



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19¹

FACTORS INFLUENCING BURDEN OF CAREGIVERS OF CHILDREN
WITH ADHD DURING COVID-19 PANDEMIC

จรัสศรี คำศรี² พัชรินทร์ นินทจันทร์^{3,*} โสภิน แสงอ่อน⁴
Jaratsri Damsri Patcharin Nintachan Sopin Sangon

¹วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจาก บัณฑิตวิทยาลัยและสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

This thesis is partially supported by the Faculty of Graduate Studies and Graduate Studies
of Mahidol University Alumni Association.

²นักศึกษหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand

³รองศาสตราจารย์ ดร. โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Associate Professor, Ph.D., Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Assistant Professor, Ph.D., Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand

*Corresponding author E-mail: patcharin.nin@mahidol.ac.th

Received: May 7, 2024

Revised: December 9, 2024

Accepted: December 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลต่อการระบาดของโรค
โควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมกับภาระ
การดูแลเด็กสมาธิสั้น และ 2) ความสามารถในการทำนายของปัจจัยต่อภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์
การระบาดของโรคโควิด 19 ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กของสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล
ขนาดตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 204 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดภาระการดูแล

แบบประเมินความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบประเมินโรคสมาธิสั้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93, .93, .93 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กของสมาธิสั้นมีภาระการดูแลระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 34.8 ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 และความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล ความแข็งแกร่งในชีวิต และจำนวนโรคร่วม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาระการดูแลได้ร้อยละ 27.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีอิทธิพลมากที่สุดต่อภาระการดูแล ($Beta = .310, p = .000$) รองลงมา คือ ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล ($Beta = .300, p = .000$) และความแข็งแกร่งในชีวิต ($Beta = -.192, p = .002$) ในขณะที่ จำนวนโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ($r = .133, p > .05$) และไม่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กของสมาธิสั้น ($Beta = .108, p > .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อช่วยป้องกันหรือลดภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อไป

คำสำคัญ : ภาระการดูแล, ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น, สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

Abstract

This predictive correlational research aimed to investigate: 1) the relationships between the worry about the COVID-19 pandemic, resilience, caregiver-perceived severity of ADHD, and number of comorbidities, and the burden of caregivers of children with ADHD; and 2) the predictive ability of these factors on caregiver burden during the COVID-19 pandemic. The participants were 204 caregivers of children with ADHD who sought services at the outpatient clinic of a tertiary hospital in Bangkok. The research tools consisted of the caregiver burden scale, the worry about COVID-19 scale, the resilience inventory, and the SNAP-IV. The Cronbach's alpha coefficients of the research instrument were .93, .93, .93 and .94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficients, Spearman's rank correlation coefficients, and hierarchical multiple regression analysis.

The findings revealed that 34.8 percent of caregivers of children with ADHD had moderate to high levels of caregiver burden. The worry about the COVID-19 pandemic and the perceived severity of ADHD were positively and significantly associated with caregiver burden, while resilience was negatively and significantly related to caregiver burden. The worry the COVID-19 pandemic, caregiver-perceived severity of ADHD, resilience, and the number of comorbidities collectively explained 27.6% of the variance in caregiver burden, with statistical significance. The worry about the COVID-19 pandemic had the greatest impact on caregiver burden ($Beta = .310, p = .000$), followed by caregiver-perceived severity of ADHD ($Beta = .300, p = .000$) and resilience ($Beta = -.192, p = .002$). However, the number of comorbidities was not significantly correlated with caregiver burden ($r = .133, p > .05$) and did not significantly affect caregiver burden ($Beta = .108, p > .05$).

The results of this study could serve as foundational data for developing guidelines to prevent or reduce caregiver burden among those caring for children with ADHD.

Keywords: burden of care, caregivers of children with ADHD, COVID-19 pandemic

ความเป็นมาและสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง 2) อยู่ไม่นิ่งหรือซนมากกว่าปกติ และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (American Psychiatric Association, 2013; Pornnoppadol, 2018) เด็กที่เป็นสมาธิสั้นจะไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนเด็กทั่วไป มักมีปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ดื้อ ต่อต้าน รบกวนชั้นเรียน รอคอยไม่ได้ เหม่อลอย เรียนรู้ช้า หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว และเข้ากับเพื่อนไม่ได้ (Baweja et al., 2023) ทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเพิ่มขึ้น ในด้านการปรับพฤติกรรม การรับประทานยา การตรวจติดตามรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการพิทักษ์สิทธิเด็ก (Juntratip et al., 2020) การให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงเป็นสิ่งที่ยากและต้องอาศัยเวลาอย่างมากในการดูแล อาจก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลได้ (Oberst, 1989; Wacharasin, 2017) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 พบมีผลกระทบอย่างมากต่อการเจ็บป่วยและทำให้สูญเสียผู้คนทั่วโลกหลายล้านคน ทั้งยังทำให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด เช่น มาตรการล็อกดาวน์ที่ต้องกักตัวอยู่บ้าน การปิดสถานศึกษาชั่วคราว การเรียนออนไลน์ การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคม หรือการลดการสัมผัส เป็นต้น (Department of Disease Control, 2020) สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีความบกพร่องของพัฒนาการทางระบบประสาทที่ทำให้ไม่เข้าใจและไม่สามารถควบคุมตนเองให้ทำตามมาตรการต่าง ๆ ได้ เมื่อถูกขัดใจและถูกจำกัดพฤติกรรมมากขึ้น เด็กจะไม่ทำตามสิ่งหรือให้ความร่วมมือในการดูแลน้อยลง จึงทำให้การดูแลเด็กนั้นยากลำบากและใช้เวลาไปกับการดูแลนานมากขึ้น จึงทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลสูงมากกว่าช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19

ปัญหาภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้นในผู้ดูแล หากไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ภาระการดูแลลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตแย่ลง (Peasgood et al., 2021) และประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลงหรือขาดประสิทธิภาพได้ (Eakes, 1995) ตลอดจนทำให้แนวโน้มอาการของโรคจะรุนแรงและเรื้อรังมากขึ้น จากสถิติที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 60 - 85 ของเด็กสมาธิสั้นมีอาการจนเข้าสู่วัยรุ่น และมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่สูงถึงร้อยละ 40 - 50 (Boon-yasidhi, 2012) ซึ่งมักตามมาด้วยปัญหาการเข้าสังคมเนื่องจากไม่รู้จักการวางตัว ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นไม่ได้จนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ (Able et al., 2007) และมีโอกาสสร้างความเดือดร้อนหรือกระทำผิดกฎหมายเนื่องจากขาดความยับยั้งชั่งใจ ส่งผลให้เป็นปัญหาของสังคมและประเทศชาติตามมา (Health Systems Research Institute, 2017; Ohlmeier et al., 2008) การศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ป่วยสมาธิสั้นตั้งแต่วัยเด็กจึงมีความสำคัญ เพราะจะช่วยป้องกันปัญหาดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเติบโตได้

ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงปริมาณเวลาที่ใช้และความรู้สึกยากลำบากในการดูแลจากการทำกิจกรรมการดูแล 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลโดยตรง (direct care) เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย เช่น กิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลบำบัดรักษา และการฟื้นฟู เป็นต้น 2) การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เป็นการดูแลทางด้านอารมณ์จิตใจ การแสดงถึงความรัก พุดคุยให้กำลังใจ และการเฝ้าระวังอันตรายต่าง ๆ เป็นต้น และ 3) การดูแลทั่วไป (instrumental care) เป็นการทำกิจกรรมทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลเกี่ยวกับด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง การวางแผนทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการขอความช่วยเหลือในการดูแลจากหน่วยงาน เป็นต้น (Carey et al., 1991; Oberst, 1991; Oberst et al., 1989)

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะการดูแลเด็กสมาธิสั้นในภูมิภาคเอเชีย ได้แก่ ประเทศโอมาน พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีภาวะการดูแลระดับปานกลางถึงสูงร้อยละ 34 (Al-Balushi et al., 2019) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายงานหรือการศึกษาภาวะการดูแลในเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19 แต่พบการศึกษาในเด็กออทิซึมทางภาคใต้ของไทยซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมอง เช่นเดียวกับโรคสมาธิสั้น (American Psychiatric Association, 2013) โดยพบว่ามีความคล้ายภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Orapiriyakul et al., 2014; Pitakbud, 2007) ซึ่งการดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ่ปกติก็เป็นภาวะการดูแลของผู้ดูแลอยู่แล้ว ยิ่งในการระบาดของโรคโควิด 19 ยิ่งเป็นอุปสรรคที่ทำให้เกิดข้อจำกัดการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมากในหลายด้าน จนทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นรับรู้ถึงความยากและต้องใช้เวลาไปกับกิจกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และ/หรือมีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสังคมไทย และการศึกษาในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 สามารถพบได้ในผู้ดูแลเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี (Russell et al., 2020) ความแข็งแกร่งในชีวิตศึกษาในผู้ที่เป็นโรคระบบประสาทและความผิดปกติทางสติปัญญา รวมถึงโรคสมาธิสั้น (Fianco et al., 2015) และในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี (Russell et al., 2021) ส่วนความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล แม้จะมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะการดูแลเด็กสมาธิสั้น แต่ไม่ได้ศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 (Cadman et al., 2012; Fridman et al., 2017; Ronis et al., 2015) ส่วนอิทธิพลของจำนวนโรคร่วมต่อภาวะการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่ายังมีผลการศึกษาที่ไม่ชัดเจน มีงานวิจัยที่พบว่าจำนวนโรคร่วมในเด็กสมาธิสั้นสามารถทำนายภาวะการดูแลได้

(Fridman et al., 2017) แต่ก็ขัดแย้งกับอีกงานวิจัยที่จำนวนโรคร่วมในเด็กสมาธิสั้นไม่สามารถทำนายภาวะการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ (Cadman et al., 2012)

ดังนั้น จากข้อมูลที่กล่าวมาการจะช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ให้มีภาวะการดูแลที่ลดลง หรือสามารถอยู่ดูแลได้อย่างมีความสุข จำเป็นต้องมีการศึกษาความสามารถในการทำนายของควมวิตกกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการให้การดูแลผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ และลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วม กับภาวะการดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

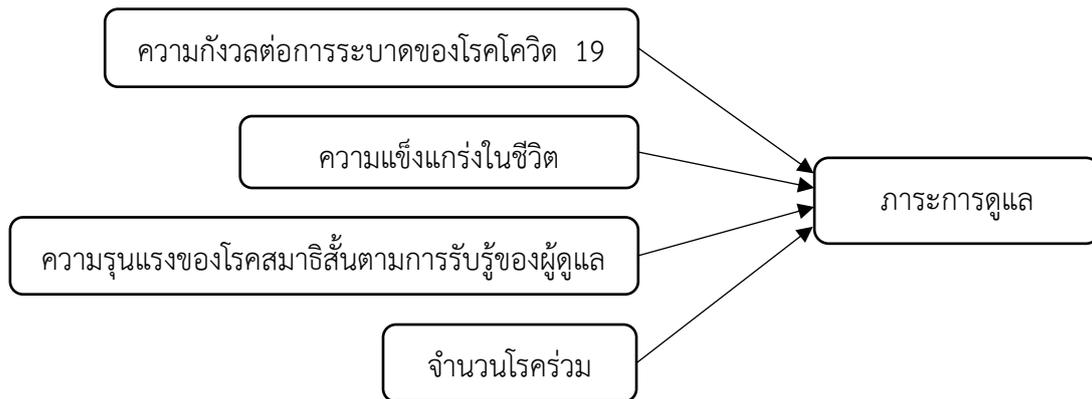
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมต่อภาวะการดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะการดูแล ปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และกลุ่มใกล้เคียง ได้แก่ กลุ่มเด็กที่มีความ

บกพร่องทางพัฒนาการระบบประสาทและกลุ่มเด็กทั่วไป ทั้งในช่วงที่ไม่มีและมีการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งในการศึกษานี้การดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับปริมาณการใช้เวลาและความยากลำบากในการดูแล จากการทำกิจกรรมการดูแลที่ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลโดยตรง 2) การดูแลระหว่างบุคคล และ 3) การดูแล

ทั่วไป (Carey et al., 1991; Oberst, 1991; Oberst et al., 1989) สำหรับปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วม ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1 กำหนดสถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ Linear multiple regression กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาที่มีตัวแปรใกล้เคียงกับในกรอบแนวคิดการวิจัย (Al-Balushi et al., 2019; Cadman et al., 2012; Fridman et al., 2017) เท่ากับ .06 โอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (type I error) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80

จำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้ในการทำนายเท่ากับ 4 ตัวแปร ตามกรอบแนวคิดงานวิจัย ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 204 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นเพศชายหรือหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์การให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช หรือมีปัญหาสุขภาพที่สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ลำดับบุตร ความผิดปกติหรือโรคทางจิตเวชที่พบร่วม และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ บรรยากาศในครอบครัว การไม่พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด สาเหตุที่ไม่พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 การมีสมาชิกในครอบครัว หรือญาติสนิทเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 และ ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2. แบบประเมินโรคสมาธิสั้น SNAP-IV พัฒนาโดย Swanson, Nolan & Pelham แปลเป็นภาษาไทยโดย Pityaratstian et al. (2014) ประกอบด้วยฉบับของผู้ปกครองและฉบับของครู การศึกษาครั้งนี้ใช้ฉบับของผู้ปกครอง โดยใช้วัดความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีข้อคำถาม 26 ข้อ ประเมินอาการ 3 ด้าน ได้แก่ ขาดสมาธิ (inattention) อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/ impulsivity) และ ดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกเป็น 4 ระดับ คือ 0 (ไม่มีอาการเลย) ถึง 3 (มีอาการมาก) คะแนนรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ระหว่าง 0 - 78 คะแนนรวมสูง หมายถึงมีอาการของโรคสมาธิสั้นรุนแรง และมีความเสี่ยงจากการศึกษานี้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

3. แบบประเมินความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 พัฒนาโดย Nintachan et al. (2023) มีข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 (ไม่เลย) ถึง 4 (มากที่สุด) คะแนนรวมเท่ากับ 0 - 64 คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 สูง และมีความเสี่ยงจากการศึกษานี้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

4. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตที่พัฒนาโดย Nintachan et al. (2010) และใช้แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ของ Grotberg (1995; 1997) ข้อคำถามประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ทำให้เกิดความแข็งแกร่งใน

ชีวิต, I am (ฉันเป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ I can (ฉันสามารถ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีข้อคำถาม 28 ข้อ คำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวม 28 - 140 คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง และมีความเสี่ยงจากการศึกษานี้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

4. แบบวัดภาวะการดูแล พัฒนาโดย Oberst et al. (1989) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงบางข้อคำถามโดย lamyingpanich (1996) จากนั้น Thongphet (2002) ได้นำแบบวัดฉบับดังกล่าวมาดัดแปลงข้อคำถามอีกครั้ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ครอบคลุมภาวะการดูแลที่เป็นกิจกรรม 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลโดยตรง 3 ข้อ ด้านการดูแลระหว่างบุคคล 4 ข้อ และด้านการดูแลทั่วไป 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามแยกการวัดเป็น 2 ส่วน คือ การใช้เวลาในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) คะแนนรวม 15 - 75 คะแนนรวมสูง หมายถึง มีภาวะการดูแลสูง แบบวัดนี้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 (Thongphet, 2002) และมีความเสี่ยงจากการศึกษานี้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ 2022/425) ลงวันที่อนุมัติ 3 สิงหาคม พ.ศ.2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (เลขที่ 77/65) ลงวันที่อนุมัติ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 ซึ่งผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการวิจัยมีสิทธิในการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเตรียมผู้ที่จะช่วยดูแลเด็กในช่วงที่ผู้วิจัยกำลังเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและนักจิตวิทยาคลินิกที่ประจำอยู่คลินิกของแผนกผู้ป่วยนอกที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างในขั้นต้นก่อนโดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลเด็กสมมติที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของตัวอย่าง หากตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างในช่วงเวลา ก่อนหรือหลังที่ผู้ดูแลนำเด็กสมมติขึ้นเข้าพบแพทย์ โดยให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถ้าตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเว้นระยะห่างทางสังคม ขณะที่ตัวอย่างกำลังตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยผู้ดูแลเด็กจะให้การดูแลเด็กสมมติในช่วงนั้น โดยจัดหากิจกรรมหรือของเล่นต่าง ๆ ให้แก่เด็ก

3. ผู้วิจัยให้ตัวอย่างส่งแบบสอบถามใส่ลงในกล่องที่ที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ แล้วผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปลงรหัสและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมมติขึ้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วม ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด และเปอร์เซ็นต์ไทล์

3. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลของความวิตกกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 และภาวะการดูแล มีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ แต่ข้อมูลความรุนแรงของโรคสมมติขึ้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล ความแข็งแกร่งในชีวิต และจำนวนโรคร่วม ไม่มีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ ดังนั้น ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 กับภาวะการดูแล จึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมมติขึ้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมกับภาวะการดูแล ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมมติขึ้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมต่อภาวะการดูแล ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้แก่ Linearity relationship, Normal distribution, Homoscedasticity, Autocorrelation, และ Multicollinearity แล้วพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทุกข้อ

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กสมมติขึ้น จำนวน 204 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 163 คน (ร้อยละ 79.9) อายุตั้งแต่ 27 - 79 ปี ($SD = 9.32$) เป็นมารดาของเด็กสมมติขึ้น จำนวน 138 คน (ร้อยละ 67.6) ระยะเวลาโดยเฉลี่ยในการดูแลเด็กสมมติขึ้น 9.99 ปี ($SD = 4.01$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 80 คน (ร้อยละ 39.2) สถานภาพสมรส

แบบสมรสและอยู่ด้วยกัน จำนวน 150 คน (ร้อยละ 73.5) ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 29.9) สมาชิกในครอบครัวมีจำนวน 4 - 6 คน (ร้อยละ 53.9) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,001 - 30,000 บาท จำนวน 95 คน (ร้อยละ 46.6) รายได้เพียงพอ จำนวน 135 คน (ร้อยละ 66.2) บรรยากาศในครอบครัวรักใคร่กันดี จำนวน 179 คน (ร้อยละ 87.7) มีการพาเด็กมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 146 คน (ร้อยละ 71.6) ไม่พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด จำนวน 58 คน (ร้อยละ 28.4) สาเหตุที่ไม่พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัดเกิดจากผู้ดูแลติดธุระ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 40.3)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น พบว่า เด็กสมาธิสั้น จำนวน 204 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 177 คน (ร้อยละ 86.8) อายุ 6 - 18 ปี อายุเฉลี่ย 11.23 ($SD = 3.18$) และเป็นบุตรคนเดียว จำนวน 98 คน (ร้อยละ 48)

3. ภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีคะแนนอยู่ระหว่าง 15 - 60 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.45 ($SD = 9.46$) ภาระการดูแลรายด้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านความยากลำบาก ($M = 41.7, SD = 4.29$) รองลงมา คือ ด้านการใช้เวลา ($M = 36.84, SD = 4.55$) และพบว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีภาระการดูแลน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมา คือ ภาระการดูแลปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.4 ภาระการดูแลน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.6 และภาระการดูแลมาก คิดเป็นร้อยละ 4.4

4. ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 59 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.05 ($SD = 12.06$)

5. ความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนอยู่ระหว่าง 60 - 140 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 115.47 ($SD = 12.22$) เมื่อพิจารณาความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ด้าน 'I am' มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 41.7, SD = 4.29$) รองลงมา

คือ ด้าน 'I can' ($M = 36.93, SD = 4.47$ และ ด้าน 'I have' มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 36.84, SD = 4.55$)

6. ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 - 71 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.22 คะแนน ($SD = 14.47$) ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแลเป็นรายด้าน พบว่า ด้านขาดสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 13.08, SD = 5.89$) รองลงมา คือ ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ($M = 10.91, SD = 5.85$) และด้านดื้อต่อต้านมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M = 8.24, SD = 4.99$)

7. จำนวนโรคร่วม พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีโรคร่วมทางจิตเวช จำนวน 127 คน (ร้อยละ 62.3) ส่วนมากมีจำนวน 1 โรค ($Min = 0, Max = 5$) และเป็นความผิดปกติหรือโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มโรคการเรียนรู้บกพร่อง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 36.2) รองลงมาคือ กลุ่มโรคออทิซึม จำนวน 41 คน (ร้อยละ 32.3)

8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 และความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .357$ และ $.372$ ตามลำดับ, $p = .000$) ในขณะที่ ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.204, p = .003$) และจำนวนโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .133, p > .05$) (ตาราง 1) ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล ความแข็งแกร่งในชีวิต และจำนวนโรคร่วม สามารถร่วมกันทำนายหรืออธิบายความแปรปรวนของภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็ก

สมาธิสั้น ได้ร้อยละ 27.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีอิทธิพลมากที่สุดต่อภาวะการดูแล ($Beta = .310, p = .000$) รองลงมา คือ ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น

ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ($Beta = .300, p = .000$) และความแข็งแรงในชีวิต ($Beta = -.192, p = .002$) ส่วนจำนวนโรคร่วมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ($Beta = .108, p > .05$) (ตาราง 2)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแรงในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ($n = 204$)

ปัจจัย	ภาวะการดูแล	
	<i>r</i>	<i>p</i>
ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19	.357 ^p	.000
ความแข็งแรงในชีวิต	-.204 ^s	.003
ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล	.372 ^s	.000
จำนวนโรคร่วม	.133 ^s	.057

^p หมายถึง Person's product moment correlation coefficient

^s หมายถึง Spearman's rank correlation coefficient

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) ($n = 204$)

ปัจจัยทำนาย	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Model 1					
ค่าคงที่ (Constant)	28.720	1.387		20.709	.000
ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19	.280	.052	.357	5.426	.000
$R = .357; R^2 = .127; Adjusted R^2 = .123; Overall F (1,202) = 29.438, p = .000$					
Model 2					
ค่าคงที่ (Constant)	49.094	5.889		8.337	.000
ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19	.277	.050	.354	5.531	.000
ความแข็งแรงในชีวิต	-.176	.050	-.227	-3.554	.000
$R = .423; R^2 = .179; Adjusted R^2 = .171; R^2 change = .052; Overall F (2,201) = 21.883, p = .000$					
Model 3					
ค่าคงที่ (Constant)	41.647	5.797		7.184	.000
ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19	.243	.048	.309	5.042	.000
ความแข็งแรงในชีวิต	-.158	.047	-.204	-3.361	.001
ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล	.194	.040	.297	4.822	.000
$R = .514; R^2 = .264; Adjusted R^2 = .253; R^2 change = .086; Overall F (3,200) = 23.955, p = .000$					

ปัจจัยทำนาย	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Model 4					
ค่าคงที่ (Constant)	39.407	5.900		6.679	.000
ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19	.243	.048	.310	5.086	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.149	.047	-.192	-3.148	.002
ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล	.196	.040	.300	4.903	.000
จำนวนโรคร่วม	1.062	.595	.108	1.785	.076
<i>R</i> = .525; <i>R</i> ² = .276; <i>Adjusted R</i> ² = .261; <i>R</i> ² change = .012; Overall <i>F</i> (4,199) = 18.959, <i>p</i> = .000					

การอภิปรายผลการวิจัย

ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวแปรที่ทำนายภาวะการดูแลได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบว่าความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแล (Russell et al., 2020) อาจกล่าวได้ว่าการที่มีบริบทของการระบาดของโรคโควิด 19 เข้ามาเกี่ยวข้องซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คนทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ประสบปัญหาอุปสรรคของการดูแลในช่วงที่มีการระบาด และอาจเนื่องจากเด็กสมาธิสั้นเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จึงอาจมีความบกพร่องในการเข้าใจสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตลอดจนการปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย หรือการเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น (Mutluer et al., 2020) ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงมีความกังวลสูงขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความกังวลสูงกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป (Sideropoulos et al., 2021) ประกอบกับลักษณะอาการของเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ซึ่งยากต่อการควบคุมให้เด็กสมาธิสั้นทำตามขั้นตอนของกิจกรรมการดูแลและข้อกำหนด

ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลทั้งในส่วนของใช้เวลาในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มสูงขึ้น

ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายจากในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างมากและต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด เช่น การกักตัวอยู่บ้าน การเรียนออนไลน์ การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคมหรือการลดการสัมผัส เป็นต้น (Department of Disease Control, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เด็กสมาธิสั้นซึ่งมีความบกพร่องของพัฒนาการทางระบบประสาท อาจไม่เข้าใจและไม่สามารถควบคุมตนเองให้ทำตามข้อกำหนดของสังคม เมื่อถูกขัดใจและถูกจำกัดพฤติกรรมมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาด จึงมีโอกาสสูงที่จะแสดงปัญหาพฤติกรรมหรืออาการของโรคสมาธิสั้นที่รุนแรงขึ้น (Panda et al., 2021) และการศึกษาของ Montirosso et al. (2021) พบว่า เด็กที่บกพร่องทางพัฒนาการทางระบบประสาทซึ่งรวมถึงเด็กสมาธิสั้น เด็กเหล่านี้มีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมมากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เช่น กังวล ขาดสมาธิ และก้าวร้าว เป็นต้น ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า ผู้ดูแล

ที่รับรู้ได้ว่าเด็กสมาธิสั้นมีความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น จะรับรู้ถึงภาระการดูแลทั้งด้านความยากลำบากในการดูแลหรือจัดการกับอาการของเด็ก และใช้เวลาไปกับการดูแลนานมากขึ้นด้วย

ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 นั้นยังไม่มีข้อมูลสนับสนุน พบแต่เพียงว่าพ่อแม่ของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล (Russell et al., 2021) ซึ่งในช่วงที่ไม่มีภาระการดูแลของโรคโควิด 19 พบการศึกษาในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาทและความผิดปกติทางสติปัญญาว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายภาระการดูแลได้ (Fianco et al., 2015) จึงอาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 เช่น การหยุดชะงักของชีวิตทางสังคมและกิจกรรมที่สำคัญ ความไม่แน่นอนของระยะเวลาและความรุนแรงในการระบาด เป็นต้น อาจก่อให้เกิดความเครียดได้มาก (Mohler-Kuo et al., 2021) ผู้ดูแลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำจะไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม หรือถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นช่วงที่มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตและข้อกำหนดการปฏิบัติตัวทางสังคมต่าง ๆ ผู้ดูแลน่าจะรับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นสิ่งที่ยากลำบากและใช้เวลาในการดูแลนานมากขึ้นด้วย ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จะสามารถดึงศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ออกมาใช้เพื่อจัดการกับปัญหา ตลอดจนเมื่อได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแลลดลงและใช้เวลาใน

การดูแลน้อยลง ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะรับรู้ภาระการดูแลทั้งด้านความยากลำบากในการดูแลและด้านการใช้นเวลาน้อย

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าจำนวนโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่ไม่มีภาระการระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบว่าจำนวนโรคร่วมในเด็กสมาธิสั้นสามารถทำนายภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fridman et al., 2017) แต่ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับอีกหนึ่งการศึกษาซึ่งศึกษาในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่ไม่มีภาระการระบาดของโรคโควิด 19 โดยพบว่าจำนวนโรคร่วมไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้ (Cadman et al., 2012) ดังนั้น อาจอธิบายได้ว่า เด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มียโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค และมีการดำเนินของโรคร่วมมาระยะหนึ่งแล้ว (เกิน 1 ปี) จึงทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวและสามารถจัดการกับอาการของเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมได้ระดับหนึ่ง โดยไม่จำเป็นต้องจะมีหรือไม่มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และผู้ดูแลจึงไม่ได้รู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นภาระทั้งด้านความยากลำบากและด้านการใช้เวลาไปกับการดูแลเด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันหรือลดภาระการดูแลในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เช่น จัดกิจกรรมเพื่อลดความกังวลต่อการระบาดของโรค เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับผู้ดูแล และเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามจริง
2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคร่วมกับภาระการดูแลในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Able, S. L., Johnston, J. A., Adler, L. A., & Swindle, R., W. (2007). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine, 37*(1), 97-107.
- Al-Balushi, N., Al-Alawi, M., Al Shekaili, M., Al-Balushi, M., Mirza, H., Al-Huseini, S., & Al-Adawi, S. (2019). Predictors of burden of care among caregivers of drug-naive children and adolescents with ADHD: A cross-sectional correlative study Muscat, Oman. *Journal of Attention Disorders, 23*(5), 517-526.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baweja, R., Waschbusch, D. A., & Mayes, S. D. (2023). Physical aggression toward others and self: Correlates in autism, attention-deficit/hyperactivity disorder, and population-based child samples. *JAACAP Open, 1*(4), 274-283.
- Boon-yasidhi, V. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 57*(4), 373-386.
- Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., & Glaser, K. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent, 51*(9), 879-888.
- Carey, P. J., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., & Hughes, S. H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum, 18*, 1341-1348.
- Department of Disease Control. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved from https://www.ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf
- Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing, 9*(2), 77-84.
- Fianco, A., Sartori, R. D., Negri, L., Lorini, S., Valle, G., & Delle Fave, A. (2015). The relationship between burden and well-being among caregivers of Italian people diagnosed with severe neuromotor and cognitive disorders. *Research in Developmental Disabilities, 39*, 43-54.
- Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., Erder, M. H., & Chen, K. S. (2017). Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in the caregiver perspective on pediatric ADHD survey in Europe. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13*, 373-386.
- Grotberg, E. H. (1995). *The international resilience project: Promoting resilience in children*. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED383424.pdf>
- Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience project: Findings the research and the effectiveness of Interventions*. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED419584.pdf>
- Health Systems Research Institute. (2017). *Get to know attention deficit hyperactivity disorder*. Retrieved from <https://www.hsri.or.th/people/media/infographic/detail/9128>
- Iamyingspanich, R. (1996). *Burden of care and well-being in families of mothers with mentally retarded children* (Master's thesis). Mahidol University.
- Juntratip, P., Pongjaturawit, Y., & Chaimongkol, N., (2020). Factors influencing burden of child caregivers of children with delayed development. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 28*(2), 52-63.
- Mohler-Kuo, M., Dzemaili, S., Foster, S., Werlen, L., & Walitza, S. (2021). Stress and mental health among children/adolescents, their parents, and young adults during the first COVID-19 lockdown in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(9), 4668.
- Montirosso, R., Mascheroni, E., Guida, E., Piazza, C., Sali, M. E., Molteni, M., & Reni, G. (2021). Stress symptoms and resilience factors in children with neurodevelopmental disabilities and their parents during the COVID-19 pandemic. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 40*(7), 428-438.
- Mutluer, T., Doenyas, C., & Aslan Genc, H. (2020). Behavioral implications of the COVID-19 process for autism spectrum disorder, and individuals' comprehension of and reactions to the pandemic conditions. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 561882.

- Nintachan, P., Sangon, S., Sumdaengrit, B., Deesamer, S., Kulvirogesopon, V., Boonchuay, N., . . . Gumphun, S. (2023). *The mediating effect of resilience in the relationships between psychosocial factors and mental health problems of village health volunteers in Thailand during the third year of COVID-19 pandemic*. Research report, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Nintachan, P., Sangon, S., & Thaweekoon, T. (2010). *Development of a resilience assessment: Research report Thai population potential development project*. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
- Oberst, M. T. (1991). *Appraisal of caregiving scale*. Madison, WI: University of Wisconsin.
- Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing, 12*(4), 209-215.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Te Wildt, B. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., Emrich, H. M., & Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire), 43*(3), 300-304.
- Orapiriyakul, R., Benjakul, W., & Kwunkaew, S. (2014). Predictors of burden of care in primary family caregivers of children with autism in the West-Coast Southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing, 34*(3), 39-58.
- Panda, P. K., Gupta, J., Chowdhury, S. R., Kumar, R., Meena, A. K., Madaan, P., Sharawat, I. K., & Gulati, S. (2021). Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Tropical Pediatrics, 67*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122>
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Brazier, J. E., Biggs, K., Coghill, D., Daley, D., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2021). What is the health and well-being burden for parents living with a child with ADHD in the United Kingdom? *Journal of Attention Disorders, 25*(14), 1962-1976.
- Pitakbud, N. (2007). *The influences of family relationship and burden on child care behaviors of mothers having autistic children* (Master's thesis). Prince of Songkla University, Songkla.
- Pityaratstian, N., Booranasuksakul, T., Juengsiragulwit, D., & Benyakorn, S. (2014). ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand, 59*(2), 97-110.
- Pornnoppadol, C. (Ed.). (2018). *ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder*. Ideol Digital Print.
- Ronis, S. D., Baldwin, C. D., Blumkin, A., Kuhlthau, K., & Szilagyi, P. G. (2015). Patient-centered medical home and family burden in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP, 36*(6), 417-425.
- Russell, B. S., Hutchison, M., Tambling, R., Tomkunas, A. J., & Horton, A. L. (2020). Initial challenges of caregiving during COVID-19: Caregiver burden, mental health, and the parent-child relationship. *Child Psychiatry and Human Development, 51*(5), 671-682.
- Russell, B. S., Tomkunas, A. J., Hutchison, M., Tambling, R., & Horton, A. L. (2021). The protective role of parent resilience on mental health and the parent-child relationship during COVID-19. *Child Psychiatry and Human Development, 53*(1), 183-196.
- Sideropoulos, V., Dukes, D., Hanley, M., Palikara, O., Rhodes, S., Riby, D. M., . . . Van Herwegen, J. (2021). The impact of COVID-19 on anxiety and worries for families of individuals with special education needs and disabilities in the UK. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 52*(6), 2656-2669.
- Thongphet, O. (2002). *Caregiving burden among mothers of autistic children* (Master's thesis). Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Wacharasin, C. (2017). *Nursing interventions for families experiencing chronic illness* (2nd ed.). Chonburi Printing.