



วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม

จารุวรรณ มีต้องปัน^{1*}

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนครปฐม

* ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. Jaruwan2301@gmail.com

รับบทความ: 9 ธันวาคม 2566 | แก้ไขบทความ: 7 มกราคม 2567 | ตอรับบทความ: 10 กุมภาพันธ์ 2567

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม **วัสดุและวิธีการ** เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น สลิตีที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอ และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก **ผลการศึกษา** พบว่า ความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($M = 279.78, S.D. = 36.54$) โดยตัวแปรพยากรณ์ทางด้านบวกที่มีผลต่อความสามารถในการดูแล คือ ผู้ดูแลเพศหญิง การมีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป การมีผู้ร่วมดูแล และผลการเรียนของเด็ก 3.00 ขึ้นไป ส่วนตัวแปรพยากรณ์ทางด้านลบคือ การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล และการมีโรคทางจิตเวชของผู้ดูแล โดยตัวพยากรณ์ทั้งหมดมีค่าอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นร่วมกัน ร้อยละ 53.00 **สรุป** ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง การมีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป การมีผู้ร่วมดูแล และผลการเรียนของเด็ก 3.00 ขึ้นไป คาดว่าจะมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแล ส่วนการมีโรคประจำตัวและการมีโรคทางจิตเวชของผู้ดูแลอาจทำให้ความสามารถของผู้ดูแลลดลง ดังนั้นผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวและโรคทางจิตเวช จึงควรได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: สมาธิสั้น, ผู้ดูแล, ความสามารถในการดูแล



Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy>

Original Article

Factors Affecting Caregivers' Caring Ability of Children and Adolescents with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) at Examination Room for the Child and Adolescent Psychiatric Outpatient Department, Nakhon Pathom Hospital

Jaruwan Meetongpun^{1*}

¹ Registered Nurse Professional Level, (Nursing), Department of Psychiatry and Drug, Nakhon Pathom Hospital

* Corresponding author, e-mail. Jaruwan2301@gmail.com

Received: 9 December 2023 | Revised: 7 January 2024 | Accepted: 10 February 2024

Abstract

Objectives: To study caregivers' caring ability of children and adolescents with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) at examination room for the child and adolescent psychiatric outpatient department, Nakhon Pathom hospital. **Materials and methods:** This is a cross sectional survey research. Two hundred and fifty samples were chosen from ADHD caregivers with an appointment at child and adolescent psychiatric outpatient department, Nakhon Pathom hospital. The questionnaires were including general factors of caregiver and children and adolescents with ADHD and caregivers' caring ability of children and adolescents with ADHD. The statistics for analyzed data were including frequency, percentage, mean, standard deviation, point biserial correlation, Spearman's rank correlation and logistic regression analysis. **Results:** Caregivers' caring ability of children and adolescents with ADHD is at moderate rather high level ($M = 279.78$, $S.D. = 36.54$). Caregiver's gender, family income, medical condition, psychiatric condition, co-caring, and GPA of children and adolescents with ADHD are significant related to caregivers' caring ability of children and adolescents with ADHD at .01 and .05 statistic level. Factors enhanced caregivers' caring ability including female caregiver, income > 20,001 baht, having co-caring, and GPA > 3.00 and factors reduce caregivers' caring ability including having medical condition, having psychiatric condition with an affected coefficient 53.0 percentage. **Conclusion:** Factors affecting caregivers' caring ability of children and adolescents with ADHD including female caregiver, income > 20,001 baht, having co-caring, and GPA. > 3.00. Regarding the caregiver's medical and psychiatric conditions, it is a factor that may decrease the ability to care for children and adolescents with ADHD. As a result, caregivers should receive special health care, including advice on coping with and caring for children and adolescents with ADHD personalized to the caregiver's constraints, in order to improve efficiency in caring for children and teenagers with ADHD.

Keywords: ADHD, Caregivers, Caring ability

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นหนึ่งในความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุดในจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ด้วยความชุกมากกว่าร้อยละ 5 (Drechsler et al., 2020) เป็นหนึ่งในความผิดปกติทางพัฒนาการทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดซึ่งได้รับการวินิจฉัยในวัยเด็กและวัยรุ่น จากข้อมูลของ DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของเด็กที่มีอาการโรคสมาธิสั้นอยู่ประมาณร้อยละ 5-8 นั้นหมายความว่า ถ้าในห้องเรียนหนึ่งห้องมีเด็กอยู่ 40 คน แต่ละห้องจะมีเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นอย่างน้อย 2-3 คน (Pornnoppadol, 2022) เมื่อพิจารณาในข้อมูลเฉพาะของโรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 พบรายงานผู้ป่วยสมาธิสั้นย้อนหลัง 5 ปีงบประมาณ แสดงให้เห็นจำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นที่เพิ่มขึ้น (Medical Records of Department of Psychiatric and Drugs 2023) ถือเป็นสถานการณ์ที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง โรคสมาธิสั้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม เช่น หุนหันพลันแล่น จดจ่อไม่ได้จนกระทบด้านการเรียน สัมพันธภาพ หรืออื่น ๆ (Pornnoppadol, 2022) การดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงท้าทายความสามารถของผู้ปกครองหรือผู้มีหน้าที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมาก ไม่ใช่เพียงการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไปแต่หากหมายรวมถึงการปฏิบัติตามขั้นตอนในการรักษาด้วย ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นถือเป็นบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเด็กตั้งแต่การดูแลเบื้องต้นไปจนถึงความสำเร็จในการรักษาอาการสมาธิสั้น โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ยังต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ในการช่วยดูแล รวมถึงการได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากผู้ใหญ่ (The Royal College of Pediatricians of Thailand, 2017)

ลักษณะทางสังคมวิทยาหรือภูมิหลังทางด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ จำนวนบุตร ความสัมพันธ์กับเด็ก โรคประจำตัวของผู้ดูแล โรคทางจิตเวชของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก และผู้ร่วมดูแลเด็ก และข้อมูลทั่วไปของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียนของเด็ก ผลการเรียนเด็ก ระยะเวลาในการรับการรักษา โรคทางกายที่พบร่วมของเด็ก โรคทางจิตเวชที่

พบร่วมของเด็ก อาจมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นในหลากหลายด้าน เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมีลักษณะเฉพาะคือมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองและมักจะเกิดในระยะยาว (Zhao et al., 2023) มีงานวิจัยในต่างประเทศจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยด้านประชากรศาสตร์บางส่วนที่มีความสัมพันธ์หรือสามารถพยากรณ์ในรูปแบบปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันที่เกี่ยวข้องกับเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นได้ในหลายมิติ เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นต้องใช้เวลาร่วมกับผู้ดูแลเป็นหลัก (Davis et al., 2012; Yeh et al., 2014) ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเข้าใจสาเหตุที่เกิดจากผู้ดูแลและสาเหตุจากตัวเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นเองด้วย เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นนั่นเอง

การเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นนั้นจำเป็นต้องใช้ทักษะพิเศษ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากลำบากเมื่อพ่อแม่ต้องจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง จัดการอุปสรรคภายในบ้าน โรงเรียน และระบบสุขภาพ การทำความเข้าใจและสนับสนุนเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่อายุยังน้อยจะช่วยให้ปรับปรุงประสบการณ์ด้านการศึกษา ผลลัพธ์ทางสังคมในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ และการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ (ADHD Western Australia, 2023) การดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นเป็นสิ่งท้าทายและส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว การตอบสนองความต้องการการดูแลขั้นสูงของเด็กที่ได้รับผลกระทบต้องใช้เวลา ความพยายาม และความอดทนอย่างมาก (Carpena et al., 2019) การดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องมีความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะจิตใจนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถและประสิทธิภาพในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นให้เป็นไปได้ในเชิงบวกและดำเนินไปจนประสบความสำเร็จในการรักษา

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา คือ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาล

นครปฐม โดยมีการทำหน้าที่ของครอบครัว การเผชิญความเครียด และพลังสุขภาพจิตเป็นตัวพยากรณ์ (Udomchotphruet, 2023) แต่ยังไม่ได้มีการกล่าวถึงความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการพิจารณาถึงปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นแบบองค์รวมในทุกด้านที่เป็นกิจวัตรประจำวันและที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการให้ความช่วยเหลือผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นให้สามารถประคับประคองและดูแลบุตรหลานสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และข้อมูลทั่วไปของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นมีผลต่อความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research)

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม โดยเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลให้การดูแลนั้น เป็นทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ที่มีการนัดหมายในระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3 กำหนดขนาดอิทธิพลระดับกลาง 0.3, $\alpha = 0.05$, Power = 0.90 ค่า $df = 2$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 250 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)
 - เป็นพ่อ-แม่ หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่หลักในการ

ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้งการดูแลที่บ้านและการมารับบริการตรวจรักษา ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม

- มีอายุระหว่าง 20-60 ปี
- ได้รับการนัดหมายจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566
- เป็นผู้มีความสามารถในการอ่านและเขียนได้
- ไม่เป็นผู้มีความบกพร่องทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลการวิจัย
- มีความยินดีที่จะให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

- กรณีผู้ดูแลที่เป็นบุคคลอื่น ๆ เช่น พี่เลี้ยง ต้องเป็นพี่เลี้ยงที่เป็นญาติโดยมีความเกี่ยวข้องกันภายในครอบครัวและมีความใกล้ชิดกับเด็กตั้งแต่แรกเกิด หรือเลี้ยงดูเด็กมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือนขึ้นไปและมีระยะเวลาในการดูแลเด็ก 6 ชม./วัน ขึ้นไป

2. เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria)

- ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องไม่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามซ้ำซ้อนหรือเคยได้ตอบแบบสอบถามแล้วหรือเคยตอบแบบสอบถามแล้วแต่ทำไม่เสร็จแล้วขอถอนตัวไปก่อน

3. เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย (withdrawal criteria)

- ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาหรือไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลเพื่อเคารพต่อสิทธิส่วนบุคคลของอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับการทำความเข้าใจข้อคำถามเกินกว่า 3 ครั้งขึ้นไป แม้ว่าจะมีการชี้แจงทำความเข้าใจไปแล้ว

- กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลาหากเกิดความไม่สะดวก

4. เกณฑ์การยุติการวิจัย (Termination criteria)

- เหตุสุดวิสัย ถูกฉีดยาบางประการ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ อาทิ ผู้วิจัยยกเลิกโครงการวิจัยเนื่องจากเหตุผลด้านสุขภาพหรือมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งด้านการปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามหลัก 20 ข้อ คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ จำนวนบุตร ความสัมพันธ์กับเด็ก โรคประจำตัวของผู้ดูแล โรคทางจิตเวชของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก และผู้ร่วมดูแลเด็ก และข้อมูลทั่วไปของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับเพศ ระดับชั้นเรียนของเด็ก ผลการเรียนเด็ก ระยะเวลาในการรับการรักษาโรคทางกายที่พบร่วมของเด็ก โรคทางจิตเวชที่พบร่วมของเด็ก

2. แบบวัดความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบวัดที่มีต้นแบบมาจากแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem et al. (2001) พัฒนาฉบับภาษาไทยโดย Maneerat et al. (2007) โดยครอบคลุมกิจกรรมในการวางแผน การลงมือกระทำ การติดตามผล และการประเมินผลการกระทำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กสมาธิสั้น แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 60 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด มีค่าเท่ากับ 6 และระดับน้อยที่สุด มีค่าเท่ากับ 1 โดยมีคำถามเชิงบวก จำนวน 51 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 9 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน โดยเกณฑ์การพิจารณาข้อคำถามควรมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.50 ถึง 1.00 (Srisa-ard, 2017) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.86 จึงมีความตรงเชิงเนื้อหาผ่านเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ได้ และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) โดยแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .97 (Maneerat et al., 2007) ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาค่าความเชื่อมั่น ควรมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป (Srisa-ard, 2017) แบบวัดนี้พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคตั้งแต่ .98 ขึ้นไป (Cortina, 1993) โดยมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่นำไปใช้ได้

เกณฑ์การแปลผล โดยใช้คะแนนรวม ถ้าได้คะแนนระหว่าง 60.00-135.00 คือ มีความสามารถในการดูแลระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 135.01-210.00 คือ มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ คะแนนระหว่าง 210.01 -285.00 คือ มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 210.01-285.00 คือ มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลางค่อนข้างสูง และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 285.01-360.00 คือ มีความสามารถในการดูแลระดับสูง (Maneerat et al., 2007)

การดูแลระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 135.01-210.00 คือ มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ คะแนนระหว่าง 210.01 -285.00 คือ มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 210.01-285.00 คือ มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลางค่อนข้างสูง และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 285.01-360.00 คือ มีความสามารถในการดูแลระดับสูง (Maneerat et al., 2007)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่น จากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้ป่วยเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอรับสมัครเพื่อเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน ได้สมัครใจเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถามในช่วงเดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ด้วยไคสแควร์ กรณี $n < 5$ ใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และวิเคราะห์อิทธิพลด้วยการถดถอยลอจิสติก (logistic regression analysis) แบบ binary ด้วยวิธี enter กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม ที่เอกสาร NPH-REC No. 034/2023 รับรอง ณ วันที่ 14 เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของแฮซิงกิและแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานทางคลินิกที่ดี

ผลการศึกษา

1. ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น จำนวนทั้งสิ้น 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.60 มีอายุ

41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.60 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า ร้อยละ 46.0 แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 60.80 มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.40 มีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 42.40 อาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/อาชีพอิสระ/เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 69.20 มีบุตรมากกว่า 1 คน ร้อยละ 56.40 เป็นพ่อแม่เด็ก ร้อยละ 72.40 ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.60 ไม่มีโรคทางจิตเวช ร้อยละ 56.80 มีระยะเวลาดูแลเด็กมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 88.40 ไม่มีผู้ร่วมดูแลเด็ก ร้อยละ 89.20

2. เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น จำนวนทั้งสิ้น 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.20 มีอายุ 6-11 ปี ร้อยละ 63.60 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.4 ผลการเรียน 2.00-3.00 ร้อยละ 54.00 ระยะเวลาที่รับการรักษามากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.0 ไม่มีโรคทางกายที่พบร่วม ร้อยละ 82.40 และไม่มีโรคทางจิตเวชที่พบร่วม ร้อยละ 68.40

3. ความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 279.78 คะแนน โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 279.78 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 36.54

4. เพศของผู้ดูแล รายได้ครอบครัว โรคประจำตัวของผู้ดูแล โรคทางจิตเวชของผู้ดูแล ผู้ร่วมดูแลเด็ก และผลการเรียนของเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ จำนวนบุตร ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก และข้อมูลทั่วไปของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ด้านเพศ อายุของเด็ก ระดับการศึกษาของเด็ก ระยะเวลาที่เด็กได้รับการรักษา โรคทางกายที่พบร่วมของเด็ก โรคทางจิตเวชที่พบร่วมของเด็ก ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น (ตารางที่ 1)

พิจารณาคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ที่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น เพื่อนำไปเข้าสมการพยากรณ์ในการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก ได้แก่ เพศของผู้ดูแล รายได้ครอบครัว โรคประจำตัวของผู้ดูแล โรคทางจิตเวช

ของผู้ดูแล ผู้ร่วมดูแล และผลการเรียนของเด็ก ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีโอกาสเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 4.61 เท่า (ORadj. = 4.61, 95%CI = 1.03-26.16) การมีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไปมีโอกาสเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 9.01 เท่า (ORadj. = 9.01, 95%CI = 1.51-53.78) การมีผู้ร่วมดูแลมีโอกาสเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 4.84 เท่า (ORadj. = 4.84, 95%CI = 1.518-15.439) และผลการเรียนของเด็ก 3.00 ขึ้นไปมีโอกาสเพิ่มความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 13.00 เท่า (ORadj. = 13.00, 95%CI = 1.00-168.38) การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลมีโอกาสลดความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 0.31 เท่า หรือร้อยละ 69 (ORadj. = 0.31, 95%CI = 0.10-0.91) การมีโรคทางจิตเวชของผู้ดูแลมีโอกาสลดความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 0.19 เท่า หรือร้อยละ 91 (ORadj. = 0.19, 95%CI = 0.00-0.85) โดยมีค่าอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นร่วมกัน ร้อยละ 53.0 ($R^2 = .530$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและของเด็กและวัยรุ่นสมารถสืบ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมารถสืบ

ข้อมูลทั่วไป	ระดับความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมารถสืบ				χ^2	P-value
	ต่ำถึงค่อนข้างต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล						
1. เพศ						
ชาย	7	11.50	54	88.50	4.29	.038*
หญิง	8	4.20	181	95.80		
2. อายุ						
20-40 ปี	6	5.20	110	94.80	0.26	.600
41-60 ปี	9	6.70	125	93.30		
3. ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	6	9.40	58	90.60	4.13	.127
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ปวส.หรืออนุปริญญาขึ้นไป	8	7.00	107	97.00		
4. สถานภาพสมรส						
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	9	5.90	143	94.10	0.04	.948
โสด/หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	6	6.10	92	93.90		
5. รายได้ครอบครัว						
≤ 20,000 บาท	11	9.20	108	90.80	4.24	.040*
20,0001 บาทขึ้นไป	4	3.1	126	96.9		
6. ความเพียงพอของรายได้						
ไม่เพียงพอ	7	6.60	99	93.40	3.82	.148
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	8	8.20	90	91.80		
เพียงพอและเหลือเก็บ	0	0.00	46	100.00		
7. อาชีพ						
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างรัฐ/พนักงานบริษัทเอกชน	6	9.50	57	90.50	-	.380 ^F
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/อาชีพอิสระ/เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป	9	5.20	164	94.80		
ว่างงาน/เกษียณ	0	0.00	14	100		
8. จำนวนบุตร (ของพ่อแม่เด็ก)						
1 คน	7	6.40	102	93.60	0.06	.805
มากกว่า 1 คน	8	5.70	133	94.30		
9. ความสัมพันธ์กับเด็ก						
พ่อหรือแม่	10	5.50	171	94.50	0.26	.608
ปู่ย่า-ตายาย/ลุงป้า-น้าอา/อื่น ๆ	5	7.20	64	92.80		
10. โรคประจำตัวของผู้ดูแล						
ไม่มี	6	13.00	40	87.00	4.96	.026*
มี	9	4.40	195	95.60		
11. โรคทางจิตเวชของผู้ดูแล						
ไม่มี	13	9.20	129	90.80	5.80	.016*
มี	2	1.9	106	98.10		
12. ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก						
6 เดือน-5 ปี	1	3.40	28	96.60	-	1.000 ^F
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	14	6.30	207	93.70		
13. ผู้ร่วมดูแลเด็ก						
ไม่มี	10	4.50	213	95.50	8.41	.004**
มี	5	18.50	22	81.50		

ข้อมูลทั่วไป	ระดับความสามารถในการดูแลเด็ก และวัยรุ่นสมาธิสั้น				χ^2	P-value
	ต่ำถึงค่อนข้างต่ำ		ปานกลางถึงสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ข้อมูลทั่วไปของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น						
1. เพศ						
ชาย	12	6.20	181	93.80	-	1.000 ^F
หญิง	3	5.30	54	94.70		
2. อายุของเด็ก						
6-11ปี	8	5.00	151	95.00	0.73	.394
12-18 ปี	7	7.70	84	92.30		
3. ระดับการศึกษาของเด็ก						
ไม่ได้เรียน/เรียนที่บ้าน (โฮมสคูล)/มีการเข้าชั้น/การศึกษานอกโรงเรียน	1	9.10	10	90.9	-	.304 ^F
ประถมศึกษา	13	7.00	173	93.00		
มัธยมศึกษา	1	1.90	52	98.10		
4. ผลการเรียนของเด็ก						
น้อยกว่า 2.00	9	11.80	67	88.20	-	.010 ^{**F}
2.00-3.00	5	3.70	130	96.30		
3.00 ขึ้นไป	0	0.00	36	100.00		
ไม่มี/ไม่ทราบ	1	33.30	2	66.70		
5. ระยะเวลาที่เด็กได้รับการรักษา						
ผู้ป่วยใหม่	2	3.80	50	96.20	-	.765 ^F
≤ 1 ปี	3	5.20	55	94.80		
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	10	7.10	130	92.90		
6. โรคทางกายที่พบร่วมของเด็ก						
ไม่มี	15	7.30	191	92.70	-	.080 ^F
มี	0	0.00	44	100.00		
7. โรคทางจิตเวชที่พบร่วมของเด็ก						
ไม่มี	10	5.80	161	94.20	0.02	.882
มี	5	6.30	74	93.70		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, F = การทดสอบ Fisher's exact test

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น โดยมีข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และของเด็ก และวัยรุ่นสมาธิสั้นเป็นตัวพยากรณ์

ตัวแปรคัดเลือก	B	Adjusted OR	95%CI of OR		P-value
			Lower	Upper	
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง/ผู้ดูแล					
เพศหญิง	1.53	4.61	1.03	26.16	.046*
รายได้ 20,001 บาทขึ้นไป	2.20	9.01	1.51	53.78	.016*
การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล	-1.18	0.31	0.10	0.91	.034*
การมีโรคทางจิตเวชของผู้ดูแล	-1.68	0.19	0.04	0.85	.007*
การมีผู้ร่วมดูแล	1.58	4.84	1.518	15.439	.008*
ข้อมูลทั่วไปของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น					
ผลการเรียนของเด็ก 3.00 ขึ้นไป	2.57	13.00	1.00	168.38	.050*

Constant = 21.587, R² = .530 (Cox&Snell R Square)

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิจารณ์

1. ระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้น

ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้นในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้น ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐมส่วนใหญ่น้อยกว่า 80 เป็นผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้นที่ได้รับการดูแลรักษามาเป็นระยะมากกว่า 5 ปีขึ้นไปซึ่งได้รับการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษาทั้งจากการมารับบริการที่โรงพยาบาลนครปฐม และการให้คำปรึกษาและคอยแก้ปัญหาพร้อมกันผ่านช่องทางออนไลน์โดยบุคลากรที่รับผิดชอบในแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอยู่เป็นประจำและให้บริการมาในระยะเวลาประมาณ 1 ปี เพื่อให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้นมีแนวทางในการดูแลบุตรหลานในปกครองได้อย่างถูกต้องตามหลักการทางวิชาการ อันจะช่วยเพิ่มการดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้นให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถป้องกันความล้มเหลวในการรักษาเด็กสมมติสั้นได้ รวมถึงส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมให้แก่เด็กได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของ Barkley (2022) ที่ระบุว่าสิ่งสำคัญของการรักษา คือ การให้ความรู้แก่ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนเกี่ยวกับธรรมชาติของความผิดปกติ และการจัดการในกรณีของเด็กที่มีความผิดปกติ ซึ่งจะส่งผลให้โอกาสในการรักษาโรคสมมติสั้นประสบความสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น และการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวที่มีเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้น และสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem et al. (2001) ที่อธิบายว่าเด็กสมมติสั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ นอกเหนือจากพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่เป็นบุคคลสำคัญในการช่วยดูแล ประคับประคองเด็กสมมติสั้นแล้ว ตัวเด็กสมมติสั้นก็จำเป็นต้องได้รับการฝึกให้สามารถดูแลตนเองได้ด้วย เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตทั้งที่บ้าน โรงเรียน และสังคมได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Maneerat et al. (2007) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลเด็กสมมติสั้นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้น

ผลการวิจัย พบว่า เพศของผู้ดูแล รายได้ ครอบครัว โรคประจำตัวของผู้ดูแล โรคทางจิตเวชของผู้ดูแล ผู้ร่วมดูแลเด็ก และผลการเรียนของเด็ก มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้น ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บทบาทความรับผิดชอบทางเพศในสังคมยังคงมีความแตกต่างกัน โดยบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมส่วนใหญ่ยังคงเป็นแม่หรือเพศหญิงที่รับหน้าที่ดูแลลูกเป็นหลัก เช่นเดียวกับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้นส่วนใหญ่นั้นเป็นเพศหญิง เป็นหน้าที่ที่เพศหญิงมักถูกปลูกฝังและรับรู้บทบาทของความเป็นแม่ที่ต้องดูแลลูกจากรูปแบบของสังคม ดังนั้น บทบาททางเพศจึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้น รายได้ ครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้นอย่างยิ่ง เนื่องจากการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้นนั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลมากกว่าปกติและมีระยะเวลา ยาวนาน รายได้ของครอบครัวจึงถือว่ามีผลต่อทั้งความสามารถในการจัดการค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพื่อดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้นที่เพิ่มเติมจากค่าใช้จ่ายปกติ เช่น ค่าเดินทางเพื่อไปรับการรักษา ค่าการศึกษาพิเศษสำหรับเด็กสมมติสั้น ค่าใช้จ่ายสำหรับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ค่าใช้จ่ายกรณีที่มีการฝึกพิเศษหรือปรับพฤติกรรม เป็นต้น โรคประจำตัวและโรคทางจิตเวชของผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อ การดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้นได้ เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยของผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวช สามารถกระทบต่อประสิทธิภาพในการดูแลและรับมือเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้นได้ ผู้ร่วมดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมมติสั้น เนื่องจากการมีผู้ร่วมดูแลเด็กนั้นเปรียบเสมือนการมีผู้ช่วย ทำให้ไม่ต้องแบกรับภาระในการดูแลเด็กมากเกินไป หรือหากผู้ดูแลหลักมีการเจ็บป่วยไม่สบายก็ยังมีผู้ช่วยในการทำหน้าที่ทดแทน อันจะทำให้การดูแลเด็กสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง และผลการเรียน

ของเด็ก เป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อความกังวลหรือความสบายใจของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลได้ โดยหากเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นมีผลการเรียนที่อยู่ในระดับดี ผู้ปกครองจะสามารถลดความกังวลเกี่ยวกับการเรียนของบุตรหลานได้ในทางตรงข้าม หากผลการเรียนอยู่ในระดับที่ไม่ดีนัก อาจเพิ่มภาระให้กับผู้ปกครองและผู้ดูแลมากขึ้น

ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Ngamkum (2011) ที่พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจกรรมสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Adeosun et al. (2017) ที่พบว่าผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นพ่อหรือแม่ โดยแม่มักเป็นผู้มีหน้าที่ดูแลเด็ก หรือผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sangkaew et al. (2017) ที่พบว่าผู้ปกครองหลักของเด็กสมาธิสั้นเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 80 ในบริบทของเพศหญิงที่มีความเป็นแม่จึงตระหนักและให้ความสำคัญที่จะพาเด็กไปรับการรักษา พฤติกรรมอันเกิดจากโรคสมาธิสั้น ซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบสำคัญในกระบวนการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nielsen et al. (2021) ที่ระบุว่าปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาครอบครัวและชีวิตคู่ ตลอดจนประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้นลดลงและคุณภาพชีวิตแย่ลง มีการวิจัยที่พบว่า ผลกระทบด้านลบที่ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นได้รับนั้น ส่งผลเสียโดยการลดผลลัพธ์เชิงบวกจากการบำบัดในเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย

ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ จำนวนบุตร ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก และข้อมูลทั่วไปของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ด้านเพศ อายุของเด็ก ระดับการศึกษาของเด็ก ระยะเวลาที่เด็กได้รับการรักษา โรคทางกายที่พบร่วมของเด็ก โรคทางจิตเวชที่พบร่วมของเด็ก ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและ

วัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของสถานะปัญหาของแต่ละบุคคลที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์การดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นของตนเองได้ อีกทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นเนื่องจากโดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองจะเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการเลือกแนวทางการดูแลหรือรักษาเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thainaphriao (2021) ที่พบว่า ข้อมูลทั่วไปไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประสานยาต่อเนื้อของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น

สมมติฐาน ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและข้อมูลทั่วไปของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น คือ ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง การมีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล การมีโรคทางจิตเวชของผู้ดูแล การมีผู้ร่วมดูแล และผลการเรียนของเด็ก 3.00 ขึ้นไป โดยมีค่าอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นร่วมกัน ร้อยละ 53.0 โดยผู้วิจัยแบ่งเป็นปัจจัยที่มีโอกาสเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น และปัจจัยที่มีโอกาสลดความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ดังนี้

3.1 ปัจจัยที่มีโอกาสเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น

ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 4.61 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นแม่เด็ก ซึ่งมักได้รับหน้าที่ในการดูแลลูกและเรื่องในบ้านเป็นหลัก อีกทั้งเพศหญิงมักมีความละเอียดและ

ซับซ้อนกว่าเพศชาย จึงอาจมีมุมมองและวิธีการในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ครอบคลุม โดยบทบาทของเพศหญิงจะมีสัญชาตญาณความเป็นแม่ รวมถึงความผูกพันในสายสัมพันธ์ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จึงต้องการให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่แก่ลูกมากกว่า สอดคล้องกับแนวคิดของ Fromm (1995) ที่ได้วิเคราะห์เปรียบเทียบความรักของพ่อและของแม่ว่ามีความแตกต่างกัน โดยแม่มักเป็นผู้ให้ความรักอย่างไม่มีเงื่อนไขไม่ว่าลูกเป็นอย่างไรและพร้อมให้อภัยอยู่เสมอ ส่วนความรักของพ่อส่วนใหญ่เป็นความรักที่มีเงื่อนไข สอดคล้องกับการศึกษาของ Hess (1981) ที่ระบุว่าบทบาทของแม่นั้นโดดเด่นกว่าพ่อในด้านการแก้ปัญหาทั่วไปในชีวิตประจำวันของลูก ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhao et al. (2023) และงานวิจัยของ Marrón et al. (2013) ที่พบว่าแม่มักเป็นผู้มีหน้าที่ดูแลเด็ก หรือผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ มักเป็นเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมาก (Adeosun et al., 2017) ที่ระบุถึงข้อมูลด้านเพศของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Alnakhli et al. (2020) ที่พบว่าในหลายประเทศส่วนใหญ่เพศหญิงเป็นผู้ให้การดูแลดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งสะท้อนถึงบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมเรื่องบทบาทของผู้หญิง

การมีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป มีโอกาสเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 9.01 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีรายได้ที่มากกว่าส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น โดยในครอบครัวที่มีรายได้สูงจะสามารถให้การสนับสนุนเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นในด้านต่าง ๆ ได้มากกว่า อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความเครียดหรือวิตกกังวลด้านค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ในขณะที่การมีรายได้ต่ำอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นต่ำลงได้เนื่องจากการขาดสภาพคล่องทางการเงินของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ de Freitas de Sousa et al. (2020) ที่ระบุว่าปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การมีรายได้ต่ำ หรือความทุกข์ยากในครอบครัว เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น ความยากลำบากดังกล่าวส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ เนื่องจากครอบครัวต้องแบก

รับภาระความรับผิดชอบในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Magliano et al. (2002) ที่พบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีผลต่อภาระของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีรายได้ที่สูงขึ้นสามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นได้ดีกว่า

การมีผู้ร่วมดูแล มีโอกาสเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 4.84 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีผู้ร่วมดูแลเป็นการสนับสนุนและแบ่งเบาภาระระหว่างกัน และทำให้ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นไม่รู้สึกว่าจะต้องรับภาระเพียงลำพังคนเดียว ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการรับผิดชอบร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว การมีความตั้งใจของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวซึ่งจะช่วยให้การดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นมีประสิทธิภาพมากกว่าการปล่อยให้ทำหน้าที่ของคนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Power et al. (2011) ที่ชี้ให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของโรคสมาธิสั้นด้วยการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นของผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

ผลการเรียนของเด็ก 3.00 ขึ้นไป มีโอกาสเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 13.00 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่เด็กมีผลการเรียนในระดับที่ดี เป็นปัจจัยที่ลดภาระในด้านการเรียนให้กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลได้ประการหนึ่ง เนื่องจากไม่ต้องมีความกังวลในเรื่องการเรียน ไม่ต้องกังวลในเรื่องการสอบตกหรือซ้ำชั้น ผลการเรียนของเด็กสามารถอธิบายถึงความสามารถทางเขavnปัญญา ความสามารถในการจดจำ การตั้งใจ ทำให้สามารถดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ง่ายขึ้น ซึ่งผลการเรียนเป็นเรื่องที่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลมักให้ความสำคัญเป็นอย่างมากเพราะเกี่ยวข้องกับการวางแผนอนาคตของเด็ก ทำให้ผู้ดูแลเด็กสามารถใช้ผลการเรียนนั้นในการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับตนเองและเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นได้ รวมถึงช่วยสนับสนุนให้เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นประสบความสำเร็จในการเรียนได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Ryan (2023) ที่ระบุว่า การประสบความสำเร็จในโรงเรียนในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความท้าทายมาก ความเข้าใจในความบกพร่องของเด็กสมาธิสั้น สามารถใช้กลยุทธ์ที่จะสนับสนุนเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ชั้นประถมจนถึง

วิทยาลัยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เด็กที่ได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นจะมีความเสี่ยงต่ำในการได้เกรดเฉลี่ยหรือคะแนนสอบมาตรฐานที่ไม่ดี

3.2 ปัจจัยที่มีโอกาสลดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น

การมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล มีโอกาสลดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ร้อยละ 69 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอาจเกิดความไม่สบายกาย และความรู้สึกถึงภาระในการดูแลตัวเองและการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งโรคทางกายอาจส่งผลกระทบต่อความไม่สะดวกหรือความไม่แข็งแรงของผู้ดูแลเอง ทำให้ไม่สามารถดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นได้อย่างเต็มที่ จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nielsen et al. (2021) ที่ระบุว่าปัญหาสุขภาพกายทำให้ประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้นลดลงและคุณภาพชีวิตแย่ลง ความยากลำบากที่ผู้ดูแลประสบนั้นก็มีส่วนเช่นเดียวกัน มีการวิจัยพบว่าผลกระทบต่อด้านลบที่ผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้รับนั้น มีรายงานถึงผลเสียในการลดผลลัพธ์เชิงบวกจากการบำบัดในเด็กสมาธิสั้น

การมีโรคทางจิตเวชของผู้ดูแล มีโอกาสลดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ร้อยละ 91 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคทางจิตเวชจะเกี่ยวข้องกับความไม่สบายใจ ความคับข้องใจ หรือความไม่คงที่ของสภาวะอารมณ์ซึ่งอาจทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นลดลงได้ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสภาวะอารมณ์และจิตใจของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นได้หากผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมอาการป่วยของโรคทางจิตเวชได้ ซึ่งหากผู้ดูแลมีพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมด้านลบในเด็กได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Nielsen et al. (2021) ที่ระบุว่าปัญหาสุขภาพจิตทำให้ประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้นลดลงและคุณภาพชีวิตแย่ลง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ngamkum (2011) ที่พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป

ปัจจัยที่เพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น คือ ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง การมีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป การมีผู้ร่วมดูแล และผลการเรียนของเด็ก 3.00 ขึ้นไป ซึ่งถือเป็นข้อมูลสำคัญในการเสริมความรู้และทักษะในกลุ่มผู้ดูแลที่มีปัจจัยเสริมเหล่านี้ให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น เพื่อให้การดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นนั้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น อีกทั้งผลการวิจัยที่ได้ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อการวางแผนสนับสนุนผู้ดูแลในกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่ได้มีปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นให้มีความเหมาะสมต่อไป ส่วนการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล การมีโรคทางจิตเวชของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่อาจทำให้ความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นลดลง จึงควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้คำปรึกษาในเรื่องการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นเมื่อผู้ดูแลร้องขอความช่วยเหลือ มีแนวทางการดูแลแบบมีส่วนร่วมกับผู้ดูแล รวมถึงมีช่องทางที่ผู้ดูแลสามารถติดต่อเพื่อพูดคุยขอคำแนะนำจากพยาบาลหรือจิตแพทย์ได้ในกรณีที่ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่บ้าน เพื่อให้การดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นดำเนินไปอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดรวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม ที่ให้ความอนุเคราะห์และความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าของงานวิชาการ งานวิจัยทั้งที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีได้กล่าวถึงที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง (References)

- Adeosun, I. I., Ogun, O., Adegbohun, A., Ijarogbe, G., & Fatiregun, O. (2017). The burden on caregivers of children with attention-deficit hyperactivity disorder in Lagos Nigeria: prevalence and correlates. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 22(1), 1-7.
- ADHD Western Australia. (n.d). *What is ADHD: Parents and caregivers*. Retrieved on June 2, 2023, from <https://www.adhdwa.org/what-is-adhd/parents-and-caregivers/>
- Alnakhli, Z. J., Almutari, S., & Al-Dubai, S. A. R. (2020). Assessment of burden on caregivers of children with attention deficit/hyperactivity disorder in Al-Madinah, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 9(11), 10-17.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A. (2022). *Fact sheet: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) topics*. Guilford Publications.
- Carpene, M. X., Hutz, M. H., Salatino-Oliveira, A., Polanczyk, G. V., Zeni, C., Schmitz, Chazan, R., Genro, J. P., Rohde, L. A., & Tovo-Rodrigues, L. (2019). CLOCK polymorphisms in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Further evidence linking sleep circadian disturbances and ADHD. *Genes*, 10(2), 88.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98.
- Davis, C. C., Claudius, M., Palinkas, L. A., Wong, J. B., & Leslie, L. K. (2012). Putting families in the center: Family perspectives on decision making and ADHD and implications for ADHD care. *J. Atten. Disord*, 16, 675-684.
- de Freitas de Sousa, A., Coimbra, I. M., Castanho, J. M., Polanczyk, G. V., & Rohde, L. A. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder. In J. M. Rey, & A. Martin, (eds), *J.M. Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315-335.
- Fromm, E. (1995). *The art of loving*. Thorsons.
- Hess, R. D. (1981). Approaches to the measurement and interpretation of parent-child interaction' in R. W. Henderson, (Ed.), *Parent-child interaction, theory, research, and prospects* (pp. 207-230). Academic Press Inc.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., & Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4), 291-298.
- Maneerat, S., Issaramalai, S., & Petcharat, B. (2007, August 1-3). *Caregivers' caring ability of children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder* [Paper presentation]. 6th Annual International Mental Health Conference "Mental Health in the City", Bangkok, Thailand. (In Thai).
- Marrón, E. M., Redolar-Ripol, D., Boixadós, M., Nieto, R., Guillamón, N., Hernández, E., & Gómez, B. (2013). Burden on caregivers of children with cerebral palsy: Predictors and related factors*. *Univ. Psychol*, 12(3), 767-777.
- Medical Records of Department of Psychiatric and Drugs. (2023). *Information about ADHD patients*. Child and Adolescent Psychiatric Outpatient Department, Nakhon Pathom Hospital. (In Thai).

- Ngamkum, D. (2011). *Relationships between family factors and behavioral problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder, eastern region*. (Unpublished master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai).
- Nielsen, T. C., Nassar, N., Shand, A. W., Jones, H., Guastella, A. J., Dale, R. C., & Lain, S. J. (2021). Association of maternal autoimmune disease with attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *JAMA Pediatrics*, *175*(3), e205487-e205487.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Pornnoppadol, C. (2022). *Attention deficit-hyperactivity disorder: Can be treating*. Corporate Communication Unit, General Administration Division, Mahidol University. (In Thai).
- Power, T. J., Soffer, S. L., Cassano, M. C., Tresco, K. E., & Mautone, J. A. (2011). Integrating pharmacological and psychosocial interventions for attention deficit hyperactivity disorder: An evidence-based, participatory approach. In S. W. Evans & B. Hoza (Eds.), *Treating attention deficit hyperactivity disorder: Assessment and intervention in developmental context* (pp. 1-19). Civic Research Institute.
- Ryan, S. (2023). *How caregivers can promote school success for children with ADHD*. Choc.org.
- Sangkaew, T., Nukaew, O. & Suttharangsee, W. (2017). The effects of an aggressive behavior management program on behaviors of children suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *4*(Special), 214-229. (in Thai).
- Srisa-ard, B. (2017). *Basic Research* (10th ed.). Suviriyasarn. (in Thai).
- Thainaphriao, K. (2021). *Factors predicting caring behavior of caregivers for medication adherence of school-age children with attention deficit hyperactivity disorder*. (Unpublished master's thesis), Prince of Songkla University. (In Thai).
- The Royal College of Pediatricians of Thailand. (2017). *Guidelines for parents to disseminate knowledge about childcare and development, school age children 6-12 years*. The Royal College of Pediatricians of Thailand, Pediatric Society of Thailand. (In Thai).
- Udomchotphruet, P. (2023). Predicting depression in caregivers of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, Nakhonpathom Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, *42*(1), 51-62. (In Thai).
- Yeh, M., Aarons, G. A., Ho, J., Leslie, L. K., McCabe, K., Tsai, K., & Hough, R. (2014). Caregiver etiological explanations and longitudinal medication use for youths with attention deficit hyperactivity disorder. *Adm. Policy Ment. Health*, *41*, 401-409.
- Zhao, X., Hayes, T., Timmons, A. C., Wu, W., & Frazier, S. L. (2023). Unpacking inequities in ADHD diagnosis: Examining individual-level race/ethnicity and state-level online information-seeking patterns. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *50*, 576-590.