

ความเครียดและลักษณะการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก

มัทนียา จำปาพันธุ์*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนครนายก

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความเครียด ลักษณะการเลี้ยงดูเด็ก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด ในผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลผู้ปกครองของผู้ป่วยนอก อายุ 6 - 18 ปี คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก ในช่วงเดือนมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 96 ราย เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ปกครองและครอบครัว ข้อมูลการรักษา และใช้แบบประเมินความเครียดผู้ปกครองและแบบประเมินการเลี้ยงดู Alabama parenting questionnaire ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ T-test, Pearson's correlation และ Multiple linear regression

ผลการศึกษา ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 55.2 เป็นผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 60.4 มีระดับความเครียดเฉลี่ย 41.1 คะแนน หมวดการเลี้ยงดูที่เข้าเกณฑ์เป็นปัญหามากที่สุดคือการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ร้อยละ 56.1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในผู้ปกครองคือการมีโรคประจำตัว ($p\text{-value} = 0.026$) และลักษณะการเลี้ยงดูเชิงลบมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรง ในขณะที่การเลี้ยงดูเชิงบวกมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับระดับความเครียดในผู้ปกครอง การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบการเลี้ยงดูเชิงบวกหมวดบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี ($p\text{-value} = 0.010$) และการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ($p\text{-value} = 0.011$) แปรผกผันกับระดับความเครียดของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผู้ปกครองที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นควรได้รับการประเมินความเครียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรคประจำตัว เพราะความเครียดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับลักษณะการเลี้ยงดูเด็ก

คำสำคัญ เด็ก วัยรุ่น สุขภาพจิต การเลี้ยงดู

Corresponding author: มัทนียา จำปาพันธุ์

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนครนายก

E-mail: enoopimka@hotmail.com,

วันรับ 30 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข 28 กุมภาพันธ์ 2568 วันตอบรับ 4 มีนาคม 2568

Parental Stress and Parenting Patterns among Parents of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders at Nakhon Nayok Hospital

Matthaneeya Jumpapan*

*Department of Mental Health and Addiction, Nakhon Nayok Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the level of stress, parenting patterns, and factors associated with stress among parents of children and adolescent psychiatric patients at Nakhon Nayok Hospital.

Methods: This is a cross-sectional descriptive survey. Data were collected from parents of outpatients aged 6 - 18 at the child and adolescent psychiatry clinic, Nakhon Nayok Hospital, between June and December 2023. A total of 96 parents participated. Data on demographics of parents and their children as well as their family and treatment history were collected. The parental stress scale and the Alabama parenting questionnaire (Thai version) were used to assess stress levels and parenting patterns. Data was analyzed using t-tests, Pearson's correlation, and multiple linear regression.

Results: Most of the parents were mothers (55.2%), and 60.4% were parents of children and adolescents diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The average parental stress score was 41.1 points. The most common parenting problem was parental involvement (56.1%). Factors associated with parental stress included having an underlying illness ($p = 0.026$). Moreover, negative parenting patterns were positively correlated with stress, whereas positive parenting patterns were inversely correlated with stress levels. In the multiple analysis, positive parenting patterns, particularly positive parenting practices ($p = 0.010$) and parental involvement ($p = 0.011$), were significantly associated with lower parental stress.

Conclusion: Parents attending the child and adolescent psychiatry clinic should be screened for stress, especially those with underlying illnesses, as parental stress is associated with parenting patterns.

Keywords: children, adolescents, mental health, parenting

Corresponding author: Matthaneeya Jumpapan

E-mail: enoopimka@hotmail.com,

Received: 30 December 2024 Revised: 28 February 2025 Accepted: 4 March 2025

บทนำ

โรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นโรคที่มีความผิดปกติมาจากหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ เช่น ความผิดปกติของการทำงานของสมอง ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น พัฒนาการด้านจิตใจหรือความคิดที่เติบโตไม่สมวัย ปัจจัยทางด้านสังคม เช่น รูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ ความเครียดจากการปรับตัวกับการเรียน ครู หรือเพื่อนที่โรงเรียน เป็นต้น ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อกันและกัน จนทำให้เกิดอาการที่ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง เกิดเป็นโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในที่สุด^{1,2}

ความเครียดของผู้ปกครอง หมายถึง สถานการณ์ที่ผู้ปกครองต้องเผชิญกับความท้าทายหรือปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหรือเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงการรับมือกับเด็กในหลายด้าน เช่น การเงิน การศึกษา และการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ปกครองเอง ความเครียดของผู้ปกครองสามารถเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางด้านเด็ก ได้แก่ ช่วงอายุของเด็ก เพศของเด็ก พันธุกรรม ปัญหาพฤติกรรม และโรคประจำตัวของเด็ก ปัจจัยทางด้านผู้ปกครอง ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สุขภาพจิต และโรคประจำตัวของผู้ปกครอง ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตสมรส แรงสนับสนุนในสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็ก และลักษณะรูปแบบในการดำรงชีวิต เป็นต้น³⁻⁹

ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 ทั่วโลกได้เผชิญกับวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ทำให้ลักษณะรูปแบบการดำรงชีวิตของเด็กและผู้ปกครองต้องเปลี่ยนแปลง จากลักษณะรูปแบบการดำรงชีวิตตามปกติมาเป็นรูปแบบใหม่ (new normal) ที่หลีกเลี่ยงการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างใกล้ชิด เรียกว่าการรักษาระยะห่างทางสังคม (social isolation) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เด็กและผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการเรียนรู้และการทำงานเป็นรูปแบบออนไลน์ที่สามารถทำอยู่ที่บ้านได้¹⁰ จึงทำให้ผู้ปกครองหลายคนต้องเลี้ยงดูช่วยเหลือเรื่องการเรียนรู้และการทำการบ้านส่งโรงเรียนของเด็กในรูปแบบออนไลน์ ควบคู่ไปกับการที่ตนเองต้องประกอบอาชีพอยู่ที่บ้านด้วยกันกับเด็กเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับสภาวะเศรษฐกิจที่เสื่อมถอยในช่วงนั้นทำให้เกิดปัญหาการว่างงาน¹¹ มีความกังวลการติดเชื้อจากคนใกล้ชิด มีการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญในครอบครัวจากโรคโควิด-19 รวมทั้งผู้ปกครองและเด็กไม่สามารถผ่อนคลายทางจิตใจหรือมี

กิจกรรมทางกาย (physical activity) นอกบ้านได้เหมือนเดิม ขาดกำลังใจหรือการสนับสนุนทางสังคม สิ่งเหล่านี้ได้ส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้นมากกว่าในช่วงก่อนเกิดวิกฤตโควิด^{3,12} การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ปกครองมีความเครียดมากถึงร้อยละ 55¹³ และมีความทุกข์ของโรคซึมเศร้าวิตกกังวล ปัญหาการนอนหลับ การใช้ยาเสพติดต่างๆ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทางจิตใจในผู้ปกครองที่มากขึ้น¹⁴ ส่งผลให้เกิดปัญหาในครอบครัวและปัญหาในการเลี้ยงดูเด็กมากมาย เช่น ผู้ปกครองไม่สามารถให้ความรักความอบอุ่น และเอาใจใส่ดูแลตอบสนองความต้องการของลูกได้อย่างเหมาะสมและทันที่^{15,16} ปล่อยปละละเลยไม่สนใจบุตร มีการทะเลาะเบาะแว้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มากขึ้น เด็กเห็นพฤติกรรมที่ผู้ปกครองแสดงความก้าวร้าวต่อกันและกัน คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองที่เปลี่ยนไปในเชิงลบ มีรายงานการเลี้ยงดูแบบเข้มงวด (authoritarian style) หรือการเลี้ยงดูแบบตามใจ (indulgent style) ที่มากขึ้น มีการกำกับวินัยเด็กไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้หน้าจอ (screen time) ของเด็กที่เพิ่มสูงขึ้น หรือใช้รูปแบบการลงโทษควบคุมที่รุนแรงมากขึ้น ปัญหาในครอบครัวและลักษณะการเลี้ยงดูเด็กในรูปแบบที่กล่าวมานี้ส่งผลทำให้ความทุกข์ของโรควิตกกังวล ซึมเศร้า พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง (NSSI) ปัญหาการทารุณกรรมเด็กและการใช้ความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นมากในช่วงเวลานั้น^{10,12,16-30}

แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีมาตรการผ่อนปรนให้ประชาชนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับสภาวะปกติเหมือนช่วงก่อนเกิดวิกฤตโควิด-19 แล้วก็ตาม แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความเครียดของผู้ปกครอง และลักษณะการเลี้ยงดูเด็กภายหลังจากที่วิกฤตโควิด-19 ได้ผ่านพ้นไปนั้นเป็นอย่างไร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญที่ต้องการดำเนินการศึกษาวิจัยในคลินิก เพื่อสำรวจระดับความเครียดของผู้ปกครอง ลักษณะการเลี้ยงดู และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ปกครอง เพื่อนำความรู้ที่ได้มาช่วยเหลือผู้ปกครองกับครอบครัวให้เลี้ยงดูเด็กในคลินิกอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เกิดผลดีต่อเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลในผู้ป่วยและ

ผู้ปกครองของผู้ป่วย อายุ 6 - 18 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลนครนายก มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น อายุ 6 - 18 ปี ที่เข้ารับบริการที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลนครนายก และสามารถอ่านเขียนหรือเข้าใจภาษาไทย เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยในหรือรับการรักษาที่แผนกอื่นๆ นอกจากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลนครนายก และไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม หรือมีการขอยกเลิกข้อมูลภายหลัง

คำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากงานวิจัยของ Elizabeth L. Adams (2021)¹³ ซึ่งมาใช้ในการคำนวณสูตรประชากรตัวอย่าง (infinite population proportion)³¹ ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1 - \frac{\infty}{2} p(1-p)}{d^2}$$

$$Z = 1.96, P = 0.55, d = 0.1, \alpha = 0.05$$

ดังนั้น ได้จำนวนประชากรในการศึกษาครั้งนี้ อย่างต่ำ 96 คน

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนครนายก เลขที่อนุมัติ REC no. 05/2566

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ฉบับ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองเป็นผู้กรอกข้อมูล ข้อมูลของเด็กประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวทางกาย ผลการเรียน และข้อมูลของผู้ปกครองและครอบครัวประกอบด้วย ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กในปัจจุบัน การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพ ระยะเวลาที่ได้เคยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว วันจันทร์ - วันศุกร์ และวันเสาร์ - วันอาทิตย์ รายได้และหนี้สินของครอบครัว ผู้ใช้สารเสพติดในครอบครัว ผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ในปัจจุบัน โดยใช้ข้อความถามว่า "ในปัจจุบัน ท่านยังคงได้รับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ในด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัวหรือไม่" และให้ผู้ปกครองเขียนเครื่องหมายถูกลงในช่องสี่เหลี่ยมว่าได้รับผลกระทบ หรือไม่ได้รับผลกระทบ

2. แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจากใบเวชระเบียน ประกอบไปด้วย ระยะเวลาตั้งแต่เริ่ม

วินิจฉัย การวินิจฉัยโรคหลัก ความรุนแรงของโรค (อ้างอิงการวินิจฉัยตาม DSM-5 จากการวินิจฉัยของแพทย์ที่มีการบันทึกในแฟ้มประวัติหรือเวชระเบียน) ชนิดของยาที่ใช้รักษา และชนิดของการรักษาด้วยการบำบัด

3. แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย แบ่งเป็น 6 หมวดหลัก 42 ข้อย่อย ลักษณะของคำตอบในแต่ละข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ คิดคะแนนดังนี้ ไม่เคย = 1 คะแนน, แทบจะไม่เคย = 2 คะแนน, บางครั้ง = 3 คะแนน, บ่อย = 4 คะแนน, บ่อยมาก = 5 คะแนน โดยมีหมวดหลัก ดังนี้ 1) บทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices; PP) 6 ข้อ (problem cutoff ≤ 21 คะแนน) 2) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) 10 ข้อ (problem cutoff ≤ 35 คะแนน) 3) การขาดการดูแลสั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision; PM) 10 ข้อ (problem cutoff ≥ 18 คะแนน) 4) การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (inconsistent discipline; ID) 6 ข้อ (problem cutoff ≥ 18 คะแนน) 5) การลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment; CP) 3 ข้อ (problem cutoff ≥ 7 คะแนน) 6) การใช้กฎระเบียบแบบอื่นๆ (other discipline; OD) 7 ข้อ (ไม่คิดคะแนนเนื่องจากเป็นข้อคำถามเพิ่มเติมที่วัดการใช้กฎระเบียบและการลงโทษที่เฉพาะเจาะจงที่นอกเหนือไปจากหมวดอื่น) โดยหมวดที่ 1 และ 2 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูทางบวก (positives parenting) และหมวดที่ 3 - 5 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูทางลบ (negative parenting) เครื่องมือได้รับการทดสอบว่ามีความเชื่อมั่นที่ดีในหมวด PP, PI, PM และ ID Cronbach's alpha coefficient > 0.7 ²⁶

4. แบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแล (parental stress scale) พัฒนาโดยแบร์รี่และโจนส์ (Berry & Jones, 1995) ซึ่งขึ้นฤติคงศักดิ์ตระกูล และ จุฑามาศ พายะโปะ ได้แปลเป็นภาษาไทย²⁷ ข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ โดยข้อคำถามด้านบวกมีจำนวน 8 ข้อ คือ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17 และ 18 เนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ทางด้านอารมณ์ (emotional benefits) การเพิ่มคุณค่าในตัวเอง (self-enrichment) และการพัฒนาตนเอง (personal development) ข้อคำถามด้านลบมีจำนวน 10 ข้อ คือข้อ 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และ 16 เนื้อหาประกอบด้วย ความต้องการแหล่งสนับสนุน (demands on resources) โอกาสเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายและข้อจำกัด (opportunity costs and restrictions) ลักษณะของคำตอบในแต่ละข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ เครื่องมือได้รับการทดสอบว่ามีความเชื่อมั่นที่ดี Cronbach's alpha coefficient = 0.89 และ

ค่าความตรง (validity) = 0.94 เกณฑ์ในการให้คะแนน กำหนดดังนี้

ข้อคำถามด้านบวก	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	คิดเป็น 5 คะแนน
	ไม่เห็นด้วยมาก	คิดเป็น 4 คะแนน
	ปานกลาง	คิดเป็น 3 คะแนน
	เห็นด้วยมาก	คิดเป็น 2 คะแนน
	เห็นด้วยมากที่สุด	คิดเป็น 1 คะแนน
ข้อคำถามด้านลบ	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	คิดเป็น 1 คะแนน
	ไม่เห็นด้วยมาก	คิดเป็น 2 คะแนน
	ปานกลาง	คิดเป็น 3 คะแนน
	เห็นด้วยมาก	คิดเป็น 4 คะแนน
	เห็นด้วยมากที่สุด	คิดเป็น 5 คะแนน

คิดคะแนนโดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมพิสัย 18 - 90 โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลเด็ก

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS Version 22 โดยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าเฉลี่ยของเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ปกครองกับหมวดต่างๆ ในแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) และวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariable analysis) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูในรูปแบบต่างๆ กับความเครียดของผู้ปกครอง โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเป็นปัจจัยกวนระหว่างความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วยการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลของเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว

จากแบบสอบถามทั้งหมด 120 ชุด พบว่ามีผู้ปกครองที่ยินยอมตอบแบบสอบถามและเข้าข่ายเกณฑ์คัดเข้า จำนวนทั้งสิ้น

96 ราย เป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการรักษา ข้อมูลของเด็กประกอบด้วย เพศชาย 65 คน (ร้อยละ 67.7) เพศหญิง 31 คน (ร้อยละ 32.3) มีอายุเฉลี่ย 11.2 ± 3.6 ปี (6 - 18 ปี) อายุตั้งแต่ 6 - 12 ปี มีจำนวน 64 คน (ร้อยละ 66.7) อายุตั้งแต่ 13 - 18 ปี มีจำนวน 32 คน (ร้อยละ 33.3) ส่วนใหญ่สิทธิการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 86.5) มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 82.3) เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01 - 4.00 (ร้อยละ 29.2) ข้อมูลของผู้ปกครองและครอบครัว พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นแม่ (ร้อยละ 64.6) การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 44.8) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 31.3) อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 41.7) ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 31.3) ระยะเวลาทำงานเฉลี่ยวันละ 8.8 ± 4.0 ชั่วโมง (0 - 24 ชั่วโมง) เด็กมีเวลาอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว วันจันทร์ - วันศุกร์ เฉลี่ยวันละ 8.3 ± 7.5 (2 - 24 ชั่วโมง) และเด็กมีเวลาอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัววันเสาร์ - วันอาทิตย์ เฉลี่ยวันละ 16.9 ± 11.8 ชั่วโมง (1 - 24 ชั่วโมง) พบว่าในครอบครัวมีผู้ใช้สารเสพติด ร้อยละ 19.8 ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติโควิด-19 ในปัจจุบัน (ร้อยละ 51.0) ดังแสดงในตารางที่ 1

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาดังแต่เริ่มวินิจฉัยเฉลี่ย 14.8 ± 15.0 เดือน (1 เดือน - 5 ปี) ส่วนใหญ่วินิจฉัยโรคหลักเป็น Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ร้อยละ 60.4 รองลงมาคือโรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.6 ระดับความรุนแรงของโรคเป็น moderate (ร้อยละ 80.2) ชนิดของยาที่ใช้รักษาส่วนใหญ่คือ stimulant (ร้อยละ 58.3) และพบชนิดของการรักษาด้วยการบำบัดแบบ behavioural modification (ร้อยละ 69.8) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลคะแนนในหมวดต่างๆ จากแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย

พบว่าจำนวนผู้ปกครองในหมวดการเลี้ยงดูต่างๆ ที่มีคะแนนเข้าเกณฑ์เป็นปัญหามากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement, PI) ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือการลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment; CP) ร้อยละ 46.6 การขาดการดูแลสั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision; PM) ร้อยละ 44.2 การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด ร้อยละ 35.4 และบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี ร้อยละ 27.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลของเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อมูลเด็ก		อาชีพหลักของผู้ปกครอง	
เพศของเด็ก		ข้าราชการ	4 (4.2%)
ชาย	65 (67.7%)	ค้าขาย	20 (20.8%)
หญิง	31 (32.3%)	เกษตรกร	8 (8.3%)
ช่วงอายุของเด็ก		รับจ้าง	40 (41.7%)
ช่วงอายุ 6 – 12 ปี	64 (66.7%)	อื่นๆ	19 (19.8%)
ช่วงอายุ 13 – 18 ปี	32 (33.3%)	รายได้ของครอบครัว (รายเดือน)	
สิทธิการรักษา		< 5,000 บาท	11 (11.5%)
ข้าราชการ/เบิกจ่ายตรง	8 (8.3%)	5,000 – 10,000 บาท	30 (31.3%)
บัตรทอง	83 (86.5%)	10,001 – 15,000 บาท	18 (18.8%)
เงินสด	1 (1.0%)	15,001 – 20,000 บาท	12 (12.5%)
บัตรผู้พิการ	1 (1.0%)	> 20,000 บาท	20 (20.8%)
โรคประจำตัวทางกายของเด็ก		หนี้สินของครอบครัว	
ไม่มี	79 (82.3%)	มี	58 (60.4%)
มี	9 (9.4%)	ไม่มี	36 (37.5%)
ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ย)		ในครอบครัวมีผู้ใช้สารเสพติด	
1.01 – 2.00	14 (14.6%)	มี	19 (19.8%)
2.01 – 3.00	24 (25.0%)	ไม่มี	76 (79.2%)
3.01 – 4.00	28 (29.2%)	ผู้ปกครองได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ในปัจจุบัน	
ยังไม่ได้เกรดเฉลี่ย	12 (12.5%)	ไม่ได้รับผลกระทบ	27 (28.1%)
ข้อมูลผู้ปกครองและครอบครัว		ได้รับผลกระทบ	49 (51.0%)
ผู้ปกครองในปัจจุบัน		ข้อมูลการเจ็บป่วย	
พ่อ	7 (7.3%)	ระยะเวลาการรักษาตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัย	14.8 ± 15.0
แม่	53 (55.2%)	(เดือน) (Mean ± SD) (Min - Max)	(1 เดือน – 5 ปี)
พ่อ/แม่เลี้ยง	2 (2.1%)	การวินิจฉัยโรคหลัก	
ปู่ ย่า ตา ยาย	33 (34.4%)	attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)	58 (60.4%)
ลุง ป้า น้า อา	1 (1.0%)	major depressive disorder (MDD)	14 (14.6%)
การศึกษาของผู้ปกครอง		multiple substance use disorder	6 (6.2%)
ไม่ได้ศึกษา	2 (2.1%)	oppositional defiance disorder (ODD)	5 (5.2%)
ประถมศึกษา	23 (24.0%)	learning disabilities (LD)	3 (3.1%)
มัธยมศึกษา	43 (44.8%)	intellectual disability (ID)	2 (2.1%)
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	21 (21.9%)	autistic spectrum disorder (ASD)	2 (2.1%)
ปริญญาโท	1 (1.0%)	other	2 (2.1%)
ปริญญาเอก	1 (1.0%)	obsessive compulsive disorder (OCD)	1 (1.0%)
โรคประจำตัวของผู้ปกครอง		generalized anxiety disorder (GAD)	1 (1.0%)
มี	30 (31.3%)	adjustment disorder with depressed mood	1 (1.0%)
ไม่มี	65 (67.7%)	social anxiety disorder	1 (1.0%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลของเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ความรุนแรงของโรค	
mild	2 (2.1%)
moderate	77 (80.2%)
severe	13 (13.5%)
ชนิดของยาที่ใช้รักษา	
stimulant	56 (58.3%)
selective serotonin reuptake inhibitor	19 (19.8%)
antipsychotic	14 (14.6%)
benzodiazepine	15 (15.6%)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ชนิดของการรักษาด้วยการบำบัด	
supportive psychotherapy	17 (17.7%)
cognitive behavioural therapy	8 (8.3%)
family counselling	43 (44.8%)
crisis intervention	14 (14.6%)
behavioural modification	67 (69.8%)
motivation interview	3 (3.1%)
social skill training	14 (14.6%)

ตารางที่ 2 ผลคะแนนในหมวดต่างๆ จากแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย

หมวด	Mean	SD	จำนวน (ร้อยละ) ที่เข้าเกณฑ์เป็นปัญหา
parental involvement; PI	34.3	6.2	46 (56.1)
corporal punishment; CP	5.8	2.4	41 (46.6)
poor parental monitoring/ supervision; PM	18.6	7.5	38 (44.2)
inconsistent discipline; ID	15.7	3.5	29 (35.4)
positive parenting practices; PP	22.7	4.3	24 (27.6)
other discipline; OD	14.6	3.7	

ผลคะแนนความเครียดของผู้ปกครองจากแบบสอบถาม
ความเครียดของผู้ดูแล (parental stress scale)

พบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ปกครองรวมเท่ากับ 41.1 คะแนน (คะแนนรวมพิสัยระหว่าง 18 - 90) โดยพบคะแนนความเครียดต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน คะแนนความเครียดสูงสุดเท่ากับ 63 คะแนน ค่าคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 40 คะแนน และค่าคะแนนฐานนิยมเท่ากับ 40 คะแนน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของคะแนนความเครียดของผู้ปกครองกับปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครอบครัว และสังคม โดยวิธี Independent sample t-test

ในการศึกษาที่พบปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครอบครัว และสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ปกครองในคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการที่ผู้ปกครองมีโรคประจำตัว (p-value = 0.026) ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ปกครองและคะแนนในหมวดต่างๆ ของแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครองโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันหรือ Pearson's correlation coefficient

ในการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของความเครียดของผู้ปกครองในลักษณะแปรผันตรงกับลักษณะการเลี้ยงดูรูปแบบขาดการดูแลสั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/ supervision; PM) การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (inconsistent discipline; ID) และการลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment; CP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.006, < 0.001, < 0.001 ตามลำดับ) แต่พบความสัมพันธ์ของความเครียดของผู้ปกครองในลักษณะแปรผกผันกับบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices; PP) และการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001, < 0.001 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของคะแนนความเครียดของผู้ปกครองกับปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว โดยวิธี Independent sample t-test

ปัจจัย	N	Mean	SD	t	p-value
เพศของเด็ก				-0.970	0.335
ชาย	58	40.3	10.1		
หญิง	28	42.4	8.9		
ช่วงอายุของเด็ก				0.373	0.710
ช่วงอายุ 6 – 12 ปี	57	41.3	9.5		
ช่วงอายุ 13 – 18 ปี	29	40.4	10.4		
โรคประจำตัวทางกายของเด็ก				-1.763	0.082
มี	8	46.7	7.6		
ไม่มี	71	40.6	9.5		
โรคประจำตัวของผู้ดูแลหลัก				-2.266	0.026*
มี	26	44.6	9.2		
ไม่มี	59	39.5	9.6		
หนี้สินของครอบครัว				-1.051	0.296
มี	52	41.9	10.1		
ไม่มี	33	39.7	9.5		
ในครอบครัวมีผู้ใช้สารเสพติด				-1.762	0.082
มี	16	44.9	9.9		
ไม่มี	69	40.2	8.3		
เด็กเคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการป่วยทางจิตเวช				-0.253	0.801
เคย	8	41.9	10.0		
ไม่เคย	73	41.0	9.5		
ผู้ปกครองได้รับผลกระทบจากโควิด-19 ในปัจจุบัน				-1.572	0.120
ไม่ได้รับผลกระทบ	27	43.3	9.1		
ได้รับผลกระทบ	49	39.7	10.0		

*p < 0.05

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ปกครองและคะแนนในหมวดต่างๆ ของแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครองโดยควบคุมปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครอบครัว และสังคม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression)

เมื่อทำการศึกษาโดยควบคุมตัวแปรต้นอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครอบครัว และสังคม ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเครียดในตัวผู้ปกครอง ทั้งที่พบในเชิงทฤษฎีจากการศึกษาอื่นๆ และที่พบจากการศึกษานี้ ได้แก่ เพศของเด็ก ช่วงอายุของเด็ก โรคประจำตัวทางกายของเด็ก การศึกษาของผู้ปกครอง โรคประจำตัวของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว ผลกระทบจาก

สถานการณ์โควิด-19 ในปัจจุบัน กลับพบว่าค่าคะแนนความเครียดของผู้ปกครองในคลินิกสัมพันธ์กับเฉพาะค่าคะแนนการเลี้ยงดูในหมวดบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices; PP) และการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น (p-value = 0.010, 0.011 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นช่วงภายหลังจากการประกาศยกเลิกการปิดประเทศ (lockdown) เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาด

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ปกครอง และแบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ฉบับภาษาไทยในหมวดต่างๆ โดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันหรือ Pearson's correlation coefficient

ปัจจัย	Pearson Correlation	p-value
PSS กับ positive parenting practices	-0.351	0.001*
PSS กับ parental involvement	-0.441	< 0.001*
PSS กับ poor parental monitoring/supervision	0.302	0.006*
PSS กับ inconsistent discipline	0.432	< 0.001*
PSS กับ corporal punishment	0.379	< 0.001*
PSS กับ other discipline	0.326	0.004*

*p < 0.05

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ปกครองและคะแนนการเลี้ยงดูในหมวดต่างๆ ของผู้ปกครองโดยควบคุม ปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง และครอบครัว วิเคราะห์สถิติโดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression)

หมวดการเลี้ยงดู	b	SE	Beta	t	p-value
positive parenting practices; PP	-0.887	0.326	-0.388	-2.722	0.010*
parental involvement; PI	-0.622	0.234	-0.385	-2.652	0.011*
poor parental monitoring/supervision; PM	0.253	0.176	0.213	1.438	0.158
inconsistent discipline; ID	0.589	0.473	0.201	1.246	0.220
corporal punishment; CP	0.034	0.566	0.009	0.061	0.952

*p < 0.05

ของโควิด-19 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565) พบความชุกของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นมากที่สุด ร้อยละ 60.4 รองลงมาคือโรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.6 ความชุกและสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้ ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าในคลินิกช่วงเดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2565 ซึ่งยังมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อยู่ โดยพบความชุกของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมากที่สุด ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือโรคซึมเศร้า ร้อยละ 20.0³⁴ เนื่องจากระยะเวลาการรักษาโรคทางจิตเวชในเด็กนั้นขึ้นอยู่กับการปฏิบัติ เช่น ชนิดของโรค ความรุนแรงของอาการ การตอบสนองต่อการรักษาของแต่ละบุคคล ปัจจัยสนับสนุนทางด้านครอบครัวและสังคม เป็นต้น จึงทำให้การรักษาโรคทางจิตเวชในเด็กมักต้องการการรักษาและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว จึงทำให้สัดส่วนความชุกที่ได้นั้นมีความใกล้เคียงกัน

เมื่อวัดระดับความเครียดของผู้ปกครองในคลินิกพบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดในผู้ปกครองเป็น 41.1 คะแนน แตกต่างจากการศึกษาของจินณพัทธ์⁴ ที่ศึกษาความเครียดในผู้ดูแลเด็กในช่วงที่มีสถานการณ์โควิด-19 ที่พบค่าเฉลี่ยสูงถึง 67.58 แต่ใกล้เคียงกับ

การศึกษาในประเทศไทยในช่วงก่อนสถานการณ์โควิด-19 ของกมลนันท์³⁵ ที่พบค่าเฉลี่ยความเครียดในผู้ดูแลเด็กเป็น 40.83 เนื่องจากภายหลังการประกาศยกเลิกสถานการณ์โควิด-19 ในปี พ.ศ. 2565 เด็กและผู้ปกครองสามารถกลับไปใช้รูปแบบการดำรงชีวิตในลักษณะเดิมเหมือนในช่วงก่อนสถานการณ์โควิด-19 และ ยังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจากทางภาครัฐและเอกชน จึงทำให้ความเครียดของผู้ปกครองลดลงจนกลับมาใกล้เคียงกับการศึกษาในช่วงก่อนสถานการณ์โควิด-19 งานวิจัยนี้ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการที่ผู้ปกครองมีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีโรคทางจิตเวชจะมีความเครียดสูง และถ้าผู้ปกครองมีโรคประจำตัวของตนเองร่วมด้วย ก็จะพบระดับความเครียดที่มากกว่าผู้ปกครองของเด็กทั่วไป หรือผู้ปกครองของเด็กที่มีโรคทางจิตเวชที่ไม่มีโรคประจำตัว^{5,36-40}

เมื่อประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครองในคลินิก โดยใช้แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting

Questionnaire (APQ) ฉบับภาษาไทย พบว่าจำนวนผู้ปกครองในหมวดที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับแรก คือการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) รองลงมา คือการลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment; CP) และการขาดการดูแลสั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision; PM) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศว่าเป็นลักษณะการเลี้ยงดูที่พบได้บ่อยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น โดยผู้ปกครองที่ขาดการดูแลสั่งสอนเด็ก ขาดการมีส่วนร่วมกับเด็กอย่างเพียงพอหรือปล่อยปละละเลยเด็ก มีเวลาในการเลี้ยงดูน้อย ไม่สม่ำเสมอ⁴¹⁻⁴³ มีทัศนคติการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กในแต่ละช่วงวัย ขาดการดูแลเอาใจใส่ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กทั้งทางด้านร่างกายหรือจิตใจ มีอารมณ์ผูกพันกับเด็กน้อยหรือผิดปกติ⁴⁴ มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกันเองระหว่างผู้ปกครองหรือผู้ปกครองกับเด็กที่ยังเรื้อรัง^{45,46} และใช้การกำกับดูแลพฤติกรรมหรือการลงโทษที่รุนแรงไม่เหมาะสม (harsh punishment) หรือใช้การลงโทษทางร่างกาย เช่น การตบ ตี หรือทำร้ายร่างกาย สิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวมีระบบการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ปกติ (dysfunctional family system) ส่งผลกระทบต่อเด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและความเสี่ยงของการเกิดโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชที่เพิ่มสูงขึ้น⁴⁰⁻⁴⁴ กว่าเด็กกลุ่มอื่นที่ผู้ปกครองเอาใจใส่ดูแลสั่งสอนเด็กอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และใช้การปรับพฤติกรรมเชิงบวกในการกำกับดูแลพฤติกรรมเด็ก^{36,37,47}

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนความเครียดของผู้ปกครองกับค่าคะแนนการเลี้ยงดูในแต่ละหมวดของผู้ปกครองในคลินิกพบว่า ความเครียดของผู้ปกครองในคลินิกมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูทุกหมวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ปกครองที่มีความเครียดจะมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูในหมวดเชิงบวก (positive parenting practice กับ parental involvement) ที่ลดลง แต่จะมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูในหมวดเชิงลบ (poor parental monitoring/supervision, inconsistency discipline, corporal punishment) ที่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของเอพิธนา³² ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนในแบบทดสอบ PHQ9 ของผู้ปกครอง กับค่าคะแนนในแต่ละหมวดการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการศึกษาความสัมพันธ์โดยควบคุมปัจจัยในตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครอบครัว และสังคม พบว่ามีเพียง positive parenting practice และ parental involvement

ซึ่งเป็นการเลี้ยงดูในหมวดเชิงบวกที่ยังคงมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับระดับความเครียดของผู้ปกครองในคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ^{7,48-53} ที่พบว่าผู้ปกครองที่มีความเครียดจะมีการเลี้ยงดูในเชิงบวกที่ลดลง ทั้งในเรื่องของการมีบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี และการเข้ามามีส่วนร่วมของพ่อแม่ เนื่องจากผู้ปกครองที่เครียดมักจะหมกหมุ่นกับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง จึงมีการรับรู้หรือมีส่วนร่วมกับเด็กที่น้อยลง รวมถึงมีการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กอย่างไม่เหมาะสม⁸ ทั้งทางด้านการสื่อสารและการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น ขาดการสื่อสารเชิงบวก หรือการเสริมแรงทางบวก (positive reinforcement) โดยการแสดงพฤติกรรมชื่นชม ชมเชย ให้รางวัลเมื่อเด็กประพฤติดีหรือทำบางสิ่งบางอย่างได้ดี ผู้ปกครองที่มีความเครียดยังมีลักษณะการควบคุมอารมณ์และการตัดสินใจของตนเองที่ไม่ดี จึงมีแนวโน้มการเลี้ยงดูและการกำกับวินัยเด็กในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ปกครองที่มีความวิตกกังวล (anxiety) มักจะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับเด็กมากจนเกินไป (overinvolvement) หรือใช้ลักษณะการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (authoritarian style) ในขณะที่ผู้ปกครองที่มีความเศร้า (depression) มักจะเลี้ยงดูแบบเห็นห่าง (uninvolved) ปล่อยปละละเลย (neglect) หรือผ่อนปรนตามใจเด็กมากจนเกินไป (permissive style)⁵⁴ ทำให้เด็กมีอารมณ์ผูกพันกับผู้ปกครองที่มีความเครียดในแบบที่ไม่มั่นคง (insecure attachment)^{36,55-57} จึงพบปัญหาพฤติกรรมหรือปัญหาสุขภาพจิตในเด็กกลุ่มนี้⁵⁸⁻⁶⁰ มากกว่าเด็กในกลุ่มที่ผู้ปกครองมีสุขภาพจิตดีหรือมีการควบคุมอารมณ์ที่ดี ซึ่งจะมีการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ให้ความอบอุ่นทางจิตใจแก่เด็ก และตอบสนองต่อความความรู้สึกของเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทันท่วงที มีการกำกับวินัยอย่างเหมาะสมสม่ำเสมอ (authoritative style) ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีอารมณ์ผูกพันกับผู้ปกครองในแบบที่มั่นคง (secure attachment) และเมื่อควบคุมปัจจัยกวนต่างๆ ในการศึกษาพบว่า การเลี้ยงดูในหมวดเชิงลบ (poor parental monitoring/supervision, inconsistency discipline, corporal punishment) ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ปกครองในคลินิก ซึ่งอธิบายได้จากการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ปกครองที่มีความเครียดอาจยังคงใช้วิธีการเลี้ยงดูเด็กที่ดีหรือพยายามทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแม้ในช่วงเวลาที่ตนเองเครียดเนื่องจากมีปัจจัยด้านบวกอื่นๆ ของผู้ปกครอง เช่น มีบุคลิกภาพหรือความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และรับมือกับความเครียดที่ดี มีความรู้และทักษะการเลี้ยงดูเด็กที่ดี ได้รับการ

ช่วยเหลือสนับสนุนการเลี้ยงดูจากบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวหรือสังคม เป็นต้น⁶¹⁻⁶⁵

จากผลการศึกษาทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของความเครียดในผู้ปกครองที่สัมพันธ์กับคุณภาพของการเลี้ยงดูเด็กในคลินิก จึงเกิดการทบทวนวรรณกรรมถึงวิธีการป้องกันและช่วยเหลือผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กให้มีความเครียดที่ลดลง หรือมีสุขภาพจิตที่เป็นปกติ โดยเพิ่มการตระหนัก คัดกรอง และใส่ใจต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครองให้มากขึ้น ดังนี้

1. การป้องกันเชิงปฐมภูมิ (primary prevention)^{5,65-67} โดยส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมก่อนการเลี้ยงดูเด็ก ดังนี้

1.1 ร่างกาย: ส่งเสริมให้ผู้ปกครองดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ แนะนำให้ผู้ปกครองที่มีโรคประจำตัวเข้ารับการรักษอย่างถูกวิธี ไม่ละเลยการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.2 จิตใจ: ส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพจิตใจของตนเองได้ ดังนี้

1.2.1 ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยปฏิบัติตามคำแนะนำตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต เช่น คู่มือความรู้สุขภาพจิตครอบครัว การดูแลสุขภาพจิตครอบครัว คู่มือสุขภาพใจเพื่อผู้ปกครอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ปกครองมีวิธีสังเกตตัวเองและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตหรือครอบครัวอย่างถูกวิธี

1.2.2 ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดีโดยเน้นย้ำความสำคัญของการมีส่วนร่วมกับเด็ก ส่งเสริมผู้ดูแลเด็กในครอบครัวทุกคนให้ใช้วิธีการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนเด็กเชิงบวก ที่ถูกต้องตามพัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงวัย เน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและมีการสื่อสารที่ดีกับเด็ก ใช้กฎระเบียบและกำกับดูแลพฤติกรรมของเด็กอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในหลายๆ ช่องทาง เช่น การให้ความรู้จากทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกเอง การใช้แผ่นพับให้ความรู้แจกให้แก่ผู้ปกครอง หรือแนะนำผู้ปกครองเรียนรู้จากสื่อออนไลน์ เช่น <https://www.pandwdevelopment.co.th> มีการดูแลกำกับติดตามการทำหน้าที่ของครอบครัวในการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองให้มีแนวทางในการดูแลเด็กไปในทิศทางเดียวกันในทุกครั้งของการมาติดตามนัด

1.2.3 ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องสาเหตุและวิธีการรักษาโรคทางจิตเวชเด็ก วิธีการดูแลเด็กที่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน

เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองสอบถามได้จนเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ไม่เกิดความวิตกกังวลก่อนจะกลับไปดูแลเด็กด้วยตนเองที่บ้าน

1.3 สังคม: ส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีในการเลี้ยงดู ไม่ว่าจะเป็นกำลังใจจากครอบครัว และชุมชน การมีงานหรือรายได้ทางเศรษฐกิจที่มั่นคงมากเพียงพอ ส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่มหรือองค์กรทางสังคมที่สนับสนุน และช่วยเหลือผู้ปกครองที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองมีแรงใจและมีเวลาในการเลี้ยงดู หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับเด็กมากขึ้น

2. การป้องกันเชิงทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยทำการคัดกรองภาวะความเครียดหรือภาวะหมดไฟของผู้ปกครองในคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปกครองที่มีความเสี่ยง เช่น มีประวัติโรคประจำตัว ต้องเลี้ยงดูเด็กที่มีพื้นอารมณ์เลี้ยงยาก หรือขาดปัจจัยสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ โดยใช้แบบประเมินต่างๆ ที่มีในเมืองไทย เช่น แบบประเมินภาวะหมดไฟในการเป็นพ่อแม่ (parental burnout assessment: PBA) ฉบับภาษาไทย Parental stress scale ฉบับภาษาไทย ดัชนีชี้วัดความเครียดผู้ปกครองของเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 12 ปี หรือแบบประเมินความเครียดในผู้ใหญ่ของกรมสุขภาพจิตที่มีในเมืองไทย เช่น ST5, SPST-20, TMHI-55 เป็นต้น เมื่อพบผู้ปกครองที่มีความเครียดสูง ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกจะทำการแนะนำให้คำปรึกษา และติดตามแนวโน้มภาวะความเครียดของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

3. การป้องกันเชิงตติยภูมิ (tertiary prevention) ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกทำการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตในผู้ปกครองที่มีการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช ให้มีอาการของโรคลดลงหรือหายขาดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีศักยภาพมากเพียงพอที่จะดูแลลูกได้อย่างมีคุณภาพ โดยมีการติดตามคุณภาพการทำหน้าที่ของครอบครัว (family function) และลักษณะการเลี้ยงดู (parenting pattern) เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมาติดตามนัดการรักษา

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงอาจไม่สามารถระบุถึงสาเหตุ (cause) ของความเครียดในผู้ปกครองได้ และการศึกษานี้ใช้วิธีการ recall ข้อมูลจากผู้ปกครอง ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ (recall bias)

2. งานวิจัยนี้ทำการศึกษาข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยนอกจิตเวช

เด็กและวัยรุ่น ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายกเท่านั้น ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่อื่นๆ ได้

3. ผู้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยนี้เป็นผู้ปกครองทั้งหมด ซึ่งมุมมองหรือข้อคำตอบที่ได้เป็นเพียงมุมมองจากผู้ปกครองเท่านั้น ไม่ใช่จากเด็ก ซึ่งอาจตอบไม่ตรงกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นในครอบครัว การศึกษาในอนาคตจึงควรเพิ่มแบบประเมินการเลี้ยงดูที่ได้ข้อมูลจากเด็กด้วย ซึ่งจะช่วยให้การวัดผลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวนั้นๆ มีความแม่นยำมากขึ้น

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินที่ให้ผู้ปกครองอ่านและตอบเอง ดังนั้นผู้ปกครองต้องสามารถอ่านเขียนได้ และมีความเข้าใจเนื้อหาภาษาไทย รวมทั้งในแบบประเมินมีจำนวนข้อค่อนข้างมาก ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการตอบ อาจทำให้ผู้ปกครองเกิดความเบื่อหน่ายหรือตอบไม่ครบทุกคำถามได้

5. นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับความคิดของผู้ปกครองที่ไม่ได้เก็บข้อมูลในงานวิจัย เช่น เพศ และอายุของผู้ปกครอง จำนวนเด็กในครอบครัว ประเภทของครอบครัว ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ลักษณะการสื่อสารในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

สรุป

ระดับความคิดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวของผู้ปกครองและลักษณะการเลี้ยงดูเชิงบวกในระดับต่ำ ผู้ปกครองในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นควรได้รับการประเมินความคิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีประวัติโรคประจำตัว เพราะพบว่าความคิดในผู้ปกครองจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพในการเลี้ยงดูเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.ดร.พญ.ธนาวดี ประชาสันต์ ผู้ให้คำปรึกษาทางวิจัย พญ.เอพิณา คำออน, คุณชนันต์ คังศักดิ์ตระกูล และ คุณจุฑามาศ พายะโปะ เจ้าหน้าที่โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์แบบสอบถามในงานวิจัย คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครนายก ที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชทุกท่านที่อำนวยความสะดวกขณะเก็บงานวิจัย และ คุณวิภาดา จันทา ผู้ให้คำแนะนำเรื่องระเบียบวิจัย และสถิติ ทำให้งานวิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันและไม่ได้รับทุนในการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ภักนียา จำปาพันธุ์: ออกแบบ ศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. p. 918, 1090, 1117–8.
2. Lotrakul M, Sukanit P. Ramathibodi's Essential of Psychiatry. 4th ed. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital 2015. p. 16, 22–6.
3. Chutha W, Makkhlai K. Related factors of mental health problems during COVID-19 pandemic 2020 - 2023. J Ment Health Thai 2024; 32(1): 60-72.
4. Yodkraisri J. 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). J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 7–20.
5. Janprasert N, Limsuwan N. Family functioning and caregiver stress in attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) comparing to non-chronic physical illness. J Psychiatr Assoc Thailand 2024; 69(2): 160–8.
6. Algarvio S, Leal I, Maroco J. Parental stress scale: validation study with a Portuguese population of parents of children from 3 to 10 years old. J Child Health Care 2018; 22(4): 563-76.
7. Ward KP, Lee SJ. Mothers' and fathers' parenting stress, responsiveness, and child wellbeing among low-income families. Child Youth Serv Rev 2020; 116: 105-218.
8. Wattanatchariya K, Narkpongphun A, Kawilapat S. The relationship between parental adverse childhood experiences and parenting behaviors. Acta Psychol (Amst) 2024; 243: 104-66.
9. Cooper CE, McAnahan SS, Meadows SO, Brooks-Gunn J. Family structure transitions and maternal parenting stress. J Marriage Fam 2009; 71(3): 558-74.
10. Seguin D, Kuenzel E, Morton JB, Duerden EG. School's out: parenting stress and screen time use in school-age children during the COVID-19 pandemic. J Affect Disord Rep 2021; 6: 100-217.
11. Hogberg B, Rataj BA. Effects of parental job loss on psychotropic drug use in children: long-term effects, timing, and cumulative exposure. Adv Life Course Res 2024; 60: 100607.
12. Rodriguez CM, Lee SJ, Ward KP, Pu DF. The perfect storm: hidden risk of child maltreatment during the COVID-19 pandemic. Child Maltreat 2021; 26(2): 139-51.

13. Adams EL, Smith D, Caccavale LJ, Bean MK. Parents are stressed! patterns of parent stress across COVID-19. *Public Mental Health* 2012; 12: 626-56.
14. Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, Atkinson L, Blair DL, Hovdestad W, et al. Depression, parenting and the COVID-19 pandemic in Canada: results from three nationally representative cross-sectional surveys. *BMJ Open* 2023; 13(8): e063991.
15. Alrashidi N, Ahmed FA, Abdelmonem HH, Almowafy AA, Abed El-Fatah OA, Elalem OM, et al. Children patients with COVID-19: how can parental and peer support lessen the psychological burden of isolation. *Nurs Open* 2023; 10(11): 7118-29.
16. Schmitz LM, Coman C, Stanciu C, Bucur V, Tiru LG, Bularca MC. Changes in parenting behaviour in the time of COVID-19: a mixed method approach 2024; 19(4): e0302125.
17. McGoron L, Trentacosta CJ, Aikins JW, Beeghly M, Beatty JR, Domoff SE, et al. Risk, emotional support, child abuse potential, and parenting during the first year of the COVID-19 pandemic. *Child Maltreat* 2024; 29(3): 463-73.
18. Bjelland M, Soenens B, Bere E, Kovács É, Lien N, Maes L, et al. Associations between parental rules, style of communication and children's screen time. *BMC Public Health* 2015; 15: 1002.
19. Choi EJ, Seguin D, Hmidan A, Duerden EG. Associations among screen time, sleep, mental health and cognitive functioning in school-aged children during the COVID-19 pandemic, November 2020 through to August 2022. *Heliyon* 2024; 10(17): e36889.
20. Oliveira TDO, Costa DS, Soares AA, De Paula JJ, Kestelman I, Silva AG, et al. Children's behavioural problems, screen time, and sleep problems association with negative and positive parenting strategies during the COVID-19 outbreak in Brazil. *Child Abuse Negl* 2022; 130: 105345.
21. Hails KA, Petts RA, Hostutler CA, Simoni M, Greene R, Snider TC, et al. COVID-19 distress, negative parenting, and child behavioral problems: the moderating role of parent adverse childhood experiences. *Child Abuse Negl* 2022; 130: 105450.
22. Yaffe Y. Parental worry about COVID-19 in preschool children's mothers during the pandemic waves: the role of maternal negative feelings and parenting styles. *Matern Child Health J* 2023; 27(4): 632-40.
23. Lee SJ, Ward KP, Lee JY, Rodriguez CM. Parental social isolation and child maltreatment risk during the COVID-19 pandemic. *J Fam Violence* 2022; 37(5): 813-24.
24. Freisthler B, Wolf JP, Chadwick C, Renick K. Daily stress and use of aggressive discipline by parents during the COVID-19 pandemic. *J Fam Violence* 2022; 37(7): 1101-9.
25. Johnson SL, Rieder A, Green EP, Finnegan A, Chase RM, Zayzay J, et al. Parenting in a conflict-affected setting: discipline practices, parent-child interactions, and parenting stress in Liberia. *J Fam Psychol* 2023; 37(3): 283-94.
26. Bobakova DF, Chovan S, Laer SV. Perceived stress of mothers, harsh discipline, and early childhood mental health: insights from a cross-sectional study in marginalized Roma communities. *Int J Public Health* 2024; 69: 1606721.
27. Hmidan A, Seguin D, Duerden EG. Media screen time use and mental health in school aged children during the pandemic. *BMC Psychol* 2023; 11(1): 202.
28. Abdoli M, Khoshgoftar M, Jadidi H, Daniali SS, Kelishadi R. Screen time and child behavioral disorders during COVID-19 pandemic: a systematic review. *Int J Prev Med* 2024; 15: 9.
29. De Luca L, Nocentini A, Tassi F, Menesini E. Non-suicidal self-injury trajectories among adolescents during the COVID-19 pandemic: the role of parenting dimensions and stress reactions. *J Affect Disord* 2024; 365: 162-70.
30. Kaubisch LT, Reck C, Tettenborn AV, Woll CFJ. The COVID-19 pandemic as a traumatic event and the associated psychological impact on families: a systematic review. *J Affect Disord* 2022; 319: 27-39.
31. Wayne WD. *Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences*. 6th ed. New York: John Wiley & sons; 1995.
32. Khamon A, Charnsil C, Srisurapoonant M, Suradom C. Development and validation of the Thai version of the Alabama parenting questionnaire (APQ). *J Ment Health Thai* 2019; 27: 107-20.
33. Kongsaktrakul C, Payjapoh C. Psychological properties and dimensions of the parental stress scale, Thai version. The Research of Faculty of Medicine Ramathibodi, Mahidol University; 2015.
34. Jumpapan M. The study of prevalence and factors associated with medication nonadherence in child and adolescent psychiatric department, Nakorn Nayok hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2023; 68(1): 14-26.
35. Klongdee K, Nintachan P, Sangon S. Factors related to parenting stress in caregivers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Nurs Ment Health* 2016; 30(1): 52-68.
36. Kamis C. The long-term impact of parental mental health on children's distress trajectories in adulthood. *Soc Ment Health* 2021; 11(1): 54-68.
37. Harries CI, Smith DM, Gregg L, Wittkowski A. Parenting and serious mental illness (SMI): a systematic review and metasynthesis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2023; 26(2): 303-42.
38. Laugesen B, Groenkaer M. Parenting experiences of living with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review of qualitative evidence. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2015; 11: 169-234.
39. Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D. ADHD: does parenting style matter?. *Clin Pediatr (Phila)* 2008; 47(9): 865-72.
40. Liu X, Lin X, Heath MA, Zhou Q, Ding W, Qin S. Longitudinal linkages between parenting stress and oppositional defiant disorder (ODD) symptoms among Chinese children with ODD. *J Fam Psychol* 2018; 32(8): 1078-86.
41. Pine AE, Baumann MG, Modugno G, Compas BE. Parental involvement in adolescent psychological interventions: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2024; 27(3): 1-20.
42. Liu Y, Song Y, Wu Y, Lu H, Gao Y, Tang J, et al. Association between parental educational involvement and adolescent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychol* 2024; 12(1): 538.
43. Seeger FR, Neukel C, Williams K, Wenigmann M, Fleck L, Georg AK, et al. Parental mental illness, borderline personality disorder, and parenting behavior: the moderating role of social support. *Curr Psychiatry Rep* 2022; 24(11): 591-601.

44. England MJ, Sim LJ. Depression in parents, parenting, and children: opportunities to improve identification, treatment, and prevention. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
45. Aitken M, Perquier F, Haltigan JD, Wang L, Andrade BF, Battaglia M, et al. Individual and family level associations between child psychopathology and parenting. *Dev Psychopathol* 2024; 36(2): 944-52.
46. Tung I, Brammer WA, Li JJ, Lee SS. Parenting behavior mediates the intergenerational association of parent and child offspring ADHD symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 44(5): 787-99.
47. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53(8): 835-47.
48. Wang H, Hu X, Han ZR. Parental stress, involvement, and family quality of life in mothers and fathers of children with autism spectrum disorder in mainland China: a dyadic analysis. *Res Dev Disabil* 2020; 107: 103791.
49. Goodrum NM, Carroll J, Dubrow I, Armistead LP, Masyn K, Schulte M, et al. Parenting stress predicts longitudinal change in parental involvement among mothers living with HIV. *J Fam Psychol* 2022; 36(5): 725-35.
50. Cheng S, Deng M. Psychological stress and parenting styles predict parental involvement for children with intellectual disabilities during the COVID-19. *J Child Fam Stud* 2023; 32(1): 122-31.
51. Dizdarevic A, Memisevic H, Osmanovic A, Mujezinovic A. Family quality of life: perceptions of parents of children with developmental disabilities in Bosnia and Herzegovina. *Int J Dev Disabil* 2020; 68(3): 274-80.
52. Schiltz HK, McVey AJ, Magnus B, Dolan BK, Willar KS, Pleiss S, et al. Examining the links between challenging behaviors in youth with ASD and parental stress, mental health, and involvement: applying an adaptation of the family stress model to families of youth with ASD. *J Autism Dev Disord* 2018; 48(4): 1169-80.
53. Liu K, Zhang Q. Parent-child perception differences in home-based parental involvement and children's mental health in China: the effects of peer support and teacher emotional support. *Psych J* 2023; 12(2): 280-96.
54. Gau SS, Chang JP. Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* 2013; 34(5): 1581-94.
55. Kim DH, Kang NR, Kwack YS. Differences in parenting stress, parenting attitudes, and parents' mental health according to parental adult attachment style. *Soa Chongsomyon Chongsin Uihak* 2019; 30(1): 17-25.
56. Tucker MC, Rodriguez CM, Baker LR. Personal and couple level risk factors: maternal and paternal parent-child aggression risk. *Child Abuse Negl* 2017; 69: 213-22.
57. Argent SE, Kalebic N, Rice F, Taylor P. Offspring outcomes when a parent experiences one or more major psychiatric disorder(s): a clinical review. *Evid Based Ment Health* 2020; 23(3): 113-21.
58. Guilfoyle SM, Gray WN, Herzer-Maddux M, Hommel KA. Parenting stress predicts depressive symptoms in adolescents with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2014; 26(9): 964-71.
59. Pimentel MJ, Santos SV, Santos V, Vale MC. Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *Atten Defic Hyperact Disord* 2011; 3(1): 61-8.
60. Yap MB, Pilkington PD, Ryan SM, Jorm AF. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014; 156: 8-23.
61. Lamb ME. The role of the father in child development. 4th ed. New Jersey: John Wiley & Sons Inc; 2004.
62. Graziano PA, Garcia A. Parenting stress and child adjustment in early childhood: a longitudinal analysis of the role of parenting style. *J Fam Psychol* 2016; 30(3): 290-9.
63. Kochanska G, Kim S. Determinants of parenting: a longitudinal study of maternal parenting and child adjustment. *Child Dev* 2013; 84(5): 1465-79.
64. Bornstein MH. Handbook of parenting. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
65. Affleck G, Tennen H, Gershman K. Parents' reactions to children's chronic illness: an analysis of emotional and behavioral responses. *Child Dev* 1985; 56(4): 876-85.
66. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 2011(12): CD003018.
67. Seehapanya K, Wonganuchit C. The effect of a parent management training program on parents' mental health, family relationships, positive parenting, and behaviors of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2023; 69(2): 146-59.
68. Bikic A, Nielsen JS, Dalsgaard S, Swain J, Fonagy P, Leckman JF. Protocol for a randomized controlled trial comparing the circle of security-parenting (COS-P) with treatment as usual in child mental health services. *PLoS One* 2022; 17(4): e0265676.