

การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ในโรงพยาบาลราชบุรี Positive Parenting of Parents with ADHD Children in Ratchaburi Hospital

เลิศศักดิ์ รุ่งเหมือนพร พ.บ.,
ว.ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น
กลุ่มงานจิตเวช
โรงพยาบาลราชบุรี
จังหวัดราชบุรี

Lerdsak Rungmueanporn M.D.,
Thai Board of Child and Adolescent Psychiatry
Division of Psychiatry
Ratchaburi Hospital
Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเชิงบวกและความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) โดยวิธีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 ถึง 18 ปี ที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 ใช้กลุ่มตัวอย่าง 277 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง และแบบวัดความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเลี้ยงดูเชิงบวกเฉลี่ยเท่ากับ 26.75 คะแนน การเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับระดับความเข้าใจในครอบครัว (Pearson's correlation = 0.351 , p value < .01) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่าระดับความเข้าใจในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายการเลี้ยงดูเชิงบวกได้ร้อยละ 12 และมีสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 1.88

สรุป: ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลราชบุรีมีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง และความเข้าใจกันในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง

คำสำคัญ : การเลี้ยงดูเชิงบวก สมาธิสั้น ผู้ปกครอง

วารสารแพทยเขต 4-5 2563 ; 39(3) : 392-403.

ABSTRACT

Objectives: The aims of this study were 1) to examine the positive parenting of parent with ADHD children who received treatment at Ratchaburi Hospital, 2) to study the association factors of positive parenting, 3) to examine the relationship between positive parenting and the severity of ADHD

Method: This was a cross sectional descriptive study. Data were collected by reviewing of medical records of 277 ADHD patients aged between 6 - 18 years old, who came for treatment at child and adolescent psychiatry clinic, Ratchaburi Hospital from October 1, 2018 to September 30, 2019. The instruments used were self-demographic data, Positive Parenting Questionnaire and SNAP-IV. The Data were analyzed using descriptive statistics, percentage, arithmetic mean, standard deviation, correlation coefficient and multiple regression analysis.

Result: The findings indicated that the sample had positive parenting with a mean of 26.75. It was also found that positive parenting was significantly related to the understanding relationship between family members (Pearson's correlation = 0.351, p value < .01) but was not correlated to the severity of ADHD. When analyzed using regression analysis, It was found out that the understanding relationship between family members was a significant predictor of the positive parenting with a mean of 12% and a regression coefficient at 1.88.

Conclusion: Parents of ADHD patients at Ratchaburi Hospital had positive parenting score fell within below and moderate level which the predictor factor was the understanding relationship between family members.

Keywords: positive parenting , ADHD , parent

Received : April 7 , 2020 Revised : April 30 , 2020 Accepted. : August 4 , 2020

Reg 4-5 Med J 2020 ; 39(3) : 392-403.

บทนำ

โรคสมาธิสั้นหรือ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) นั้น เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ เช่น การประสบอุบัติเหตุ มีงานวิจัยที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างเกือบ 500,000 ราย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงมากเป็น 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคสมาธิสั้น¹ และยังมีการทบทวนงานวิจัยที่บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ของภาวะสมาธิสั้นและปัญหาการเรียน² มากไปกว่านั้น

ยังส่งผลกระทบกับปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว³ และสัมพันธภาพในกลุ่มเพื่อนที่จำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือ⁴

โรคสมาธิสั้นยังมีความเกี่ยวข้องกับปัญหา ด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ ในปี 2559 Storeb๑ และ Simonsen⁵ ได้ทบทวนงานวิจัยแบบไปข้างหน้า 18 ชิ้น ทำให้สรุปได้ว่า โรคสมาธิสั้นเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อโรคบุคลิกผิดปกติแบบต่อต้านสังคม และในงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กก่อนวัยเรียน (PATS) พบว่าผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นระดับปานกลางและ

รุนแรงมักจะพบปัญหาวิตกกังวลและซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางการสื่อสารร่วมด้วย⁶ นอกจากนี้แล้วยังมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าเมื่อทำการติดตามผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นไปจนถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมักจะพบปัญหาหลายด้าน เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้สารเสพติดและการถูกให้ออกจากงาน เป็นต้น^{7,8} ไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบ หากแต่โรคสมาธิสั้นยังส่งผลถึงชีวิตประจำวันและความเครียดของผู้เลี้ยงดูด้วยเช่นกัน⁹

ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่มีผลต่ออาการของโรคสมาธิสั้นและมีผลกระทบต่อตัวเด็กโดยตรงคือการเลี้ยงดู ซึ่งส่งผลต่อปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กโดยตรง จากการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูที่มีระเบียบวินัยช่วยลดปัญหาการต่อต้าน ปัญหาพฤติกรรม และการกระทำที่ผิดกฎหมาย^{10,11} ในขณะที่การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบวินัยหรือการเลี้ยงดูเชิงลบมีส่วนที่ก่อให้เกิดปัญหาโรคดื้อ (oppositional defiant disorder) และโรคเกร (conduct disorder)^{12,13} ซึ่งทั้งสองโรคนี้เป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น^{14,15} นอกเหนือไปจากนั้นสมาคมกุมารเวชศาสตร์และสมาคมจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นแห่งสหรัฐอเมริกาแนะนำให้ใช้การฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent training) เป็นการรักษหลักในโรคสมาธิสั้นควบคู่ไปกับการใช้ยาอีกด้วย¹⁶

การเลี้ยงดูของผู้ปกครองนั้นมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ จิตพยาธิวิทยาของผู้ปกครอง มีงานวิจัยโดยการสังเกตบิดามารดาของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมพบว่า ปัญหาอารมณ์ การใช้สารเสพติด และโรคบุคลิกภาพผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูที่ปล่อยปละละเลยขาดความอบอุ่น¹⁷ ผู้ปกครองที่มีภาวะวิตกกังวลมักจะมีอิทธิพลต่อภาวะวิตกกังวลในเด็กผ่านพฤติกรรมเลี้ยงดู เช่น การให้การปกป้องมากเกินไป (overprotection)¹⁸ การเลี้ยงดูยังมีความเกี่ยวข้องกับระดับเศรษฐฐานะ¹⁹ และความขัดแย้งระหว่างคู่สมรส²⁰ อีกด้วย

นอกเหนือไปจากปัจจัยของผู้เลี้ยงดูแล้ว ปัจจัยของเด็กเองก็ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเช่นกัน เช่น ปัญหาพฤติกรรมของเด็กดังข้อสรุปในงานวิจัยของ Anderson และคณะ²¹ ที่พบว่าผู้ปกครองของเด็กจะมีการตอบสนองเชิงลบต่อเด็กที่เป็นโรคเกรมากกว่าเด็กปกติ ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นในเด็กก็ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเช่นเดียวกันดังหลักฐานการทบทวนงานวิจัยของ Johnston และ Jassy²² ในปี 2553 นอกเหนือจากปัจจัยของผู้ปกครองและเด็กแล้วการฝึกอบรมผู้ปกครองก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลี้ยงดู จากงานทบทวนวรรณกรรมในปี 2562 พบว่าการฝึกอบรมผู้ปกครองมีค่าขนาดอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูเชิงลบเท่ากับ 0.63 ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวยังคงอยู่ต่อเนื่องแม้ว่าจะติดตามไปถึง 12 เดือน²³

จากการทบทวนข้อมูลที่ผ่านมาแล้วแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่มีผลต่ออาการและระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งในจังหวัดราชบุรีเอง ยังมิได้มีการศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน ในขณะที่โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรีและปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย และขยายองค์ความรู้ที่ได้รับไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาหนึ่ง (cross sectional descriptive study) โดยวิธีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุตั้งแต่ 6 ถึง 18 ปี ที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลราชบุรีระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 277 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองข้อมูลการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองและข้อมูลความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นจากเวชระเบียนและแบบบันทึกโดยใช้ข้อมูลล่าสุดที่ได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนของคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลราชบุรี โดยเก็บตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าจนครบจำนวน โดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

- เวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุตั้งแต่ 6 ถึง 18 ปีในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลราชบุรี
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 (ICD-10)
- มีการบันทึกข้อมูลส่วนตัวการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองและระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นครบถ้วน

เกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- เวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา โรคประจำตัว มีผู้ช่วยดูแลเด็ก ระดับความเครียด

และความขัดแย้งในครอบครัวจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปในเวชระเบียน กรณีที่มีการเก็บข้อมูลหลายครั้งในช่วงเวลาที่กำหนดจะใช้ข้อมูลที่บันทึกครั้งล่าสุด

2. แบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionnaire) พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ²⁷ มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) อยู่ระหว่าง 0.81-0.94 ใช้วัดพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ในแต่ละข้อผู้ปกครองสามารถเลือกตอบได้ 3 คำตอบ คือ ทำสม่ำเสมอ นานๆ ทำครั้ง และไม่เคยทำเลย ซึ่งแปลเป็นคะแนน 2, 1, และ 0 ตามลำดับ จากนั้นจะรวมคะแนนทั้งหมด และจำแนกระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

3. แบบสอบถาม Swanson, Nolan and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย²⁴ ใช้วัดความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โดยมีครูและผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 26 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อคำถามจะมีการให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการ โดยในงานวิจัยนี้จะใช้ผลคะแนนรวมเฉลี่ยระหว่างครูกับผู้ปกครองในการบอกระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นโดยรวม กรณีที่มีการเก็บข้อมูลหลายครั้งในช่วงเวลาที่กำหนดจะใช้ข้อมูลที่บันทึกครั้งล่าสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหัวหิน
2. ผู้วิจัยขออนุญาตโรงพยาบาลราชบุรีเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มาเข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลราชบุรี ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าได้กับเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองข้อมูลแบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวก และข้อมูลระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น ที่ได้มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ ระดับการเลี้ยงดูเชิงบวก และระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองกับการเลี้ยงดูเชิงบวกโดยใช้สหสัมพันธ์ (correlation)

- ใช้ Spearman rank-order correlation สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ (qualitative data)

- ใช้ Pearson product moment correlation สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ (quantitative data)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นกับการเลี้ยงดูเชิงบวก โดยใช้สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ Pearson product moment correlation

5. วิเคราะห์ตัวแปรต้นที่สามารถทำนายตัวแปรตามโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยกำหนดให้การเลี้ยงดูเชิงบวกเป็นตัวแปรตาม

ผลการศึกษา

การศึกษาการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี จากกลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นจำนวน 277 ราย จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 68.2 มีอายุระหว่าง 31-50 ปี ร้อยละ 71.1 เป็นพ่อแม่ ร้อยละ 83.8 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 49.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 48.4 มีผู้ช่วยเหลือดูแลเด็ก 1-2 คน ร้อยละ 57.4 มีความเครียดเล็กน้อย ร้อยละ 49.1 และมีความเข้าใจในครอบครัวระดับปานกลาง ร้อยละ 50.2 ดังรายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวนราย(ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	88 (31.8)
หญิง	189(68.2)
อายุ	
ต่ำกว่า30ปี	42 (15.2)
31-40 ปี	113 (40.8)
41-50 ปี	84 (30.3)
51-60 ปี	32 (11.2)
มากกว่า 60 ปี	7 (2.6)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

	จำนวนราย(ร้อยละ)
การศึกษา	
ต่ำกว่าประถม	10 (3.6)
ประถมศึกษา	87 (31.4)
มัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	134 (48.4)
ปริญญาตรี	42 (15.2)
สูงกว่าปริญญาโท	4 (1.4)
รายได้	
น้อยกว่า 10,000 บาท	137 (49.5)
10,001 – 20,000 บาท	72 (26)
20,001 – 30,000 บาท	12 (4.3)
30,001 – 40,000 บาท	5 (1.8)
มากกว่า 40,000 บาท	6 (2.2)
ไม่ระบุ	45 (16.2)
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก	
พ่อแม่	232 (83.8)
ปู่ย่าตายาย	36 (13)
เครือญาติ	9 (3.2)
จำนวนผู้ที่ช่วยดูแลเด็กภายในบ้าน	
ไม่มี	70 (25.3)
1-2 คน	159 (57.4)
3-4 คน	44 (15.9)
5 คนขึ้นไป	4 (1.4)
ระดับความเครียด	
ไม่มีความเครียด	41 (14.8)
มีความเครียดเล็กน้อย	136 (49.1)
มีความเครียดปานกลาง	83 (30.0)
มีความเครียดมาก	17 (6.1)
ระดับความเข้าใจกันในครอบครัว	
ไม่เข้าใจกัน	7 (2.5)
เข้าใจกันเล็กน้อย	26 (9.6)
เข้าใจกันปานกลาง	139 (50.2)
เข้าใจกันมาก	105 (37.9)

ตอนที่ 1 การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกต่ำ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน) จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมา มีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกปานกลาง (27-29 คะแนน) จำนวน 96 คน คิดเป็น

ร้อยละ 34.7 และมีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกสูง (27-29 คะแนน) จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5 ตามลำดับ คะแนนการเลี้ยงดูเชิงบวกเฉลี่ยเท่ากับ 26.75 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.34 ผลการเลี้ยงดูเชิงบวกจำแนกเป็นรายข้อนำเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเลี้ยงดูเชิงบวกจำแนกเป็นรายข้อ

	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(ร้อยละ)			คะแนนเฉลี่ยรายข้อจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
	ไม่เคยทำเลย	นานๆ ทำครั้ง	ทำสม่ำเสมอ	
1. กอดลูก	6(2.2)	97(35)	174(62.8)	1.61
2. พูดกับลูกดีๆ	0(0)	32(11.6)	245(88.4)	1.88
3. ชมหรือพูดถึงส่วนดีของลูก	5(1.8)	77(27.8)	195(70.4)	1.69
4. เล่นหรือทำอะไรเป็นพิเศษกับลูก	12(4.3)	144(52.0)	121(43.7)	1.39
5. เข้าใจความต้องการและความรู้สึกของลูก	4(1.4)	51(18.4)	222(80.1)	1.79
6. พูดให้ลูกรู้สึกดีและภูมิใจในตัวเอง	5(1.8)	66(23.8)	206(74.4)	1.73
7. มีกฎระเบียบในบ้านที่ชัดเจน	10(3.6)	128(46.2)	139(50.2)	1.47
8. เอาจริง ไม่ใจอ่อนเวลาที่ต้องทำโทษลูก	17(6.1)	135(48.7)	125(45.1)	1.39
9. อธิบายเหตุผลก่อนทำโทษลูก	11(4.0)	57(20.6)	209(75.5)	1.71
10. จัดการกับพฤติกรรมของลูกอย่างเสมอต้นเสมอปลาย	6(2.2)	85(30.7)	186(67.1)	1.65
11. ฝึกให้ลูกแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง	9(3.2)	89(32.1)	179(64.6)	1.61
12. ฝึกให้ลูกเป็นคนที่รับผิดชอบ	2(0.7)	44(15.9)	231(83.4)	1.83
13. เปิดโอกาสให้ลูกได้ลองตัดสินใจด้วยตัวเอง	5(1.8)	83(30.0)	189(68.2)	1.66
14. เปิดโอกาสให้ลูกแสดงความคิดเห็น	4(1.4)	46(16.6)	227(81.9)	1.81
15. ให้ความสนใจในสิ่งต่างๆ ที่ลูกทำ	1(0.4)	41(14.8)	235(84.8)	1.84
16. รู้ตลอดเวลาว่าลูกอยู่ที่ไหนและกำลังทำอะไร	3(1.1)	40(14.4)	232(84.5)	1.83

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับระดับความเข้าใจในครอบครัว (Pearson's correlation = 0.351 , p value < .01)

เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพบว่าระดับความเข้าใจในครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายการเลี้ยงดูเชิงบวกได้ร้อยละ 12 และมีสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 1.88 ซึ่งสามารถนำมาเขียนสมการการถดถอยได้ว่า $Y = 19.98 + 2.09 (X)$ โดยที่ Y คือ คะแนนการเลี้ยงดูเชิงบวก และ X คือระดับความเข้าใจกันในครอบครัวรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ปัจจัยพยากรณ์	B	Std. Error	Beta	T	P-value
Constant	19.98	1.12		17.90	.00
ระดับความเข้าใจในครอบครัว	2.09	.34	.35	6.22	.00

$R^2 = 0.12$, $F = 38.72$, $p\text{-value} < .01$

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ปกครองไม่พบความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงดู และระดับความเครียดของผู้ปกครอง ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรีพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นโดยใช้แบบวัด SNAP-IV ฉบับภาษาไทยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 36.06 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.02 ส่วนปริมาณยา methylphenidate ที่ใช้ต่อวัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.14 มิลลิกรัมต่อวันและมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.27

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับระดับความรุนแรงของอาการ

สมาธิสั้นไม่พบความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นและขนาดยาที่ใช้ในการรักษา

วิจารณ์

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีจำนวนผู้ที่ระดับการศึกษาอยู่ในขั้นต่ำกว่าประถมศึกษาเพียงร้อยละ 6 ซึ่งลักษณะดังกล่าวไม่สอดคล้องกับสถิติระดับการศึกษาของประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในจังหวัดราชบุรีปี 2561 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีจำนวนผู้ที่มีระดับการศึกษาอยู่ในขั้นต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 27 ความไม่สอดคล้องกันของข้อมูลทั้ง 2 อย่างนี้อาจสะท้อนถึงปัญหาในการเข้าถึงบริการของพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่ำ และหากพิจารณาข้อมูลรายได้ของกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วยแล้วพบว่า ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับบริการส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท ยิ่งแสดงให้เห็นว่าหากจะแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในจังหวัดราชบุรี ก็ต้องมุ่งเน้นไปที่กลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำเป็นหลัก นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ช่วยในการดูแลเด็กอีกทั้งยังมีระดับความเครียดเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีความเข้าใจกันในครอบครัวที่ค่อนข้างสูง สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของครอบครัวขยายที่รักใคร่กลมเกลียวสอดคล้องไปกับบริบทของชุมชนในต่างจังหวัดของประเทศไทย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล การเลี้ยงดูเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.5 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สอดคล้องกับบริบทของการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ที่มุ่งเน้นการรักษาโดยการให้ยาเป็นหลัก ไม่ได้มีการฝึกอบรมผู้ปกครองในเรื่องการปรับพฤติกรรม การเลี้ยงดูมากกว่าที่ควร เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่าข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 4 ข้อคือ ข้อคำถามที่ 2, 12, 15 และ 16 ส่วนข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 ข้อคือ ข้อคำถามที่ 4, 7 และ 8 ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ให้เห็นถึงรูปแบบการเลี้ยงดูของกลุ่มตัวอย่างที่มุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการสอดคล้องดูแลอย่างใกล้ชิด แต่ขาดความเคร่งครัดเอาจริงในการตั้งและบังคับใช้กฎระเบียบภายในบ้านซึ่งเป็นไปแนวทางเดียวกันกับปัญหาที่พบบ่อยในการตรวจรักษาจริงเช่นกัน

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเชิงบวก เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกบ่งชี้ว่าระดับความเข้าใจกันในครอบครัวมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการเลี้ยงดูเชิงบวกกล่าวคือยิ่งมีระดับความเข้าใจกันในครอบครัวสูงก็จะทำให้มีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกที่สูงขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องไปกับงานวิจัยเดิมที่ว่าความสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การเลี้ยงดู^{25,26} ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่คนในครอบครัวสามารถปรึกษาหารือเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเด็ก หรืออาจเพราะครอบครัวที่เข้าใจกันต่างก็มีปฏิสัมพันธ์กันในเชิงบวกซึ่งปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวก็ครอบคลุมไปถึงปฏิสัมพันธ์กับเด็กด้วย ดังจะเห็นได้

จากตารางที่ 2 พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำกับลูกมากที่สุดคือการพูดกับลูกดี ๆ

ในทางกลับกัน กลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐฐานะ และ ความเครียดของผู้ปกครอง ซึ่งผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับงานวิจัยเดิมที่พบว่า พฤติกรรม การเลี้ยงดูของผู้ปกครองนั้นมีความเกี่ยวข้องกับ จิตพยาธิวิทยาของผู้ปกครอง¹⁷ รวมไปถึงระดับการศึกษาและเศรษฐฐานะ¹⁹ ความไม่สอดคล้องกันนี้อาจเกิดจากวัฒนธรรมครอบครัวขยายในประเทศตะวันออก (ซึ่งแสดงให้เห็นจากจำนวนผู้ช่วยเหลือดูแลเด็กในตารางที่ 1) ที่ครอบครัวใหม่ยังมีการพึ่งพาครอบครัวเดิมอยู่โดยเฉพาะในเรื่องการเลี้ยงดูเด็กทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีอิทธิพลสูงต่อ พฤติกรรม การเลี้ยงดู ไม่ว่าผู้ปกครองจะมีความเครียด การศึกษา หรือเศรษฐฐานะเป็นอย่างไร อย่างไรก็ตาม การทดลองนี้ยังไม่สามารถหาตัวแปรกำกับและตัวแปรคั่นกลางระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ จึงควรที่จะมีการทำวิจัยเพิ่มเติม

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองกับระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น เมื่อพิจารณาข้อมูลของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างจะเห็นว่าไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นกับการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยเดิม²² อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การเลี้ยงดูเชิงบวกที่เน้นไปทางด้านการสร้างความสัมพันธ์และการสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง แต่ได้เน้นในเรื่องการสร้างกฎและการลงโทษที่หนักแน่นอันเป็นส่วนประกอบสำคัญของการปรับพฤติกรรมในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น เห็นได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนของข้อคำถามที่ 7 และ 8 จึงทำให้ตัวแปรทั้งสองนี้ไม่สัมพันธ์กัน หรืออีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุก็คือการเก็บข้อมูลการเลี้ยงดูเชิงบวกกระทำโดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองซึ่งอาจคลาดเคลื่อนกับการปฏิบัติจริงได้

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลแล้วแต่เป็นการให้ครูหรือผู้ปกครองเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งอาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ โดยเฉพาะพฤติกรรม การเลี้ยงดู
2. งานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังใน ช่วงเวลา 1 ปี ซึ่งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนอาจ มาจากช่วงเวลาที่แตกต่างกันได้ ซึ่งอาจทำให้มีผลต่อ ข้อมูลที่ได้รับในช่วงเวลานั้นๆ
3. งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลแยก ตามช่วงวัยของเด็ก ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้รูปแบบการ เลี้ยงดูแตกต่างกัน

สรุป

ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลราชบุรีมีระดับการเลี้ยงดูเชิงบวกอยู่ในระดับ ต่ำถึงปานกลาง โดยมุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และการสอดส่องดูแลอย่างใกล้ชิดแต่ขาดความเคร่งครัด เอาจริงในการบังคับใช้กฎระเบียบภายในบ้าน การเลี้ยง ดูเชิงบวกมีระดับความเข้าใจในครอบครัวเป็นปัจจัย ทำนาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของการเลี้ยงดูเชิงบวกกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนผู้ช่วยเหลือในการเลี้ยงดู ระดับความเครียดของ ผู้ปกครอง และความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะของผู้วิจัยมีดังนี้

1. หากต้องการพัฒนาการเข้าถึงบริการผู้ป่วย เด็กสมาธิสั้น อาจจะต้องมุ่งเน้นกลุ่มผู้ปกครองที่มีระดับ เศรษฐฐานะและระดับการศึกษาต่ำ
2. หากต้องการพัฒนากลุ่มผู้ปกครองผู้ป่วย เด็กสมาธิสั้นให้มีการเลี้ยงดูเชิงบวกมากขึ้นควรจะต้องมุ่งเน้นในด้านการสร้างกฎระเบียบภายในบ้านและการบังคับใช้อย่างสม่ำเสมอรวมถึงมีการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้แน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้นไปด้วย

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงรูปแบบ ปฏิสัมพันธ์ และปัจจัยต่างๆของครอบครัวขยายที่มี ผลต่อโรคทางจิตเวช พัฒนาการเด็ก และโรคทางกาย เพิ่มเติม

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้เพิ่มเติมกับ กลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้น และอาจมีการแบ่งช่วงวัยของ ประชากรให้ชัดเจนเนื่องจากอาจมีผลต่อการเลี้ยงดูได้

5. หากมีการวิจัยเพิ่มเติม รูปแบบการเก็บ ข้อมูลอาจจะใช้การให้คะแนนการเลี้ยงดูโดยเจ้าหน้าที่ (Clinician rate) เพื่อให้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณสลิษา หลิมศิริรัตน์ ที่ให้ความช่วยเหลือตลอดงานวิจัย คุณเพ็ญใจ คาระมาตร และคุณสุพรรณิการ์ ช้อนเพชร ที่ให้การช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณธีรทัช สำเภากิน ที่ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล และคุณกนกอร ศรีโรจน์พคุณ ที่ให้การดูแลในทุกๆ ด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. Merrill R, Lyon J, Baker R, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury. Adv Med Sci. 2009;54(1):20-6. doi: 10.2478/v10039-009-0022-7.
2. Daley D, Birchwood J. ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom?. Child Care Health Dev. 2010;36(4): 455-64.
3. Lifford KJ, Harold GT, Thapar A. Parent-child hostility and child ADHD symptoms: A genetically sensitive and longitudinal analysis. J Child Psychol Psychiatry. 2009;50(12): 1468-76.

4. Mrug S, Hoza B, Gerdes AC. Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Peer relationships and peer-oriented interventions. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2001; (91): 51-77.
5. Storebø OJ, Simonsen E. The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD): A Review. *J Atten Disord.* 2016;20(10):815-24.
6. Posner K, Melvin GA, Murray DW, et al. Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: The preschoolers with attention-deficit/hyperactivity treatment study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2007;17(5): 547-62.
7. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, et al. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(2):192-202.
8. Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, et al. Functional Adult Outcomes 16 Years After Childhood Diagnosis of Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder: MTA Results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(11): 945-52.e2.
9. Laugesen B, Lauritsen MB, Jørgensen R, et al. Living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2016;14(4): 150-65.
10. Galambos NL, Barker ET, Almeida DM. Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Dev.* 2003;74(2): 578-94.
11. Brody GH, Murry VM, Kim S, et al. Longitudinal pathways to competence and psychological adjustment among African American children living in rural single-parent households. *Child Dev.* 2002;73(5): 1505-16.
12. Denham SA, Workman E, Cole PM, et al. Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. *Dev Psychopathol.* 2000;12(1):23-45.
13. Burke JD, Pardini DA, Loeber R. Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 2008;36(5): 679-92.
14. Hazell P. Review of attention-deficit/hyperactivity disorder comorbid with oppositional defiant disorder. *Australas Psychiatry.* 2010;18(6): 556-9.
15. Hinshaw SP. Conduct disorder in childhood: Conceptualization, diagnosis, comorbidity, and risk status for antisocial functioning in adulthood. *Prog Exp Pers Psychopathol Res.* 1994;3-44.

16. Pliszka S. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):894–921.
17. Harvey E, Stoessel B, Herbert S. Psychopathology and parenting practices of parents of preschool children with behavior problems. *Parenting*. 2011;11(4): 239–63.
18. Murray L, Creswell C, Cooper PJ. The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychol Med*. 2009;39(9): 1413–23.
19. Grant KE, Compas BE, Stuhlmacher AF, et al. Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychol Bull*. 2003;129(3):447–66.
20. Buehler C, Gerard JM. Marital conflict, ineffective parenting, and children's and adolescents' maladjustment. *J Marriage Fam*. 2002;64(1):78–92.
21. Anderson KE, Lytton H, Romney DM. Mothers' interactions with normal and conduct-disordered boys: Who affects whom?. *Dev Psychol*. 1986;22(5):604–9.
22. Johnston C, Jassy JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(2):74–9.
23. Rimestad ML, Lambek R, Zacher Christian-sen H, et al. Short-and long-term effects of parent training for preschool children with or at risk of ADHD: A systematic review and meta-analysis. *J Atten Disord*. 2019; 23(5): 423–34.
24. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, et al. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thail*. 2014;59(2):97–110.
25. Huth-Bocks AC, Hughes HM. Parenting stress, parenting behavior, and children's adjustment in families experiencing intimate partner violence. *J Fam Violence*. 2008; 23(4): 243–51.
26. Burlaka V, Graham-Bermann SA, Delva J. Family factors and parenting in Ukraine. *Child Abuse Negl*. 2017 ;72: 154–62. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.08.007
27. รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล. แบบสอบถามการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Questionnaire: PPQ) พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.