอในประเด็นปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นและการจัดการตามวิถีอิสลาม	10 นาที 4 – 5 คน	- คู่มือการ ดูแลเด็กฯ	- ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้สึกและประสบการณ์ จริงจากการนำวิธีการจัดการ ปัญหาตามหลักอิสลามไปใช้ ในการจัดการปัญหา พฤติกรรมเด็กที่มีความ บกพร่องทางสติปัญญาฯ
3. ผู้วิจัยให้แต่ละกลุ่มร่วมกันศึกษาชีวประวัติของท่านศาสดาเกี่ยวกับการจัดการปัญหา เขียนสรุปสิ่งที่ได้จากชีวประวัติท่านศาสดา และการนำไปใช้กับการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กอย่างไรลงในกระดาษ flipchart	10 นาที 4 – 5 คน	- กระดาษ flipchart - ปากกา เมจิก - ชิวประวัติ ท่านศาสดา	- ผู้วิจัยได้ทราบความรู้ความ เข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการ จัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก ที่มีความบกพร่องทาง สติปัญญาฯตามวิถีอิสลาม
4. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการปัญหาตามแบบอย่างท่านศาสดาโดยใช้วิธีการระงับโกรธหรือการขออภัย การแก้ปัญหา การมีเมตตา และการให้อภัย และเชื่อมโยงการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กโดยการยกตัวอย่างปัญหาพฤติกรรมเด็กและการจัดการโดยใช้วิธีการดังกล่าว	10 นาที 4 – 5 คน		- ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้การ จัดการปัญหาตามแบบอย่าง ท่านศาสดากับปัญหา พฤติกรรมเด็กที่มีความ บกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที			
5. ให้ผู้ดูแลร่วมกันฝึกการแสดงบทบาทสมมติโดยยกตัวอย่างปัญหาพฤติกรรมเด็กและวิธีการจัดการปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวตามแบบอย่างท่านศาสดากลุ่มละ 1 ตัวอย่าง	15 นาที 4-5 คน		- ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นตามวิถีอิสลาม
6. แสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับเรื่องปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯ และการจัดการปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวตามวิถีอิสลาม	15 นาที 4-5 คน		- ผู้ดูแลมีกำลังใจและมีความมั่นใจในความสามารถจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯ
7. ร่วมกันชื่นชมและมอบรางวัลให้กับความสามารถของทุกคน	5 นาที 4-5 คน	- ลูกประจำ ซิกรุลลอฮ์	- ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสำเร็จของการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯ
8. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสร้างความมั่นใจในความสำเร็จของการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯตามหลักอิสลามโดยการร่วมกันขอคู่อารีวิงวอนขอให้อัลลอฮ์(ซ.บ.) ช่วยให้การจัดการปัญหาเป็นเรื่องสะดวกเรียบง่าย	5 นาที กลุ่มใหญ่	- บทขอ คู่อารีการ จัดการ ปัญหา	- ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสำเร็จของการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯด้วยความช่วยเหลือและการมอบหมายต่ออัลลอฮ์ - ผู้ดูแลสามารถสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้
9. ให้ผู้ดูแลช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม และนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมครั้งที่ 4	5 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลทราบวัน เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4

กระดาษ flipchart

1. สิ่งที่ได้จากการศึกษาชีวิตประวัติของบรรดาท่านศาสดา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. การนำไปใช้กับการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ชีวประวัติการจัดการปัญหาของบรรดาท่านศาสดา

การขอบໍร์ (ระงับโทษ/อดทน)

- **นบียุซุบ** เป็นนบีที่ได้รับการยกย่องในเรื่องของความอดทน ท่านเป็นคนที่ร่าเริงมาก มีที่ดิน, สัตว์เลี้ยงและข้าทาสบริวารมากมาย เป็นมุสลิมที่เคร่งครัดในเรื่องของศาสนาแต่อัลลอฮฺ (ช.บ.) ก็ได้ทดสอบความอดทนและความศรัทธาของท่านอย่างหนักหน่วงในหลายครั้ง เริ่มตั้งแต่การล้มตายของสัตว์เลี้ยงของท่านเป็นจำนวนมาก มีโจรปล้นทรัพย์สมบัติ, เช่นฆ่าข้าทาสบริวาร และโดนเผาบ้านจนหมดสิ้น และลูกหลานของท่านก็ได้หนีหายจากท่านไปจนเหลือแค่ตัวท่านกับภรรยา ในขณะที่นั้นก็มียศูฏอน(มารร้าย) แผ่ตัวในคราวของมนุษย์ มาถามท่านว่า “นี่ไง..ท่านศรัทธาในพระเจ้า แล้วพระเจ้าช่วยเหลืออะไรท่านบ้าง ในขณะที่ท่านต้องสูญเสียทุกอย่างไปหมด” แต่ด้วยความอดทน, จิตใจที่สงบนิ่งและหัวใจที่ศรัทธา ท่านตอบกลับไปว่า “พระเจ้าให้ฉันมา แล้วพระองค์ก็เอากลับ จะแปลอะไรเล่า ในเมื่อทุกสิ่งทุกอย่างรวมถึงตัวฉันก็เป็นกรรมสิทธิ์ของพระองค์” ซึ่งคำตอบของท่านทำให้เห็นถึงความหนักแน่นและการยอมรับในกำหนดการของอัลลอฮฺ(ช.บ.) และอัลลอฮฺ(ช.บ.) ก็ได้ทดสอบท่านเพิ่มขึ้น โดยให้ท่านป่วยเป็นโรคผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดฝ่าเท้า จนเป็นที่ขะแยงกับผู้ที่พบเห็น แต่ท่านก็อดทนกับโรคนี้นานถึง 7 ปี โดยที่ท่านไม่เคยโกรธหรือตัดพ้อต่อว่าพระเจ้า ท่านพยายามหมั่นขอคู่อ้อจากอัลลอฮฺ(ช.บ.) ให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ และพระองค์ทรงตอบรับคำวิงวอนของท่าน ทำให้ท่านมีสุขภาพดีเป็นปกติ และได้รับสิ่งที่เคยสูญเสียมากกว่าที่ท่านเคยมีอีก

การแก้ปัญหา

- **นบียูซุฟ** เป็นนบีที่ได้รับคำชื่นชมในเรื่องของความหล่อ สมาร์ท ซึ่งท่านถูกบรรดาพี่น้องอิจฉาและคิดวางแผนฆ่าท่านตั้งแต่เด็ก แต่ท่านก็สามารถเอาตัวรอดด้วยวิธีการคิดและใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาพร้อมกับการขอคู่อ้อจากอัลลอฮฺ(ช.บ.) เพื่อให้รอดพ้นจากอันตราย จนท่านปลอดภัยและได้มาทำงานกับเศรษฐีท่านหนึ่งในเมืองที่ห่างไกลจากบ้านเกิดท่าน ซึ่งท่านก็ต้องอดทนด้วยความปวดร้าวและคิดถึงพ่อแม่ตลอดจนโตเป็นหนุ่มที่มีรูปลักษณะที่งดงามทำให้ข้าทาสบริวารรวมถึงภรรยาของเศรษฐีต่างปรารถนาในตัวท่าน จนกระทั่งวันหนึ่งภรรยาเศรษฐีซึ่งเป็นเจ้านายของท่านเรียกท่านเข้าไปพบในห้อง และเมื่อเข้าห้องท่านก็ทราบถึงแผนการของนางท่านจึงวิงวอนจากพระเจ้าให้คุ้มครองจากความไม่ถูกต้อง และท่านก็ได้บอกนางว่า “ท่านเศรษฐีเป็นผู้มีบุญคุณกับเรา คนกตัญญูไม่มีเจริญ และเราก็จะไม่ทศยศท่านแน่” การปฏิเสธของนบียูซุฟยิ่งทำให้อารมณ์ของนางพุ่งพล่านยิ่งขึ้น ในขณะที่นบียูซุฟไปยังประตู นางก็วิ่งตามหลังและดึงเสื้อเขาไว้จนขาด ซึ่งเป็น

ช่วงพอดีที่สามีนางเปิดประตูเข้ามาพอดี นางจึงหลอกสามีว่านบียูซุฟกำลังจะข่มขืนนาง ถึงแม้ว่านบียูซุฟจะตื่นตระหนกตกใจ แต่ท่านก็ได้ตั้งสติ และรีบปฏิเสธ ทั้งยังบอกให้เศรษฐีพิจารณาจากหลักฐานรอยขาดของเสื้อของเขา ซึ่งถ้าเสื้อขาดด้านหน้าแน่นอนเขาต้องเป็นฝ่ายที่ถูกปล้นนางจนนางต้องปกป้องตัวเอง แต่ถ้าเสื้อของเขาขาดด้านหลัง ญาติของเศรษฐีซึ่งเป็นผู้ที่มีความฉลาดจึงตอบทันทีว่า “หลักฐานชัดเจน นั่นหมายถึงยูซุฟต้องพยายามหนีเพื่อเอาตัวรอด” ซึ่งเรื่องดังกล่าวก็แพร่หลายเป็นที่ซบซุบนิทาของชาวบ้าน จนภรรยาของเศรษฐีเสียความรู้สึกและไม่พอใจ จึงจัดงานเลี้ยงสำหรับบรรดาผู้หญิงในเมืองทุกคนในวันหนึ่งซึ่งสามีของนางไม่อยู่บ้าน และนางก็ได้เรียกนบียูซุฟให้เข้ามาในงาน การปรากฏตัวของนบียูซุฟสร้างความตกตะลึง จนบางคนปอกผลไม้โดนนิ้วมือแต่ไม่รู้สึกรู้เจ็บปวด ภรรยาเศรษฐีจึงพูดขึ้นมาว่า “นี่แหละคนที่พวกเรอนินทาถึงฉัน ไม่ต้องสงสัยว่าทำไมฉันถึงช่วยวนเขา แต่เขาหลบหนี แต่ถ้าหากเขาไม่ตอบสนองคำสั่งฉันอีก เขาจะถูกจำคุกตลอดชีวิต” นบียูซุฟจึงได้วิงวอนต่อพระเจ้าเพื่อให้เขาถูกจำคุกแทนมากกว่าสิ่งที่เขากำลังเผชิญ ขณะนั้นผู้ที่นำยูซุฟเข้ามาเห็นเหตุการณ์ไม่สู้จะดีจึงคุมตัวยูซุฟและนำไปเข้าคุก ซึ่งแม้ท่านจะอยู่ในคุกท่านก็ยังทำหน้าที่การเผยแพร่วินิจฉัยศาสนาโดยอาศัยช่วงเวลาที่มีเพื่อนในคุกมีจิตใจที่หมั่นหมองเป็นทุกข์ ด้วยวิธีการยกตัวอย่างเพื่อให้คนฟังใช้สติปัญญาในการคิดวิเคราะห์เอง เช่น ถ้ามีนาย 2 คนกับมีนายแค่คนเดียว แบบไหนท่านจะปฏิบัติตามคำสั่งนายได้ง่ายกว่า (คนสมัยก่อนบูชาในพระเจ้าหลายองค์) แต่ละคนต้องการคนละอย่างเราไม่รู้ว่าเราจะเลือกตามใคร และหากต้องการสิ่งใดวิงวอนขอจากพระเจ้าองค์เดียวเราก็สามารถขอคุณได้แค่องค์เดียว ถ้ามีหลายองค์เราขอไปเรื่อยถ้าสมหวังเราจะขอขอบคุณกี่ไหนดี เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นการเปรียบเทียบในข้อดีข้อเสียก่อนตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

การให้อภัย/การมีเมตตา

- **นบีมุฮัมมัด** เป็นนบีท่านสุดท้ายของศาสนาอิสลาม ซึ่งท่านก็ได้รับการทดสอบจากอัลลอฮ์(ซ.บ.) หลายครั้งโดยเฉพาะในช่วงที่ท่านได้เผยแพร่วินิจฉัยศาสนาในช่วงต้นๆ ท่านมักจะเดินผ่านบ้านของหญิงสาวคนหนึ่ง ซึ่งนางก็จะคอยกลั่นแกล้งท่านนบีด้วยการเอาขยะที่เน่าเหม็นขว้างปาท่านนบีเป็นประจำ แต่ท่านนบีไม่เคยได้ตอบและให้อภัยนางเสมอ จนวันหนึ่งเมื่อท่านได้เดินผ่านหน้าบ้านของนางแต่ไม่มีขยะขว้างปาใส่ท่านเหมือนเคย ท่านจึงสอบถามจากคนข้างบ้านนาง และได้ทราบว่านางป่วย ท่านจึงขออนุญาตเข้าเยี่ยม เมื่อเห็นท่านนบิหญิงสาววิเวกใจมากคิดว่าท่านนบีจะมาแก้แค้น แต่สิ่งที่ท่านนบีกระทำไม่เป็นเช่นนั้น ท่านนบีได้วิงวอนจากอัลลอฮ์(ซ.บ.) ให้นางหายป่วยโดยเร็ว หลังจากหญิงสาววิเวกป่วยนางจึงได้มาขอโทษท่านนบีและขอโทษที่เคยคิดไม่ดีกับท่านนบี

ใบงานที่ 3

“พัฒนาทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมตามวิถีอิสลาม”

คำชี้แจง : ท่านจะใช้วิธีจัดการกับปัญหาพฤติกรรมดังต่อไปนี้ตามแบบอย่างท่านศาสดาอย่างไร
 ตอบลงในกล่องข้อความให้ตรงกับรูป



อารมณ์ร้อน ขี้โมโห หงุดหงิดง่าย

.....

.....

.....

.....

.....



วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิอ่านหนังสือ ขี้ลืม

.....

.....

.....

.....

.....



ชอบแกล้งเพื่อน เล่นแรง ทำเพื่อนเจ็บบ๊อยๆ
 ไม่เล่นตามกฎกติกา เข้ากับเพื่อนไม่ได้

.....

.....

.....

.....

.....

บทขอคูอาฮ์

คูอาฮ์ขอให้เรื่องราวสะดวกเรียบง่าย

اللَّهُمَّ لَا سَهْلَ إِلَّا مَا جَعَلْتَهُ سَهْلًا، وَأَنْتَ تَجْعَلُ الْحَزْنَ إِذَا شِئْتَ سَهْلًا

คำอ่าน

“อัลลอฮุมมาลา อะฮฺลฺอิลลา มา จ่าอัลตัฮฺลุอะฮฺลฺา ว่าอันตั ตัจอ์ลฺุฮฺซนฺ่า อี้ชาฮฺตัอะฮฺลฺา”

ความหมาย

“โอ้อัลลอฮฺ ไม่มีสิ่งใดง่ายคายนอกจากเป็นสิ่งที่พระองค์ทรงให้มันง่ายคายน และพระองค์จะทรงทำให้เรื่องยาก หากพระองค์ประสงค์ เป็นสิ่งง่ายได้”

กิจกรรมครั้งที่ 4 : เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม

ระยะเวลา : 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเครียดและการจัดการความเครียด
2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ผลของความเครียดต่อสุขภาพ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงแนวทางการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม

สาระสำคัญ

เรียนรู้ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม เป็นการค้นหาสาเหตุของความเครียด เรียนรู้ผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพและวิธีการจัดการความเครียดบนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม จะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการความเครียดที่ไม่ขัดกับหลักศาสนามีแรงใจและพลังทางจิตวิญญาณที่มั่นคง สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นลดความรุนแรงของความเครียดได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบด้วยการทำให้หัวใจใกล้ชิดผูกพันกับอัลลอฮ์มากยิ่งขึ้น ไม่กังวลหรือฟุ้งซ่านด้วยการขอความคุ้มครองให้หลุดพ้นจากจิตใจที่เปล่าเปลี่ยวและขอความคุ้มครองปกป้องจากความชั่วร้ายทุกประการจากพระองค์ ดังความหมายของอัลกุรอานซูเราะห์อัลฟะลักและอันนาส

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. เครื่องเล่นซีดี / แผ่นซีดีซูเราะห์อัลฟะลักและอันนาสพร้อมความหมาย
2. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 4 ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม
4. คู่มือการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

ดำเนินกิจกรรมในวันศุกร์ของสัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 90 นาที (09.30-11.30 น./13.30-15.30 น.)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผู้วิจัยทักทายด้วยการให้สวัสดี ชักถามเรื่องทั่วไปและทบทวนสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ครั้งที่ 3 โดยให้ผู้ดูแลแบ่งกลุ่มๆละ 4-5 คน และปรบมือตามคำสั่งของผู้วิจัย 5 ครั้ง หากกลุ่มไหนปรบมือไม่ตรงคำสั่งให้ช่วยกันสรุป และหากทุกกลุ่มปรบมือได้ถูกต้องทุกครั้งให้ส่งตัวแทนกลุ่มละ 1 คนสรุปแทน	10 นาที 4-5 คน		- ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีปฏิบัติตามคำสั่งของผู้วิจัย - ผู้ดูแลได้ทบทวนและสามารถสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 ได้ - ผู้ดูแลทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้
2. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรม โดยให้ผู้ดูแลนั่งหลับตา สงบนิ่ง และรำลึกถึงอัลลอฮฺ(ซ.บ.) ด้วยการเปิดอัลกุรอาน ซูเราะห์อัลฟะลัก และอัลนาสพร้อมความหมาย	10 นาที กลุ่มใหญ่	- แผ่นซีดี อัลกุรอาน ซูเราะห์ อัลฟะลัก และอัล นาสพร้อม ความหมาย	- ผู้ดูแลมีท่าทีที่ผ่อนคลาย สงบนิ่ง มีสมาธิและตั้งใจฟังอัลกุรอาน - ผู้ดูแลเข้าใจความรู้สึกของการฟังอัลกุรอานและทราบความหมายของอัลกุรอาน ซูเราะห์อัลฟะลักและอัลนาส
3. ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนความรู้สึกและข้อคิดที่ได้จากการความหมายของอัลกุรอาน และส่งตัวแทนกลุ่มนำเสนอให้สมาชิกคนอื่นๆฟัง	10 นาที 4-5 คน		- ผู้ดูแลเข้าใจความรู้สึกของการฟังอัลกุรอานและทราบความหมายของอัลกุรอาน ซูเราะห์อัลฟะลักและอัลนาส
4. ผู้วิจัยสรุปความหมายและความรู้สึกผ่อนคลายจากการฟังอัลกุรอานพร้อมเชื่อมโยงเข้าสู่ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม โดยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางการจัดการความเครียดโดยใช้หลักศาสนา	15 นาที 4-5 คน	- ใบงานที่ 4	- ผู้ดูแลมีท่าทีที่ผ่อนคลาย - ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการความเครียดตามความหมายของอัลกุรอาน - ผู้ดูแลได้ประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของตนเอง
พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที			

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
5. ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดของตนเอง พร้อมทั้งวิธีการจัดการความเครียด โดยใช้หลักอิสลาม	15 นาที 4 – 5 คน		- ผู้ดูแลได้ร่วมกันหาแนวทางการจัดการความเครียดตามหลักอิสลาม
6. ผู้วิจัยสรุปและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุ ผลของความเครียดต่อสุขภาพ และการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม	10 นาที 4 – 5 คน	- ใบความรู้ ที่ 4	- ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนการจัดการความเครียดตามหลักอิสลาม
7. ผู้ดูแลซักถามและสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมประเด็นที่ยังไม่ครอบคลุม และมอบหมายกิจกรรม ให้ผู้ดูแลกลับไปบันทึกเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความเครียด และวิธีการจัดการตามทัศนะอิสลามเพื่อทบทวนและนำมาใช้ในกิจกรรมครั้งที่ 5	10 นาที กลุ่มใหญ่	- คู่มือการดูแลเด็กฯ หน้า 19 - 20	- ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ ผลของความเครียด และการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม
8. ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมครั้งที่			- ผู้ดูแลสามารถสรุปสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมในครั้งนี้
			- ผู้ดูแลได้นำการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามไปประยุกต์ใช้จริงในชีวิตประจำวัน
			- ผู้ดูแลทราบวัน เวลาในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

อัลกุรอานซูเราะห์อันนาสพร้อมความหมาย

ด้วยพระนามของอัลลอฮ์ ผู้ทรงกรุณาปราณี ผู้ทรงเมตตาเสมอ

قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ (1)

จงกล่าวเถิด มุฮัมมัด ข้าพระองค์ขอความคุ้มครองต่อพระเจ้าแห่งมนุษยชาติ

مَلِكِ النَّاسِ (2)

พระราชาแห่งมนุษยชาติ

إِلَهِ النَّاسِ (4)

พระเป็นเจ้าแห่งมนุษยชาติ

مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ (4)

ให้พ้นจากความชั่วร้ายของผู้กระซิบกระซาบที่หลอกล่อ

الَّذِي يُوسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ (5)

ที่กระซิบกระซาบในหัวใจของมนุษย์

صَدَقَ اللَّهُ الْعَلِيُّ الْعَظِيمُ

“อัลลอฮ์ผู้ทรงสูงส่งยิ่ง ผู้ทรงเกรียงไกร ตรัสจริงเสมอ”

ใบงานที่ 4

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต)

คำชี้แจง : ในเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการพฤติกรรมหรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย (0)	เป็นครั้งคราว (1)	เป็นบ่อยๆ (2)	เป็นประจำ (3)
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด หรือรำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดขมับทั้งสองข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขหรือเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเปลืองเงินไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่น เวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการกระทำสิ่งต่าง ๆ				
17. ปวดหัวหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยหรือหัวไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

รวมคะแนน

0-5	คะแนน แสดงว่า	ผู้ตอบไม่จริงจัง ไม่แน่ใจในคำถาม
6-17	คะแนน แสดงว่า	ปกติ/ไม่เครียด
18-25	คะแนน แสดงว่า	เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
26-29	คะแนน แสดงว่า	เครียดปานกลาง
30	คะแนน แสดงว่า	เครียดมาก

ประเมินและวิเคราะห์ความเครียด

ระดับคะแนน 0-5 ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ความเครียดในระดับต่ำมากเช่นนี้ อาจหมายความว่า ท่านตอบไม่ตรงตามความเป็นจริง ท่านอาจเข้าใจคำถามคลาดเคลื่อน ท่านอาจเป็นคนที่ขาดแรงจูงใจ มีความเฉื่อยชา หรือชีวิตประจำวันซ้ำซาก จำเจ นำเบื่อ

ระดับคะแนน 6-17 ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามิมีประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

ระดับคะแนน 18-25 ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวันอาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียดหรืออาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมบ้างเล็กน้อย แต่ไม่ชัดเจนและยังพอทนได้ อาจต้องใช้เวลาในการปรับตัวแต่ในที่สุดท่านก็สามารถจัดการกับความเครียดได้และความเครียดระดับนี้ไม่เป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต

ระดับคะแนน 26-29 ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง ขณะนี้ท่านเริ่มมีความตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือนร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้ง และวิกฤตการณ์ ในชีวิตเป็นสัญญาณเตือน ขึ้นต้นว่าท่านกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตและความขัดแย้ง ซึ่งท่านจัดการแก้ไขด้วยความยากลำบากลักษณะดังกล่าวจะเพิ่มความรุนแรง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานจำเป็นต้องหาวิธีการแก้ไขข้อขัดแย้งต่างๆ ให้ลดน้อยลงหรือหมดไปด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง

ระดับคะแนน 30-60 ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก กำลังตกอยู่ในภาวะตึงเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์ในชีวิต ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรงมาก หากปล่อยไว้โดยไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง

ใบความรู้ที่ 4

ความเครียดและการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม

ความเครียด

ความเครียด คือ ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบบังคับ กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ ซึ่งในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้นนั้นความเครียดของผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ความยากลำบากในการสื่อสารกับเด็ก ทำให้ผู้ดูแลมักประสบปัญหาในการควบคุมเลี้ยงดูเด็ก ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลเด็ก ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวเด็กบุคคลรอบข้าง ครอบครัว และสังคม ซึ่งบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดได้ หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือจัดการที่เหมาะสม จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา

สาเหตุของความเครียด

1. สภาพแวดล้อมทั่วไป เช่น มลภาวะ ได้แก่ เสียงดังเกินไป จากเครื่องจักร เครื่องยนต์ อากาศเสียจากควันท่อไอเสีย น้ำเสีย ฝุ่น ละออง ฆาฆ่าแมลง การอยู่กันอย่างเบียดเสียด เป็นต้น
 2. สภาพเศรษฐกิจที่ไม่น่าพอใจ เช่น รายได้น้อยกว่ารายจ่าย
 3. สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การสอบแข่งขันเข้าเรียน
 4. การทำงาน เลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น
 5. นิสัยการกิน-ดื่ม ที่ส่งเสริมความเครียด เช่น ผู้ที่ดื่มกาแฟบ่อยๆ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ตลอดจนกินของอาหารที่มีน้ำตาลมากๆ
 6. มีสัมพันธภาพกับคนอื่นๆ ที่ไม่ราบรื่น มักมีข้อขัดแย้ง ทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่นเป็นปกติวิสัย
 7. ความรู้สึกตนเองต่ำด้อยกว่าคนอื่น ต้องพยายามต่อสู้เอาชนะ
 8. ต้องการมีอำนาจเหนือผู้อื่น
- นอกจากนี้ความเครียดยังอาจเกิดจากอุปนิสัยหรือวิธีการดำเนินชีวิต ของคนบางคนที่มีลักษณะต่อไปนี้
1. คนที่ชอบแข่งขันสูง ชอบท้าทาย จึงดิ้นรนเอาชนะ
 2. คนที่เข้มงวด เอาจริงเอาจังกับทุกอย่างไม่มีการผ่อนปรน
 3. คนที่พยายามทำอะไรหลายๆ อย่างในเวลาเดียวกัน

4. คนที่มีอารมณ์รุนแรงอัดแน่นในใจเป็นประจำ
5. คนที่ใจร้อน จะทำอะไรต้องให้ได้ผลทันทีไม่ชอบรอนาน

ผลของความเครียดต่อสุขภาพ

1. ผลต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ อาการไม่สบายทางกายต่างๆ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ อาการท้องผูก ท้องเสียบ่อยๆ นอนไม่หลับ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ

2. ผลต่อสุขภาพจิตใจ นำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล อารมณ์ ไม่นั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่าง นอกจากนี้ความเครียดส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ย่อมส่งผลไปถึง ประสิทธิภาพในการทำงาน สัมพันธภาพต่อครอบครัวและบุคคลแวดล้อม และเมื่อประสิทธิภาพในงานตกต่ำ สัมพันธภาพเสื่อมทรามลง จิตใจย่อมได้รับผลดีถึงเครียดมากขึ้น ซ้ำซ้อน นับว่าความเครียดเป็นภัยต่อชีวิตอย่างยิ่ง

วิธีการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม

วิธีที่ 1 วอนขอจากอัลลอฮ์ (ช.บ.) พระองค์จะทรงรับฟังการวอนขอจากคุณ : การขอคูอาฮ์ “จงวิงวอนขอต่อพระเจ้าของเจ้าด้วยความนอบน้อมและปกปิด แท้จริง พระองค์มีทรงรักบรรดาผู้ละเมิด และพวกเจ้าจงอย่าสร้างความเสียหายบนแผ่นดินหลังจากที่ได้มีการปรับปรุงแก้ไขแล้ว และจงวอนขอจากพระองค์ด้วยความยำเกรงและความปรารถนาอันแรงกล้า แท้จริงความเมตตาของอัลลอฮ์นั้นอยู่ใกล้บรรดาผู้กระทำความดีทั้งหลาย” (อัลฮุรอฟ 7:55-56)

วิธีที่ 2 ละทิ้ง “โลกคุณยา” ไว้เบื้องหลัง 5 เวลา ต่อวัน จงทำให้ “การละหมาดห้าเวลาทุกวัน” เป็นหนทางที่นำคุณไปสู่ “โลกอาคิเราะฮ์” ให้มากยิ่งขึ้น และใกล้ชิดกับ “โลกคุณยานี้” ให้น้อยลง และขณะที่คุณยืนรอพร้อมที่จะทำการละหมาด จงเตรียมใจของคุณไว้ จงละทิ้ง (ความเป็นไปของ) “โลกใบนี้” และ “ความกังวลและความเครียดทั้งหลาย” ไว้เบื้องหลัง

วิธีที่ 3 อัลกุรอานคือเพื่อนที่ดีที่สุด : การอ่านและการฟังอัลกุรอานจะช่วยทำให้หัวใจและความคิดของเรากลับมามีชีวิตชีวาอีกครั้ง ด้วยการอ่านออกมาด้วยเสียงที่ดังหรือเบา และขณะที่คุณทำการละหมาดนะฟลหรือสุนนะฮ์อื่นๆ ให้หยิบอัลกุรอานขึ้นมาและอ่านซูเราะฮ์ที่คุณไม่คุ้นเคยกับมัน การสร้างความสัมพันธ์กับอัลกุรอานหมายถึงการสร้างความสัมพันธ์กับอัลลอฮ์ คุณควรทำให้ “อัลกุรอาน” เป็นเครื่องมือในการเยียวยาหัวใจแห่งความเครียดและความกังวลทั้งหลาย

วิธีที่ 4 ขอความช่วยเหลือจากอัลลอฮ์ด้วยการขอบُرُّ : และพวกเจ้าจงอาศัย “การขอบُرُّ” (ความอดทน) และ “ศอลาตุ” (การละหมาด) เกิด (อัลกุรอาน 2:45) จากอาเยฮ์ดังกล่าว อัลลอฮ์

(ช.บ.) ได้ทรงประทาน “เครื่องมือ” สองอย่างนี้แก่เราเพื่อใช้ในการบรรเทาความกังวลและความเจ็บปวดทั้งหลาย

วิธีที่ 5 มอบหมายต่ออัลลอฮ์ ตะวัตกุล : เมื่อคุณทำการวางแผนที่คุณตั้งใจว่าจะดำเนินการจัดการกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งในชีวิต จงมอบหมายความไว้วางใจต่ออัลลอฮ์ ผู้ทรงปรีชาญาณยิ่งและผู้ทรงรอบรู้ “ครั้นเมื่อเจ้าได้ตัดสินใจแล้ว ก็จงมอบหมายแด่อัลลอฮ์เถิด แท้จริงอัลลอฮ์ทรงรักใคร่ผู้มอบหมายทั้งหลาย” (อัลกุรอาน 3:159)

วิธีที่ 6 พึงระลึกว่าชีวิตบน โลกใบนี้แสนสั้นนัก : มันเป็นเรื่องง่ายที่เราจะจมอยู่กับความกังวลและความเครียด อย่างไรก็ตาม หากเราตระหนักว่าแท้จริงแล้ว ชีวิตของเรานั้นแสนสั้นและคงอยู่เพียงชั่วคราเท่านั้น และชีวิตที่นิรันดร์คือชีวิตในปรโลก ความกังวลที่เราหม่อมเบาบางลง

วิธีที่ 7 เริ่มต้นวันใหม่ด้วยความคิดดีๆ : ตื่นแต่เช้า และทำการขอบุญอัลลอฮ์ที่พระองค์ทรงประทาน “อีกหนึ่งวัน” ให้กับคุณ “อัลฮัมดุลิลลาฮิลละซียู อะหฺยานา บะอะดะมา อะมาตะนา วะอิลัยฮินนูชฺร”)

วิธีที่ 8 ขอคู่อำให้กับผู้อื่นเพื่อเยียวยาตัวคุณเอง : ท่านเราะฮูต คีอิลลัลลอฮ์ อะลัยฮิ วะสลัลมัมมักะหฺวางโยฮ์ผู้อื่นอยู่เสมอ ทั้งต่อมุสลิมและผู้ที่ไม่ใช่มุสลิม และท่านรอซูลมักะหฺวางโยฮ์ขอต่ออัลลอฮ์เพื่อพวกเขา การขอคู่อำให้กับผู้อื่นนั้นย่อมเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างคุณกับพวกเขา และมันจะช่วยให้คุณมีความเข้าใจต่อความทุกข์ทรมานของเขา ซึ่งด้วยวิธีนี้ย่อมเป็นการเยียวยาคุณอย่างหนึ่ง

วิธีที่ 9 ทำการละหมาดร่วมกัน (ญะมาอะฮ์) ละหมาดญะมาอะฮ์ แทนการละหมาดเพียงลำพัง ส่วนในกรณีที่คุณอยู่ไกลจากมัสยิด ก็ให้ละหมาดญะมาอะฮ์กับครอบครัวของคุณ ในสมัยของท่านเราะฮูต คีอิลลัลลอฮ์ อะลัยฮิ วะสลัลมัม นั้น ถึงแม้ว่าบรรดามุสลิมจะต้องเผชิญกับการถูกก่อกวนไล่ล่า รวมไปถึงการถูกทำร้ายร่างกาย แต่พวกเขาก็จะหาเวลามาพบกันที่ด้านข้างภูเขา หรือหุบเขา และทำการละหมาดร่วมกันบ้าง ซึ่งถือเป็นการสร้างแรงใจที่ดีอย่างยิ่ง

วิธีที่ 10 ซิเกร (รำลึกถึงอัลลอฮ์) : หากหัวใจของคุณนั้นเต็มไปด้วยความเครียดหรือความโศกเศร้า พึงรำลึกถึงอัลลอฮ์และทำให้ตัวคุณห่อหุ้มไปด้วยการซิเกร การซิเกรนั้นหมายรวมถึงรูปแบบทั้งหลายของการรำลึกถึงอัลลอฮ์ ไม่ว่าจะเป็นการละหมาด ตัสบีฮ์ ตะฮฺมีด (อัลฮัมดุลิลลาฮ์) ตะฮฺลีล (ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์) การขอคู่อำ และการอ่านอัลกุรอาน “....พึงทราบเถิดว่า ด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์เท่านั้นที่ทำให้จิตใจสงบ” (อัลกุรอาน 13:28)

กิจกรรมครั้งที่ 5: พัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม

ระยะเวลา : 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนและฝึกทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถเผชิญและจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม เป็นการทบทวนและฝึกปฏิบัติการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามอย่างต่อเนื่องจากกิจกรรมครั้งที่ 4 เพื่อขยายและฝึกทักษะซ้ำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้สึกและผลจากการนำไปปฏิบัติใช้จริงในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจสามารถเลือกใช้ชีวิตที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และได้เรียนรู้การนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตใจเด็ก เพื่อให้เด็กได้มีจิตใจที่สงบ มีสมาธิที่ดีขึ้น

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. คัมภีร์อัลกุรอาน
2. บทกล่าวซิกรุลลอฮ์
3. บทคุอฮ์เมื่อมีความรู้สึกเครียด วุ่นวายใจ
4. คู่มือการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม

ดำเนินกิจกรรมในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 90 นาที ตั้งแต่เวลา 13.30 น. – 15.00 น.

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผู้วิจัยทักทายด้วยการให้สละม ชักถามเรื่องทั่วไปและทบทวนสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ครั้งที่ 4 โดยให้ผู้ดูแลช่วยกันสรุป ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมและเชื่อมโยงเข้าสู่กิจกรรมครั้งที่ 5	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดี ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามผู้วิจัย - ผู้ดูแลได้ทบทวนและสามารถสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้กิจกรรมครั้งที่ 4
2. ให้ผู้ดูแลแบ่งกลุ่มๆ ละ 4 – 5 คน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความเครียด อาการแสดงของความเครียด วิธีการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม และความรู้สึกหลังใช้หลักอิสลามในการจัดการความเครียด	10 นาที 4 – 5 คน	- คู่มือการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น 19 – 20	- ผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความเครียด อาการแสดงการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม ความรู้สึกและประโยชน์ของการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม
3. ผู้วิจัยสุ่มตัวแทนกลุ่มละ 1 คนให้เล่าเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด อาการแสดงของความเครียด การจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม ความรู้สึกและประโยชน์ของการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลเข้าใจความรู้สึกและเห็นประโยชน์ของการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามที่หลากหลาย
4. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมและเชื่อมโยงเข้าสู่การฝึกจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามโดยให้ผู้ดูแลเลือกตัวแทน 2 คน เพื่อเป็นผู้นำกลุ่มใหญ่ในการฝึกจัดการความเครียดดังต่อไปนี้ 1. การซิกรุลลอฮ์ 2. การอ่านอัลกุรอาน	10 นาที กลุ่มใหญ่	- คู่มือการดูแลเด็กฯ	- ผู้ดูแลเห็นเข้าใจและเห็นประโยชน์ของการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม
5. ตัวแทนคนที่ 1 ชี้แจงวิธีการปฏิบัติ และเริ่มการกล่าวซิกรุลลอฮ์ โดยเป็นผู้นำกล่าวและผู้ดูแลคนอื่นๆ กล่าวตาม พร้อมกับสุ่มผู้ดูแล 1 คน เล่าความรู้สึกหลังการกล่าวซิกรุลลอฮ์ร่วมกัน	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม
พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที			

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
6. ตัวแทนคนที่ 2 ชี้แจงวิธีการปฏิบัติ และเริ่มอ่านอัลกุรอานให้ผู้ดูแลคนอื่นๆรับฟังอย่างสงบ และเล่าความรู้สึกหลังอ่านอัลกุรอาน พร้อมทั้งส้อมผู้ดูแล 1 คน ให้เล่าความรู้สึกหลังได้รับฟังตนเองอ่านอัลกุรอาน	10 นาที กลุ่มใหญ่	- คัมภีร์อัลกุรอาน	- ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม - ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลาม
7. ปรบมือชื่นชมในความสามารถของทุกคน และร่วมกันขอคุดอฮ์เพื่อความเครียด ความวุ่นวายใจ		-บทคุดอฮ์เมื่อมีความรู้สึกเครียด	- ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวทางการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามไปใช้ในการดูแลด้านจิตใจเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
8. ผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมและเชื่อมโยงการนำไปใช้ในการดูแลเด็ก โดยซักถามผู้ดูแลว่าสามารถนำการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามข้อใดบ้างไปใช้ในการดูแลเด็ก และนำไปใช้ดูแลเด็กได้อย่างไร	5 นาที กลุ่มใหญ่	-คู่มือการดูแลเด็กฯ	- ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวทางการจัดการความเครียดตามทัศนะอิสลามไปใช้ในการดูแลด้านจิตใจเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
9. ผู้ดูแลช่วยกันตอบประเด็นดังกล่าวและผู้ดูแลช่วยกันสรุปการนำไปใช้ในการดูแลด้านจิตใจเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯ	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลทราบวัน เวลา และสิ่งที่มอบหมายให้นำมาทำกิจกรรมครั้งที่ 6
10. ให้ผู้ดูแลช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในการทำกิจกรรมครั้งนี้	5 นาที กลุ่มใหญ่		
11. นัดหมายวัน เวลา และให้ผู้ดูแลนำฝ่าละมุดมาร่วมการทำกิจกรรมในครั้งที่ 6			

บทกล่าวชื่กรุลลอฮ์ (การรำลึกถึงอัลลอฮ์)

سبحان الله ، والحمد لله ، ولا إله إلا الله ، والله أكبر

คำอ่าน

“ซุบหานัลลอฮ์ , อัล-ฮัมดุลิลลาฮ์ , ลาอิลาฮะ อิลลัลลอฮ์ , อัลลอฮุอักบัร”

ความหมาย

“มหาบริสุทธิ์แห่งอัลลอฮ์ และการสรรเสริญเป็นกรรมสิทธิ์ของอัลลอฮ์ และไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และอัลลอฮ์เป็นผู้เกรียงไกรยิ่ง”

บทกล่าวชื่กีร์ (การรำลึกถึงอัลลอฮ์)

لا إله إلا الله وحده لا شريك له له الملك وله الحمد وهو على كل شيء قدير

คำอ่าน

“ลาอิลาฮะ อิลลัลลอฮ์ วะหุดะฮฺ ลาชะรียะกะละฮฺ ละฮฺลุมุลกุ วะละฮฺลุมุคฺ วะฮฺวะอะ อะลา กุลลิซัยอิงเกาะดีร์”

ความหมาย

“ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์องค์เดียว ไม่มีภาคใด ๆ กับพระองค์ และการสรรเสริญนั้นเป็นกรรมสิทธิ์ของพระองค์ และพระองค์นั้นเป็นผู้ทรงอำนาจเหนือทุกสิ่งอย่าง”

ดูอาห์เมื่อมีความรู้สึกเครียด วุ่นวายใจ

إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ اللَّهُمَّ أَجْرُنِي فِي مُصِيبَتِي وَأَخْلَفْ لِي خَيْرًا مِنْهَا

คำอ่าน : อินนาลิลลาฮิวะอินนาอิลัยฮิรอญีอูน อัลลอฮุมมะญูรนี ฟีมุซิบะตียั วัคฺลิลฟีลลียะ
คอยร็อมมินฮา"

ความว่า : "แท้จริงพวกเราเป็นกรรมสิทธิ์ของอัลลอฮ์ และแน่นอนว่าพวกเราจะต้อง
กลับไปหาพระองค์ โอ้อัลลอฮ์ ขอทรงตอบแทนผลบุญแก่นั้นในความทุกข์โศกของนั้นนี้
และขอทรงทดแทนให้นั้นซึ่งสิ่งที่ดีกว่า"

กิจกรรมครั้งที่ 6 : มารยาทการสื่อสารตามชุมชนและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉันทัน
ระยะเวลา 120 นาที

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรม 6/1 : มารยาทการสื่อสารตามชุมชน

ระยะเวลา : 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการสื่อสาร
2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถใช้มารยาทการสื่อสารตามชุมชนให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและบุคคลอื่น รวมถึงเป็นแบบอย่างการสื่อสารที่ดีให้กับเด็กที่อยู่ในความดูแล

สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล การขอความช่วยเหลือ และการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสงบสุข มารยาทการสื่อสารตามชุมชนเป็นแนวทางที่ท่านนบีมุฮัมมัด (ซ.ล.) ประพฤติปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในสังคม ซึ่งผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันเพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและกับบุคคลอื่น อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างการสื่อสารที่ดีให้เด็กที่อยู่ในความดูแลนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตและทักษะทางสังคมให้ดีขึ้น

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/1 : มารยาทการสื่อสารตามชุมชน / ปากกา
2. ใบความรู้ที่ 6/1 : การสื่อสารและมารยาทการสื่อสารตามชุมชน

ดำเนินกิจกรรมในวันศุกร์ของสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 60 นาที (09.30-11.30 น./13.30-15.30 น.)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายด้วยการให้สลาม ชักถามเรื่องทั่วไป และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 5 โดยให้ผู้ดูแลปรบมือตามคำสั่งของผู้วิจัย 5 ครั้ง หากมีใครปรบมือไม่ตรงคำสั่งให้สรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้กิจกรรมครั้งที่ 5 หรือ หากทุกคนปรบมือได้ถูกต้องให้ใช้วิธีการสุ่ม 2 คนจากผู้ดูแลสรุปแทน	5 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดี ทำที่ผ่อน คลายให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม และปฏิบัติตามคำสั่งของผู้วิจัย - ผู้ดูแลได้ทบทวนและสามารถสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้กิจกรรมครั้งที่ 5
2. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของกิจกรรมครั้งนี้ และนำเข้าสู่กิจกรรม โดยการถามผู้ดูแลว่า “ท่านคิดว่าการสื่อสารสำคัญอย่างไร”	5 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลทราบรายละเอียดของ การทำกิจกรรมครั้งนี้
3. ให้ผู้ดูแลแบ่งกลุ่มๆละ 4-5 คน ร่วมกันอภิปรายและช่วยกันตอบคำถามตามใบงานที่ 6/1 ตอนที่ 1	10 นาที 4 – 5 คน	- ใบงานที่ 6/1 ตอนที่ 1	- ผู้ดูแลได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการสื่อสาร การสื่อสารเชิงบวก และการสื่อสารเชิงบวก กับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
4. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมและเชื่อมโยงเข้าสู่มารยาทการสื่อสารตามชุนนะห์ โดยให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันพร้อมตอบคำถามตามใบงานที่ 6/1 ตอนที่ 2, 3 และส่งตัวแทนแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์ใบงานที่ 6/1 ตอนที่ 2 กลุ่มละ 1 ข้อ	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญของการสื่อสาร และการสื่อสารเชิงบวก กับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น
5. ตัวแทนกลุ่มแสดงบทบาทสมมุติพร้อมตอบคำถามตามสถานการณ์ในใบงานที่ 6/1 ตอนที่ 3	15 นาที 4-5 คน		- ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการสื่อสาร และการสื่อสารเชิงบวก กับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น - ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับมารยาทการสื่อสารตามชุนนะห์

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
<p>6. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมตามใบความรู้ที่ 6/1 ตอนที่ 2, 3 และเน้นย้ำการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ผู้รับสารเกิดความรู้สึกที่ดี เข้าใจความต้องการ และอยากให้ความช่วยเหลือ และเพื่อเป็นแบบอย่างของการสื่อสารที่ดีให้กับเด็กที่อยู่ในความดูแล</p>	<p>5 นาที กลุ่มใหญ่</p>	<p>- ใบความรู้ที่ 6/1</p>	<p>- ผู้ดูแล ได้ฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวกกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น</p> <p>- ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารตาม ชูชนะเลิศและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับสาร และเพื่อเป็นแบบอย่างการสื่อสารที่ดีให้กับเด็กที่อยู่ในความดูแล</p>
<p>พักรับประทานอาหารว่าง 10 นาที</p>			

กิจกรรม 6/2 : “แหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉัน”

ระยะเวลา : 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบแหล่งให้บริการ ดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นและครอบครัว
2. เพื่อทบทวนความรู้และสิ่งที่ได้รับให้กับผู้ดูแลจากการทำกิจกรรมตลอด 6 ครั้ง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสำเร็จของการดูแลที่อยู่บนพื้นฐานของหลักศาสนาอิสลาม
4. เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ได้จริงโดยผ่านกระบวนการสะท้อนคิด

สาระสำคัญ

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ผู้ดูแลทราบแหล่งให้การสนับสนุนทางสังคมที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ หากประสบปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความหวังและกำลังใจในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น และการละหมาดสุนัตร่วมกันของผู้ดูแลเป็นการสร้างเป้าหมายที่แน่นอน ให้รู้สึกถึงจุดมุ่งหมายในการทำหน้าที่ดูแลให้ดีที่สุดเพื่ออัลลอฮ์ร่วมกัน สร้างความมั่นคงภายในจิตใจ พลังทางจิตวิญญาณในการต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้น

สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/2 : แหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉัน
2. ใบความรู้ที่ 6/2 แหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉัน

ดำเนินกิจกรรมในวันศุกร์ของสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 60 นาที (09.30-11.30 น./13.30-15.30 น.)

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม	ระยะเวลา/ กลุ่ม	อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมโดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ดูแลในประเด็น แหล่งให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆตามใบงานที่ 6/2 ตอนที่ 1 เมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแล	10 นาที กลุ่มใหญ่	- ใบงานที่ 6/2	- ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯ
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา	10 นาที กลุ่มใหญ่	- ใบความรู้ที่ 6/2	- ผู้ดูแลทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อประสบปัญหาการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯ
3. ให้ผู้ดูแลช่วยกันสรุปความรู้และสิ่งที่ได้รับการทำกิจกรรมตลอด 6 ครั้ง ความรู้สึกต่อการเข้าร่วมวิจัย ข้อเสนอแนะในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งเขียนลงในใบงานที่ 6/2	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลได้ทบทวนการเรียนรู้และสิ่งที่ได้รับการทำกิจกรรมที่ผ่านมาทั้ง 6 ครั้ง ได้แสดงความรู้สึกและข้อเสนอแนะในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้
4. ผู้วิจัยสรุปในภาพรวมตั้งแต่กิจกรรมครั้งที่ 1 ถึงกิจกรรมครั้งที่ 6 และเน้นย้ำการนำไปใช้ในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลได้ทบทวนภาพรวมตั้งแต่กิจกรรมแรกถึงกิจกรรมสุดท้ายและการนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น
5. ให้ผู้ดูแลรำลึกถึงอัลลอฮฺ(ช.บ.) โดยการกล่าวสรรเสริญต่ออัลลอฮฺและขอคู่อ้อร่วมกันเพื่อขอความเมตตาจากพระองค์ให้ผู้ดูแลประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ดูแลตามแนวทางของอัลลอฮฺ (ช.บ.)	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลมีจิตใจที่แน่วแน่ มีเป้าหมายในการทำหน้าที่การดูแลให้ดีที่สุดเพื่ออัลลอฮฺ (ช.บ.)
6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแล พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น และยุติกิจกรรม	10 นาที กลุ่มใหญ่		- ผู้ดูแลมีความมั่นคงภายในจิตใจ มีพลังทางจิตวิญญาณในการต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาฯ

ใบงานที่ 6/1
“มารยาทการสื่อสารตามชนนะห์”

ตอนที่ 1 : ให้ผู้ดูแลตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเข้าใจของท่าน

1. ท่านคิดว่าการสื่อสารสำคัญอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าการสื่อสารเชิงบวกเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. การสื่อสารเชิงบวกสำคัญต่อเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ใบงานที่ 6/1

ตอนที่ 2 : ให้ผู้ดูแลอธิบายมารยาทในการทักทายและมารยาทการสื่อสารในอิสลาม
ตามความเข้าใจของท่าน



มารยาทในการทักทายตามหลักอิสลาม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

มารยาทในการพูดตามหลักอิสลาม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



สถานการณ์ที่ 1

“นี่การบ้านยังไม่เสร็จอีกหรือ? ผ่านมา 3 ชม.แล้วนะ แม่ซ้ก็จะเริ่มหมดความอดทนแล้วนะ เดี่ยวก็ปวดนี้บ้างแหละ เดี่ยวก็หิวน้ำบ้าง เวลาทำการบ้านก็ยุกยิกตลอด ทำไมไม่เอาอย่างเดะมั่งข้าง บ้านบ้าง เวลาทำการบ้านก็นั่งเรียบร้อยเสร็จตามเวลา ไม่ต้องให้แม่ต้องคอยตามบ่นแบบลูกที่”

เหมาะสมหรือไม่.....

เพราะ.....

.....

สถานการณ์ที่ 2

“แม่ให้เวลาลูกทำการบ้าน 1 ชม. นะคะ ถ้าทำเสร็จตรงเวลา และถูกต้อง พรุ่งนี้วันหยุดแม่ จะพาไปเที่ยวสวนสัตว์”

เหมาะสมหรือไม่.....

เพราะ.....

.....

สถานการณ์ที่ 3

“วันนี้ที่โรงเรียนมีใครบ่นหรือแกล้งลูกบ้างไหมคะ?”

เหมาะสมหรือไม่.....

เพราะ.....

.....

สถานการณ์ที่ 4

“เหนื่อยมากเลยคะ กับเด็กคนนี้ ดิฉันต้องคอยพูดซ้ำซากทั้งเรื่องแกล้งเพื่อนแท้เพื่อน ทำงานไม่เสร็จ ลืมสมุดการบ้าน เดินทั่วห้องจนครูให้พามาพบหมอนี้แหละคะ” ผู้ดูแลบอกกับหมอ ต่อหน้าเด็กขณะพาเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ไปพบหมอ

เหมาะสมหรือไม่.....

เพราะ.....

.....

ใบความรู้ที่ 6/1

การสื่อสารและมารยาทการสื่อสารตามชุมชนนะห์

ความหมายของการสื่อสาร

การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดข่าวสาร ข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็น ความต้องการจากผู้ส่งสาร โดยผ่านสื่อต่างๆ ที่อาจเป็นการพูดการเขียน สัญลักษณ์อื่นใด การแสดงหรือการจัดกิจกรรมต่างๆ ไปยังผู้รับสาร โดยมีวัตถุประสงค์ให้เกิดการรับรู้ร่วมกันและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อกัน

ความสำคัญของการสื่อสาร

1. เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกเพศ ทุกวัย ทุกสาขา ทุกอาชีพ เนื่องจากในการดำเนินชีวิต ในการปฏิบัติงานต้องใช้การสื่อสารในการถ่ายทอดข้อมูล ข่าวสาร พัฒนาการทางสังคม จึงดำเนินไปพร้อมกับพัฒนาการทางการสื่อสาร
2. การสื่อสารก่อให้เกิดการประสานสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสังคม ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างคนในสังคม
3. การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความเจริญก้าวหน้าทั้งตัวบุคคลและสังคม ทั้งด้านคุณธรรม จริยธรรม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ฯลฯ

การสื่อสารกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

การสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้คนเราเข้าใจความต้องการของกันและกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยยังชีพของมนุษย์ และยังเป็นเครื่องมือของกระบวนการทางสังคมที่ประกอบด้วย การอยู่ร่วมกันของคนเป็นจำนวนมาก เพราะหากการสื่อสารก็อาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันจนกลายเป็นความขัดแย้ง รวมถึงการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลเด็กสมาธิสั้น ร่วมกับความบกพร่องทางสติปัญญา ที่มีปัญหาในเรื่องของพฤติกรรมไม่เหมาะสมตามพัฒนาการ การควบคุมพฤติกรรมดังกล่าว การรักษาจากแพทย์แล้ว ผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้การบอก การสอน หรือการพูดคุยกับเด็กเชิงบวก เพื่อช่วยให้การปรับพฤติกรรมเป็นเรื่องง่ายขึ้น

คุณค่าของการสื่อสารเชิงบวกกับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วมกับภาวะสมาธิสั้น

- เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องการสื่อสารภายในบ้าน
- เอื้อให้เด็กเข้าใจสิ่งที่ผู้ดูแลสื่อสารมากขึ้น
- จูงใจให้เกิดพฤติกรรมบวก และควบคุมพฤติกรรมลบอย่างได้ผล
- เสริมสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองของเด็ก
- เสริมสร้างความมั่นใจในตนเองของเด็ก
- สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

พ่อแม่หรือผู้ดูแลต้องเริ่มนับหนึ่งด้วยการเข้าใจตัวเองก่อนที่จะพูดคุยสื่อสารกับเด็ก โดย

- **เข้าใจความคิด** บ่อยครั้งพบว่าเมื่อพ่อแม่หรือผู้ดูแลรู้ว่าเด็กเป็นสมาธิสั้น

มักรู้สึกผิด โทษตนเองว่ามีส่วนที่ทำให้ลูกเกิดความบกพร่อง ยังมีความบกพร่องทางสติปัญญาร่วม ด้วยความคิดดังกล่าวจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น ซึ่งความคิดนี้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาเด็กเพราะผู้ดูแลมักจัดการความรู้สึกผิดด้วยการตามใจเด็กเกินไปเพื่อชดเชยความผิดของตนเองหรือเข้มงวดเกินไป เพราะยอมรับไม่ได้กับโรคที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลควรรู้เท่าทันความคิดของตนเองเลิกโทษและเลิกตำหนิตนเอง และคู่สมรส

- **เข้าใจอารมณ์** ผู้ดูแลควรควบคุมอารมณ์ตนเองได้เพื่อเป็นตัวอย่างกับเด็ก อาจเตรียมตัวเองก่อนที่จะพูดกับเด็กด้วยวิธีง่ายๆคือ บอกตัวเองว่า “ไม่โกรธ ไม่เสียดัง จะฟังที่ลูกพูด” หรือเตรียมตัวก่อนสอนการบ้านเด็กโดยการทำสมาธิ 10-15 นาที เพื่อให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายสบายใจ

- **เข้าใจพฤติกรรมเด็ก** เด็กป่วยไม่ได้แปลว่าตัวตนของเด็กจะเสียไป สิ่งที่บกพร่อง และต้องเติมเต็มคือ พฤติกรรมบางส่วนของเด็ก อาทิเช่น ความไม่นิ่ง ความซน บางครั้งเหมือนไม่รู้กาลเทศะ ด้วยความเข้าใจการยอมรับข้อจำกัดและมองเห็นจุดพัฒนาของเด็กจะทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาต่อยอดความสามารถของเด็กได้

การสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้น แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การสื่อสารทางคำพูด และการสื่อสารโดยการแสดงออก

1. การสื่อสารทางคำพูด

- พูดสุภาพ อ่อนโยน จริงใจ สื่อสารความรู้สึกที่ดีต่อกัน ด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำรุนแรง ประชดประชัน พูดเปรียบเทียบ รวมถึงการทะเลาะกันต่อหน้าเด็ก

- พูดให้ชัดเจน เมื่อต้องการให้เด็กทำอะไร สื่อสารความต้องการตรงๆ

- ฟัง พ่อแม่หรือผู้ดูแลควรรับฟังสิ่งที่เด็กต้องการจะบอกเล่าทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นความต้องการ สิ่งที่ได้สนใจ เรื่องที่บ้าน โรงเรียน ครู เพื่อน ฟังและกระตุ้นให้เด็กได้เล่า เมื่อเด็กพูดผิดหรือไม่เข้าใจผู้ดูแลสามารถสอนทักษะการสื่อสารแก่เด็กโดยช่วยเด็กเรียบเรียงคำพูดหรือช่วยให้เด็กอธิบายให้ถูกต้อง

- ถาม การถามเป็นการทบทวนความเข้าใจซึ่งกันและกัน การถามช่วยกระตุ้นให้เด็กคิดต่อ ยอดสมอง หากคำตอบ ตัวอย่างคำถาม ประเด็นสำคัญในการถามคือ เปิดโอกาสให้เด็กแสดงความคิดเห็น เมื่อเด็กคิดต่างก็รับฟังไม่ด่วนสรุปหรือบอกสอนทันที พยายามทำความเข้าใจมุมมองของเด็กและบอกเล่ามุมมองของผู้ดูแลให้เด็กได้ฝึกคิด วิเคราะห์สิ่งต่างๆด้วยตนเอง

- สั่ง ใช้คำสั่งสั้นๆ ทีละคำสั่ง ได้ใจความ ทวนคำสั่งกับเด็กเพื่อทบทวนความเข้าใจให้ตรงกัน ไม่สั่งหรือพูดซ้ำซาก หากเด็กลืมน่าช่วยโดยการจดใส่กระดาษ

- ชม ผู้ดูแลควรชื่นชมทันทีเมื่อเด็กมีพฤติกรรมดี ไม่ชมกว้างเกินไป ไม่ชมเกินจริง

- บอก บอกหรือสอนทันทีเมื่อเด็กทำผิดโดย เฉพาะพฤติกรรมที่ทำผิด

2. การสื่อสารโดยการแสดงออก

ภาษาท่าทาง อาทิเช่น กอด สัมผัส ลูบศีรษะ จับมือหรือมองด้วยแวตตาแห่งรัก เป็นการสื่อสารที่ทรงอิทธิพลสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพ่อแม่ลูกหรือผู้ดูแลกับเด็กยิ่งกว่าคำพูด บอกรักใดๆ ผู้ดูแลหลายครอบครัวมีความรู้สึกบวก คือ รัก ห่วงใย ปรารถนาดีอยู่ภายในใจ แต่กลับไม่แสดงออกถึงความรู้สึกที่ดีนั้น ท่าทางที่แสดงออกกลับตรงข้ามกับความรู้สึกภายใน ซึ่งเด็กจะรู้สึกห่างเหิน ถูกดูถูก ถูกผลักไส การสื่อสารโดยการแสดงออกทำได้ง่ายๆ โดย

- กอด การกอดเป็นการสัมผัสแรกเริ่มตั้งแต่ลูกเป็นวัยทารก กอดเป็นการสื่อสารถึงความอบอุ่น เด็กจะรู้สึกถึงสัมผัสไอรัก การได้รับการปกป้อง ปกป้องกัน การกอดเด็กคือการสื่อสารกับเด็กว่า “แม่รักลูกนะ” “แม่ภูมิใจในตัวหนู”

- สัมผัส การแตะตัวโดยผ่านความรู้สึกทางบวก ความรัก ห่วงใย เอื้ออาทร ความเข้าใจ ความปรารถนาดี เช่น จับมือเด็กให้กำลังใจก่อนขึ้นเวทีแสดง ลูบศีรษะแสดงความรัก แตะที่บ่า แสดงความอาทร

- แวดตา “แวดตาสื่อความหมายของหัวใจ” ซึ่งเด็กจะสัมผัสได้เช่นเดียวกับการกอด ในทางกลับกันสัมผัสในบางกรณี เช่น แวดตากร้าวแห้งก็สามารถใช้เพื่ออบรมหรือปรามพฤติกรรมชุกชุกของเด็กได้โดยไม่ต้องพูด

มารยาทการสื่อสารตามชนนะห์

1. มารยาทในการให้สลาม

อิสลามสนับสนุนให้มีการให้สลามทุกครั้งที่พบเจอพี่น้องมุสลิมในสังคม เพราะการให้สลามคือสัญลักษณ์แห่งความรักใคร่และความเป็นพี่น้องกัน ท่านศาสนทูตกล่าวความว่า “ด้วยนามพระองค์ซึ่งชีวิตฉันอยู่ในกำมือของพระองค์ พวกคุณจะไม่ได้เข้าสวรรค์นอกจากพวกคุณต้องศรัทธา และพวกคุณจะไม่ศรัทธาจนอกจากพวกคุณต้องรักใคร่ระหว่างกัน ต้องการหรือไม่ถ้าฉันจะบอกสิ่งหนึ่งซึ่งถ้าพวกคุณได้ลงมือปฏิบัติแล้วพวกคุณจะรักใคร่ซึ่งกันและกัน พวกคุณจงให้สลามซึ่งกันและกัน (รายงานโดย อะบีดาอูด) ศาสนาบังคับให้ตอบรับสลามแก่คนที่ให้สลาม และผู้ที่จับขีเยานพาหนะควรให้สลามแก่ผู้ที่เดิน และผู้ที่เดินอยู่ควรให้สลามแก่ผู้ที่นั่ง และคนที่มีจำนวนน้อยควรให้สลามแก่คนที่มีจำนวนมากกว่า

2. มารยาทในการพูด

- ฟังเสียงผู้ที่กำลังพูด ให้ความสนใจ และไม่ควรขัดจังหวะจนกว่าผู้พูดจะพูดจบ
- พูดด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจนเพื่อให้คนฟังเข้าใจง่ายขึ้น
- แสดงสีหน้าที่เบิกบานแจ่มใส ทั้งคนพูดและคนฟัง
- การใช้วาจาที่สุภาพ ต้องรักษาลิ้นด้วยการไม่พูดโกหก พูดนินทาว่าร้ายผู้อื่น พูดหยาบคาย คำประจานคนอื่น พูดขู่มุขให้เกิดการทะเลาะกันหรือพูดโต้เถียงในสิ่งที่ไร้สาระไม่มีประโยชน์

เฉลยใบงานที่ 6/1

ตอนที่ 2 : ให้ผู้ดูแลอธิบายมารยาทในการทักทายและมารยาทการสื่อสารในอิสลามตามความเข้าใจของท่าน

1. มารยาทในการให้สลาม

- ผู้ที่ขยับขี้นมาทักทายควรให้สลามแก่ผู้ที่ยืน
- ผู้ที่ยืนอยู่ควรให้สลามแก่ผู้ที่นั่ง
- คนที่มีจำนวนน้อยควรให้สลามแก่คนที่มีจำนวนมากกว่า

2. มารยาทในการพูด

- ฟังเสียงผู้ที่กำลังพูด ให้ความสนใจ และไม่ควรขัดจังหวะจนกว่าผู้พูดจะพูดจบ
 - พูดด้วยน้ำเสียงที่ชัดเจนเพื่อให้คนฟังเข้าใจง่ายขึ้น
 - แสดงสีหน้าที่เบิกบานแจ่มใส ทั้งคนพูดและคนฟัง
 - การใช้วาจาที่สุภาพ ต้องรักษาลิ้นด้วยการไม่พูดโกหก พูดนิทาว่าร้ายผู้อื่น พูดหยาบคาย
- คำประจานคนอื่น พูดุญเหี้ยให้เกิดการทะเลาะกันหรือพูดโต้เถียงในสิ่งที่ไร้สาระ ไม่มีประโยชน์

ตอนที่ 3 : ให้ผู้ดูแลอธิบายลักษณะการสื่อสารจากสถานการณ์สมมติว่าเป็นการสื่อสารที่เหมาะสมหรือไม่ ? เพราะอะไร?

1. ไม่เหมาะสม เพราะเป็นการดูค่า ว่ากล่าวเด็กโดยใช้อารมณ์
2. เหมาะสม เพราะเป็นการให้รางวัลเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม
3. ไม่เหมาะสม เพราะเป็นการถามเด็กในด้านลบ
4. ไม่เหมาะสม เพราะเป็นการพูดถึงเด็กในเรื่องในด้านลบให้ผู้อื่นฟังต่อหน้าเด็ก

ใบงานที่ 6/2
“แหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉัน”

ตอนที่ 1 : เมื่อท่านประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ท่านคิดว่าท่านสามารถขอความช่วยเหลือด้านต่างๆต่อไปได้จากแหล่งสนับสนุนใดได้บ้าง

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและความรู้

.....

.....

.....

.....

2. การสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพอนามัย

.....

.....

.....

.....

3. การสนับสนุนด้านจิตใจ (เช่น กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

4. การสนับสนุนด้านศาสนา (เช่น ความรู้ด้านศาสนา เป็นต้น)

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 : ให้ผู้ดูแลตอบคำถามต่อไปนี้จากการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 6

1. ท่านได้รับความรู้อะไรบ้างจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

4. ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ใบความรู้ที่ 6/2 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ลักษณะหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นในวิถีชีวิตของมนุษย์ โดยจัดได้ว่าเป็นการเสริมสร้างความมั่นคงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาระหว่างกันของกลุ่มในสังคมมนุษย์เพื่อช่วยเหลือบรรเทาความรุนแรงหรือผลกระทบของปัญหาต่างๆ รวมถึงการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในการที่ดีขึ้น ตลอดจนป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตสุขภาพกายซึ่งกันและกันด้วย

แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Pender อ้างตาม ขวัญฤทัย, 2557)

1. กลุ่มสนับสนุนทางธรรมชาติ เป็นแหล่งสนับสนุนที่ได้จากครอบครัว ญาติพี่น้องซึ่งอาจถือว่าเป็นแหล่งที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะครอบครัวมีความเข้าใจและเห็นถึงความต้องการของสมาชิกในครอบครัว
2. กลุ่มสนับสนุนจากเพื่อน ซึ่งเป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ ความชำนาญเพื่อสามารถช่วยให้เกิดการปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตได้
3. กลุ่มสนับสนุนจากองค์กรศาสนา เป็นสถาบันสนับสนุนที่เก่าแก่ในสังคมช่วยให้บุคคลได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ
4. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพสุขภาพ เป็นแหล่งช่วยเหลือให้การดูแลบริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะมีความสำคัญมากเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ
5. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ เป็นการช่วยเหลือจากกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต

ใบความรู้ที่ 6/2
แหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉันทน์

1. **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล** สถานบริการสุขภาพที่อยู่ในชุมชนและสามารถขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพเป็นลำดับแรก

2. **โรงพยาบาลชุมชน** สถานบริการในระดับอำเภอที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลเบื้องต้น การให้ยาต่อเนื่อง การประเมินรับรองความพิการกรณีผู้ป่วยรายเก่า

3. **โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ** ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัดปัตตานี/โรงพยาบาลศูนย์ยะลาหรือโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา กรณีผู้ป่วยอาการกำเริบหรือกำเริบซ้ำต้องรักษาไว้ในโรงพยาบาลโดยการประสานกับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อส่งต่อผู้ป่วย

4. **องค์กรหรือผู้นำในชุมชน** เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้นำศาสนา มัสยิด องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาลตำบล เพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัครต่างๆภายในหมู่บ้าน กรณีฉุกเฉินและไม่สามารถติดต่อหน่วยงานอื่นๆ

5. **ศูนย์นเรนทรประจำจังหวัดปัตตานี** เป็นที่ปรึกษาหรือช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยกำเริบซ้ำอวัยวะรุนแรง

- สายด่วนศูนย์นเรนทร: 1669

6. **สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานี** ทำหน้าที่จดทะเบียนคนพิการ และเป็นแหล่งความช่วยเหลือสวัสดิการทางสังคมแก่คนพิการ

- ที่อยู่: ศาลากลาง ตำบล สะบารัง อำเภอเมืองปัตตานี ปัตตานี 94000

- โทรศัพท์ : 073-348-301

- เว็บไซต์ : <http://www.pattani.m-society.go.th/index.php>

7. **ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.)** หน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาและแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้

- ที่อยู่ 60 ถ. สุขยางค์ ต.สะเตง อ.เมือง จ.ยะลา 95000

- โทรศัพท์ : 0-7327-4100 โทรสายด่วน : 1880

- เว็บไซต์ : <http://www.sbpac.go.th/index.php>

8. ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดปัตตานี หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุนด้านพัฒนาการและการศึกษาสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยช่วยเหลือระยะ แรกเริ่มเพื่อเข้าสู่โรงเรียนร่วม โรงเรียนเฉพาะคนพิการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

- ที่อยู่: ม. 6 ถ.ปากน้ำ ต.รูสะมิแล อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000
- โทรศัพท์: 073-460-083
- เว็บไซต์: <http://specialedutani.com/index.php?mod=login&path=login>

9. สถาบันราชานุกูล หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม และให้บริการใน การดูแลด้านพัฒนาการและสติปัญญาให้แก่เด็กปกติและเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาให้ สามารถดำรงชีวิตด้วยตนเองให้มากที่สุดตามศักยภาพ

- ที่อยู่: 4737 ถนนดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400
- โทรศัพท์: 02-248-8900
- เว็บไซต์: <http://rajanukul.go.th/new/>

10. ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย เป็นชมรมที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการ ช่วยเหลือผู้ปกครองและบุคคลสมาธิสั้นในด้านวิธีการเลี้ยงดูและด้านกำลังใจต่างๆ เพื่อให้บุคคล สมาธิสั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเท่าเทียมผู้อื่น

- ที่อยู่: 40/89 หมู่บ้านระเบียงทอง 4 ถ.นาคินิวาส ซ.44 แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร 10230
- โทรศัพท์: 02-932-8439
- เว็บไซต์: www.adhdthai.com

11. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เป็นหน่วยงานที่สนับสนุน ช่วยเหลือ ให้บริการเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

- ที่อยู่: 75/1 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400
- โทรศัพท์: 02-248-8999 โทรศัพท์สายด่วน : 1323
- เว็บไซต์: <http://www.smartteen.net/main>

12. ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการนครศรีธรรมราช เป็นหน่วยงานที่ช่วยส่งเสริม และพัฒนาทักษะทางสังคมแก่คนพิการให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ฝึกอบรมอาชีพให้แก่คน พิการ ผู้ดูแล และครอบครัว

- ที่อยู่: 180 หมู่ที่ 5 ตำบลสระแก้ว อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160
- โทรศัพท์: 075-375255, 081-737-2623
- เว็บไซต์: <http://www.nakhonsivrc.go.th/index.php>

การสรรเสริญต่ออัลลอฮ์ (ซ.บ.)

حَسْبُنَا اللَّهُ وَنِعْمَ الْوَكِيلُ

คำอ่าน : หัสบุแนลลอฮุ วะ นือมัด วะ กิล

ความหมาย : อัลลอฮ์นั้นเป็นผู้ที่พอเพียงแก่เราแล้ว และเป็นผู้รับมอบหมายที่ดีเยี่ยม)

ขอลาวัต ท่านนบี (ซ.ล.)

اللَّهُمَّ صَلِّ عَلَى مُحَمَّدٍ وَعَلَى آلِ مُحَمَّدٍ كَمَا صَلَّيْتَ عَلَى إِبْرَاهِيمَ وَعَلَى آلِ

إِبْرَاهِيمَ وَبَارِكْ عَلَى مُحَمَّدٍ وَعَلَى آلِ مُحَمَّدٍ كَمَا بَارَكْتَ عَلَى إِبْرَاهِيمَ وَعَلَى آلِ

إِبْرَاهِيمَ فِي الْعَالَمِينَ إِنَّكَ حَمِيدٌ مَجِيدٌ

“อัลลอฮ์มุมนะซ็อลลิอะลาฮัมมัด วะอะลาอาลิฮัมมัด กะมาซ็อลลัลลัยตะอะลาอิบรอฮีม อินนะกะ
หะมีคุมมะญีด วะบาริกอะลาฮัมมัด วะอะลาอาลิฮัมมัด กะมาบาร็อก ตะอะลา อิบรอฮีม อินนะ
กะหะมีคุมมะญีด”

บทขอคูอาฮ์

คูอาฮ์ขอให้เรื่องราวสะดวกเรียบง่าย

اللَّهُمَّ لَا سَهْلَ إِلَّا مَا جَعَلْتَهُ سَهْلًا، وَأَنْتَ تَجْعَلُ الْحَزْنَ إِذَا شِئْتَ سَهْلًا

คำอ่าน

“อัลลอฮุมมาลา ซะฮฺล่าอิลาตา มา จ่าอัลต้าฮฺซุซะฮฺลา ว่าอันต้า ตัจอ้าลฺลัฮฺซันนา อี้ซาฮฺต้าซะฮฺลา”

ความหมาย

“โอ้อัลลอฮฺ ไม่มีสิ่งใดง่ายคายนอกจากเป็นสิ่งที่พระองค์ทรงให้มันง่ายคายน และพระองค์จะทรงทำให้เรื่องยาก หากพระองค์ประสงค์ เป็นสิ่งง่ายได้”

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเลขที่.....

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามข้อมูลชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นพร้อมกับความบกพร่องทางสติปัญญา จำนวน 20 ข้อ

2. ขอความร่วมมือให้ท่านอ่านข้อคำถามและตอบคำถามตามความเป็นจริงให้ครบทุกข้อ คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการได้รับบริการของท่าน แต่จะเกิดประโยชน์ในด้านการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นที่นับถือศาสนาอิสลามที่อยู่ในความดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

คำชี้แจง : โปรดตอบคำถามให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย \surd ลงใน ()
หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ครบทุกข้อ

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. เพศ

() 1. ชาย

() 2. หญิง

3. ความสัมพันธ์กับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

() 1. บิดา

() 2. มารดา

() 3. อื่นๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

() 1. สมรสอยู่ด้วยกัน

() 2. สมรสแยกกันอยู่

() 3. หม้าย

() 4. หย่าร้าง

() 5. โสด

5. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้รับการศึกษา

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

() 4. อนุปริญญาตรี / ปวส.

() 5. ปริญญาตรี

() 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. การศึกษาด้านศาสนา

() 1. ตาติกา

() 2. อิบตีดาอียะฮ์

() 3. มุตาวัชชีเตาะห์

() 4. ชานาวิยะฮ์

() 5. ปอเนาะ

() 6. อื่นๆระบุ.....

7. อาชีพ

() 1. ว่างาน / ไม่ประกอบอาชีพ

() 2. รับจ้าง

() 3. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว

() 4. เกษตรกรรม

() 5. ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ

() 6. อื่นๆระบุ.....

8. การรับรู้ความเพียงพอของรายได้

() 1. เพียงพอ

() 2. ไม่เพียงพอ

9. บทบาทในครอบครัว

- () 1. หัวหน้าครอบครัว () 2. สมาชิกครอบครัว
() 3. อื่นๆระบุ.....

10. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

11. ระยะเวลาในการดูแลเด็ก.....ปี

12. สุขภาพโดยทั่วไปของผู้ดูแล

- () 1. ไม่มีโรคประจำตัว
() 2. มีโรคประจำตัว ระบุ.....

13. ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็กตามการรับรู้ของผู้ดูแล

- () 1. รุนแรงมาก () 2. รุนแรงปานกลาง
() 3. รุนแรงเล็กน้อย () 4. ไม่รุนแรง

14. การรับรู้ว่าคุณมีภาวะสมาธิสั้นร่วมด้วยของผู้ดูแล

(สมาธิสั้น/อยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น)

- () 1. ไม่มี
() 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

1. ปัจจุบันเด็กอายุ.....ปี

2. เพศ

- () 1. ชาย () 2. หญิง

3. ระยะเวลาที่เข้ารับการศึกษาพิเศษ.....ปี

4. การรักษาที่เด็กได้รับในปัจจุบัน

- () 1. ไม่ได้รับการรักษา
() 2. ได้รับการรักษา
() ยา
() การปรับพฤติกรรม
() ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรม

5. สุขภาพโดยทั่วไปของเด็ก

- () 1. ไม่มีโรคอื่น ๆ ร่วม
() 2. มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วยระบุ.....

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น

คำชี้แจง: แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เพื่อให้ท่านพิจารณาข้อความในประโยคนั้น ตรงกับการปฏิบัติจริงหรือการกระทำของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ถ้าไม่เข้าใจข้อความใดให้สอบถามได้ โปรดตอบทุกข้อคำถาม โดยให้ตอบให้ตรงกับความ เป็นจริงให้มากที่สุดตามเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ในเวลา 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านปฏิบัติบ่อยครั้ง หรือปฏิบัติตั้งแต่ 4-6 วัน ในเวลา 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านปฏิบัติบางครั้ง หรือปฏิบัติตั้งแต่ 1-3 วัน ในเวลา 1 สัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านไม่เคยปฏิบัติเลย ในเวลา 1 สัปดาห์

พฤติกรรมดูแล	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1. ท่านอนุญาตให้เด็กรับประทานอาหารได้ตามใจชอบ ขอแค่เป็นอาหารที่สะอาดก็เพียงพอ				
2. ท่านสอนให้เด็กรู้จักเลือกรับประทานอาหารและน้ำ ที่สะอาดและมีประโยชน์ต่อร่างกาย				
3. ท่านส่งเสริมให้เด็กดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน				
4. ท่านดูแลภายในบ้านและรอบๆ บริเวณบ้านให้ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ปล่อยให้พื้นเปียก และ				
5. ท่านเก็บสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายให้พ้นมือเด็ก (เช่น มีด ยาฆ่าแมลง เป็นต้น)				
6. ท่านสอนทักษะการใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย กับเด็ก เช่น การข้ามถนน การขึ้นบันได เป็นต้น				

พฤติกรรมการดูแล	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
7. ท่านจัดตารางการอ่านหนังสือ และการทบทวนหนังสือเรียนสำหรับเด็กอย่างชัดเจน				
8. ท่านส่งเสริมให้เด็กเรียนอัลกุรอานตามความสามารถของเด็ก				
9. ท่านจัดห้องหรือมุมในบ้านที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวนขณะเด็กทำการบ้านหรืออ่านหนังสือ				
10. ท่านเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กว่าเป็นกฎกำหนดศกภาวะแห่งอัลลอฮ์ (ช.บ.)				
11. ท่านมีการชื่นชม หรือให้รางวัลเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม				
12. ท่านพยายามระงับการแสดงอารมณ์โกรธ หรือดุคำต่อว่าเด็ก เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และบอกเหตุผลก่อนการลงโทษ				
13. ท่านส่งเสริมให้เด็กออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาที่ไม่ขัดกับหลักศาสนาอิสลาม (เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ เป็นต้น)				
14. ท่านสอนให้เด็กละหมาดให้ตรงเวลา เพื่อฝึกให้เด็กรู้จักควบคุมตนเอง				
15. ท่านสอนให้เด็กรู้จักการให้และตอบสลามเมื่อพบกับผู้อื่นตามมารยาทการทักทายในอิสลาม				
16. ท่านสอนให้เด็กรู้จักช่วยเหลือผู้อื่นด้วยการช่วยเหลืองานบ้านง่ายๆ เช่น เก็บของเล่นเก็บที่นอนพับผ้า กวาดบ้าน เป็นต้น				
17. ท่านสอนให้เด็กกล่าวซิกรุลลอฮ์ที่ง่ายๆตามความสามารถของเด็ก				
18. ท่านแสดงความรักความอบอุ่น โดยการสัมผัสหรือกอดเด็ก ชักถามเหตุการณ์ในแต่ละวัน รับฟังและให้คำแนะนำเมื่อเด็กต้องการคำปรึกษา				

พฤติกรรมการดูแล	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
19. ท่านแสวงหาการรักษาทางการแพทย์ปัจจุบัน ร่วมกับการละหมาดและขอคูอาฮ์จากอัลลอฮ์ (ซ.บ.)				
20. ท่านดูแลเด็กตามแนวปฏิบัติของครูที่ศูนย์การศึกษา พิเศษทุกเรื่องหรือตามคำสั่งแพทย์ทุกอย่างหากเด็ก ได้รับการรักษาจากแพทย์				

ภาคผนวก ง

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้านางสาวชารีนา สาและ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม และท่านเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้น จึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเป็นวิจัยกึ่งทดลอง ในรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยใช้วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษา ในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90-120 นาที โดยทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ สำหรับในกลุ่มควบคุม ท่านจะได้รับการดูแลตามปกติที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ จัดบริการให้ ซึ่งหากท่านมีความสนใจอยากเข้าร่วม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานหลักศาสนาอิสลาม ข้าพเจ้ายินดีจัดโปรแกรมให้ท่านภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อท่านได้รับบริการ การรักษา และจะไม่เกิดอันตรายใดๆต่อท่าน ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับไว้อย่างดี จะไม่ปรากฏชื่อและที่อยู่ของท่านในงานวิจัย แต่จะนำข้อมูลทั้งหมดไปสรุปและนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีความประสงค์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือบอกยุติให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของงานวิจัยได้ทันทีโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ผู้วิจัยใช้เวลาแก่ท่านได้นำกลับไปทบทวนก่อนการตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจของท่านเอง หากระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมท่านรู้สึกไม่สบายใจ หรือคับข้องใจ ผู้วิจัยจะหยุดการทำกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึกจนกว่าท่านรู้สึกดีขึ้น หรือส่งต่อตามความต้องการของท่าน หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สามารถสอบถามข้าพเจ้าได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 08-8393-3633 ข้าพเจ้ามีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ท่านซักถามจนเข้าใจ และหากท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ขอความกรุณาลงนามของท่านไว้เป็นหลักฐานแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
ร่วมกับภาวะสมาธิสั้นและเด็กที่อยู่ในความดูแลของท่านเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณท่านที่
ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

นางสาวชาริณา สาและ

นักศึกษาลัทธิศูตตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า.....ได้รับ
การอธิบายจากผู้วิจัยถึงวิธีการและผลกระทบทที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้แล้ว และมีความยินดีที่
จะเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(.....)

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) ของค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดูแล โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ และค่าสัมประสิทธิ์ ความโค้งของการแจกแจงข้อมูล (Statistic skewness & Statistic kurtosis) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังตารางที่ 7 – 9

ตาราง 7

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของกลุ่มทดลอง (n=26)

พฤติกรรมการดูแล	skewness			kurtosis		
	statistic	SE.	skewness value	statistic	SE.	kurtosis value.
ก่อนการทดลอง	-.526	.456	-1.15	-.849	.887	-.96
หลังการทดลอง	-.597	.456	-1.31	-.444	.887	-.50

ตาราง 8

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของกลุ่มควบคุม (n=26)

พฤติกรรมการดูแล	skewness			kurtosis		
	statistic	SE.	skewness value	statistic	SE.	kurtosis value.
ก่อนการทดลอง	-.379	.456	-.83	-.439	.887	-.49
หลังการทดลอง	-.466	.456	-1.02	-.576	.887	-.65

ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ชุดข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \geq .05$) ดังตาราง 9

ตาราง 9

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Levene's test ($N=52$)

พฤติกรรมการดูแล	Levene's test	df	p
ก่อนการทดลอง	4.032	50	.050
หลังการทดลอง	.017	50	.679

ภาคผนวก จ

ตารางวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลจำแนกตามรายด้านและโดยรวม

ตาราง 10

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาพร้อมกับภาวะสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายด้านและ โดยรวม ($n=26$)

พฤติกรรมการดูแล	ก่อนได้รับ		ระดับ	หลังได้รับ		ระดับ
	โปรแกรม			โปรแกรม		
	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>	
1. การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านโดยปราศจากนาฬิกา	3.29	0.51	มาก	3.80	0.31	มาก
2. การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขอคู่อ้า	3.12	0.45	มาก	3.65	0.42	มาก
3. การส่งเสริมโภชนาการอาหารและน้ำที่ฮาลาล	2.50	0.36	ปานกลาง	3.27	0.35	มาก
4. การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้้อัลกุรอาน	2.41	0.51	ปานกลาง	3.10	0.40	มาก
5. การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม	2.89	0.40	ปานกลาง	3.57	0.28	มาก
6. การฝึกทักษะสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามซุนนะห์	2.90	0.55	ปานกลาง	3.58	0.27	มาก
7. การดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์	2.96	0.53	ปานกลาง	3.65	0.37	มาก
โดยรวม	2.85	0.27	ปานกลาง	3.52	0.20	มาก

ตาราง 11

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ร่วมกับภาวะสมาชิกในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($n=26$)

พฤติกรรมการดูแล	ก่อนการทดลอง		ระดับ	หลังการทดลอง		ระดับ
	ทดลอง			ทดลอง		
	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>	
1. การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านโดยปราศจากนาฬิก	3.24	0.32	มาก	3.17	0.31	มาก
2. การดูแลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการขอคู่ออ	2.76	0.35	ปานกลาง	2.73	0.32	ปานกลาง
3. การส่งเสริมโภชนาการอาหารและน้ำที่สะอาด	2.44	0.32	ปานกลาง	2.37	0.30	ปานกลาง
4. การส่งเสริมด้านการเรียนและการเรียนรู้้อัลกุรอน	2.08	0.54	ปานกลาง	2.03	0.42	ปานกลาง
5. การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยหลักจริยธรรมอิสลาม	3.00	0.39	ปานกลาง	2.98	0.39	ปานกลาง
6. การฝึกทักษะสังคมด้วยมารยาทการสื่อสารตามสุนนะห์	2.93	0.36	ปานกลาง	2.91	0.32	ปานกลาง
7. การดูแลด้านจิตใจด้วยการรำลึกถึงอัลลอฮ์	3.01	0.53	มาก	2.98	0.49	ปานกลาง
โดยรวม	2.78	0.19	ปานกลาง	2.74	0.18	ปานกลาง

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. รองศาสตราจารย์ ดร.อุไร หัตถกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
2. นายแพทย์เอี่ยมนัสรี มินทราศักดิ์	จิตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลปัตตานี
3. นางโกศลจิต หลวงบำรุง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประวัติผู้เขียน

ชื่อนักศึกษา	นางสาวชรีนา สาและ	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5810420018	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถานศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง	2554

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2558 บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระเวียง อำเภอยะรัง
จังหวัดปัตตานี

