

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและออทิสติก ต่อระดับความเครียดและปัญหาการนอนในผู้ดูแล The Relationship Between Sleep Disorder in Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autism Spectrum Disorder (ASD) to Stress Level and Sleep Problem in Caregivers

อนูวรรตน์ ศิริพงษ์เวคิน พ.บ.,
วว. กุมารเวชศาสตร์
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลกระทุ่มแบน
จังหวัดสมุทรสาคร

Anuwat Siripongvakin M.D.,
Dip., Thai Board of Pediatrics
Department of Pediatrics
Krathum Baen Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญ: ปัญหาการนอนเป็นหนึ่งในอาการร่วมที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและโรคออทิสติก แต่ไม่ค่อยได้รับการตรวจประเมิน เนื่องจากไม่ใช่อาการหลัก รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลยังไม่ชัดเจน การทำความเข้าใจปัญหาการนอนหลักในเด็กโรคสมาธิสั้นและโรคออทิสติก รวมทั้งผลกระทบจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาและให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นองค์รวมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก กับระดับความเครียดและปัญหาการนอนของผู้ดูแล

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นและโรคออทิสติก ช่วงอายุ 2-13 ปี ที่มารับบริการ ในคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ในช่วงเดือน มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2568 ทำการเก็บข้อมูลทั่วไป ประเมินปัญหาการนอนของเด็กและผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถามปัญหาการนอนของเด็กฉบับภาษาไทย (children's sleep habits questionnaire; CSHQ Thai version) และแบบประเมินตัวชี้วัดคุณภาพการนอนฉบับภาษาไทย (sleep condition indicator: SCI Thai version) และประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินความเครียดฉบับศรีรัฐัญญา (ST-5) นำเสนอข้อมูลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณความสัมพันธ์แบบ 2 ตัวแปร ด้วย Spearman rank correlation coefficient ที่ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

ผลการศึกษา: ผู้ดูแลจำนวน 126 คน เป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 80 คน และผู้ดูแลเด็กออทิสติกจำนวน 46 คน พบว่า เด็กกลุ่มสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ย 50.26 ± 10.20 และมีปัญหาการนอน ร้อยละ 83.8 ส่วนกลุ่ม

ออทิสติกมีคะแนนเฉลี่ย 51.65 ± 9.51 และมีปัญหาการนอน ร้อยละ 89.1 ลักษณะอาการย่อยที่พบมากที่สุด ได้แก่ การไม่ยอมเข้านอน รองลงมา คือ ระยะเวลาการนอน และความวิตกกังวลก่อนนอน สำหรับผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแล เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาการนอน ร้อยละ 61.2 และมีภาวะความเครียด ร้อยละ 26.4 ขณะที่ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีปัญหาการนอน ร้อยละ 50 และมีภาวะความเครียด ร้อยละ 31.8 ปัญหาการนอนของเด็กทั้งกลุ่มสมาธิสั้นและออทิสติก มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสัมพันธ์กับ ระดับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุป: ปัญหาการนอนในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและออทิสติกมีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดและปัญหาการนอนในผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น เพื่อบรรลุปาหนายการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ควรมีการประเมิน ปัญหาการนอนในเด็กและผู้ดูแล รวมถึงการติดตามระดับความเครียดของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สมาธิสั้น ออทิสติก ปัญหาการนอนหลับ สุขภาวะการนอน ความเครียดของผู้ดูแล
วารสารแพทย์เขต 4-5 2568 ; 44(4) : 551-563.

Abstract

Background: Sleep disturbances are a frequent comorbidity in pediatric patients diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and autism spectrum disorder (ASD). Despite their high prevalence, these issues are often under-evaluated in clinical settings as they are not considered primary symptoms. Furthermore, the full scope of the negative impact of these sleep problems on both the affected children and their caregivers has yet to be clearly and comprehensively established. A deeper understanding of the nature and consequences of related sleep problems within the children with ADHD and ASD will help inform and develop integrated care strategies that provide comprehensive support for both the patients and their families.

Objectives: This study aimed to investigate the relationship between sleep problems in children with ADHD/ASD and the sleep problems and stress levels of their caregivers.

Methods: This cross-sectional study collected data from caregivers of pediatric patients (aged 2–13 years) with ADHD or ASD who attended the Child and Adolescent Mental Health Clinic at Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon Province, from January to June 2025. Data were collected using the Thai versions of the children's sleep habits questionnaire (CSHQ), Thai version of the sleep condition indicator (SCI), and the Srithanya stress scale (ST-5). Descriptive statistics including frequencies, percentages, means, and standard deviations were used to present the data. The relationships between variables were analyzed using Spearman's rank correlation coefficient with a 95% confidence interval.

Results: A total of 126 caregivers participated, included 80 caregivers of ADHD group and 46 caregivers of ASD group. CSHQ scores showed that children with ADHD had a mean score of 50.26 ± 10.20 , with 83.8% having sleep problems; and children with ASD had a mean score of 51.65

± 9.51 , with 89.1% having sleep problems. The most common subgroup of sleep problems was bedtime resistance, followed by sleep duration and sleep anxiety. For caregivers, 61.2% of those caring for children with ADHD had sleep problems, and 26.4% had stress problem. Meanwhile, 50% of caregivers of children with ASD had sleep problems, and 31.8% had stress problem. Spearman's rank correlation analysis revealed a statistically significant relationship between the children's sleep problems and the caregivers' sleep quality ($p < .01$) and stress levels ($p < .001$).

Conclusion: Sleep problems in children with ADHD and ASD are significantly associated with both sleep problems and stress levels in their caregivers. Therefore, a holistic approach to patient care should include a continuous assessment of sleep problems in both children and caregivers, as well as an ongoing monitoring of caregivers' stress levels.

Keywords: ADHD, autism, sleep problem, sleep quality, stress level of caregiver

Received: Oct 01, 2025; Revised: Oct 15, 2025; Accepted: Nov 30, 2025

Reg 4-5 Med J 2025 ; 44(4) : 551-563.

บทนำ

สมาธิสั้น และโรคออทิสติก เป็นโรคในกลุ่มพัฒนาการทางสมองผิดปกติที่พบบ่อยในเด็กวัยก่อนเข้าเรียน และประณมวัย ซึ่งมีผลกระทบทั้งด้านพัฒนาการ ด้านบุคลิกภาพ และปัญหาการเรียนรู้อาจทำให้มีผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม และยังมีแนวโน้มที่มีความชุกของโรคเพิ่มขึ้น ทั้งในระดับโลก และในประเทศไทย มีการศึกษาโดย Zablotsky และคณะ¹ ในสหรัฐอเมริกา จากการเปรียบเทียบช่วงเวลา ค.ศ. 1999-2001 กับช่วง ค.ศ. 2005-2007 พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.5-9.5 และความชุกของโรคออทิสติกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.1-2.5 สำหรับการศึกษาในประเทศไทย² ใน พ.ศ. 2548 พบความชุกของโรคออทิสติกอยู่ที่ 6.94 ต่อ เด็ก 10,000 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นในระยะเวลา 5 ปี และใน พ.ศ. 2565 พบความชุกของโรคสมาธิสั้นอยู่ที่ ร้อยละ 6.5³ ข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคสมาธิสั้น และโรคออทิสติก ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 16 ปี พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ใน พ.ศ. 2565 และ 2566 มีเด็กสมาธิสั้น

และโรคออทิสติกที่ได้รับการรักษา จำนวน 37,466 และ 42,660 ราย จังหวัดสมุทรสาคร พบจำนวน 3,970 และ 4,507 ราย และจากข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จำนวน 562 และ 795 ราย⁴

ปัญหาการนอนเป็นหนึ่งในอาการร่วมที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและโรคออทิสติก จากการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ใน ค.ศ. 2023 พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกมีปัญหาการนอนหลับร่วมด้วยสูงถึง ร้อยละ 95.3⁵ และอีกการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ ค.ศ. 2024 พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นมีปัญหาการนอนหลับร่วมด้วยสูงถึง ร้อยละ 82⁶ ใกล้เคียงกับการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคออทิสติกในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2563 พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับร่วมด้วย ร้อยละ 88.5⁷ โดยมีประเภทของปัญหาการนอนที่หลากหลาย ได้แก่ ปัญหาการเข้านอน, ระยะเวลาการนอนหลับ, ง่วงนอนช่วงกลางวัน, และการหลับยาก ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นและโรคออทิสติก ทั้งด้านความรุนแรง

ของอาการแสดง ด้านความสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ และด้านคุณภาพชีวิต⁸⁻⁹ นอกจากปัญหาการนอนหลับจะมีผลต่ออาการแสดงของผู้ป่วย ยังมีการศึกษาว่า ปัญหาการนอนของกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นส่งผลให้เกิดปัญหาการนอนของผู้ปกครองร่วมด้วย⁶ การดูแลรักษาติดตามอาการของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและผู้ป่วยโรคออทิสติกในประเทศไทย อาจไม่ค่อยได้รับการประเมินปัญหาการนอน เนื่องจากไม่ใช่อาการหลัก รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อนักป่วยเด็กและผู้ดูแลยังไม่ชัดเจน อีกทั้งด้วยบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ รูปแบบการเลี้ยงดู และค่านิยมความเชื่อ ยังมีความแตกต่างจากต่างประเทศมาก การศึกษานี้จะทำให้มีความเข้าใจและรับรู้ความสำคัญของปัญหานอนไม่หลับ ในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นและออทิสติก และช่วยพัฒนาองค์ความรู้การดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก กับปัญหาการนอนของผู้ดูแล และระดับความเครียดของผู้ดูแล

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic study) โดยมีประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) และโรคออทิสติก (autism spectrum disorder: ASD) ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มารับบริการระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 จำนวน 126 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น จำนวน 80 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคออทิสติก จำนวน 46 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) 1) ผู้ดูแลหลักซึ่งอาศัยอยู่กับผู้ป่วยเด็กอย่างน้อย 6 เดือน; 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้; และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรับจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) มีโรคประจำตัวทางจิตเวชรุนแรง ที่อาจมีผลต่อการตอบแบบสอบถาม; 2) แบบสอบถามที่รอกข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 การประเมินปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็ก ด้วยแบบสอบถามปัญหาการนอนของเด็กฉบับภาษาไทย (The children's sleep habits questionnaire (CSHQ) Thai version) ที่พัฒนาโดย Judith Owens และได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย พัทธีรรา ดิษยวรรณวัฒน์ และณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร¹⁰ มีคำถามทั้งหมด 45 ข้อ มีคำถามที่เป็นคะแนน 33 ข้อ แบ่งเป็นหัวข้อย่อย 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) พฤติกรรมก่อนการเข้านอน; 2) เวลาที่เริ่มนอน; 3) ระยะเวลาในการนอน; 4) ความวิตกกังวลในการเข้านอน; 5) พฤติกรรมการตื่นระหว่างกลางคืน; 6) ปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ; 7) ปัญหาพฤติกรรมนอนในช่วงระหว่างหลับ; และ 8) ความง่วงระหว่างวัน โดยให้คะแนนตามความถี่ของพฤติกรรม มีคะแนนเต็ม คะแนน ซึ่งถ้ามีคะแนนมากกว่า 41 คะแนน แปลผลว่ามีปัญหาการนอนแบบสอบถามนี้มีความไว ร้อยละ 80 มีความจำเพาะ ร้อยละ 72 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83 ที่ระดับนัยสำคัญ <.01

ส่วนที่ 3 การประเมินปัญหาการนอนของผู้ดูแล ด้วยแบบประเมินตัวชี้วัดคุณภาพการนอนหลับ (The sleep condition indicator (SCI) Thai version)

ซึ่งถูกแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อธิโชค พิทักษ์กิตติพร และคณะ¹¹ และกำหนดเกณฑ์คัดกรอง ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 26 คะแนน เข้าข่ายผู้มีปัญหาการนอนหลับ พบว่ามีความไว ร้อยละ 94.6 และความจำเพาะ ร้อยละ 100

ส่วนที่ 4 การประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแล ด้วยแบบประเมินความเครียดฉบับศรีธัญญา (ST-5) ที่พัฒนาโดย อรวรรณ ศิลปกิจ¹² เป็นแบบประเมินความเครียดในช่วง 2-4 สัปดาห์ 5 คำถาม ถ้าได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน แปลว่ามีความเครียด แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 2. ปัญหาการนอน และระดับความเครียด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกกับระดับปัญหาการนอนของผู้ดูแล และระดับความเครียดของผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติ Spearman rank correlation coefficient ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95
- จริยธรรมวิจัย**

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทู้แบบ เลขที่ 021/67 (วันที่รับรอง 27 พ.ย. 2567) และมีขั้นตอน

การแจ้งผลการประเมินปัญหาการนอน และระดับความเครียดให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาทราบในการมาโรงพยาบาลครั้งถัดไป รวมทั้งให้คำแนะนำและนัดรับการดูแลรักษากับจิตแพทย์ตามความต้องการของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเด็ก 126 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นจำนวน 80 ราย และเป็นผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกจำนวน 46 ราย โดยในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นเพศชายจำนวน 56 ราย (ร้อยละ 70), เพศหญิงจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 30), มีอายุเฉลี่ย 8.58 ปี, อายุเมื่อวินิจฉัยครั้งแรกเฉลี่ย 6.21 ปี; และในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกเป็นเพศชายจำนวน 33 ราย (ร้อยละ 71.1), เพศหญิงจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 28.3), มีอายุเฉลี่ย 5.57 ปี, อายุเมื่อวินิจฉัยครั้งแรกเฉลี่ย 2.87 ปี

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อายุเฉลี่ย 39.66 ปี, ความสัมพันธ์เป็นมารดา ร้อยละ 63.8, สถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 61.2, และมีงานประจำ ร้อยละ 62.5; ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก อายุเฉลี่ย 38.11 ปี, ความสัมพันธ์เป็นมารดา ร้อยละ 60.9, สถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 78.3, และมีงานประจำ ร้อยละ 67.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มสมาธิสั้น (80 ราย)	กลุ่มออทิสติก (46 ราย)	รวม (126 ราย)
ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยเด็ก			
เพศ			
ชาย	56 (70.0%)	33 (71.7%)	89 (70.6%)
หญิง	24 (30.0%)	13 (28.3%)	37 (29.4%)
อายุเฉลี่ย (ปี)	8.58 (4–13)	5.57 (2–11)	7.48
อายุเมื่อวินิจฉัยครั้งแรกเฉลี่ย (ปี)	6.21 (2–11)	2.87 (1–5)	4.99
ข้อมูลกลุ่มผู้ดูแล			
อายุของผู้ดูแลเฉลี่ย (ปี)	39.66 (20–67)	38.11 (26–65)	39.10
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
บิดา	11 (13.8%)	10 (21.7%)	21 (16.7%)
มารดา	51 (63.8%)	28 (60.9%)	79 (62.7%)
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	10 (12.5%)	5 (10.9%)	15 (11.9%)
ลุง/ป้า/น้า/อา	6 (7.5%)	3 (6.5%)	9 (7.1%)
อื่น ๆ	2 (2.5%)	0	2 (1.6%)
สถานภาพสมรส			
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	49 (61.2%)	36 (78.3%)	85 (64.5%)
แต่งงานและแยกกันอยู่	2 (2.5%)	2 (4.4%)	4 (3.2%)
หย่าร้าง	17 (21.2%)	4 (8.7%)	21 (16.7%)
โสด	12 (15%)	4 (8.7%)	16 (12.7%)
สถานะทำงาน			
งานประจำ	50 (62.5%)	31 (67.4%)	81 (64.3%)
รับจ้างชั่วคราว	17 (21.2%)	2 (4.4%)	19 (15.1%)
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	13 (16.2%)	13 (28.3%)	26 (20.6%)

ส่วนที่ 2 ปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น และผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก

ผลการประเมินด้วยแบบสอบถาม CSHQ พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก มีปัญหาการนอน ร้อยละ 85.7 และมีค่าคะแนนเฉลี่ย 50.77 (SD = 9.94) เมื่อจำแนกเป็นปัญหารายด้าน ด้านการไม่ยอมเข้านอน ร้อยละ 55.6 ค่าคะแนนเฉลี่ย

10.81 (SD = 2.43), ด้านเวลาที่เริ่มนอน ร้อยละ 13.5 ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.64 (SD = 0.71), ด้านระยะเวลาในการนอน ร้อยละ 41.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.24 (SD = 1.79), ด้านความวิตกกังวลในการนอน ร้อยละ 38.9 ค่าคะแนนเฉลี่ย 6.54 (SD = 2.05), ด้านการตื่นระหว่างกลางคืน ร้อยละ 16.7 ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.19 (SD = 1.28), ด้านปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับ

การหายใจ ร้อยละ 20.6 ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.90 (SD = 1.40), ด้านพฤติกรรมการณ์นอนในช่วงระหว่างหลับ ร้อยละ 23.8 ค่าคะแนนเฉลี่ย 9.42 (SD = 2.89),

และด้านความง่วงระหว่างวัน ร้อยละ 27.0 ค่าคะแนนเฉลี่ย 13.21 (SD = 3.37) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก

ผลคะแนนแบบสอบถาม CSHQ	กลุ่มสมาธิสั้น	กลุ่มออทิสติก	รวม
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
คะแนนรวมเฉลี่ย	50.26 (10.20)	51.65 (9.51)	50.77 (9.94)
มีปัญหาการนอน	83.8%	89.1%	85.7%
ด้านการไม่ยอมเข้านอน	10.48 (2.40)	11.39 (2.40)	10.81 (2.43)
มีปัญหาการนอน	52.5%	60.9%	55.6%
ด้านเวลาที่เริ่มนอน	1.68 (0.74)	1.59 (0.65)	1.64 (0.71)
มีปัญหาการนอน	16.2%	8.7%	13.5%
ด้านระยะเวลาในการนอน	5.09 (1.72)	5.5 (1.89)	5.24 (1.79)
มีปัญหาการนอน	40.0%	43.5%	41.3%
ด้านความวิตกกังวลในการเข้านอน	6.38 (2.07)	6.83 (2.00)	6.54 (2.05)
มีปัญหาการนอน	33.8%	47.8%	38.9%
ด้านการตื่นระหว่างกลางคืน	4.06 (1.22)	4.41 (1.36)	4.19 (1.28)
มีปัญหาการนอน	12.5%	23.9%	16.7%
ด้านปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ	3.8 (1.21)	4.07 (1.67)	3.9 (1.40)
มีปัญหาการนอน	20.0%	21.7%	20.6%
ด้านปัญหาพฤติกรรมการณ์นอนในช่วงระหว่างหลับ	9.40 (2.92)	9.46 (2.87)	9.42 (2.89)
มีปัญหาการนอน	23.8%	23.9%	23.8%
ด้านความง่วงระหว่างวัน	13.26 (3.44)	12.96 (3.1)	13.21 (3.34)
มีปัญหาการนอน	32.5%	17.4%	27.0%

ส่วนที่ 3 สุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก

ผลการประเมินด้วยแบบสอบถาม SCI พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกมีปัญหาการนอน ร้อยละ 57.1 ค่าคะแนน

เฉลี่ย 22.45 (SD = 6.45) และพบว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มสมาธิสั้นมีปัญหาการนอน ร้อยละ 61.2 สูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มออทิสติก ซึ่งมีปัญหาการนอน ร้อยละ 50 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก

ผลคะแนนแบบสอบถาม SCI	กลุ่มสมาธิสั้น	กลุ่มออทิสติก	รวม
คะแนนรวม mean (SD)	22.31 (7.29)	22.77 (6.47)	22.45 (6.45)
มีปัญหาการนอน	61.2%	50%	57.1%

ส่วนที่ 4 ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก

ผลการประเมินด้วยแบบสอบถาม ST-5 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและออทิสติก มีปัญหาความเครียด ร้อยละ 26.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย 5.35

(SD = 3.85) ผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีระดับความเครียด ค่าคะแนนเฉลี่ย 6.00 (SD = 2.99) สูงกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น มีระดับความเครียด ค่าเฉลี่ย 5.08 (SD = 3.78) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก

ผลคะแนนแบบประเมินความเครียด (ST- 5)	กลุ่มสมาธิสั้น	กลุ่มออทิสติก	รวม
คะแนนรวมเฉลี่ย mean (SD)	5.08 (3.78)	6.00 (2.99)	5.35 (3.85)
กลุ่มผู้ไม่มีปัญหาความเครียด	51.2%	26.1%	42.1%
กลุ่มผู้สงสัยมีปัญหาความเครียด	22.5%	47.8%	31.8%
กลุ่มผู้มีปัญหาความเครียด	26.2%	31.8%	26.2%

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกกับสุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแล

ปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.301$; $p < .01$) ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหา

การนอนมากขึ้น ผู้ดูแลจะมีคุณภาพการนอนลดลงอย่างชัดเจน และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านระยะเวลาในการนอน, ด้านปัญหาพฤติกรรม การนอนในช่วงระหว่างหลับ และด้านการตื่นในตอนเช้าและความง่วงระหว่างวัน มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกกับสุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแล

ปัญหาการนอนหลับผู้ป่วย	สุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแล		
	กลุ่มสมาธิสั้น	กลุ่มออทิสติก	รวม
คะแนนรวม	-0.267 *	-0.316 *	-0.301 **
ด้านการไม่ยอมเข้านอน/พฤติกรรมก่อนเข้านอน	-0.152 .	-0.040 .	-0.111 .
ด้านเวลาที่เริ่มนอน	-0.058 .	0.206 .	0.099 .
ด้านระยะเวลาในการนอน	-0.307 **	-0.194 .	-0.261 **

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกกับ
สุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแล (ต่อ)

	สุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแล		
ด้านความวิตกกังวลในการเข้านอน	-0.184 .	-0.221 .	-0.187 .
ด้านการตื่นระหว่างกลางคืน	-0.075 .	-0.329 *	-0.156 .
ด้านปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ	-0.166 .	-0.061 .	-0.130 .
ด้านปัญหาพฤติกรรมกรนอนในช่วงระหว่างหลับ	-0.231 *	-0.324 *	-0.262 **
ด้านการตื่นในตอนเช้าและความง่วงระหว่างวัน	-0.301 **	-0.381 **	-0.327***

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอน
ของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก
กับระดับความเครียดของผู้ดูแล

ปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น
และผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก มีความสัมพันธ์กับ
ระดับความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p = 0.362$; $p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านความวิตกกังวลในการเข้านอน, ด้านการตื่นระหว่าง
กลางคืน, ด้านปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ,
ด้านปัญหาพฤติกรรมกรนอนในช่วงระหว่างหลับ,
และด้านการตื่นในตอนเช้าและความง่วงระหว่างวัน
มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติกกับ
ระดับความเครียดของผู้ดูแล

	ระดับความเครียดของผู้ดูแล		
ปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วย	กลุ่มสมาธิสั้น	กลุ่มออทิสติก	รวม
คะแนนรวม	0.311 **	0.396 **	0.362 ***
ด้านไม่ยอมเข้านอน/พฤติกรรมก่อนการเข้านอน	0.070	0.067	0.092
ด้านเวลาที่เริ่มนอน	0.004	0.073	0.031
ด้านระยะเวลาในการนอน	0.145	0.277	0.209 *
ด้านความวิตกกังวลในการเข้านอน	0.173	0.311 *	0.236 **
ด้านการตื่นระหว่างกลางคืน	0.270 **	0.428 **	0.344 ***
ด้านปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ	0.267 *	0.298 *	0.270 **
ด้านปัญหาพฤติกรรมกรนอนในช่วงระหว่างหลับ	0.206	0.357 *	0.266 **
ด้านการตื่นในตอนเช้าและความง่วงระหว่างวัน	0.320 **	0.175	0.260 **

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าปัญหาการนอนเป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและออทิสติก โดยกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาการนอนหลับร้อยละ 83.8 คะแนนปัญหาการนอนหลับเฉลี่ย 50.26 ± 10.20 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ของ Bondopandhyay และคณะ⁶ ใน ค.ศ. 2024 รายงานว่า เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาการนอน ร้อยละ 82 คะแนนปัญหาการนอนเฉลี่ย 53.13 ± 10.46 และการศึกษาของ Bond และคณะ¹³ ใน ค.ศ. 2023 ได้รายงานเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาการนอน ร้อยละ 84 และในกลุ่มผู้ป่วยเด็กออทิสติกในการศึกษานี้มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 89.1 คะแนนปัญหาการนอนเฉลี่ย 51.65 ± 9.51 สอดคล้องกับการศึกษาของ Mannion และ Leader⁵ รายงานว่าผู้ป่วยเด็กออทิสติกมีปัญหาการนอนร้อยละ 95.3 และการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช ใน ค.ศ. 2020 รายงานผู้ป่วยเด็กออทิสติก มีปัญหาการนอนร้อยละ 88.5 คะแนนเฉลี่ย 48.70 ± 6.81 ⁷ ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาการนอนในด้านไม่ยอมเข้านอนมากที่สุด (ร้อยละ 52.5) รองลงมาคือ ด้านระยะเวลาการนอน ด้านความวิตกกังวลในการเข้านอน และความง่วงระหว่างวัน ตามลำดับ และในกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีปัญหาด้านไม่ยอมเข้านอนมากที่สุด (ร้อยละ 60.9) รองลงมาคือ ด้านความวิตกกังวลในการเข้านอน และด้านระยะเวลาการนอน ตามลำดับ จะพบได้ว่าปัญหาการนอนมีการแสดงออกลักษณะอาการย่อยของที่หลากหลาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bond และคณะ¹³ รายงานว่าปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นมักมีปัญหาด้านเวลาเริ่มนอน และด้านระยะเวลาการนอน และพบว่า ร้อยละ 64 ของผู้มีปัญหาการนอนเข้าเกณฑ์ลักษณะอาการย่อย 2 อาการขึ้นไป ปัญหาการนอนในเด็กกลุ่มนี้ เกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยด้านชีววิทยา และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาในผู้ป่วยเด็กออทิสติกชาวไทยที่โรงพยาบาลศิริราช ใน พ.ศ. 2563 พบว่า คือ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การ

มีเสียงรบกวนในห้องนอน อุณหภูมิอากาศในห้องนอน และการกินอาหารปริมาณมากก่อนนอน และปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ และอาการหงุดหงิดก้าวร้าว⁷ และผลการศึกษาปัญหาการนอนของเด็กออทิสติกในประเทศจีน ไม่พบความสัมพันธ์กับอาการหงุดหงิดก้าวร้าว แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง¹⁴ และมีการศึกษาพบว่ามีความผิดปกติของระดับเมลาโทนินในสมองของผู้ป่วยเด็กออทิสติกซึ่งทำให้มีผลต่อการทำงานของวงจรจังหวะรอบการหลับ-ตื่นของวัน (circadian rhythm) และพบว่าระดับของเมลาโทนินในสมองมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการแสดงโรคออทิสติกอีกด้วย¹⁵

สุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีสัดส่วนผู้มีปัญหาการนอนสูงถึง ร้อยละ 57.1 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มสมาธิสั้นมีสัดส่วนผู้มีปัญหาการนอน ร้อยละ 61.2 มากกว่าการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ ซึ่งใช้แบบประเมิน SCI เช่นกัน รายงานความชุกของปัญหาการนอนในผู้ดูแลของกลุ่มสมาธิสั้นอยู่ที่ ร้อยละ 36 แต่มีคะแนนปัญหาการนอนเฉลี่ย 19.08 ± 8.55 ใกล้เคียงกับคะแนนเฉลี่ยของการศึกษานี้ อธิบายได้ว่าเนื่องจาก มีการใช้เกณฑ์คะแนนการวินิจฉัยปัญหาการนอน (cut off) น้อยกว่า 16 คะแนน ต่ำกว่าเกณฑ์ของการศึกษานี้ ทำให้สัดส่วนผู้ดูแลที่มีปัญหาการนอนต่ำกว่า แม้คะแนนปัญหาการนอนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน⁶ ในการศึกษานี้ กลุ่มออทิสติกมีสัดส่วนผู้ดูแลที่มีปัญหาการนอนอยู่ที่ ร้อยละ 50 ซึ่งน้อยกว่าที่เคยมีการศึกษาของ Mannion และ Leader⁵ ใน ค.ศ. 2023 ที่รายงานผู้ดูแลมีปัญหาการนอน ร้อยละ 86.6 และรายงานว่าระดับความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นปัจจัยบ่งชี้ที่สำคัญของปัญหาการนอนหลับของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

ปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ดูแลเด็กโรคออทิสติก มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะการนอนหลับของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สุขภาวะการนอนของผู้ดูแลในกลุ่มสมาธิสั้น

มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านระยะเวลาในการนอน ด้านความง่วงระหว่างวัน และด้านปัญหาพฤติกรรม การนอนในช่วงระหว่างการนอนของผู้ป่วย ขณะที่ ในผู้ป่วยเด็กกลุ่มออทิสติก พบว่าปัญหาด้านระยะเวลา ในการนอน การตื่นระหว่างกลางคืน และด้านปัญหา พฤติกรรมการนอนในช่วงระหว่างการนอน มีผลต่อการ นอนหลับของผู้ดูแล แตกต่างจากการศึกษาในประเทศ ไอร์แลนด์⁶ ที่พบว่า ความวิตกกังวลในการเข้านอน การตื่นระหว่างกลางคืน และการไม่ยอมเข้านอน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้ป่วย สมาธิสั้น และปัญหาการไม่ยอมเข้านอน ความวิตก กังวลในการเข้านอน และระยะเวลาการนอนหลับ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการนอนหลับของผู้ดูแลของ เด็กออทิสติก¹⁶ เป็นที่น่าสังเกตที่การศึกษา ในต่างประเทศจะพบว่าพฤติกรรมช่วงก่อนเข้านอน เช่น การไม่ยอมเข้านอน หรือความวิตกกังวล ในการเข้านอน จะมีผลต่อคุณภาพการนอนของผู้ดูแล ขณะที่การศึกษานี้พบความสัมพันธ์กับลักษณะอาการ ในช่วงระหว่างการหลับ ได้แก่ ระยะเวลาในการนอน การตื่นระหว่างกลางคืน และด้านปัญหาพฤติกรรม การนอนในช่วงระหว่างการนอน ความแตกต่างนี้ อาจจะสะท้อนถึงความหลากหลายทางสังคม ความเชื่อ หรือค่านิยมในการเลี้ยงลูก มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วย ออทิสติกในประเทศไทยนอนร่วมห้องกับผู้ปกครอง เป็นส่วนใหญ่ถึง ร้อยละ 91.5 ขณะที่ในอเมริกา เด็กส่วนใหญ่มักจะนอนแยกห้องกับผู้ปกครอง ร้อยละ 78⁷ ซึ่งอาจจะมีผลให้ลักษณะอาการในช่วงระหว่าง การหลับ มีผลต่อผู้ปกครองในประเทศไทยมากกว่า

ปัญหาความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น อยู่ที่ ร้อยละ 26.3 และในกลุ่มออทิสติกมี ร้อยละ 31.8 และพบว่าปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น และผู้ป่วยเด็กโรคออทิสติก มีความสัมพันธ์กับระดับ ความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยปัญหาการตื่นระหว่างกลางคืนมีความ สัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลมากที่สุด มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาการนอน มีปัญหา ความเครียด ความวิตก และอาการซึมเศร้ามากกว่า

ผู้ดูแลของเด็กที่ไม่มีปัญหาการนอน^{17,18} ยังไม่ชัดเจน ว่าปัญหาการนอนของเด็กทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด เพิ่มขึ้น หรือความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นปัจจัยทำให้เกิด ปัญหาการนอนของเด็ก ในปัจจุบันมีแนวโน้มว่า ปัญหา การนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและโรคออทิสติก กับความเครียดของผู้ดูแลน่าจะมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ในทั้งสองทิศทาง¹⁷

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. งานวิจัยนี้มีการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ซึ่งอาจจะไม่สามารถสรุปเหตุ และผลได้ชัดเจนว่าปัญหาการนอนของผู้ป่วยเป็นสาเหตุ หรือเป็นผลต่อการนอนและความเครียดของผู้ดูแล

2. ปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ควบคุม เช่น ยาที่เด็กใช้ ภาวะร่วม ลักษณะครอบครัว เศรษฐฐานะ หรือชั่วโมง การทำงานของผู้ดูแล อาจมีผลต่อทั้งคุณภาพการนอน ของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและออทิสติก และความเครียด ของผู้ดูแล ซึ่งอาจมีผลต่อการแปลผลและทำนายความ สัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และออทิสติกต่อระดับความเครียดและปัญหาการนอน ในผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นและออทิสติก ควรได้รับการ ประเมินคัดกรองคุณภาพการนอนหลับและระดับ ความเครียดเป็นระยะ และควรสามารถเข้าถึงการดูแล รักษาตามความเหมาะสม

2. การต่อยอดการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุ และผล (cause and effect relationship) ระหว่าง ปัญหาการนอนหลับในเด็กกับปัญหาการนอนหลับใน ผู้ดูแลเป็นเรื่องที่ท้าทาย จำเป็นต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัย เชิงตามรอย (longitudinal design) ติดตามประเมิน คุณภาพการนอนของผู้ป่วยและผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินความสัมพันธ์เชิงเวลา ก่อนหลังได้ รวมถึงการศึกษาลงจากการให้การรักษា ปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยเด็ก ในวิธีการต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และลดระดับความเครียดของผู้ปกครองได้

สรุป

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาการนอนในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและออทิสติกมีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดและปัญหาการนอนในผู้ดูแล ดังนั้น เพื่อบรรเทาปัญหาการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ควรมีการประเมินปัญหาการนอนในผู้ป่วยกับผู้ดูแล และประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแล รวมทั้งติดตามประเมินซ้ำเป็นระยะ

เอกสารอ้างอิง

1. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Danielson ML, Bitsko RH, et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009–2017. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20190811. doi: 10.1542/peds.2019-0811.
2. Plubrukarn R, Piyasil V, Moungrnoi P, Tanprasert S, Chutchawalitsakul V. Trend study of autistic spectrum disorders at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *J Med Assoc Thai*. 2005;88(7):891–7.
3. Arrirak N, Sombuteyotha K, Bourneow C, Namwong T, Glangkarn S. Prevalence of ADHD and factors for parent's participation in the care of children with ADHD, Yasothon, Thailand. *J Educ Health Promot*. 2024;12:423. doi: 10.4103/jehp.jehp_475_23.
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นและออทิสติกเข้าถึงบริการ (workload) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 16 สิงหาคม 2568]; เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/spk/public/standard-report-detail/90ccfbfd92f7d1bdd89d0cfd8b4e46ec>
5. Mannion A, Leader G. Relationship between child sleep problems in autism spectrum disorder and parent mental health and well-being. *Sleep Med*. 2023;109:4–10. doi: 10.1016/j.sleep.2023.05.009.
6. Bondopandhyay U, McGrath J, Coogan AN. Associations between sleep problems in children with ADHD and parental insomnia and ADHD symptoms. *PLoS One*. 2024; 19(5):e0298377. doi: 10.1371/journal.pone.0298377.
7. ชีรวรา อินันท์, สุदारัตน์ ศิริศักย์พาณิชย์, จริยา ทะรักษา. ปัญหาการนอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กที่มีภาวะออทิสซึมสเปกตรัมที่รักษาในโรงพยาบาลศิริราช. 2563;59(1):52–64.
8. Mulraney M, Giallo R, Lycett K, Mensah F, Sciberras E. The bidirectional relationship between sleep problems and internalizing and externalizing problems in children with ADHD: a prospective cohort study. *Sleep Med*. 2016;17:45–51. doi: 10.1016/j.sleep.2015.09.019.
9. Han GT, Trevisan DA, Abel EA, Cummings EM, Carlos C, Bagdasarov A, et al. Associations between sleep problems and domains relevant to daytime functioning and clinical symptomatology in autism: A meta-analysis. *Autism Res*. 2022;15(7):1249–60. doi: 10.1002/aur.2758.
10. Disayawanwat P, Pityaratstian N. Development of children's sleep habit questionnaire Thai version. *Chula Med J*. 2016;60(3):297–312.

11. Pitakkittiporn A, Sithinamsuwan P. The development of sleep condition indicator (SCI) Thai version to diagnose and follow up Thai patients with insomnia. *Thai J Neur.* 2024;40(1):1–12.
12. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2551;16(3):177–85.
13. Bond L, McTiernan D, Connaughton M, Heron EA, Coogan AN, McGrath J. Sleep problems in children and adolescents in an attention deficit hyperactivity disorder service. *Ir J Psychol Med.* 2023;1–9. doi: 10.1017/ipm.2023.41.
14. Wang G, Liu Z, Xu G, Jiang F, Lu N, Baylor A, et al. Sleep disturbances and associated factors in Chinese children with autism spectrum disorder: A retrospective and cross-sectional study. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2016;47(2):248–58. doi: 10.1007/s10578-015-0561-z.
15. Rossignol DA, Frye RE. Melatonin in autism spectrum disorders. *Curr Clin Pharmacol.* 2014;9(4):326–34. doi: 10.2174/15748847113086660072.
16. Aral A, Bozkurt A, Usta MB. Child sleeping behaviors that influence sleep problems in parents of children with autism spectrum disorder: preliminary study. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 2015;25:S104–5.
17. Martin CA, Papadopoulos N, Chellev T, Rinehart NJ, Sciberras E. Associations between parenting stress, parent mental health and child sleep problems for children with ADHD and ASD: Systematic review. *Res Dev Disabil.* 2019;93:103463 doi: 10.1016/j.ridd.2019.103463.
18. Hayes SA, Watson SL. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2013;43(3):629–42. doi: 10.1007/s10803-012-1604-y.

