



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหाराชิ

Factors Affecting Quality of Life in Caregivers of Children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) at Child and Adolescent Psychiatric Clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH)

จินนпат ยอดไกรศรี*

Jinnapat Yodkraisri*

* กลุ่มงานจิตเวช กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชิ

* Psychiatric of Child and Adolescent Department of Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชิ และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชิ

วิธีการศึกษา ศึกษาผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการนัดหมายจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป กำหนดอายุระหว่าง 20 - 50 ปี ที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชิ ตั้งแต่ ธันวาคม 2563 - เมษายน 2564 จำนวน 345 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Wayne เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความเครียดในผู้ดูแล 3) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้การทดสอบ t-test , One-way ANOVA และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.1) อยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเครียดและพลังสุขภาพจิต ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ความเครียด สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มากที่สุด รองลงมาคือพลังสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ $-.567$ และ $.256$ ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 77.6 มีอำนาจในการพยากรณ์ (R^2) ได้ร้อยละ 60.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$

สรุป ความเครียด และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชิได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น คุณภาพชีวิต ความเครียด พลังสุขภาพจิต
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 7-20

Corresponding author: จินนпат ยอดไกรศรี

Email: jinnyleaw@gmail.com

วันรับ : 9 สิงหาคม 2564 วันแก้ไข : 8 พฤศจิกายน 2564 วันตอบรับ : 9 พฤศจิกายน 2564

Abstract

Objective: 1) To study quality of life in caregivers of children with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic , Queen Sirikit National Institute of Child Health and 2) to study factors affecting quality of life in caregivers of children with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health.

Methods: The samples were chosen from ADHD caregivers who had more than two appointments and were between the ages of 20 and 50 which are got services at child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health since December, 2020 - April, 2021. Wayne's formula was used to calculate sample sizes, and the sample size is 345. Four questionnaires were used as research methods, including 1) personal factors questionnaires, 2) parental stress questionnaires, 3) resilience quotient questionnaires, and 4) WHOQOL-BREF-THAI questionnaires. The statistics of percentage, mean, standard deviation were used to descript data, hypothesis test by Independent sample t-test, One-way analysis of variance, and multiple regression analysis.

Results: The quality of life of caregivers of children with ADHD most (55.1 percentages) are in non-good level in overall. The factors are affected quality of life are stress and resilience quotient. Stress can predict carers' quality of life at a high level following the resilience quotient, according to a multiple regression analysis test with a regression coefficient of -.567 and .256 respectively. The coefficient of multiple correlation coefficients (R) was at .776 and the coefficient of forecasting performance prediction (R^2) was 60.2 percentages at the statistical significance level of .05.

Conclusion: The stress and resilience quotient were significantly affected to quality of life of caregivers of children with ADHD at child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health

Keywords: ADHD, caregivers, quality of life, stress, resilience quotient

J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 7-20

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder--ADHD) เป็นโรคในวัยเด็กที่ส่งผลกระทบต่อเด็กทั่วโลก เป็นภาวะที่สำคัญต่อเด็ก ครอบครัว และผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง¹ อาการของโรคสมาธิสั้นนั้นส่งผลกระทบต่อในระดับลึกไม่เพียงแต่ต่อเด็กเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองและผู้ศึกษาในครอบครัวด้วย เช่น การมีลูกที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะเพิ่มปัญหาในครอบครัว การสมรส และการเลี้ยงดูประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูบุตรลดลงและเพิ่มระดับความเครียดของผู้ปกครองมากขึ้น²⁻⁴ ครอบครัวที่มีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้นนั้นย่อมก่อให้เกิดภาวะวิกฤติแก่ผู้ปกครองและครอบครัว เนื่องจากผู้ปกครองต้องรับภาระในการเลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient หรือ RQ) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นตัวช่วยให้ครอบครัวฝ่าฟันปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้⁵ พลังสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุดของผู้ปกครองในการรับมือกับโรคสมาธิสั้นและปัญหาต่างๆ ที่เป็นผลมาจากโรคสมาธิสั้นของเด็ก ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความทนทานต่อสภาวะกดดัน จัดการกับความเครียดได้ดี มีทักษะในการแก้ปัญหาได้ดีหาทางออกได้อย่างเหมาะสม⁶ และส่งผลต่อเนื่องไปยังการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล เช่น ครอบครัว การทำงาน เพื่อนฝูง เศรษฐกิจ สังคม การเมือง เป็นต้น แต่ในหลายๆ การศึกษา พบว่าสภาวะการเจ็บป่วยมีอิทธิพลสำคัญมากที่สุดปัจจัยหนึ่งต่อคุณภาพชีวิตในหลายๆ ด้าน ซึ่งจากแบบฟอร์มคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยส่งผลกระทบต่อทั้งทางอารมณ์และ

ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมในครอบครัว ความอบอุ่นของผู้ปกครองน้อยลง ในขณะที่ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และโรควิตกกังวลของผู้ปกครองมีระดับสูงขึ้น^{2,4,7-12} มีบางงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เช่น งานวิจัยของ Xiang, Luk, & Lai³ โดยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในฮ่องกง จำนวน 77 คน พบว่า ผู้ปกครองของเด็กที่มีสมาธิสั้นมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นความรุนแรงของอาการทางอารมณ์และสมาธิสั้น/ขาดสมาธิ และมีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ คุณภาพชีวิตในรายด้าน ตั้งแต่หนึ่งด้านขึ้นไป ในขณะที่ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือนต่อเดือน และการมีโรคประจำตัวของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตตั้งแต่หนึ่งด้านขึ้นไป⁹ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เช่น งานวิจัยของ กมลนันทน์ คล่องดี พัทธินันท์ นินทจันทร์ และโสภิติน แสงอ่อน¹³ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 138 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กเฉลี่ย 40.83 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดสูงกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยมี 69 คน (ร้อยละ 50) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล เช่น งานวิจัยของ Karimirad, Seyedfatemi, Dehkordi, and Barasteh¹⁴ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางใจและคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิต จำนวน 238 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วย โดยความยืดหยุ่นทางใจมีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴

ทั้งนี้ การศึกษาคุณภาพชีวิต ความเครียด และพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่แพร่หลายมากนัก โดยการศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การศึกษาในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ได้รับความเจ็บป่วยทางจิตใจ หรือมีการศึกษาในเด็กออทิสซึม/ออทิสติก เด็กที่มีปัญหาบกพร่องทางการเรียนและเป็นการศึกษาในรายปัจเจกแยกส่วนกัน ซึ่งจากการค้นคว้าวรรณกรรมทางวิชาการยังไม่พบว่ามีการวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิต ความเครียด และพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกันทั้ง 3 ปัจจัย ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 3 มาทำการศึกษาร่วมกันโดยใช้ความเครียดและพลังสุขภาพจิตเป็นตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

จากเหตุผลและความจำเป็นข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยสามารถนำไปใช้ในการดูแลให้คำปรึกษาผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องและตรงจุดมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการนัดหมายจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป กำหนดอายุระหว่าง 20 - 50 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 345 ราย ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) และการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Wayne การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้า

ร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนบุตร และ ผู้เลี้ยงดูหลัก (ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก)

2) แบบสอบถามความเครียดในผู้ดูแล (Parental Stress) พัฒนาโดย Berry and Jones¹⁵ ซึ่ง ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูลและจุฑามาศ พายจะโปะ¹⁶ ได้แปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น แบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ปานกลาง เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง การคิดคะแนนในข้อคำถามเชิงบวก เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม คะแนนในข้อคำถามที่เชิงลบ เท่ากับ 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 18 - 90 คะแนน การแปลความหมาย คือ คะแนนสูง หมายถึง มีความเครียดในการดูแลเด็กสูง เครื่องมือได้รับการทดสอบว่ามีความเชื่อมั่นที่ดี Cronbach's alpha Coefficient = 0.89 และค่าความตรง (Validity) = 0.94¹³

3) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต⁶ เป็นแบบวัดพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานด้านอารมณ์, ด้านกำลังใจ, ด้านการจัดการกับปัญหา รวมทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น แบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่จริงจริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และ จริงมาก การคิดคะแนนในข้อคำถามเชิงบวก เท่ากับ 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม คะแนนในข้อคำถามที่เป็นลบ เท่ากับ 4 3 2 และ 1 แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และคำถามเชิงลบ 5 ข้อ การแปลคะแนนพลังสุขภาพจิตโดยรวมมีค่าตั้งแต่ 20 - 80 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

| รายด้าน | ค่าคะแนนพลัง สุขภาพจิตดีเยี่ยม | ค่าคะแนนพลัง สุขภาพจิตปกติ | ค่าคะแนนพลัง สุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ |
|--------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| ความทนทานทางอารมณ์ | มากกว่า 34 | 27-34 | น้อยกว่า 27 |
| กำลังใจ | มากกว่า 19 | 14-19 | น้อยกว่า 14 |
| การจัดการกับปัญหา | มากกว่า 18 | 13-18 | น้อยกว่า 13 |
| โดยรวม | มากกว่า 69 | 55-69 | น้อยกว่า 55 |

เครื่องมือได้รับการทดสอบว่ามีความเชื่อมั่นที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha Coefficient = 0.749 และค่าความตรง (Validity) = 0.70⁶

4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief- Thai; WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ¹⁷ ศึกษาใน 4 องค์ประกอบ คือ ร่างกาย จิตใจ

ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ โดยวัดในรูปแบบการประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็ก น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ในการคิดคะแนนในข้อคำถามเชิงบวก เท่ากับ 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม คะแนนในข้อคำถามที่เชิงลบ เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าตั้งแต่ 26-130 คะแนน แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ

| องค์ประกอบรายด้าน | คุณภาพชีวิตไม่ดี | คุณภาพชีวิตปานกลาง | คุณภาพชีวิตดี |
|------------------------|------------------|--------------------|---------------|
| ด้านสุขภาพร่างกาย | 7-16 | 17-26 | 27-35 |
| ด้านจิตใจ | 6-14 | 15-22 | 23-30 |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | 3-7 | 8-11 | 12-15 |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | 8-18 | 19-29 | 30-40 |
| โดยรวม | 26-60 | 61-95 | 96-130 |

เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วว่ามีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่นที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha Coefficient = 0.84¹⁷

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science) นำเสนอข้อมูลคุณภาพชีวิตเป็นค่าเฉลี่ยและระดับคุณภาพชีวิตเป็นค่าร้อยละ ทำการทดสอบระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยใช้ t-test , one-way ANOVA และวิเคราะห์ค่าอิทธิพลการพยากรณ์ได้ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธี enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.7 (ตารางที่ 1) มีอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 55.7 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 40.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.3 รายได้ครอบครัวต่อเดือน (รวมทุกคนในบ้าน) 15,000-30,000 บาท ร้อยละ 39.7 มีจำนวนบุตร 2-3 คน ร้อยละ 58.2 พ่อแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 70.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 39 | 11.3 |
| หญิง | 306 | 88.7 |
| อายุ | | |
| 20-30 ปี | 38 | 11.0 |
| 31-40 ปี | 115 | 33.3 |
| 41-50 ปี | 192 | 55.7 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 70 | 20.3 |
| มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า | 141 | 40.9 |
| อนุปริญญา - ปริญญาตรี | 123 | 35.7 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 11 | 3.1 |
| สถานภาพสมรส | | |
| แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน | 253 | 73.3 |
| หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ | 92 | 26.7 |
| รายได้ครอบครัวต่อเดือน (รวมทุกคนในบ้าน) | | |
| ต่ำกว่า 15,000 บาท | 113 | 32.7 |
| 15,000 - 30,000 บาท | 137 | 39.7 |
| 30,001 - 50,000 บาท | 54 | 15.7 |
| มากกว่า 50,001 บาทขึ้นไป | 41 | 11.9 |
| จำนวนบุตร (เฉพาะบุตรของพ่อ-แม่เด็กสมาธิสั้น) | | |
| 1 คน | 128 | 37.1 |
| 2 - 3 คน | 201 | 58.2 |
| 4 - 5 คน | 14 | 4.1 |
| 6 คน ขึ้นไป | 2 | .6 |
| ผู้เลี้ยงดูหลัก (ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก) | | |
| พ่อหรือแม่ | 244 | 70.7 |
| ปู่ย่า-ตายาย | 83 | 24.1 |
| ลุงป้า-น้าอา | 15 | 4.3 |
| อื่น ๆ | 3 | .9 |

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

| ความเครียด | ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ (possible range) | ค่าพิสัยที่ได้จากข้อมูล (actual range) | Mean | S.D. |
|------------------|--|---|-------|------|
| ภาพรวมความเครียด | 18-90 | 54-78 | 67.58 | 4.47 |

จากตาราง 2 คะแนนความเครียดโดยใช้เกณฑ์คะแนนรวมตามมาตรฐานแบบวัด ซึ่งมีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ 18 - 90 คะแนน การแปลผล คือ ยิ่งคะแนนรวมสูง หมายความว่า มีความเครียดสูง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอก

จิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีมีความเครียดในภาพรวมเฉลี่ย 67.58 คะแนน (mean = 67.58; S.D. = 4.47) เมื่อพิจารณาค่าพิสัยที่ได้จากข้อมูล พบว่า อยู่ระหว่าง 54 - 78 คะแนน

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

| ระดับพลังสุขภาพจิต | Mean± SD | ต่ำกว่าปกติ | | ปกติ | | ดีเยี่ยม | |
|---------------------|------------|-------------|--------|-------|--------|----------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความทันทานทางอารมณ์ | 23.14±3.21 | 292 | 84.6 | 52 | 15.1 | 1 | 0.3 |
| กำลังใจ | 10.97±1.98 | 311 | 90.1 | 34 | 9.9 | - | - |
| การจัดการกับปัญหา | 11.23±1.58 | 266 | 77.1 | 79 | 22.9 | - | - |
| โดยรวม | 45.34±4.93 | 331 | 95.9 | 14 | 4.1 | - | - |

จากตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเท่ากับ 45.34 คะแนนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.9) อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความ

ทันทานทางอารมณ์เท่ากับ 23.14 คะแนน ด้านกำลังใจเท่ากับ 10.97 และด้านการจัดการกับปัญหา 11.23 คะแนน ระดับพลังสุขภาพจิตแต่ละด้านอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

| ระดับคุณภาพชีวิต | Mean±SD | ไม่มี | | ปานกลาง | | ดี | |
|------------------------|------------|-------|--------|---------|--------|-------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ด้านร่างกาย | 15.48±2.45 | 235 | 68.1 | 110 | 31.9 | - | - |
| ด้านจิตใจ | 13.80±2.47 | 244 | 70.7 | 97 | 28.1 | 4 | 1.2 |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | 6.64±1.28 | 260 | 75.4 | 85 | 24.6 | - | - |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | 17.95±3.27 | 179 | 51.9 | 166 | 48.1 | - | - |
| โดยรวม | 59.73±6.16 | 190 | 55.1 | 155 | 44.9 | - | - |

จากตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเท่ากับ 59.73 คะแนนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.1) อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตไม่มี เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้าน

ร่างกายเท่ากับ 15.48, ด้านจิตใจเท่ากับ 13.80 คะแนน ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเท่ากับ 6.64 คะแนน และด้านสิ่งแวดล้อม 17.95 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตไม่มี

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศและสถานภาพ) กับคุณภาพชีวิต

| | ปัจจัย | คุณภาพชีวิต | | t-test for Equality of Means | | |
|---------|--------------------------------|-------------|--------|------------------------------|---------|--|
| | | Mean ± SD | t | df | p-value | |
| เพศ | ชาย (n = 39) | 2.20 ± 0.21 | -0.653 | 47.668 | .517 | |
| | หญิง (n = 306) | 2.23 ± 0.20 | | | | |
| สถานภาพ | แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (n = 253) | 2.23 ± 0.20 | 1.441 | 155.368 | .152 | |
| | หย่าร้าง/หม้าย/แยกกัน (n = 92) | 2.20 ± 0.21 | | | | |

จากตาราง 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามเพศและสถานภาพ กับคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ

และสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ค่า p-value = .517, .152 ตามลำดับ)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ,ระดับการศึกษา,รายได้ครอบครัวต่อเดือน,จำนวนบุตรและผู้เลี้ยงดูหลัก) กับคุณภาพชีวิต

| ปัจจัย | แหล่งความแปรปรวน | SS | df | MS | F | p-value |
|--|------------------|---------|-----|-------|-------|---------|
| อายุ | ระหว่างกลุ่ม | 15.168 | 30 | .506 | 1.071 | .370 |
| | ภายในกลุ่ม | 148.195 | 314 | .472 | | |
| | Total | 163.362 | 344 | | | |
| ระดับการศึกษา | ระหว่างกลุ่ม | 13.486 | 30 | .450 | .681 | .898 |
| | ภายในกลุ่ม | 207.209 | 314 | .660 | | |
| | Total | 220.696 | 344 | | | |
| รายได้ครอบครัวต่อเดือน (รวมทุกคนในบ้าน) | ระหว่างกลุ่ม | 33.002 | 30 | 1.100 | 1.165 | .258 |
| | ภายในกลุ่ม | 296.465 | 314 | .944 | | |
| | Total | 329.467 | 344 | | | |
| จำนวนบุตร (เฉพาะบุตร ของพ่อ-แม่เด็กสมาธิสั้น) | ระหว่างกลุ่ม | 11.667 | 30 | .389 | 1.183 | .240 |
| | ภายในกลุ่ม | 103.260 | 314 | .329 | | |
| | Total | 114.928 | 344 | | | |
| ผู้เลี้ยงดูหลัก (เฉพาะบุตร ของพ่อ-แม่เด็กสมาธิสั้น) | ระหว่างกลุ่ม | 11.449 | 30 | .382 | 1.038 | .415 |
| | ภายในกลุ่ม | 115.409 | 314 | .368 | | |
| | Total | 126.858 | 344 | | | |

จากตาราง 6 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนบุตร และผู้เลี้ยงดูหลัก กับคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนบุตร และผู้เลี้ยงดูหลักต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ค่า p -value = .370, .898, .258, .240, และ .415 ตามลำดับ)

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณระหว่างความเครียด พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต ($n = 345$)

| ปัจจัย | คุณภาพชีวิต (QoL) | | | |
|---|-------------------|--|----------|---------|
| | B | β | t | p-value |
| ค่าคงที่ | 3.485 | | 15.152 | .000 |
| ความเครียด | -.464 | -.567 | -11.428* | .000 |
| พลังสุขภาพจิต | .212 | .256 | 5.156* | .000 |
| R = .776 ^a , R ² = .602, F = 267.182, | | Adjusted R ² = .599, SE _e = .12911 | | |

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณระหว่างความเครียด พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า ความเครียด และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบัน

สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้ โดยความเครียดสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มากที่สุด รองลงมาคือ พลังสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ -.567 และ .256 ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 77.6 มีอำนาจในการพยากรณ์ (R²) ได้ร้อยละ 60.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเผชิญกับความยากลำบาก ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ความวิตกกังวลหรือความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดกับเด็กมาก เช่น พ่อแม่ นอกเหนือไปจากความกังวลเกี่ยวกับอาการสมาธิสั้นแล้ว ยังมีความกังวลที่เกี่ยวข้องกับการเรียนและการใช้ชีวิตในโรงเรียนหรือในสังคมของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย อีกทั้งยังมีความกังวลในเรื่องส่วนตัวของผู้ดูแลเอง ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบที่เกิดกับหน้าที่การงาน ชีวิตสมรส สัมพันธภาพกับครอบครัวหรือสังคม การหาเวลาเพื่อตนเองที่น้อยลง หรือการเข้าสังคมพบปะเพื่อนฝูงลดน้อยลง อันเป็นเหตุมาจากการต้องให้เวลาในการดูแลบุตรหลานที่เป็นสมาธิสั้นเป็นหลัก ในบางรายอาจมีความรู้สึกถึงภาระที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสุข ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตลดลงหรือไม่ดีในหลายๆ ด้าน สอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการ อาทิ Zhong, et al.¹⁸ Hastrup, et al.¹⁹ Ho, et al.²⁰ Rachel, et al.²¹ Golińska and Bidzan²² Bartoszek, et al.²³ ที่ระบุว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีพื้นฐานมาจากด้านต่างๆ หลายด้าน เช่น การรับรู้ตนเอง ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลของความเครียดเรื้อรัง การรับมือกับสิ่งต่างๆ ตลอดจนสุขภาพร่างกาย (เช่น ภาวะที่เกิดจากการใช้ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกมากเกินไป) และสุขภาพของจิตใจ (เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความผิดปกติของการนอนหลับ) ซึ่งการมีผู้ป่วยในครอบครัวมักส่งผลกระทบต่อการทำงานของทั้งครอบครัว การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ทำให้เกิดการเสียสมดุลของชีวิต และทำให้การทำงานยุ่งเหยิงขาดระเบียบ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงบทบาททาง

สังคม วิถีชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนความคาดหวังและแผนการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งสิ้น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความเชื่อมโยงกับภาวะที่มีเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ Thirumoorthy et al.²⁴ ที่นำเสนอว่า ภาวะของผู้ดูแลมีผลกระทบในหลายปัจจัย อาทิ ด้านจิตใจ ร่างกาย สังคม การเงินและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีปัญหากจากส่วนอื่นๆ ของชีวิตอาจทำให้บทบาทของการเป็นผู้ดูแลนั้นหนักหนาขึ้น สำหรับผู้ดูแลที่มีอายุมากอาจเป็นปัญหาที่ทำให้บทบาทของการเป็นผู้ดูแลทำได้ยากขึ้น ปัญหาทางด้านสังคมของผู้ดูแล คือ มักมีเวลาอยู่ร่วมกับเพื่อนและวงสังคมน้อยลง เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากเกิดปัญหาในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้น และติดต่อกับเพื่อนฝูงน้อยลง ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Andrade et al.⁴ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลมาตรฐานโดยผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในบราซิลมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ โดยสรุป ผู้ป่วยสมาธิสั้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) จำนวนบุตร และผู้เลี้ยงดูหลักไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ปัจจัยส่วนบุคคลนั้นอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลนั้นมีความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นทางญาติสายตรง ได้แก่ พ่อแม่ ลุงป้า-น้าอา ปู่ย่า-ตายาย ย่อมต้องการดูแลเด็กซึ่งเป็นสมาชิก

คนสำคัญในครอบครัวของตนเอง ปัจจุบันผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายและสะดวก นอกจากนี้ การดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นสามารถทำได้จากการเรียนรู้และการให้คำแนะนำจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ซึ่งสามารถหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมตามข้อจำกัดหรือความต้องการของผู้ดูแลที่เหมาะสมได้ เช่น การดูแลเด็กสมาธิสั้นในกรณีที่เป็นครอบครัวเดียว การทำความเข้าใจกับผู้ปกครองในระดับการศึกษาต่างๆ ให้เข้าใจวิธีการดูแลบุตรหลานสมาธิสั้น หรือการแนะนำเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาบุตรหลานสมาธิสั้นในสถานพยาบาลอื่นๆ ตามขอบเขตของรายได้ของครอบครัว เป็นต้น ดังนั้น ไม่ว่าจะปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) จำนวนบุตร และผู้เลี้ยงดูหลักจึงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ก็สามารถมีความพร้อมและเข้าใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ มีการเตรียมตัวเพื่อที่จะดูแลเด็กสมาธิในแนวทางที่แต่ละคนจะสามารถรับมือได้ ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Xiang, Luk & Lai⁹ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในฮ่องกง โดยพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือนต่อเดือน และการมีโรคประจำตัวของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต อาจมีปัจจัยอื่นอีกมากมายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ความรุนแรงของอาการ ADHD, Co-morbidity, การตอบสนองต่อการรักษา เป็นต้น

ความเครียด และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้ โดยความเครียดสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มากที่สุด รองลงมาคือ พลังสุขภาพจิต ซึ่งความเครียดส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องอาศัยทั้งทักษะ ความรู้ เวลา พลังกำลังและความเอาใจใส่จากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจมาจากการจัดการกับ

พฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาต่างๆ ของเด็กที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่มาจากการแสดงออกทางอารมณ์ของเด็กที่อาจทำให้ผู้ดูแลรับมือได้ยาก นอกจากนี้ การดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นนั้นต้องอาศัยระยะเวลาที่ยาวนานตามความรุนแรงของอาการของเด็ก ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าของผู้ดูแล การมีเวลาและความยืดหยุ่นในชีวิตน้อยลง ความคาดหวังที่สูงและความกดดันจากครอบครัวหรือครอบครัวข้างในการดูแลเด็กให้หายหรือมีอาการดีขึ้นสามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสมและเรื้อรังได้ ความเครียดที่สูงขึ้นส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง ไม่ว่าจะจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกาย การเจ็บป่วยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ การรับมือขอภาระหน้าที่อื่นๆ เช่น การทำงาน หรือการทำงานบ้าน ชีวิตส่วนตัว เป็นต้น สุขภาพทางใจ อาทิ โอกาสในการได้พักผ่อนคลายเครียด การมีความสงบ เป็นต้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมีความเครียดที่มากขึ้นหรืออยู่ในระดับสูงสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง ในทางตรงกันข้ามการมีความเครียดน้อยหรืออยู่ในระดับต่ำสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดของสมัย ศิริทองถาวร และคณะ²⁵ ที่ระบุว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวอย่างเข้าใจและเอาใจใส่ ซึ่งพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการแก้ปัญหา เนื่องจากอาการสมาธิสั้นมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนในการดูแลรักษา เช่นเดียวกับ Deater-Deckard²⁶ ที่นำเสนอว่า ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นอาจไม่แน่ใจว่าจะจัดการกับเด็กอย่างไร พฤติกรรมและปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการสมาธิสั้นของเด็กจึงส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลเด็ก จนเกิดเป็นความเครียดขึ้น สอดคล้องกับ Garcia Castellar et al.²⁷ ที่นำเสนอว่า เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลควบคุมพฤติกรรมต่างๆ ในการเลี้ยงดูเด็ก การพาเด็กไปรับการรักษา การให้ยา การมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจ

ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ เช่น ความขัดแย้งกันภายในครอบครัว การใช้ชีวิตในสังคมที่ต้องลดลงเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลบุตร หรือไม่สามารถพาบุตรออกไปทำธุระด้วยได้ เพราะปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่อาจควบคุมไม่ได้ และ Minkoff²⁸ ได้นำเสนอว่า ความเครียดจากความยากลำบากที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลมากมายต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงทั้งของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว

พลังสุขภาพจิตส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลต้องอาศัยทั้งพลังแรงกายแรงใจในการรับมือและดูแลเด็ก การปรับตัวเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่อาจทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้ผู้ดูแลมีปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจหลายประการ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ทั้งจากพฤติกรรมและอาการของเด็กสมาธิสั้น ความรับผิดชอบและความกดดันจากหลายสิ่งรอบตัว ซึ่งผลกระทบที่เกิดจากสภาวะทางอารมณ์ดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ กำลังใจถดถอย ทำให้พลังใจหรือพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลถดถอยลงได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องแบกรับภาระหน้าที่หลายอย่าง ทั้งการดูแลเด็ก การดูแลครอบครัว การทำหน้าที่สามีภรรยา รวมถึงการทำงานและสังคมส่วนตัว เมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือพลังใจถดถอยก็ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงได้จากการไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพพอ หรือการต้องละทิ้งหน้าที่ หรือการสูญเสียชีวิตบางส่วนไป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมีพลังสุขภาพจิตที่มากขึ้นหรืออยู่ในระดับสูง สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามการมีพลังสุขภาพจิตน้อยหรืออยู่ในระดับต่ำสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงได้ สอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการ อาทิ Zauszniewski, et al.²⁹ Mohammadi, et al.³⁰ Wilks and Croom³¹ Chou and Hunter³² Mautner, et al.³³ Van Riper³⁴ Chappell and Dujela³⁵ Grant and Whittell³⁶ ที่ระบุว่าปัจจัย

ต่างๆ เช่น ความกดดันในการดูแลผู้ป่วย ความผิดปกติของครอบครัว ความรู้สึกถูกตีตรา และการพึ่งพาของผู้ป่วย ล้วนส่งผลเสียต่อพลังใจของผู้ดูแลและส่งผลต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และบางครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ผลจากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลจะเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงพลังสุขภาพจิตของตัวผู้ดูแล ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา นักวิจัยมีความพยายามอย่างมากในการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตและได้ระบุว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยนักวิจัยต่างมีความต้องการใช้พลังสุขภาพจิตสำหรับเพิ่มความยืดหยุ่นในระดับบุคคลและเพิ่มความเข้มแข็งในระดับครอบครัว และสอดคล้องกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิต⁶ ที่ระบุว่า พลังสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุดของผู้ปกครองในการรับมือกับโรคสมาธิสั้นและปัญหาต่างๆ ที่เป็นผลมาจากโรคสมาธิสั้นของเด็ก ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความทนทานต่อสภาวะกดดัน จัดการกับความเครียดได้ดี มีทักษะในการแก้ปัญหาได้ดีหาทางออกได้อย่างเหมาะสม และส่งผลต่อเนื่องไปยังการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและครอบครัว ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Karimirad et al.¹⁴ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางใจและคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิต พบว่า ความยืดหยุ่นทางใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีข้อสรุปที่ว่า ความยืดหยุ่นทางใจเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต โดยความยืดหยุ่นทางใจนั้นสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้

สรุป

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.1) อยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยความเครียด สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มาก

ที่สุด รองลงมาคือ พลังสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ $-.567$ และ $.256$ ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 77.6 มีอำนาจในการพยากรณ์ (R^2) ได้ร้อยละ 60.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดกรอบการให้คำปรึกษาการแนะนำหรือการปรับพฤติกรรมในกลุ่มผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้สามารถรับมือและดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะช่วยให้การรักษาอาการสมาธิสั้นในเด็กประสบผลสำเร็จมากขึ้น ลดภาระผู้ปกครองและบุคลากรในกรณีที่ต้องรักษาเด็กเป็นระยะเวลาานาน ซึ่งเมื่อคนไข้รายเก่าประสบความสำเร็จในการรักษา จะมีจำนวนลดลงก็จะช่วยให้บุคลากรมีเวลาในการดูแลคนไข้รายใหม่ได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรทำศึกษาตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตในบริบทที่ต่างออกไป อาทิ การศึกษาในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานพยาบาลอื่น หรือการศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่ประสบปัญหาอื่น เช่น ในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อตรวจสอบผลการวิจัยในหลากหลายบริบทให้ครอบคลุมมากขึ้น

3. ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มเติม เช่น การเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อขยายผลการวิจัยให้มีขอบเขตกว้างขวางขึ้น

4. ควรมีการศึกษาตัวแปรความเครียด พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต ในเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การทำ Focus group และการสัมภาษณ์ หรือการศึกษาในรูปแบบการทดลองเข้าไปรณรงค์เพื่อนำผลก่อน-หลังมาเปรียบเทียบกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและผลการวิจัยที่มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พญ.ศิริรัตน์ อุฬารัตินนท์ และ พญ.ถิรพร ตั้งจิตติพร ที่ให้การสนับสนุนอย่างเต็มประสิทธิภาพ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ให้ความอนุเคราะห์และความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าของงานวิชาการ งานวิจัยทั้งที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้กล่าวถึงที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Harazni L, Alkaissi A. The experience of mothers and teachers of attention deficit / hyperactivity disorder children, and their management practices for the behaviors of the child a descriptive phenomenological study. J Educ Pract 2016; 7(6): 1-21.
2. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Arch Dis Child 2005; 90(Suppl 1): i2-i7.
3. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJS, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry 2010; 19: 83-105.
4. Andrade ME, Geha ML, Duran P, Suwvan R, Machado F, Conceição do Rosário M. Quality of life in caregivers of ADHD children and diabetes patients. Front Psychiatry 2016; 7(127): 1-6.
5. Watthong A, Techameena S. The effect of the E&R Program on mental health of caregivers of children with developmental and intellectual

- disabilities Rajanukun Development Center (Muangkae) Rajanukun Institute. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2011.
6. Department of Mental Health. Turn bad into good RQ: Resilience Quotient. Nonthaburi: Office of Social Psychology Mental Health, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2009.
 7. Göz F, Karaoz S, Goz M, Ekiz S, Cetin I. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. *J Clin Nurs* 2007; 16: 1353-60.
 8. Xiang Y-T, Luk ESL, Lai KYC. Quality of life in parents of children with attention-deficit-hyperactivity disorder in Hong Kong. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43: 731-8.
 9. Coghill D. The impact of medications on quality of life in attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *CNS Drugs* 2010; 24: 843-66.
 10. Coghill D, Danckaerts M, Sonuga-Barke E, Sergeant J. Practitioner review: quality of life in child mental health - conceptual challenges and practical choices. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50: 544-61.
 11. Kim Y, Kim B, Chang J-S, Kim B-N, Cho S-C, Hwang J-W. Parental quality of life and depressive mood following methylphenidate treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2014; 68(7): 506-14.
 12. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *Eur J Pediatr* 2012; 171: 271-80.
 13. Klongdee K, Nintachan P, Sangon S. Factors related to parenting stress in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2016; 30(1): 52-68.
 14. Karimirad RM, Seyedfatemi N, Dehkordi HA, Barateh S. The relationship between resilience and quality of life in family caregivers of patients with mental disorders. *J Clin Diagn Res* 2018; 12(11): 4-8.
 15. Berry JO, Jones WH. The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *J Soc Pers Relat* 1995; 12(3): 463-72.
 16. Kongsaktrakul C, Payjapoh C. Psychological properties and dimensions of the Parental Stress Scale, Thai version. The Research of Ramathibodi School, Faculty of Medicine Ramathibodi, Mahidol University; 2015.
 17. Mahatnirunkul S, Tuntipivanakul W, Pumpisarnchai W, Vongsuwan K, Pornmanagirunkul R. Comparison of the WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF (26 times J Ment Health Thai. 1998; 5: 4-15.
 18. Zhong M, Peppard R, Velakoulis D, Evans HA. The relationship between specific cognitive defects and burden of care in Parkinson's disease. *Int psychogeriatrics*. 2016; 28: 275-81.
 19. Hastrup LH, Van den Berg B, Hansen GD. Do informal caregivers in mental illness feel more burdened? a comparative study of mental versus somatic illnesses. *Scand J Public Health* 2011; 39: 598-607.
 20. Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A. Impact of caregiving on health and quality of

- life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and non-caregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64: 873-9.
21. Rachel W, Datka W, Zyss T. Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie alzheimera. *Gerontol Pol* 2014; 22: 14-23 (in Polish).
 22. Golińska P, Bidzan M. Poczucie obciążenia opiekunów osób z chorobą Parkinsona. *Przegląd badań. Geriatria* 2017; 11: 22-8 (in Polish).
 23. Bartoszek A, Gałęziowska E, Hanna KaChaniuk BŚ, Piasecka K, dEluGa A, domżał-drzEwiCka R, Kocka K, NowiCki G. Quality of life and burden of informal caregivers providing care for patients with low function agility in the home environment. *Fam Med Prim Care Rev* 2019; 21(1): 12-6.
 24. Thirumorthy A, Saraswati Devi P, Thennarusu K. Quality of life among the caregivers of persons living with cancer. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*. 2016; 21(2): 23-30.
 25. Sirithongthaworn S, Itsarapong P, Kanjanarat P, Sonsingh W, Sarakan K, Pila S, Pattanakitkosol P, Kamduang N. The manual of ADHD children screening and behavioral adjustment for parents. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI), Ministry of Public Health; 2017.
 26. Deater-Deckard K. Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clin Psychol Sci Pr* 1998; 5(3): 314-32.
 27. García Castellar R, Roselló B, Mulas F, Tárraga-Mínguez R. The role played by parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol* 2003; 36(supl.1): 79-84.
 28. Minkoff NB. An assessment of the burden of illness and proposed initiatives to improve outcomes. *Am J Manag Care* 2000; 15(5): 151-59.
 29. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nurs Clin North Am* 2010; 45(4): 613-26.
 30. Mohammadi N, HassanpourDehkordi A, NikbakhatNasrabadi A. Iranian patients with chronic hepatitis struggle to do self-care. *Life Sci J* 2013; 10 (1): 457- 62.
 31. Wilks SE, Croom B. Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging Ment Health* 2008; 12(3): 357-65.
 32. Chou LN, Hunter A. Factors affecting quality of life in Taiwanese survivors of childhood cancer. *J Adv Nurs* 2009; 65(10): 2131-41.
 33. Mautner E, Stern C, Deutsch M, Nagele E, Greimel E, Lang U, et al. The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: an observational cohort study. *Health Qual Life Outcomes* 2013; 11(1): 1.
 34. Van Riper M. Families of children with Down syndrome: responding to "a change in plans" with resilience. *J Pediatr Nurs* 2007; 22(2): 116-28.
 35. Chappell NL, Dujela C. Caregiving: predicting at-risk status. *Can J Aging* 2008; 27(2): 169-79.
 36. Grant G, Whittell B. Differentiated coping strategies in families with children or adults with intellectual disabilities: The relevance of gender, family composition and the life span. *J Appl Res Intellect Disabil* 2000; 13(4): 256-75.