

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น\*

### FACTORS RELATED TO PARENTING STRESS IN CAREGIVERS OF CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

กมลนัทธ์ คล่องดี, พยบ. (Kamonnat Klongdee, B.N.S.)\*\*

พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. (Patcharin Nintachan, R.N., Ph.D.)\*\*\*

โสภณ แสงอ่อน, RN, Ph.D. (Sopin Sangon, R.N., Ph.D.)\*\*\*\*

#### Abstract

**Objective:** This study aimed at investigating the relationship between behavioral problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), knowledge of ADHD, resilience, family communication, and social support and parenting stress in caregivers of children with ADHD.

**Methods:** This study was a descriptive correlational research. The sample consisted of 138 caregivers of children with ADHD who sought services at the child and adolescent psychiatric clinic of a hospital under the Department of Mental Health in the north-eastern region of Thailand between June 2015 and July 2015. The subjects were recruited by means of purposive sampling. The instruments

used to collect data included a demographic characteristics questionnaire, Parental Stress Scale, Home Situations Questionnaire, ADHD Knowledge Questionnaire, Resilience Inventory, Assessment Form on Communication Behavior in Family, and revised Thai version of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, Pearson's product moment correlation coefficient, and Spearman's rank-order correlation.

**Results:** The findings revealed that behavioral problems of children with ADHD were positively related to parenting stress in caregivers with statistical significance, while family communication, social support and resilience were negatively associated with parenting stress in caregivers with statistical significance. On the

\*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Email: Patcharin.nin@mahidol.ac.th

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

other hand, there was no relationship between knowledge of ADHD and parenting stress in the caregivers. The findings could be utilized as a baseline data to subsequently develop a guideline to prevent or reduce parenting stress in the caregivers of children with ADHD.

**Keywords:** Caregiver, Children with attention-deficit/hyperactivity disorder, Parenting stress, Resilience, Family communication

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ความแข็งแรงในชีวิต การสื่อสารในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

**วิธีการศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นซึ่งเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน แบบประเมินความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์

ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

**ผลการศึกษา:** ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสื่อสารในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแรงในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาแนวทางการป้องกันหรือลดความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้ดูแล เด็กสมาธิสั้น ความเครียดในการดูแลเด็ก ความแข็งแรงในชีวิต การสื่อสารในครอบครัว

### ความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder [ADHD]) เป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาทมีอาการสำคัญ 3 ด้าน คือ ขาดสมาธิ (inattention) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (impulsivity) (American Psychiatric Association [APA], 2013) จากสถิติของสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 2011 แสดงให้เห็นว่าโรคสมาธิสั้นในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยใน ค.ศ.

2011 มีบุคคลอายุ 4 – 17 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 11 ในขณะที่ ค.ศ. 2003 และ ค.ศ. 2007 มีเพียงร้อยละ 7.8 และ 9.5 ตามลำดับ (Visser et al., 2014) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีพบว่าโรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเด็กสมาธิสั้นเอง เช่น เรียนไม่ทันเพื่อน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นต้น ผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ มีความเครียดในการดูแลเด็ก มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น และผลกระทบต่อสังคมประเทศชาติ ซึ่งเกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคม เช่น ลักขโมย พฤติกรรมอันธพาล ทำลายสิ่งของ ทำร้ายผู้อื่น ใช้สารเสพติด เป็นต้น (Harpin, 2005) ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนับว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลเด็กสมาธิสั้นและจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากโรคสมาธิสั้น ซึ่งก็จะได้รับ ความยุ่งยากในการดูแลเด็กเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลเด็กตามมา โดยความเครียดในการดูแลเด็กเป็นความทุกข์กายทุกข์ใจ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากการพยายามปรับตัวต่อบทบาทในการดูแลเด็ก และมักเป็นความรู้สึกหรือความเชื่อทางลบเกี่ยวกับตนเองและเด็ก (Deater-Deckard, 2004, as cited in Dubbs, 2008)

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่าครึ่งมีความเครียดในการดูแลเด็ก (คลฤดี แดงน้ำคู้, 2549; Narkunam, Hashim, Sachdev, Pillai, & Ng, 2014) และมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป (Pimentel, Vieira-Santos,

Santos, & Vale, 2011; Sethi, Gandhi, & Anand, 2012; Theule, Wiener, Tannock, & Jenkins, 2010) นอกจากนี้จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างมารดาของเด็กสมาธิสั้นกับมารดาของเด็กที่เป็นโรคหอบหืดพบว่ามารดาของเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่ามารดาของเด็กที่เป็นโรคหอบหืด (Musa & Shafiee, 2007) ความเครียดที่เกิดจากการดูแลเด็กนี้ส่งผลกระทบต่อ การดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยจากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความเครียดในการดูแลเด็กมีแนวโน้มที่จะมีปัญหากล่าวถึง เช่น มีปัญหาสัมพันธภาพกับเด็กสมาธิสั้น ใช้การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม ใช้ความรุนแรง และลงโทษเด็กอย่างไม่เหมาะสม เป็นต้น (Kadesjo, 2002; Rogers, Wiener, Marton, & Tannock, 2009; Yousefia, Far, & Abdollahian, 2011)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีหลากหลาย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีสรุปได้เป็น 2 ด้านที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านเด็กสมาธิสั้น และปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยปัจจัยด้านเด็กสมาธิสั้นนั้น การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เช่น ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น (Anastopoulos, Guevremont, Shelton, & DuPaul, 1992; Graziano, McNamara, Geffken, & Reid, 2011; Theule, Wiener, Rogers, & Marton, 2011) ปัญหาพฤติกรรม (คลฤดี แดงน้ำคู้, 2549; Anastopoulos et al., 1992; Graziano et al., 2011; Theule et al., 2011) ปัญหาด้านอารมณ์และความผิดปกติของความสามารถด้านการจัดการ (Graziano et al., 2011) และปัญหาด้านสุขภาพทางกาย

(Anastopoulos et al., 1992) สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Anastopoulos et al., 1992; Cheesman, 2011; Theule et al., 2011) ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิตนั้นมีการศึกษาในผู้ดูแลเด็กออทิสติก และผู้ดูแลเด็กดาวน์ซินโดรม พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็ก (Abou-Dagga, 2013; Choi & Yoo, 2015; Plumb, 2011) และปัจจัยการสื่อสารในครอบครัวมีการศึกษาในผู้ดูแลเด็กดาวน์ซินโดรม พบว่าการสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็ก (Choi & Yoo, 2015) นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบางปัจจัยกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นยังให้ผลการศึกษาไม่แน่นอนโดยปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งการศึกษาที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก (Theule et al., 2011) และการศึกษาที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Cheesman, 2011) ส่วนปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นนั้น แม้ว่าความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยลดความรู้สึกลบจากการเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ดูแล (McCleary, 2002) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา ก็พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Harrison & Sofronoff, 2002)

จะเห็นได้ว่า การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากสังคมไทย และมีการศึกษาที่ค่อนข้างหลากหลายใน

ปัจจัยด้านเด็กสมาธิสั้น แต่การศึกษาในปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นยังมีผลการศึกษาที่ไม่แน่นอน และยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต และการสื่อสารในครอบครัวกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสามารถเผชิญและรับมือกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งจะเป็ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการป้องกันและลดความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ความแข็งแกร่งในชีวิต การสื่อสารในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

### สมมติฐานการวิจัย

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ความแข็งแกร่งในชีวิต การสื่อสารในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยความเครียดในการดูแลเด็กตามแนวคิดของแบร์รี่และโจนส์ (Berry & Jones, 1995) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบจากการดูแลเด็ก ได้แก่ 1) รางวัลจากการดูแลเด็ก (parental rewards) เช่น มีความสุขในการใช้เวลาอยู่กับเด็กหรือได้เป็นผู้ดูแลเด็ก มีความรู้สึกใกล้ชิดกับเด็ก ได้รับความรักจากเด็ก มีความมั่นใจ และมีความคิดเป็นบวกสำหรับอนาคต เป็นต้น 2) สิ่งที่เกิดก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลเด็ก (parental stressors) เช่น มีเวลาและความยืดหยุ่นในชีวิตน้อยลง มีความยากลำบากในการทำหน้าที่หรือความรับผิดชอบอื่น ๆ ให้ลงตัว ใช้เวลาและพลังกำลังเกินกว่าที่มีอยู่ มีภาระด้านการเงิน เป็นต้น 3) การขาดการควบคุม (lack of control) เช่น มีข้อจำกัดของทางเลือกในชีวิต ควบคุมชีวิตตนเองได้น้อย มีภาระหนักที่ต้องรับผิดชอบ เป็นต้น และ 4) ความพึงพอใจในการดูแลเด็ก (parental satisfaction) เช่น พึงพอใจที่ได้ทำหน้าที่ดูแลเด็ก หรือในทางตรงข้ามคือรู้สึกอับอายกับพฤติกรรมของเด็ก เป็นต้น

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นกลุ่มที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดที่หลากหลายจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลที่ไม่สามารถปรับตัวได้ก็อาจจะเกิดความเครียดในการดูแลเด็กตามมา (Deater-Deckard, 2004, as cited in Dubbs, 2008) การที่ผู้ดูแลจะมีแนวโน้มในการเกิดความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งในด้านเด็กสมาธิสั้นและด้านผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยในด้านเด็กสมาธิสั้น มี

การศึกษาพบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็ก (คลฤดี แดงน้ำคู้, 2549; Anastopoulos et al., 1992; Graziano et al., 2011; Theule et al., 2011) ผู้ดูแลสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กสูง ส่วนด้านผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้น มีการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็ก (Theule et al., 2011) ผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ อีกทั้งยังมีการศึกษาพบว่าการที่ผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จะช่วยลดความรู้สึกลบที่เกิดขึ้นจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (McCleary, 2002) ผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสูงจึงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัจจัยบางประการที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างประสบความสำเร็จในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต นั่นก็คือ ความแข็งแกร่งในชีวิต (พัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ, 2552) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลเด็กออทิสติกและดาวน์ซินโดรม พบว่าความแข็งแกร่งชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็ก (Abou-Dagga, 2013; Choi & Yoo, 2015, Plumb, 2011) จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ สำหรับปัจจัยการสื่อสารในครอบครัว ก็นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งในการจัดการจัดการกับปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัว (Gordon, 2000) ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ใช้การสื่อสารเชิงบวกในการจัดการ

กับสถานการณ์ตึงเครียดในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะปรับตัวได้ดี (Brown, Howcroft, & Muthen, 2010) ซึ่งจากการศึกษาในผู้ดูแลเด็กดาวน์ซินโดรม พบว่าการสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็ก (Choi & Yoo, 2015) จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีการสื่อสารในครอบครัวดีน่าจะมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ

ดังนั้น ปัจจัยปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ความแข็งแรงในชีวิตและการสื่อสารในครอบครัว น่าจะมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

### วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย ความสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช ไม่มีปัญหาสุขภาพพลานามัยสามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power (Erdfelder, Faul, & Bunchner, 1996) จากการ

ทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีดังนี้ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ( $r = .42$  ถึง  $.63$ ) (Anastopoulos et al., 1992; Graziano et al., 2011; Theule et al., 2011) และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $r = -.30$ ) (Theule et al., 2011) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ความแข็งแรงในชีวิตและการสื่อสารในครอบครัว ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .30 ค่ากำลังทดสอบ เท่ากับ .80 และค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 โดยใช้การทดสอบแบบสองทางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คน และเพื่อเป็นการป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เป็นจำนวน 18 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 140 คน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน ซึ่งเพียงพอตามข้อกำหนดข้างต้น

#### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และนำเสนอ

ผลการศึกษาเป็นภาพรวม

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น และคำถามเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 2: แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลพัฒนาโดยแบร์รี และโจนส์ (Berry & Jones, 1995) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล และจุฑามาศ พายะโปะ (ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล และจุฑามาศ พายะโปะ, 2558) มีจำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับรางวัลจากการดูแลเด็ก สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลเด็ก การขาดการควบคุม และความพึงพอใจในการดูแลเด็ก คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 18 – 90 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีความเครียดในการดูแลเด็กสูง จากการนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น ดัดแปลงโดย คลฤดี แดงน้ำคู้ (2549) จากแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของ ฌ็ทธร พิทยรัตน์เสถียร (2542, อ้างใน คลฤดี แดงน้ำคู้, 2549) มีข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ เกี่ยวกับระบาดวิทยา สาเหตุอาการ การดำเนินโรค โรคที่เกิดร่วม การรักษาด้วยยา และการรักษาทางจิตสังคม คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ “ถูก” หรือ “ผิด” หากตอบได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน และหากตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง

0 – 23 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสูง จากการนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน โดยวิเคราะห์ระดับความยากง่าย (p) ได้เท่ากับ .24 และวิเคราะห์อำนาจจำแนก (r) ได้เท่ากับ .35

ส่วนที่ 4: แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้านพัฒนาโดย บาร์คลีย์ (Barkley, 1981) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ฌ็ทธร พิทยรัตน์เสถียร มีจำนวน 16 ข้อ โดยให้เลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” หากตอบ “ไม่มี” จะให้เป็น 0 คะแนน และหากตอบ “มี” จะให้ระบุความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมตั้งแต่ 1 – 9 คะแนน จากนั้นน้อยไปมาก (คลฤดี แดงน้ำคู้, 2549) การคิดคะแนนจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ จำนวนของสถานการณ์ที่มีปัญหาพฤติกรรม (Number of Problem Setting) คะแนนสูงหมายถึง มีสถานการณ์ที่มีปัญหาพฤติกรรมสูง และความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมเฉลี่ย (Mean Severity) (คะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อที่มีปัญหาพฤติกรรม) ซึ่งเทียบได้กับเกณฑ์ที่กำหนด (Barkley & Murphy, 1998) โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ของบาร์คลีย์ และเมอร์ฟี (Barkley & Murphy, 1998) ร่วมกับเกณฑ์ที่ดัดแปลงโดย คลฤดี แดงน้ำคู้ (2549) จากการนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ส่วนที่ 5: แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ

(พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ ทัศนาวทิว, 2555) ตามแนวคิดของกร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1995) มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) I have (ฉันมี...) 2) I am (ฉันเป็นคนที่...) และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 28 – 140 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จากการนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ส่วนที่ 6: แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว พัฒนาโดย ชินานาญจิตตารมณ (2545) โดยใช้แนวคิดของกอร์ดอน (Gordon, 2000) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย พื้นฐานความเข้าใจของบุคคล การฟังอย่างตั้งใจ การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองและการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0 – 112 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพดี จากการนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

ส่วนที่ 7: แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติ

เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) โดย ณัทย วงศ์การันย์ และทินกร วงศ์การันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) จาก Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support ของไซเมท และคณะ (Zimet et al., 1988) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้การสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ 3 แหล่ง คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ (บุคคลอื่นนอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12 – 84 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจากการนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่นในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อขออนุญาตทำการวิจัย และขออนุมัติการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว

ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 ราย ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลโดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา ลักษณะผู้เข้าร่วมการศึกษา ความรู้ความเข้าใจ และขั้นตอนในการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่มีการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยในขั้นต้นพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจะทำการเลือกผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย และผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงเวลาก่อนหรือหลังที่พาเด็กสมาธิสั้นเข้าพบจิตแพทย์แล้วโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตาหรือการอ่าน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง โดยผู้ช่วยวิจัยหรือบุคลากรในโรงพยาบาลจะคอยให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงเวลานั้น

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น  
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.78 มีอายุ 30 – 39 ปี ร้อยละ 39.13 (Mean, 42.43, SD = 9.80) ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 6 – 10 ปี ร้อยละ 60.14 (Mean = 7.39, SD = 2.97) ภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 84.78 เป็นมารดาของเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 62.32 สถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.74 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.85 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.26 รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 42.75 (Median = 15,000) รายได้เพียงพอ ร้อยละ 58.70 บรรยายาศในครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกันบางครั้ง ร้อยละ 52.90 อาศัยอยู่กับลูก ร้อยละ 83.33 อาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา ร้อยละ 73.19 และมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 74.64 โดยในรายที่ไม่มาพบแพทย์ตามนัด (25 คน) มีสาเหตุมาจากติดภารกิจอื่น ๆ ร้อยละ 80

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น  
เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยไม่มีความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 53.62 เป็นเพศชาย ร้อยละ

82.61 มีอายุ 5 – 9 ปี ร้อยละ 68.84 (Mean = 8.64, SD = 2.50) มีปัญหาที่พบตามการรับรู้ของผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรม ร้อยละ 77.54 และปัญหาการเรียน ร้อยละ 53.62 มีจำนวนพี่น้อง 2 คน ร้อยละ 54.35 และเป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 60.87

**2. ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความเครียดในการดูแลเด็ก ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ความแข็งแรงในชีวิต การสื่อสารในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม**

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กเฉลี่ย 40.83 (SD = 9.26) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเครียดสูงกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยมีจำนวน 69 คน (ร้อยละ 50) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จำแนกเป็น 2 กลุ่มคือ จำนวนสถานการณ์ที่มีปัญหาพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ย 8.86 (SD = 4.64) คะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมมีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 8.83 โดยมีปัญหาพฤติกรรมระดับรุนแรงจำนวน 50 คน (ร้อยละ 36.23) ระดับไม่รุนแรงจำนวน 83 คน (ร้อยละ 60.15) และไม่มีปัญหาพฤติกรรมจำนวน 5 คน (ร้อยละ 3.62) คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเฉลี่ย 16.45 (SD = 2.13) คะแนนความแข็งแรงในชีวิตเฉลี่ย 114.18 (SD = 11.88) คะแนนการสื่อสารในครอบครัวเฉลี่ย 75.77 (SD = 11.92) และคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 61.54 (SD = 13.52)

### 3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

จากการทดสอบการกระจายของตัวแปรโดยใช้การทดสอบ Komogorov-Smirnov test พบว่าตัวแปรความเครียดในการดูแลเด็ก ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ความแข็งแรงในชีวิต การสื่อสารในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ความแข็งแรงในชีวิต การสื่อสารในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเครียดในการดูแลเด็ก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กับความเครียดในการดูแลเด็กโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการสื่อสารในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแรงในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.448, -.375$  และ  $-.331$  ตามลำดับ;  $p = .000$ ) และปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .278, p = .001$ ) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็ก ( $r = .026, p = .758$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง การสื่อสารในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งในชีวิต ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น และความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น กับ ความเครียดในการดูแลเด็ก (n = 138)

| ตัวแปร                        | r      | p-value |
|-------------------------------|--------|---------|
| การสื่อสารในครอบครัว          | -.448a | .000    |
| แรงสนับสนุนทางสังคม           | -.375a | .000    |
| ความเข้มแข็งในชีวิต           | -.331a | .000    |
| ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น | .278b  | .001    |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น  | .026a  | .758    |

a = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation)

b = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank-order correlation)

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารในครอบครัวกับความเครียดในการดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารในครอบครัวกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่า การสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารในครอบครัวกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในผู้ดูแลเด็กดาวน์ซินโดรม พบว่าการสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็ก (Choi & Yoo, 2015) อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีการสื่อสารในครอบครัวดีมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้นในครอบครัว ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นยอมรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวเปิดโอกาสให้แต่ละคนได้ระบายความรู้สึก (การฟังอย่างตั้งใจ) ใช้คำพูดในการสื่อสารความต้องการแบบแสดงความรู้สึกของตนเอง ไม่ใช่คำพูดที่ทำร้ายจิตใจคนอื่น (การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง) ตลอดจนให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน (การแก้ไขความขัดแย้งแบบเสมอภาค) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้การจัดการกับปัญหาในครอบครัวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดในการดูแลเด็กลดลง ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่ใช้การสื่อสารในครอบครัวเชิงบวกในการจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดมีแนวโน้มที่จะสามารถปรับตัวได้ดี (Brown, Howcroft, & Muthen, 2010)

### ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในการดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของธีอุล และคณะ (Theule et al., 2011) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และการศึกษาของคิม และคณะ (Kim, Seo, & Park, 2011) ที่พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเช่นเดียวกัน นั่นคือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเผชิญหรือการจัดการกับความเครียดของบุคคล (House, 1981) ผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงก็จะมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากบุคคลอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัวเพื่อน ตลอดจนบุคลากรด้านสุขภาพ และครูในโรงเรียนของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสดี และมีคนช่วยดูแลเด็กสมาธิสั้น มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ (คลฤดี แดงน้ำคู้, 2549) และผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีแหล่งประโยชน์ในครอบครัวสูง มีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำเช่นเดียวกัน (Cheesman, 2011) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าเพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ และครูใน

โรงเรียน มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและผ่านพ้นสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ (Brown et al., 2010)

### ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความเครียดในการดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็ก (Abou-Dagga, 2013; Plumb, 2011) และการศึกษาในผู้ดูแลเด็กดาวน์ซินโดรมที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการดูแลเด็กเช่นเดียวกัน (Choi & Yoo, 2015) นั่นคือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ดูแลเผชิญกับปัญหาหรือความยุ่งยากใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลมีความมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ (I am) มีความสามารถที่จะปรับตัวหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้เมื่อต้องการ (I can) ตลอดจนมีบุคคลหรือแหล่งสนับสนุนที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ หรือ

แนวทางที่เป็นประโยชน์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น และช่วยในการจัดการกับปัญหา (I have) ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กต่ำ

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นกับความเครียดในการดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็ก (คลฤดี แดงน้ำคู้, 2549; Anastopoulos et al., 1992; Graziano et al., 2011) อีกทั้งยังมีการศึกษาในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่พบว่าพฤติกรรมคือต่อต้านของเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็ก (Theule et al., 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กสมาธิสั้นมักจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างจากเด็กทั่วไปในวัยเดียวกัน และมักจะเป็นพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากในการดูแลมากกว่าเด็กปกติ (พนม เกตุมาน, 2548) ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ดูแลเด็กต้องสูญเสียเวลา พลังงาน และค่าใช้จ่ายไปกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น หรืออาจจะสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ไม่มีความสุขในการดูแลเด็ก รวมทั้งสูญเสียโอกาสในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต อันจะนำไปสู่ความเครียดในการดูแลเด็กได้ (Belsky et al., 1984, as cited in Berry &

Jones, 1995) ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นซึ่งมีปัญหาวฤทธิกรรมสูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กสูง

### ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นกับความเครียดในการดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็ก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแฮร์ริสัน และโซฟรอนอฟฟ์ (Harrison & Sofronoff, 2002) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเมื่อพิจารณาจากข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ต่างก็มีคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กสูงกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยในจำนวนใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในหลาย ๆ ด้าน ดังนั้นความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นอย่างเดียวย่อมจะไม่ได้เกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น แต่ น่าจะเป็นความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มีความเกี่ยวข้องกับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่า (Harrison & Sofronoff, 2002)

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางในการดูแล

เด็กสมาธิสั้นเพื่อลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น และควรมีการจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงในชีวิต ส่งเสริมการสื่อสารที่ดีในครอบครัว และส่งเสริมการตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม อันจะส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดในการดูแลเด็กน้อยลง

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในบริบทอื่น ๆ ที่อาจจะมีวัฒนธรรม การเลี้ยงดูหรือระบบครอบครัวที่แตกต่างกัน หรือศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มเติม และควรศึกษาปัจจัยในเชิงทำนายหรือความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

3. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้อาจจะยังมีข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นค่อนข้างน้อย ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปน่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบสอบถามให้เกี่ยวข้องกับการจัดการกับปัญหาและทักษะในการดูแลเด็กให้มากขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

จินานาฏ จิตตารมย์. (2545). *ผลของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต่อการสื่อสารในครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จีนฤดี คงศักดิ์ตระกูล และจุฑามาศ พายะโปะ. (2558). *คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบวัดความเครียดในการดูแลเด็ก (Parental Stress Scale) ฉบับภาษาไทย*. รายงานการวิจัย. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชลฤดี แดงน้ำคู. (2549). *ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พนม เกตุมาน. (2548). *สุขใจกับเด็กสมาธิสั้น: คู่มือพ่อแม่และครูสำหรับการฝึกเด็ก*. กรุงเทพฯ: คัลเลอร์ ฮาร์โมนี.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, จริยา วิริยะสุร, นพวรรณ เปียเชื้อ, ทศนา ทวีคุณ, และ พิศมัย ורתัย. (2552). *คู่มือการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิต*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และทศนา ทวีคุณ. (2555). *โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิต*. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

- Abou-Dagga, S. K. (2013). *Psychological Stress and Resilience among Parents of Autistic Children in Gaza Strip* (Master's thesis). Retrieved July 7, 2014, from <http://library.iugaza.edu.ps/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(5), 503-520.
- Barkley, R. A. (1981). *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 463-472.
- Brown, O., Howcroft, G., & Muthen, T. (2010). Resilience in families living with a child diagnosed with hyperactivity/attention deficit disorder. *South African Journal of Psychology*, 40(3), 338-350.
- Cheesman, J. (2011). *Raising an ADHD Child: Relations Between Parental Stress, Child Functional Impairment, and Subtypes of the Disorder*. Retrieved February 20, 2015, from <http://www.psychology.uct.ac.za>
- Choi, E. K., & Yoo, I. Y. (2015). Resilience in families of children with Down syndrome in Korea. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 532-541.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Dubbs, J. L. (2008). *Parent Stress Reduction through a Psychosocial Intervention for Children Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (Doctoral dissertation). Retrieved January 10, 2014, from <https://dspace.iup.edu/>
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28(1), 1-11.
- Gordon, T. (2000). *Parent effectiveness training: The proven program for raising responsible* (3rd ed.). New York: Three rivers press.
- Graziano, P. A., McNamara, J. P., Geffken, G. R., & Reid, A. (2011). Severity of children's ADHD symptoms and parenting stress: A multiple mediation model of self-regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 1073-1083.

- Grotberg, E. H. (1995). *A Guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Retrieved July 23, 2015, from <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html>
- Harpin, V. A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(suppl 1), i2-i7.
- Harrison, C., & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-711.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. reading, MA: Addison-Wesley.
- Kadesjo, C. (2002). *ADHD in Swedish 3-to 7-year-old children: Clinical and child rearing aspects* (Doctoral dissertation). Retrieved August 16, 2015, from <http://umu.diva-portal.org/smash/>
- Kim, M., Seo, J., & Park, W. (2011). Relationship of mothers' recognition of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD), parenting stress and family support in children diagnosed with ADHD. *Korean Academy of Child Health Nursing*, 17(2), 127-135.
- McCleary, L. (2002). Parenting adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Analysis of the literature for social work practice. *Health and Social Work*, 27(4), 285-292.
- Musa, R. B., & Shafiee, Z. (2007). Depressive, anxiety and stress levels among mothers of ADHD children and their relationships to ADHD symptoms. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 8(1), 20-28.
- Narkunam, N., Hashim, A. H., Sachdev, M. K., Pillai, S. K., & Ng, C. G. (2014). Stress among parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, a Malaysian experience. *Asia-Pacific Psychiatry*, 6(2), 207-216.
- Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(1), 61-68.
- Plumb, J. C. (2011). *The impact of social support and family resilience on parental stress in families with a child diagnosed with an autism spectrum disorder* (Doctoral dissertation). Retrieved December 19, 2014, from <http://repository.upenn.edu/etd.html>
- Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009). Supportive and controlling parental involvement as predictors of children's academic achievement:

- Relations to children's ADHD symptoms and parenting stress. *School Mental Health*, 1(2), 89-102.
- Sethi, S., Gandhi, R., & Anand, V. (2012). Study of level of stress in the parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 25-37.
- Theule, J., Wiener, J., Rogers, M. A., & Marton, I. (2011). Predicting parenting stress in families of children with ADHD: Parent and contextual factors. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 640-647.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2010). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.
- Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., et al. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34-46.
- Weinberg, H. A. (1999). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Parental and child outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 55(7), 907-913.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1503-1509.
- Yousefia, S., Far, A. S., & Abdolahian, E. (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1666-1671.
- Zaki, R. A., & Moawad, G. A. (2015). Impact of psycho-educational training program on practice, stress and coping strategies of parents having children with attention deficit hyperactivity disorders. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 5(10), 9-17.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Faley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 34-41.