

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

รัฐสภา เสนอชัย*, ชูชาติ วงศ์อนุชิต**

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การวิจัยเชิงพรรณนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ การทำใจ (การยอมรับ) และปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 250 คน ตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยเครื่องมือวิจัยดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แบบวัดการทำใจ (การยอมรับ) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด และแบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เหลือจำนวน 235 คน ภายหลังการตัดรายการข้อมูลที่ผิดปกติออกไปเพื่อให้ชุดข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย ความรู้ ($r = .015, p = .821$) และทัศนคติ ($r = -.057, p = .382$) ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ การทำใจ (การยอมรับ) ($r = .156, p = .016$) มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ในขณะที่ปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมุ่งศึกษาภาวะซึมเศร้า ($r = -.483, p \leq .001$) ภาวะวิตกกังวล ($r = -.574, p \leq .001$) และความเครียด ($r = -.434, p \leq .001$) มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผลการวิจัยสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา

คำสำคัญ ผู้ดูแล โรคสมาธิสั้นในเด็ก การทำใจ (การยอมรับ) ปัญหาสุขภาพจิต ความยืดหยุ่นทางจิตใจ

Corresponding author: ชูชาติ วงศ์อนุชิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

E-mail: choochart.d@gmail.com

วันรับ 12 กุมภาพันธ์ 2568 วันแก้ไข 29 พฤษภาคม 2568 วันตอบรับ 29 พฤษภาคม 2568

Factors Associated with Psychological Flexibility of Caregiver of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in the Northeast Region of Thailand

Ruttasapa Senchai*, Choochart Wong-Anuchit**

*Master of Nursing Science Student (Psychiatric and Mental Health Nursing), Faculty of Nursing Mahasarakham University

**Faculty of Nursing Mahasarakham University

ABSTRACT

Objective: This descriptive correlational research design aims to examine the relationships between knowledge, attitude, Thum-jai (acceptance), mental health problems (depression, anxiety, and stress), and psychological flexibility of family caregivers of children with ADHD.

Methods: The family caregivers of children with ADHD ($n = 250$) responded to the following research instruments: Sociodemographic data questionnaire, Knowledge about ADHD questionnaire, Attitude about ADHD questionnaire, The Thum-jai (acceptance) Scale, Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), and Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) measuring psychological flexibility. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients were used to analyze the normally distributed data ($n = 235$).

Results: Knowledge ($r = .015$, $p = .821$) and attitude ($r = -.057$, $p = .382$) of family caregivers of children with ADHD were not statistically correlated with psychological flexibility. Thum-jai (acceptance) ($r = .156$, $p = .016$) was positively and significantly correlated with psychological flexibility whereas mental health problems by focusing on depression ($r = -.483$, $p \leq .001$), anxiety ($r = -.574$, $p \leq .001$), and stress ($r = -.434$, $p \leq .001$) were negatively and significantly correlated with psychological flexibility of family caregivers of children with ADHD.

Conclusion: The results reflect the expected relationships between variables for family caregivers of children with ADHD based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

Keywords: caregiver, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), Thum-Jai (acceptance), mental health problems, psychological flexibility

Corresponding author: Choochart Wong-Anuchit

Email: choochart.d@gmail.com

Received: 12 February 2025 Revised: 29 May 2025 Accepted: 29 May 2025

บทนำ

โรคสมาธิสั้นในเด็ก (attention deficit hyperactivity disorder; ADHD) เป็นความผิดปกติโดยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมส่งผลการดำเนินชีวิตประจำวัน¹ ซึ่งสาเหตุของโรคนี้สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยทั้งแบบทางตรงและทางอ้อม โดยที่สาเหตุทางตรง ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น กรรมพันธุ์ โดยพบว่าผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกันทางพันธุกรรมจะมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นได้มากกว่าคนปกติ 4-5 เท่า และปัจจัยด้านสารสื่อประสาทในสมองที่ไม่สมดุล ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของยีนบางตัวที่ทำหน้าที่ควบคุมการหลั่งโดปามีน (dopamine) นอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโทนิน (serotonin) ก็อาจส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคสมาธิสั้นไม่สามารถควบคุมตัวเองได้² สำหรับสาเหตุทางอ้อมที่อาจส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปล่อยให้เด็กเล่นโทรศัพท์หรือดูโทรทัศน์เป็นเวลานานๆ รวมไปถึงภาวะติดเกมสก็อาจส่งผลทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้ ถึงแม้ว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้โดยตรง แต่ปัจจัยดังกล่าวก็อาจทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นแย่ลงหรือแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีความรุนแรงของพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นได้^{3,4}

สถานการณ์ของโรคเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทย โดยอ้างอิงข้อมูลที่ได้จาก Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข⁵ พบว่ามีแนวโน้มของจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งในปี 2565 มีเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมากถึง 144,896 คน ส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยข้อมูลในระหว่างปี 2563 - 2565 พบว่า มีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ คือ 36,640 คน, 38,726 คน และ 43,986 คน ตามลำดับ สำหรับข้อมูลของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า มีจำนวนเด็กสมาธิสั้นมากกว่า 600 คนต่อปี ซึ่งสถิติดังกล่าวแสดงถึงอุบัติการณ์ของเด็กสมาธิสั้นที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนับว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญมากในการเลี้ยงดูเด็ก เพราะเด็กสมาธิสั้นมักจะมีพฤติกรรมดื้อต่อต้าน และมักทะเลาะกับเพื่อนที่โรงเรียน ก้าวร้าว โดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ รวมไปถึงการมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ขว้างปาข้าวของต่างๆ⁶ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในด้านกายภาพและด้านจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ไม่สบายใจ อาจทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการรับผิดชอบเลี้ยงดูเด็กกลุ่มดังกล่าวได้⁷ ทั้งนี้ความเครียดร่วมกับความวิตกกังวลในระดับที่รุนแรงเป็น

ระยะเวลาที่ยาวนาน อาจส่งผลกระทบต่อทิศทางไม่พึงประสงค์และเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้นจนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด⁸ ดังนั้นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ของตนเอง เพื่อเผชิญกับสถานการณ์และปัญหาที่ทำให้เกิดความยุ่งยากและลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน นั่นก็คือความทุกข์หรือไม่สบายใจที่เกิดจากการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

การมีบุตรที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นอาจทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ที่ไม่เพียงประสงค์ภายในครอบครัวได้ เช่น ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอาจรู้สึกว่าครอบครัวตนเองถูกตีตราหรือมองอย่างมีอคติ ส่งผลถึงการเกิดปัญหาทางด้านสถานภาพสมรสหรือขัดแย้งกันระหว่างสมาชิก ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาย่ำแย่และครอบครัวขาดความสงบสุข ซึ่งส่งผลถึงประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูเด็กได้ ครอบครัวที่ต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้นในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นอาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการประกอบอาชีพและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน รวมไปถึงขาดทุนทรัพย์ที่จะใช้ในการสนับสนุนและตอบสนองความต้องการการดูแลของเด็กโรคสมาธิสั้นที่เป็นบุตรหลานของตนเอง ในครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการหารายได้มาจุนเจือครอบครัวซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับระยะเวลาที่ใช้ในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวันและประสิทธิภาพการกระตุ้นพัฒนาการเพื่อแก้ไขพฤติกรรมของเด็กกลุ่มนี้ หรือแม้กระทั่งการมีข้อจำกัดในการสังเกตพฤติกรรมผิดปกติของบุตรหลานตนเองที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงที ทั้งนี้ถ้าหากผู้ดูแลมีความลังเลในการตัดสินใจนำบุตรหลานของตนเองเข้าสู่กระบวนการตรวจเพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา ก็จะทำให้เด็กได้รับการรักษาที่ล่าช้าและส่งผลถึงประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาในระยะยาว^{9,10}

สถานการณ์ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลแต่ละคน จะมีลักษณะเฉพาะและความรุนแรงที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility) ที่แตกต่างกันตามแนวคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา (acceptance and commitment therapy; ACT)^{11,12} ซึ่งนับเป็นทฤษฎีหนึ่งในยุคที่สาม (third-wave) ของแนวคิดทฤษฎีการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy; CBT) โดยที่ ACT เป็นแนวคิดที่เน้นการที่บุคคลรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดจากความคิดด้วยการเปิดใจยอมรับ

ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นโดยการเชื่อมโยงประสบการณ์ดังกล่าวกับปัจจุบันกาลตามบริบทในขณะนั้น เพื่อใช้ชีวิตตามที่ตนเองให้คุณค่า โดยไม่จมอยู่กับความคิดเชิงลบที่ถูกครอบงำด้วยอารมณ์และความรู้สึก ความยืดหยุ่นทางจิตใจ แบ่งได้เป็น 6 องค์ประกอบ คือ การแยกความคิด (cognitive defusion) การยอมรับ (acceptance) การมีสติอยู่กับปัจจุบัน (contact with the present moment) การรับรู้ตัวตนตามบริบท (self as context) การให้คุณค่า (values) และการลงมือปฏิบัติตามพันธะสัญญา (committed action)^{11,13} จากแนวคิดที่เกี่ยวกับ CBT ปัจจัยภายในส่วนบุคคลนั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งความยืดหยุ่นทางจิตใจตามแนวคิดของ ACT นับว่าเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการบูรณาการ 6 องค์ประกอบนั้น โดยผ่านกระบวนการคิด การให้ความหมายและคุณค่าตามทฤษฎีกรอบความสัมพันธ์ (relational frame theory; RFT) ซึ่งจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรม ในทำนองเดียวกันจากความสัมพันธ์เชื่อมโยงเชิงแนวคิดทฤษฎีดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก็น่าจะมีความเกี่ยวข้องพันกับปัจจัยภายในส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ การทำใจ (การยอมรับ) และปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่ควรให้ความสนใจศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ความรู้เพิ่มมากขึ้นในบริบทของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดดังกล่าว โดยมุ่งศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ^{11,12} ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาอำนาจในการทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจ เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญในการพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นให้มีความยืดหยุ่นทางจิตใจที่เพิ่มมากขึ้น อันจะนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลได้ในอนาคตต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งนักวิจัยได้เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่พาเด็กสมาธิสั้นมารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลที่พาเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่พาเด็กสมาธิสั้นมารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนดเกณฑ์ดังต่อไปนี้ Exact test family สำหรับ correlation (bivariate normal model) และ a priori เลือกการทดสอบเป็นแบบ two tails test โดยกำหนดค่า effect size (correlation: H1) ไว้ที่ 0.3 ค่า α เท่ากับ 0.01 และค่า power of test เท่ากับ 0.98 ได้กลุ่มตัวอย่าง 227 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยประมาณ 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 6 ฉบับ ดังนี้

1. แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (demographic data questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ต่อวัน และระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษาจากสถานบริการด้านสุขภาพ

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (knowledge about attention deficit hyperactivity disorder questionnaire) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาต่อเนื่องจากพรทิพย์ วิชรติลก (2551)¹⁴ โดยมีลักษณะในการตอบเป็นแบบถูก-ผิด เครื่องมือวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson-20 (KR-20) จากการวิจัยที่ผ่านมาเท่ากับ 0.78¹⁵ อย่างไรก็ตาม จากการนำเครื่องมือวิจัยนี้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.49 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมและพบว่าข้อคำถามยังไม่ครอบคลุมถึงบางประเด็นความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในบริบทของสังคมปัจจุบัน และผู้วิจัยจึงได้พัฒนาต่อโดยการเพิ่มข้อคำถามอีก 10 ข้อ ทำให้มีจำนวนข้อคำถามเพิ่มขึ้นอีกเป็น 20 ข้อ ในกระบวนการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยดังกล่าวนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนทั้งหมด 5 คน

ซึ่งประกอบไปด้วยนักจิตวิทยาคลินิก อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกสุขภาพจิตและจิตเวช คำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า Scale CVI เท่ากับ 0.80 (ผ่านเกณฑ์) และค่า Item CVI อยู่ในช่วง 0.80 - 1.0 (ผ่านเกณฑ์) ซึ่งหลังจากที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้อีกครั้งกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.87

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (attitude about attention deficit hyperactivity disorder questionnaire) ซึ่งพัฒนาโดย พรทิพย์ วิชรดิลล (2551)¹⁴ เป็นแบบสอบถามความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อคำถาม โดยมีลักษณะในการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 4 ระดับ เครื่องมือวิจัยนี้มีการแปลผลตามช่วงคะแนน คือ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 24 ถือว่ามีทัศนคติเชิงบวก และมีค่าคะแนนน้อยกว่า 24 ถือว่ามีทัศนคติเชิงลบ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient จากการรายงานการวิจัยที่ผ่านมาเท่ากับ 0.83¹⁵ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

4. แบบวัดการทำใจ (การยอมรับ) (The Thum-jai (acceptance) Scale) ซึ่งพัฒนาโดย Andrew C. Mills และคณะ¹⁶ เป็นแบบวัดการตอบสนองทางจิตวิทยา ความรู้สึก ความคิดที่ต้องเผชิญปัญหาของคนไทย มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อคำถาม โดยมีลักษณะในการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 4 ระดับ เครื่องมือวิจัยนี้มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 12 - 48 คะแนน คะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีระดับการเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ) สูง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในการสร้างเครื่องมือของ Andrew C. Mills และคณะ (2021) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.778¹⁷ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด (depression anxiety stress scale: DASS-21) ใช้สำหรับประเมินปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สุกัลยา สว่าง¹⁸ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกในการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 4 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ด้านละ 7 ข้อคำถาม คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด โดยใช้ประเมินความถี่หรือความรุนแรงของอารมณ์ทางลบ (ปัญหาสุขภาพจิต) ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การแปลผลปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละด้าน

ดังนี้คือ ภาวะซึมเศร้า ระดับปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 4 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (5 - 6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7 - 10 คะแนน) ระดับรุนแรง (11 - 13 คะแนน) และระดับรุนแรงมาก (ตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป) ในส่วนของภาวะวิตกกังวล ระดับปกติ/ไม่มีภาวะวิตกกังวล (0 - 3 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (4 - 5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน) ระดับรุนแรง (8 - 9 คะแนน) และระดับรุนแรงมาก (ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป) สำหรับความเครียด ระดับปกติ/ไม่มีความเครียด (0 - 7 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (8 - 9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10 - 12 คะแนน) ระดับรุนแรง (13 - 16 คะแนน) และระดับรุนแรงมาก (ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป) ซึ่งเครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient จากการวิจัยที่ผ่านมาในด้านต่างๆ คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด เท่ากับ 0.89, 0.83 และ 0.92 ตามลำดับ¹⁹ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94, 0.85 และ 0.81 ตามลำดับ

6. แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ (acceptance and action questionnaire: AAQ-II) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความยืดหยุ่นทางจิตใจ แปลโดย วชิรา น้อยผล²⁰ มีจำนวนทั้งหมด 7 ข้อคำถาม โดยมีลักษณะในการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (likert scale) 7 ระดับ เครื่องมือวิจัยนี้มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7 - 49 คะแนน ซึ่งการแปลค่าคะแนนยิ่งคะแนนสูง ความยืดหยุ่นทางด้านจิตใจจะต่ำ ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient จากการวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ .92²¹ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 เครื่องมือ AAQ-II ซึ่งเกณฑ์ในการแปลผลโดยผลที่ได้จากการประเมินแล้วได้คะแนนต่ำ หมายถึง การมีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง ในทางตรงกันข้ามถ้าผลการประเมินแล้วได้คะแนนสูง จะหมายถึง การมีความยืดหยุ่นทางจิตใจต่ำ หรืออาจกล่าวได้ว่ามี “ความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological inflexibility)” นั่นเอง ดังนั้นเพื่อให้สะดวกในการแปลความหมายเมื่อนำไปหาความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีการกลับค่าคะแนนเป็นตรงกันข้าม เพื่อให้การแปลผลที่ได้สะท้อนถึง “ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility)” สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ที่พาเด็กมารับบริการในวันพุธของทุกสัปดาห์ที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายถึงวัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างก่อนตอบแบบสอบถาม โดยที่กลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปคือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน ระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา และตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (การยอมรับ) ปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยการนำเสนอความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิง (inferential statistics)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ การทำใจ (การยอมรับ) และปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ประเมินและตรวจสอบข้อมูลตามเกณฑ์ข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติอ้างอิง โดยการตรวจสอบการกระจายตัวแบบโค้งปกติด้วยวิธีการทางสถิติและพิจารณาเกณฑ์ต่างๆ คือ สถิติ Kolmogorov-Smirnov (KS) test การคำนวณหาค่า Fisher's skewness coefficient และค่า Fisher's kurtosis coefficient อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้ก็ยังไม่พบว่ามีบางตัวแปรที่มีการกระจายตัวยังไม่เข้าใกล้โค้งปกติ²² ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการตัดข้อมูลบางรายการที่เป็น Univariate outliers ออกให้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนลดลงเหลือ 235 คน แล้วนำหลักเกณฑ์การพิจารณา คือ ถ้าค่า Skewness index (SI) น้อยกว่า 3 และ Kurtosis index (KI) น้อยกว่า 10 ก็ไม่ถือว่าข้อมูลมีความเบ้และความโด่งมากจนเกินที่จะยอมรับได้สำหรับการเลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอิงพารามิเตอร์²³ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีตัวแปรใดที่มีค่า SI และ KI เกินขอบเขตที่สามารถยอมรับได้นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้มีการพิจารณาแบบผ่อนปรนตามหลักการปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับการยอมรับโดยนักสถิติ (rule of thumb) คือ

ถ้าชุดข้อมูลใดที่มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 200 แล้ว ถึงแม้ว่าการกระจายตัวของชุดข้อมูลจะไม่เป็นแบบโค้งปกติ ก็ไม่ถือว่าเป็นประเด็นข้อห้ามที่สำคัญในการเลือกใช้สถิติแบบอิงพารามิเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล²⁴

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีเลขที่การรับรองจริยธรรมการวิจัย คือ 292/2565 (ต่ออายุครั้งที่ 1)

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการบันทึกข้อมูลสองครั้ง (double data entry) แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกันเพื่อหาความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั้งสองชุด เพื่อแก้ไขข้อมูลให้ถูกต้องตรงกัน โดยการตรวจสอบและวิเคราะห์ซ้ำไปเรื่อยๆ จนไม่พบความแตกต่างระหว่างชุดข้อมูลทั้งสองชุดนี้ ในการรายงานผลการวิจัยแบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 250 คน พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.40) มีอายุเฉลี่ย 44.43 ปี (SD = 11.23) สถานภาพสมรสคู่โดยอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 59.20) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.20) สำเร็จการศึกษาดังแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 32.00) ประกอบอาชีพโดยการทำการเกษตรส่วนตัว (ร้อยละ 27.60) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 17,907.20 บาท (SD = 16,115.25) ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ คือ เป็นมารดา (ร้อยละ 55.60) และมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 13.08 (SD = 4.41) ชั่วโมงต่อวัน โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่เด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาคือ 44.54 (SD = 24.28) เดือน ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวิจัยสำหรับตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกินครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็ม (20 คะแนน) เมื่อประเมินโดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น (ค่าเฉลี่ยทัศนคติ

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาของข้อมูลทั่วไปที่ศึกษา คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษา (n = 250)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	17.60
หญิง	206	82.40
อายุ (ปี)		
Mean = 44.53, SD = 11.23, Min = 19, Max = 73		
สถานภาพ		
โสด	206	82.40
สมรส (อาศัยอยู่ด้วยกัน)	47	18.80
สมรส (อาศัยอยู่แยกกัน)	148	59.20
หย่าร้าง	32	12.80
ศาสนา		
พุทธ	248	99.20
คริสต์	2	0.80
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	1.60
ประถมศึกษา	59	23.60
มัธยมศึกษา	75	30.00
ปวส. หรืออนุปริญญา	32	12.80
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	80	32.00
ลักษณะอาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	4	1.60
ข้าราชการ	44	17.60
พนักงานเอกชน	33	13.20
กิจการส่วนตัว	69	27.60
เกษตรกรรม	56	22.40
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	36	14.40
อื่นๆ ระบุ (รับจ้าง)	8	3.20
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
Mean = 17,907.20, SD = 16,115.25, Mode = 10,000, Min = 0, Max = 90,000		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น		
บิดา	26	10.40
มารดา	139	55.60
พี่ชาย/พี่สาว	3	1.20
ญาติ (ปู่/ย่า/ตา/ยาย)	49	19.60
ญาติ (ป้า/ลุง/น้า/อา)	33	13.20
ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (ชั่วโมงต่อวัน)		
Mean = 13.08, SD = 4.41, Min = 3, Max = 24		
ระยะเวลาในการรักษาของเด็กสมาธิสั้น (เดือน)		
Mean = 44.54, SD = 24.28, Min = 1, Max = 120		

มากกว่า 24 คะแนน) ในทำนองเดียวกัน การทำใจ (การยอมรับ) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนค่อนข้างสูง (มากกว่า 3 ใน 4 ของคะแนนเต็ม คือ 48 คะแนน) เมื่อพิจารณาถึงคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนอยู่ในช่วงระดับปกติถึงระดับเล็กน้อย สำหรับความยืดหยุ่นทางจิตใจพบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนค่อนข้างสูง (มากกว่า 3 ใน 4 ของคะแนนเต็ม คือ 49 คะแนน) เช่นเดียวกัน รายละเอียดของผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทักษะคิด การทำใจ (การยอมรับ) ปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) กับความ ยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยใช้สถิติอ้างอิงคือ Pearson's correlation coefficient

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด การทำใจ (การยอมรับ) และปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าความรู้ ($r = .015$, $p = .821$) ทักษะคิด ($r = -.057$, $p = .382$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในขณะที่การทำใจ ($r = .156$, $p = .016$) ภาวะซึมเศร้า

($r = -.483, p = .000$) ภาวะวิตกกังวล ($r = -.574, p = .000$) และ ความเครียด ($r = -.434, p = .000$) มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา คือ ความรู้ทัศนคติ การทำใจ (การยอมรับ) ปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) และความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ($n = 250$)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	SD
ความรู้ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	14.57	3.97
ทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	29.98	4.25
การเผชิญปัญหาของคนไทย (การทำใจ)	39.89	6.58
ภาวะสุขภาพจิต		
ภาวะซึมเศร้า	4.53	5.66
วิตกกังวล	4.32	4.40
ความเครียด	3.14	3.64
ความไม่ยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological inflexibility)	17.35	8.30
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility)	38.65	8.30

วิจารณ์

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่าร้อยละ 70 เป็นเพศหญิงที่มีบทบาทเป็นมารดา สะท้อนถึงบทบาทในฐานะผู้ดูแลหลักของเด็ก โดยผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ที่อาศัยอยู่ด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป และประกอบอาชีพกิจการส่วนตัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ไม่ต่ำมาก (17,907.20 บาท) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงผลดีที่จะเกิดกับเด็กสมาธิสั้นในการมีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดี ในส่วนระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน สะท้อนถึงการที่ต้องรับภาระการดูแลเด็กที่มากพอสมควร แต่ในทางกลับกันก็อาจสะท้อนให้เห็นถึงความใกล้ชิดและการทุ่มเทเวลาในการดูแลบุตรหลานของตนเอง อันจะนำไปสู่การที่เด็กมีโอกาสได้เรียนรู้ที่จะปรับตัวและพัฒนาพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่เหมาะสมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวของตนเอง สำหรับระยะเวลาเฉลี่ยที่เด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาคือ มากกว่า 3 ปีขึ้นไป (44.54 เดือน) นับว่าเป็นประเด็นที่ไม่ควรถูกมองข้าม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การที่ผู้ดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาต้องรับภาระในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นเวลานาน จะส่งผลถึงภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้²⁵

คะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่าครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็มเมื่อประเมินด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้ค่อนข้างดี ประกอบกับการที่ผู้ดูแลมีทัศนคติ

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) และระดับนัยสำคัญ (p -value) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาของสถิติ Pearson's correlation coefficient ($n = 235$)

ตัวแปรที่ศึกษา ($n = 235$)	1	2	3	4	5	6	7
1. ความรู้	1						
2. ทัศนคติ	.097 (.140)	1					
3. การทำใจ (การยอมรับ)	.042 (.520)	-.016 (.808)	1				
4. ความเครียด	.099 (.131)	-.191** (.003)	-.186** (.004)	1			
5. วิตกกังวล	.106 (.105)	-.150* (.021)	-.201** (.002)	.787** (.000)	1		
6. ภาวะซึมเศร้า	.058 (.375)	-.193** (.003)	-.166* (.011)	.731** (.000)	.721** (.000)	1	
7. ความยืดหยุ่นทางจิตใจ	.015 (.821)	-.057 (.382)	.156* (.016)	-.434** (.000)	-.574** (.000)	-.483** (.000)	1

เชิงบวกต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น อาจส่งผลให้เกิดการยอมรับในสถานการณ์เกี่ยวกับบุตรหลานของตนเอง โดยจะเห็นได้จากการมีค่าเฉลี่ยคะแนนของการทำใจและความยืดหยุ่นทางจิตใจค่อนข้างสูง และอาจเชื่อมโยงกับการที่ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด) อยู่ในช่วงระดับปกติถึงระดับเล็กน้อยก็เป็นได้

ความรู้และทัศนคติ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่สามารถอธิบายโดยใช้แนวคิดของ ACT ที่เน้นการยอมรับประสบการณ์ โดยเชื่อมโยงกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในปัจจุบันร่วมกับการเปิดใจรับความรู้สึกที่เป็นปัญหาด้วยการไม่จมอยู่กับความคิดเชิงลบและใช้ชีวิตตามที่ตนเองให้คุณค่า¹¹ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมุ่งจัดการสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองโดยไม่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด¹² แต่จะทำการแยกความจริงออกจากความคิดและความรู้สึก (cognitive defusion) มากกว่าการใช้ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ตนเองมีต่อเด็กสมาธิสั้น เป็นการยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (เด็กในความรับผิดชอบเป็นสมาธิสั้น) เผชิญต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่มากระทบภายใต้บริบทนั้นๆ ด้วยความตระหนัก ณ ปัจจุบัน (contact with the present moment) รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงตัวตนไปตามบริบท (self as context) โดยให้คุณค่ากับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่นั้น (values) คือ การที่ต้องรับผิดชอบต่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยให้การยอมรับสถานการณ์ดังกล่าวนี้ (acceptance) และลงมือปฏิบัติตามพันธะสัญญา (committed action) ซึ่งการกระทำนี้อาจไม่ได้มีอิทธิพลโดยตรงมาจากความรู้และทัศนคติในเรื่องนั้นๆ

ดังนั้น การที่ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมุ่งจัดการสถานการณ์ปัจจุบันเหล่านี้ของตนเอง อาจกล่าวได้ว่าเป็นการทำตามพันธะสัญญาที่ตนเองมีต่อเด็กในความรับผิดชอบ โดยไม่ได้สนใจเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นหรือแม้แต่ทัศนคติที่ผู้ดูแลมีต่อเด็ก ทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ทั้งนี้อาจอธิบายโดยเทียบเคียงกับการวิจัยในทำนองเดียวกันแต่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด²⁶ อย่างไรก็ตามประเด็นที่พบจากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติมีผลแย้งกันโดยผลจากการศึกษาการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็ก

สมาธิสั้นพบว่า ความเข้าใจในครอบครัวทำนุบำรุงการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น²⁷ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาของเด็กสมาธิสั้น²⁸ และพบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับการตีตราทางสังคม²⁹ รวมไปถึงความรู้ความเข้าใจและความเชื่อ มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจ¹⁰ ซึ่งจากประเด็นดังกล่าวจึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการทำวิจัยซ้ำด้วยระเบียบวิธีวิจัยที่รัดกุมและเครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพ เพื่อการยืนยันผลในประเด็นดังกล่าวให้ชัดเจน

การทำใจ (การยอมรับ)

จากการศึกษามีผลวิจัยที่พบว่า การทำใจ (การยอมรับ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ ($r = .156$, $p = .016$) นั่นคือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีการการทำใจที่ดีจะเป็นบุคคลที่มีระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจสูง และก็อาจอธิบายได้ในทิศทางที่สลับกัน คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจสูงก็จะเป็นบุคคลที่มีการทำใจที่ดีได้เช่นเดียวกัน ซึ่งในประเด็นนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำวิจัยเพิ่มเติมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ในเชิงเหตุและผล อย่างไรก็ตามสำหรับการอภิปรายผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อาจอธิบายโดยใช้แนวคิดความยืดหยุ่นทางจิตใจได้ว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นใช้การแยกประสบการณ์ที่เป็นจริง (cognitive defusion) ออกจากความคิดและความรู้สึก ทำให้เกิดการยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น คือ ผู้ดูแลจะมีความเข้าใจและยอมรับว่าเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงของเขา¹¹ รวมไปถึงมีการยอมรับต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่ตนเองดูแลอยู่ ซึ่งทำให้เกิดการยอมรับและเผชิญต่อความเป็นจริงในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อีกด้วย³⁰ สำหรับการอธิบายภายใต้แนวคิดการทำใจ (การยอมรับ) นั่นก็คือ การที่เด็กในความรับผิดชอบของผู้ดูแลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสั้นนั้น นับว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกิดการยอมรับต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างไม่มีเงื่อนไข³¹

ปัญหาสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด)

จากการศึกษามีผลการวิจัยซึ่งมุ่งศึกษาภาวะสุขภาพจิต โดยพบว่าภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดของผู้ดูแล

เด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความยืดหยุ่นทางจิตใจ นั่นคือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจะมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological flexibility) ในระดับสูง ในทางตรงกันข้ามหากพบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีความเสี่ยงมากต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการเป็นบุคคลที่อาจจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี คือ มีความเครียดและภาวะวิตกกังวลสูง อันเป็นสาเหตุเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าในที่สุด สะท้อนถึงการที่บุคคลนั้นๆ ไม่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological inflexibility) ประเด็นนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยการดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมในระดับมาก จะเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มสูงขึ้นได้²⁶ ความเครียดที่เกิดจากการแบกรับภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้นถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต²⁵ การที่ผู้ดูแลเกิดความเครียดในระดับมากและยาวนานก็จะส่งผลในทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้³² ในส่วนของภาวะวิตกกังวลก็อาจจะอธิบายได้ด้วยกลไกในทำนองเดียวกันกับความเครียดดังที่ได้อธิบายไว้ในข้างต้น³³ จากสถานการณ์ที่ผู้ดูแลเผชิญอยู่นี้ก็อาจส่งผลถึงระดับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ สำหรับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นอาจมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะการมีโรคร่วมทางจิตเวชของผู้ป่วยสมาธิสั้น ระยะเวลาที่เริ่มรักษา ผลการเรียนรู้ของเสียของเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในความดูแล³³ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมกลับพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวและพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีอิทธิพลทางลบกับภาวะซึมเศร้า โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้มากที่สุด⁸

ผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสอดคล้องและสามารถอธิบายในทำนองเดียวกันได้ด้วยผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะความเครียด ความพึงพอใจในชีวิต และความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน^{9,10,34} ซึ่งสามารถอธิบายภายใต้กรอบแนวคิดของ ACT ได้ว่า ผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางจิตใจคือบุคคลที่สามารถจัดการกับผลกระทบที่เกิดจากความคิดเชิงลบที่ไม่สมเหตุสมผล โดยการแยกความคิดออกจากความเป็นจริงในขณะนั้น เปิดใจยอมรับต่อความรู้สึกที่ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า มีการปรับเปลี่ยนตนเองไปตามบริบท

ที่เป็นปัจจุบัน ให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ ในทิศทางที่ดีและเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งมุ่งมั่นในการลงมือปฏิบัติตามพันธะสัญญาที่ตนเองตั้งใจอย่างเต็มศักยภาพ^{11,12} ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เกิดภาวะเครียด เกิดจากการขาดทักษะในการจัดการความเครียด ขาดทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นไม่มีประสิทธิภาพ³⁵ และผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีภาวะซึมเศร้าโดยมีความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดจากการหลอมรวมระหว่างความความรู้สึกกับความเป็นจริง (cognitive fusion) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ดูแลต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชในครอบครัวด้วยแล้ว ยิ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นกว่าเดิม³⁶

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของทั้งเด็กและผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น รวมไปถึงการวางแผนการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นคำถามวิจัยดังต่อไปนี้

1. ศึกษาอำนาจการทำนายความยืดหยุ่นทางจิตใจของการทำใจ (การยอมรับ) และปัญหาสุขภาพจิต ในมุมมองด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด
2. เพื่อให้เกิดความกระจ่างและยืนยันในประเด็นที่พบเกี่ยวกับปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น การวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมให้มากขึ้น โดยอาจเพิ่มรายละเอียดของปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับความรู้และความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
3. ผลจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยในครั้งนี้ ยังไม่ได้รวมเอาตัวแปรสำคัญอื่นๆ ตามแนวคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ที่ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ คือ การแยกความคิด (cognitive defusion) การยอมรับ (acceptance) การมีสติอยู่กับปัจจุบัน (contact with the present moment) การรับรู้ตัวตนตามบริบท (self as context) การให้คุณค่า (values) และการลงมือปฏิบัติตามพันธะสัญญาเข้ามาศึกษาอย่างครอบคลุม ซึ่งนับว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการวางแผนการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะของทดสอบทฤษฎี (structural model testing) ตามแนวคิดการบำบัดโดยการยอมรับและพันธะสัญญา (ACT) ที่มีตัวแปรในการศึกษาครอบคลุม 6 องค์ประกอบ เพื่อให้เห็นภาพการเชื่อมโยงของแนวคิดย่อยตามทฤษฎีได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

สรุป

ความยืดหยุ่นทางจิตใจของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำใจ (การยอมรับ) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพจิต คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าความยืดหยุ่นทางจิตใจไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันข้อค้นพบดังกล่าวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณประธานหลักสูตร อาจารย์ที่ปรึกษา คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ จากคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รวมไปถึงคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ซึ่งเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำ รวมไปถึงการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ เจ้าหน้าที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและการต้อนรับเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่แนะนำประเด็นข้อคำถามสำหรับการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบคุณผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่สละเวลาในการเข้าร่วมในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และผู้วิจัยไม่ได้รับทุนสนับสนุนใดๆ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เนื่องจากมีการปกปิดตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม ในการตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้เข้ารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

รัฐสภา เสนอชัย: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; ฐุชาติ วงศ์อนุชิต: ออกแบบการศึกษา ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Srisamurt A. Nurse' roles in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). MKHJ 2021; 18: 140-7.
2. Teepapal T, Saetew P, Rueangsawat S, Naknit T. Attention deficit hyperactivity disorders and factors related to behavioral problems in school-aged children: a literature review. JMRI 2022; 5: 28-41.
3. Tangareearun D, Pornnoppadol C, Hosiri T. Prevalence, associated factors and functions impairment of internet gaming disorder (IGD) in children and adolescent with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Journal Mental Health Thailand 2021; 29: 93-104.
4. Chanthasin T, Wisessathorn M, Saetang P. The relationship among internet gaming disorder, depression disorder, attention deficit hyperactive disorder, and obsessive-compulsive disorder in high school students with internet gaming disorder of Bangkok. Rajapark Journal 2019; 13: 79-91.
5. Health Data Center [Internet]: Situation of ADHD in children. 2021 [cited 2024 Feb 12]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>.
6. Rajanukul Institute, Department of Mental Health. Annual report 2017. Bangkok: Rajanukul Institute. Department of Mental Health; 2017.
7. Turner M. The effect of social support on perceived stress, self-efficacy, and burnout of foster parents [Dissertation]. Texas: Texas A&M University-Commerce; 2019.
8. Udomchotphruet P. Predicting depression in caregivers of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, Nakhonpathom hospital. Region 4-5 Medical Journal 2023; 42: 51-62.
9. Salgado CF, Anton LJ, Carbonero MA. Impact of a mindfulness and self-care program on the psychological flexibility and well-being of parents with children diagnosed with ADHD. Sustainability 2020 ;12: 7487.
10. Chong YY, Yau PT, Kwan YJ, Chien WT. Roles of psychological flexibility, parenting competence, and asthma management self-efficacy in the functioning outcomes of parents of children with asthma co-occurring with attention-deficit/hyperactivity disorder. Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ 2024; 14: 2835-49.
11. Hayes SC, Levin ME, Vilardaga JP, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behav Ther 2013; 44: 180-98.
12. Hayes SC, Hofmann SG, Ciarrochi J. The idiomorphic future of cognitive behavioral therapy: what stands out from criticisms of ACT development. Behav Ther 2023; 54: 1036-63.
13. Noiphon W, Phromuthai N. Reliability and validity of acceptance and action questionnaire-II (Thai version) among depression patients. Chiang Mai: Suan Prung Hospital- Department of Mental Health; 2017.
14. Wachiradilok P. Effectiveness of parent training program for children with attention-deficit /hyperactivity disorder. Journal of Mental Health of Thailand 2008; 17: 77-90.
15. Pimratana W. Associations between caretakers' attitude, caretakers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder

- (ADHD) and child patients' compliance to take methylphenidate (MPH). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61: 15-26.
16. Mills AC, Poogpan J, Wong-Anuchit C and Rujkorakarn D. The meaning of acceptance (Thum-jai) in Thai people: letting it go... so life goes on. *Int J Ment Health Nurs* 2019; 28: 879-87.
17. Mills AC, Wonganuchit C, Poogpan J, Rujkorakarn D. The Thum-jai (acceptance) scale: development and psychometric properties. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2021; 25: 553-66.
18. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol* 2014; 48: 1018-29.
19. Pragobsuk S, Tuicomepee A. Relationships among trait resilience, meaning in life, and psychological problems of study abroad scholarship students. *J Public Health* 2019; 49: 184-99.
20. Noiphon W. Reliability and validity of Acceptance and Action Questionnaire-II (Thai version) among depression patients. Chiang Mai: Suan Prung Hospital- Department of Mental Health; 2017.
21. Sannarin T. Development and psychometric evaluation of the psychological flexibility scale for adolescents: a pilot study. *TH J CLI PSY* 2021; 50: 1-10.
22. Mishra P, Pandey CM, Singh U, Gupta A, Sahu C, Keshri A. Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Ann Card Anaesth* 2019; 22: 67-72.
23. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011.
24. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th ed, Hampshire: Cengage Learning EMEA; 2019.
25. Budman JR, Maeir A. Development of a psychological health promotion intervention for ultra-orthodox Jewish mothers of children with ADHD using the intervention mapping protocol. *BMC Public Health* 2024; 24: 645.
26. 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: 52-68.
27. Rungmueanporn L. Positive parenting of parents with ADHD children in Ratchaburi hospital. *Reg 4-5 Med J* 2020; 39: 392-403.
28. Lormprakhon P. Factors associated with the response to treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (2020-2021). *MJSSBH* 2022; 37: 381-90.
29. Koomsiri P, Leknoi U. Factors predicting public stigma in parents about children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *JCDLQ* 2022; 10: 314-22.
30. Maneerat S, Maneerat S, Srisawet S. Effectiveness of behavioral management enhancing program on caregivers capability of ADHD child. *Health Sci J Thai* 2019; 28: 81-9.
31. Mills AC, Wonganuchit C, Poogpan J. A concept analysis of Thum-jai: a Thai coping strategy. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2017; 21: 234-43.
32. 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. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2022; 67: 7-20.
33. Chalotorn P. Prevalence and associated factors of depression among the primary caregivers of patients with ADHD at Chaophrayayommarat hospital in Thailand. *Reg 4-5 Med J* 2021; 40: 429-38.
34. Erdil SS, Elbay RY, Karadere E, Gormez A. Parental stress in the parents of the children diagnosed with ADHD. *CHILD FAM BEHAV THER* 2024; 46: 27-41.
35. Jamja P, Suktrakul S, Rodcumdee B. The effect of stress management program on caregivers' caring ability of children with attention deficit hyperactivity disorder. *RTN Med J* 2019; 46: 32-48.
36. Wongvattanarek P, Ularntinon S, Tangjittirorn T. Abstract: negative automatic thoughts associated with depressive symptoms in caregivers of children with attention deficit and hyperactivity disorder at child and adolescent psychiatry clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health. *J DMS* 2019; 44: 93-9.