

ปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม Predicting Depression in Caregivers of Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Child and Adolescent Psychiatric Clinic, Nakhonpathom Hospital.

พรรณนภา อุดมโชติพฤกษ์ พ.บ.,
วว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
โรงพยาบาลนครปฐม
จังหวัดนครปฐม

Phannapha Udomchotphruet M.D.,
Dip., Child and Adolescent Psychiatry
Division of Psychiatry and Drugs
Nakhonpathom Hospital
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม โดยมีการทำหน้าที่ของครอบครัว การเผชิญความเครียด และพลังสุขภาพจิตเป็นตัวพยากรณ์

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 126 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้การวิเคราะห์ค่าที่อิสระและความแปรปรวนทางเดียว วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพื่อตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ค่าอิทธิพลการพยากรณ์โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา: ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม มีการทำหน้าที่ของครอบครัว การเผชิญความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส และโรคทางจิตเวชที่พบร่วมของเด็กที่แตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01, และ .05 ตามลำดับ การทำหน้าที่ของครอบครัว การเผชิญความเครียด และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมากที่สุด รองลงมาคือ การเผชิญความเครียด และพลังสุขภาพจิต มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ -.372, .358, และ -.303 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 57.7 มีอำนาจในการพยากรณ์ (R^2) ได้ร้อยละ 33.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป: ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จะนำเสนอการให้คำแนะนำปรึกษา และติดตามดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้มีภาวะซึมเศร้าที่แย่ลง และในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าเกณฑ์จะนำเสนอพบจิตแพทย์เพื่อ ยืนยันการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาตามขั้นตอนต่อไป ควบคู่ไปกับการพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัว การเผชิญความเครียด และพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ควรมีการนำเอาผู้ดูแลและครอบครัวเพิ่มเข้าไปในแผนการรักษาเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นด้วย เพื่อช่วยแก้ปัญหาที่ผู้ดูแล กำลังเผชิญอยู่ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น และลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิด ผลกระทบเชิงลบต่อเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นรวมถึงผู้ดูแลหรือครอบครัวเท่าที่จะเป็นไปได้

คำสำคัญ: สมาธิสั้น การทำหน้าที่ของครอบครัว การเผชิญความเครียด พลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล
วารสารแพทย์เขต 4-5 2566 ; 42(1) : 51-62.

Abstract

Objective: The purpose was to study depression in caregivers of children and adolescents with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic of Nakhonpathom Hospital predicted by family functioning, coping, and resilience quotient.

Methods: Conducting a cross-sectional descriptive study, 126 samples were chosen by purposive sampling from ADHD caregivers with age between 20–60 and got services at child and adolescent psychiatric clinic of Nakhonpathom Hospital. The questionnaires were used to collect the data. The statistics of frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to describe data; hypothesis test was done using independent sample t test and one-way analysis of variance. The Pearson product-moment correlation coefficient were used for multicollinearity analysis and multiple regression analysis by enter method was used for analysis of the predictive power. The significant of statistical was set at 0.05.

Result: The caregivers of children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic of Nakhonpathom Hospital displayed family functioning, coping at a moderate level; resilience quotient at a normal criterion; and depression at a moderate level. The difference of gender, marriage status, and mental comorbidity of ADHD children and adolescent had different depression of caregivers at the .001, .01, and .05 statistical significant levels respectively. Family functioning, coping, and resilience quotient were able to predict depression in ADHD caregivers. Family functioning could predict depression of caregivers at highest level following by coping and resilience quotient with the regression coefficient of -.372, .358, and -.303 respectively. The multiple correlation coefficient (R) was 57.7 and a standard error of prediction (R^2) was 33.3 percent at the statistical significant level of .001.

Conclusion: For ADHD caregivers with minimal depression group, advice and consultation would be proposed in order to avoid a worse situation, and moderate to severe depression group would be referred to a psychiatrist to confirm the diagnosis and receive ongoing treatment care. Concurrently improving family functioning, coping, and resilience quotient; these are the factors affecting ADHD caregivers' depression. Caregivers and families should be added to ADHD children's and adolescents' treatment plans to solve caregivers' problems, which can affect their ability to take care of ADHD children and adolescents, and reduce risk factors which can lead to negative outcomes for ADHD children and adolescents, including caregivers or families as much as possible.

Keywords: ADHD, family functioning, coping, resilience quotient, depression in caregivers.

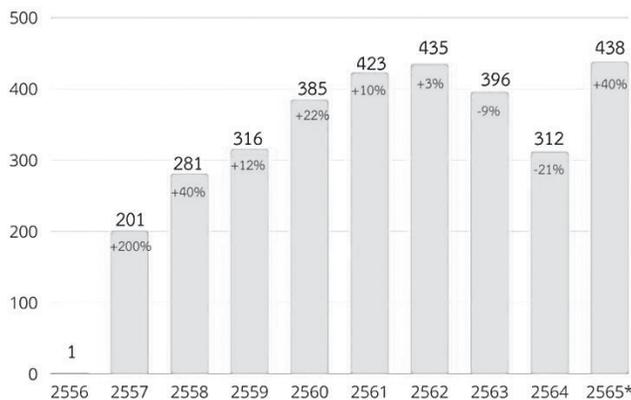
Received: Sep 21, 2022; Revised: Oct 12, 2022; Accepted: Nov 11, 2022

Reg 4-5 Med J 2023 ; 42(1) : 51-62.

บทนำ

เป็นเวลาหลายทศวรรษที่โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactive disorder ; ADHD) ถูกศึกษาและได้รับการระบุว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก สำหรับประเทศไทย อ้างอิงสถิติจากศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ใน พ.ศ. 2565 (ประมวลผล ณ วันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2565) มีความชุกของโรคสมาธิสั้นอยู่ที่ร้อยละ 5.40 มีจำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นสะสมช่วงอายุ 6-15 ปี ในปีปัจจุบันทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด จำนวน 157,103 คน

รวมทุกเขตสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข¹ เช่นเดียวกับในระดับเขตสุขภาพ โดยข้อมูลจากงานเวชระเบียนกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ใน พ.ศ. 2565 (ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565) มีจำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นอยู่ในอัตราที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา และเมื่อตรวจสอบย้อนหลังไปในระยะเวลา 10 ปี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1²



แผนภูมิที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม 10 ปี

ที่มา: ดัดแปลงจากเวชระเบียนกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด²

จากแผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม 10 ปี จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นเพิ่มสูงขึ้นมาตลอดอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นใน พ.ศ. 2563-2564 ที่มีจำนวนลดลงเล็กน้อยเนื่องจากมาตรการเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2565 เพียง 8 เดือน (ข้อมูลระหว่างมกราคม-สิงหาคม) มีจำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40²

ภาวะสมาธิสั้น (ADHD) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่งในวัยเด็กและส่งผลกระทบต่อกว่าร้อยละ 3-5 ต่อเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก³ โดยตามหลักของ DSM-5 คำจำกัดความอย่างเป็นทางการของภาวะสมาธิสั้น คือ รูปแบบของอาการขาดสมาธิ (inattention) และ/หรืออาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น impulsivity⁴ การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ร้อยละ 30-60 ของผู้ป่วยสมาธิสั้นจะคงความผิดปกติจนถึงวัยผู้ใหญ่และก่อให้เกิดผลเสียระยะยาว⁵ Regier และคณะ⁶ ระบุว่า ความเครียดที่เพิ่มขึ้นในการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น มีบทบาทในการรับรู้ความเครียดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นสำหรับผู้ดูแล ซึ่งอาการซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยที่แพร่หลายในผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD)⁷

โดยทั่วไปแล้ว ครอบครัวจะถูกรวมเข้ากับการวางแผนการดูแล และผู้ปกครองมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการบุตรหลานที่เป็นโรคสมาธิสั้น⁸ จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกในครอบครัวร่วมด้วย เป็นลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวเพื่อให้สามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกันให้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปในทิศทางที่ดีย่อมส่งผลให้การดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นดีขึ้นตามไปด้วย⁹ บทบาทของผู้ดูแลในการจัดการหรือเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงมีความสำคัญมาก การเผชิญความเครียดที่ไม่

เหมาะสมอาจส่งผลให้เกิดความเชื่อเชิงลบเกี่ยวกับสมาธิสั้น¹⁰ การดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นต้องอาศัยความทุ่มเทของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ พลัสสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นตัวช่วยให้ครอบครัวฝ่าฟันปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้¹¹

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะนายแพทย์ชำนาญการ ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม มีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยในแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างครอบคลุมในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นในความดูแลของแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม นอกเหนือจากหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องแล้ว ต้องให้ความสำคัญกับผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นควบคู่ไปพร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องกับพันธสัญญาการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 ที่เล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงานสุขภาพจิตในทุกมิติ ตลอดจนการพัฒนาาระบบบริการ และวิชาการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน และระบบบริการเฉพาะทางทั้งในจิตเวชทั่วไปและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมีคุณภาพมาตรฐาน¹² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน ผลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการค้นพบผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้สามารถวางแผนการช่วยเหลือและดูแลรักษาทั้งตัวผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยสมาธิสั้นได้อย่างครอบคลุมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม โดยมีการทำหน้าที่

ของครอบครัว การเผชิญความเครียด และพลังสุขภาพ
จิตเป็นต้นพยากรณ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา
แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive
study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมารถสัน
อายุระหว่าง 20–60 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 126 คน
ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

- เป็นพ่อ-แม่ หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย
หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีหน้าที่หลักในการดูแล
เด็กสมารถสัน ทั้งการดูแลที่บ้านและการมารับบริการ
ตรวจรักษา แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลนครปฐม ที่มีอายุระหว่าง 20–60 ปี
- ได้รับการนัดหมายจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
ในช่วงเดือนสิงหาคม–กันยายน 2565
- เป็นผู้มีความสามารถในการอ่านและเขียนได้
- ไม่เป็นผู้มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย
ที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูลการวิจัย
- มีความยินดีที่จะให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

- เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ จึงไม่มี
การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออกในลักษณะคุณสมบัติของ
บุคคล แต่จะพิจารณาถึงการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัว
จากโครงการวิจัยหรือไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูล เพื่อเคารพ
ต่อสิทธิส่วนบุคคลของอาสาสมัคร
- ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องไม่เป็นผู้ตอบแบบ
สอบถามซ้ำซ้อนหรือเคยได้ตอบแบบสอบถามแล้ว หรือ
เคยตอบแบบสอบถามแล้วแต่ทำไม่เสร็จแล้วขอถอนตัว
ไปก่อน

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

- การศึกษาครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติและ
รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ

วิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครปฐม ที่เอกสาร
COA No.038/2022 รหัสโครงการ NPH - REC
No. 024/2022 ณ วันที่ 26 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับ
แนวปฏิบัติของสภาจริยศาสตร์และแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน
ทางคลินิกที่ดี บนพื้นฐานการทำวิจัยกับผู้เข้าร่วมการวิจัย
ทั้งหมดที่มีความสามารถในการรับรู้และให้ความยินยอม
ในการเก็บข้อมูลโดยสมัครใจ ปราศจากการบังคับ ช่มชู้
หรือแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ใดๆ ระหว่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบวัดการทำหน้าที่
ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory
(CFI)¹³ แบบวัดการเผชิญความเครียด Jalowiec
Coping Scale (JCS)¹⁴ แบบวัดพลังสุขภาพจิต
(Resilience Quotient)¹¹ และแบบวัดภาวะซึมเศร้า
Thai Depression Inventory (TDI) ฉบับภาษาไทย¹⁵

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้
แบบสอบถาม เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแล
เด็กสมารถสันที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงเดือนสิงหาคม–กันยายน
พ.ศ. 2565

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics)
ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล คำนวณระดับของ
คุณภาพชีวิต ความเครียด และพลังสุขภาพจิต สถิติที่ใช้
ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage)
ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard
deviation)

2. สถิติอ้างอิง (inferential statistics)
ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน สถิติที่ใช้
ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าทีอิสระ (t test independent)
ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis
of variance) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

เพื่อตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's products moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ค่าอิทธิพลการพยากรณ์โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธี enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ในส่วนข้อมูลของผู้ปกครองและ/หรือผู้ดูแลเด็ก และวัยรุ่นสมาธิสั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 มีอายุ 41–60 ปี ร้อยละ 42.0 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 46.8 ส่วนใหญ่แต่งงานและ/หรือ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 62.7 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน (รวมทุกคนในบ้าน) 10,000–20,000 บาท ร้อยละ 38.1 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 57.2 มีอาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไป มากที่สุด ร้อยละ 42.1 ส่วนใหญ่มีบุตรมากกว่า 1 คน ร้อยละ 63.5 มีความสัมพันธ์เป็นพ่อหรือแม่เด็ก ร้อยละ 77.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.5 ไม่มีโรคทางจิตเวช ร้อยละ 95.2 มีระยะเวลาในการรับการรักษาโรคสมาธิสั้นมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.6 มีระยะเวลาที่ดูแลเด็กมากกว่า 5 ปีขึ้นไป จำนวนร้อยละ 84.1 และมีผู้ร่วมดูแลเด็ก ร้อยละ 78.6 และปัจจัยส่วนบุคคลในส่วนข้อมูลของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น พบว่า เด็ก

และวัยรุ่นสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 74.6 มีผลการเรียน 2.00–3.00 มากที่สุด ร้อยละ 43.7 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่พบร่วม ร้อยละ 83.3 ไม่มีโรคทางจิตเวชที่พบร่วม ร้อยละ 62.7 และมีการช่วยเหลือสนับสนุนจากครูที่โรงเรียน ร้อยละ 83.3

2. ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นมีการทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย เท่ากับ 15.49 (SD = 1.87) มีการเผชิญความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 98.97 (SD = 17.69) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 61.28 (SD = 9.10)

3. ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 30.00 (SD = 8.95) เมื่อพิจารณาภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 27.00 (SD = 2.98) จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 20.00 (SD = 4.48) จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.00 (SD = 2.24) จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 27.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะซึมเศร้า (n = 126)

ภาวะซึมเศร้า (ช่วงคะแนน)	จำนวน	ร้อยละ	Mean ± SD
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0–19)	-	-	-
ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (คะแนน 20–25)	44	34.9	20.00 ± 4.48
ซึมเศร้าระดับปานกลาง (คะแนน 26–34)	47	37.3	27.00 ± 2.98
ซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนน 35 ขึ้นไป)	35	27.8	36.00 ± 2.24
ภาพรวม	126	100.0	30.00 ± 8.95

4. ผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมารถสันที่มีเพศ
สถานภาพสมรส และเด็กและวัยรุ่นสมารถสันที่พบโรค
ทางจิตเวชร่วมแตกต่างกัน มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01, และ .05
ตามลำดับ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว
ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ จำนวนบุตร
ความสัมพันธ์กับเด็ก โรคประจำตัวของผู้ดูแล
โรคทางจิตเวชของผู้ดูแล ระยะเวลาในการรักษาของเด็ก
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก การมีผู้ร่วมดูแล เพศของเด็ก
ระดับการศึกษาของเด็ก ผลการเรียนของเด็ก โรคทางกาย
ที่พบร่วมของเด็ก และการช่วยเหลือสนับสนุนจากครู
ที่โรงเรียน ไม่พบว่ามีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า
ของผู้ดูแล

5. การตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ
(multicollinearity) พบว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์

กันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จำนวน 2 คู่
โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ที่ .305 และ .427
โดยมี 1 คู่ที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน คือ การทำหน้าที่ของ
ครอบครัว และการเผชิญความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์อยู่ที่ .056 ดังนั้นจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล
จึงไม่พบว่ามีภาวะร่วมเส้นตรงพหุระหว่างตัวแปร
ซึ่งตรงตามเกณฑ์หรือข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ คือ
ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กัน หรือเป็นอิสระ
ต่อกัน หรือหากมีความสัมพันธ์กันควรมีค่าสหสัมพันธ์
ไม่เกิน .70¹⁶ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ตัวแปรครั้งนี้จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทาง
สถิติของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเพื่อตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (n =126)

ตัวแปร	FF	CP	RQ
FF	1		
CP	.056	1	
RQ	.427***	.305***	1

*** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. การทำหน้าที่ของครอบครัว (FF) การเผชิญ
ความเครียด (CP) และพลังสุขภาพจิต (RQ) สามารถ
ร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่น
สมารถสันได้ โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถ
พยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมารถ
สันได้มากที่สุด รองลงมาคือ การเผชิญความเครียด

และพลังสุขภาพจิต มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย
มาตรฐานเท่ากับ -.372, .358, และ -.303 ตามลำดับ
มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 57.7
มีอำนาจในการพยากรณ์ (R²) ได้ร้อยละ 33.3 อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การเผชิญความเครียด พลังสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้า (n =126)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า (DP)			
	B	β	t	Sig.
ค่าคงที่ (constant)	2.590		7.813	.000
การทำหน้าที่ของครอบครัว (FF)	-.372	-.302	-3.675***	.000
การเผชิญความเครียด (CP)	.358	.393	5.048***	.000
พลังสุขภาพจิต (RQ)	-.303	-.308	-3.585***	.000

R = .577^a, R² = .333, F = 20.285, Adjusted R² = .316, SE_e = .36993

*** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว การเผชิญความเครียด และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กได้ โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด เมื่อเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นเป็นบุคคลในครอบครัวทั้งผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจึงอาจให้การทุ่มเททั้งร่างกายแรงใจเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลบุตรหลานของตนให้ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Mosby¹⁷ ที่ระบุว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นกระบวนการที่ครอบครัวดำเนินการโดยรวม รวมถึงการสื่อสาร และการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับปัญหา การแก้ปัญหา ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวที่สามารถทำนายหรือส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นได้ โดยหากสมาชิกมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีก็จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลลดลงได้ ในทางตรงข้ามหากสมาชิกมีการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี ก็จะสามารถส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นหรือรุนแรงขึ้นได้ สอดคล้องกับข้อมูลของ Moen และคณะ¹⁸ ที่อธิบาย

ว่าความไม่สอดคล้องกันในระเบียบวินัยของผู้เป็นพ่อ และการมีส่วนร่วมต่ำของผู้เป็นพ่อก็มีความเกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น และอาจเพิ่มความเครียดของมารดามากขึ้น ซึ่งในที่นี้พ่อก็คือสมาชิกคนสำคัญคนหนึ่งของครอบครัว ความบกพร่องจากสมาชิกเพียงคนเดียวคนหนึ่งในการทำหน้าที่ของครอบครัวก็สามารถก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นได้ จากการค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยจึงใช้การเทียบเคียงผลการศึกษาในผู้ดูแลกลุ่มอื่นเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุน คืองานวิจัยของ Guo และ Liu¹⁹ ที่พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ามากที่สุดเมื่อเทียบกับตัวแปรอื่น รวมถึงสอดคล้องกับงานวิจัยของ Epstein-Lubow และคณะ²⁰ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวอาจช่วยตัดลึนว่าผู้ดูแลคนใดมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากที่สุดได้

การเผชิญความเครียดมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น ทั้งนี้อาจ

เนื่องมาจากการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมารถสันนั้นสามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้จากปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก รวมถึงความกดดันต่าง ๆ และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะให้เด็กมีอาการที่ดีขึ้น ผู้ดูแลแต่ละคนจึงต้องอาศัยความสามารถในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถผ่านพ้นความทุกข์ทรมานใจและให้สามารถดูแลบุตรหลานได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Cassidy และ McLaughlin²¹ ที่นำเสนอว่าเมื่อมีความเครียด ผู้ดูแลใช้กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียดเพื่อปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและเพื่อจัดการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของพวกเขา ซึ่งการเผชิญความเครียดทางอารมณ์ที่รุนแรงและทุกข์จากการคาดหวังไว้จะกลายเป็นการปรับตัวที่จำเป็นในชีวิตของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย²²⁻²³ ซึ่งหากผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมารถสันสามารถเลือกใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดในการรับมือกับปัญหาได้ดี ก็จะสามารถลดความเครียดได้ดี รวมถึงอาจนำไปสู่การช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้อีกด้วย ในทางตรงข้าม หากผู้ดูแลไม่สามารถใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็อาจไม่สามารถลดความเครียดหรือแก้ปัญหาที่มีอยู่ได้ ส่งผลให้มีความทุกข์เพิ่มขึ้นจนทำให้เพิ่มระดับภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ สอดคล้องกับข้อมูลของ Semenova และ Stadtlander²² ที่ระบุว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยหลายคนต้องเผชิญกับความทุกข์ทางจิตใจอย่างรุนแรง^{21,23-24} ความมั่นใจในความสามารถในการเผชิญปัญหา จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวทางจิตวิทยาที่ดีขึ้นได้²¹⁻²² สอดคล้องกับข้อมูลของ Adams และคณะ²⁵ ที่อธิบายถึงกลยุทธ์การเผชิญความเครียดว่ามีสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chou และคณะ²⁶ ที่ศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อผู้ดูแลเด็กสมารถสันมีรูปแบบของการเผชิญ

ความเครียดได้ดีอาจช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กได้

พลังสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมารถสัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมารถสัน ผู้ดูแลต้องมีความอดทนและพลังใจที่เข้มแข็งที่จะทำให้สามารถเผชิญกับความยากลำบากต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้²⁷ ตั้งแต่การดูแลทั่วไป การรับมือกับพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ตลอดจนความกดดันจากหลายปัจจัยรอบตัว ทำให้ผู้ดูแลมีปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจได้หลายประการ ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ กำลังใจถดถอย ทำให้พลังใจหรือพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลถดถอยลงได้ ในทางตรงข้าม หากผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตที่ดีและเข้มแข็ง ก็ทำให้สามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและอาจช่วยให้ระดับอาการหรือความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ให้ลดลงได้ สอดคล้องกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิต²⁸ ที่นำเสนอว่าการดูแลเด็กสมารถสันนั้นต้องอาศัยความทุ่มเทของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ พลังสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นตัวช่วยให้ครอบครัวฝ่าฟันปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ และสอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข²⁸⁻²⁹ ที่ระบุว่า พลังสุขภาพจิตจึงช่วยปกป้องบุคคลและครอบครัวของจากปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น เครียด ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือการเจ็บป่วยทางจิต หรือสูญเสียภาวะสุขภาพจิตที่ดีไปหลังเผชิญเหตุการณ์ที่มากกระทบ เป็นพลังแห่งชีวิตที่ช่วยให้คนเราเอาชนะอุปสรรคและชะตากรรมชีวิตได้ จากการค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมารถสัน ผู้วิจัยจึงใช้การเทียบเคียงผลการศึกษาในผู้ดูแลกลุ่มอื่นเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุน คือ งานวิจัยของ Janha และคณะ³⁰ ที่ศึกษาพบว่า คะแนนพลัง

สุขภาพจิต (Resilience Quotient Score) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียดในผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิพัฒน์ เมฆขจร³¹ ที่ระบุว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจ (พลังสุขภาพจิต) เป็นความสามารถที่ช่วยป้องกันและแก้ไขภาวะวิกฤติของชีวิต และช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีประสบปัญหาในชีวิตต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

สรุป

การทำหน้าที่ของครอบครัว การเผชิญความเครียด และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นได้ ควรมีการนำเอาผู้ดูแลและครอบครัวเพิ่มเข้าไปในแผนการรักษาเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นด้วย เพื่อช่วยแก้ปัญหาที่ผู้ดูแลกำลังเผชิญอยู่ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น และลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลหรือครอบครัวเท่าที่จะเป็นไปได้

อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเพื่อสำรวจแนวโน้มภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นเบื้องต้น เนื่องจากยังไม่เคยมีการสำรวจมาก่อนในโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลในคลินิกจิตเวช ดังนั้น เมื่อมีข้อค้นพบว่า ผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับรุนแรง จึงจำเป็นต้องให้การดูแลรักษา ซึ่งในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จะนำเสนอการให้คำแนะนำปรึกษาและติดตามดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้มีภาวะซึมเศร้าที่แย่ลง และในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าเกณฑ์จะนำเสนอพบจิตแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาตามขั้นตอนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด ตลอดจนบุคลากรทุกท่านในโรงพยาบาลนครปฐม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ รวมถึง

ขอขอบพระคุณผู้กลุ่มตัวอย่างสำหรับการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่การศึกษารวมถึงนักวิชาการทุกท่านและหน่วยงานที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงในการค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนาม ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Health Data Center. กลุ่มรายงานมาตรฐาน: ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช: ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (workload)[อินเทอร์เน็ท]. 2022. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 27 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=90ccfbfd92f7d1bdd89d0cfd8b4e46ec.
2. เวชระเบียนกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. ข้อมูลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น. นครปฐม: แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครปฐม. 2565.
3. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, et al. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(3):345–65. doi: 10.1111/jcpp.12381.
4. Jacqueline D, Bernabe MD, Paulita MV, et al. Depression, anxiety, and caregiver burden among adult caregivers of pediatric patients with neurodevelopmental disorders: A descriptive cross-sectional study. *HSJ*. 2021;10(2):69–80. doi: 10.1155/2021/3518050

5. Weiss, G. Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults. 2nd ed. New York: Guilford; 1993.
6. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, et al. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2009;166(6):645–50. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09020279
7. Al-Balushi N, Al Shekaili M, Al-Alawi M, et al. Prevalence and predictors of depressive symptoms among caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder attending a tertiary care facility: A cross-sectional analytical study from Muscat, Oman. *Early Child Development and Care* 2019;189(5):1515–24.
8. Paidipati CP, Brawner B, Eiraldi R, et al. Parent and family processes related to ADHD management in Ethnically diverse youth. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2017;23(2):90–112. doi: 10.1177/1078390316687023
9. Samanta AP, Das S, Nath S. Quality of life, perceived Stress, Coping and burden among caregivers of behavioral disorder children: A narrative review. *Mal J Med Health Sci* 2022; 18(SUPP2):295–301.
10. Balagan MMB, Tarroja MC. Challenges, coping strategies, and needs of mothers with children with attention deficit hyperactivity disorder: Implications for intervention. *Open Journal of Social Sciences*. 2020;8(12):24–35. DOI: 10.4236/jss.2020.812003
11. กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient. พิมพ์ครั้งที่ 4. สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
12. พรรณพิมล วิปุลากร. นโยบายกรมสุขภาพจิต: นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
13. อูมาพร ตรังคสมบัติ. จัดบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์; 2554.
14. ปราณี มิ่งขวัญ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
15. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. แบบประเมินวัดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง. *วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย* 2542;20(1):17–19.
16. สุธินชนะบุญ. บทที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน. ในสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยด้านสุขภาพเบื้องต้น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2560.
17. Mosby CV. *Mosby's medical dictionary*. 10th edition. Amsterdam: Elsevier health sciences. 2017.
18. Moen ØL, Hedelin B, Hall-Lord ML. Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scand J Public Health* 2015;43(1):10–7. doi: 10.1177/1403494814559803.
19. Guo YL, Liu YJ. Family functioning and depression in primary caregivers of stroke patients in China. *Nurs Sci J Thai* 2015;2(2):184–189.

20. Epstein-Lubow GP, Beevers CG, Bishop DS, et al. Family functioning is associated with depressive symptoms in caregivers of acute stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90(6):947–55. doi: 10.1016/j.apmr.2008.12.014.
21. Cassidy T, McLaughlin M. Psychological distress of female caregivers of significant others with cancer. *Cogent Psychology* 2015;2(1):999405.
22. Semenova V, Stadlander LM. Death anxiety, depression, and coping in family caregivers. *J Soc Behav Health Sci* 2016;10(1):34–48.
23. Cassidy T. Stress, coping, resilience, and health. In T.J. Devonport (Ed.), *Managing stress: From theory to application* (pp. 1–40). Hauppauge. New York: Nova Science. 2011.
24. Pinquart M, Sorensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychol Aging* 2011;26(1):1–14. doi: 10.1037/a0021863.
25. Adams D, Rose J, Jackson N, et al. Coping Strategies in Mothers of Children with Intellectual Disabilities Showing Multiple Forms of Challenging Behaviour: Associations with Maternal Mental Health. *Behav Cogn Psychother*. 2018;46(3):257–75. doi: 10.1017/S1352465817000704.
26. Chou WJ, Hsiao RC, Chang CC, et al. Predictors of depressive symptoms in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A one-year follow-up study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(16):8835. doi: 10.3390/ijerph18168835.
27. Gardiner E, Iarocci G. Unhappy (and happy) in their own way: A developmental psychopathology perspective on quality of life for families living with developmental disability with and without autism. *Res Dev Disabil* 2012;33(6):2177–92. doi: 10.1016/j.ridd.2012.06.014.
28. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลรักษา mhGAP ฉบับที่ 2.0. ขององค์การอนามัยโลก. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิ่ง; 2563.
29. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสร้างสรรค์พลังใจวัยทีน. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง; 2562.
30. Janha P, Punyapas S, Ratta-apha W. Parental stress-coping skills and resilience among parents of children with specific learning disorders. *Siriraj Medical Journal*. 2021;73(1):38–45.
31. นิธิพัฒน์ เมฆขจร. ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience): วิธีใหม่ของการเสริมสร้างพลังใจเพื่อการเผชิญวิกฤตชีวิตในยุคปัจจุบัน. *วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*. 2564;11:1–9.