

ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อปัญหาพฤติกรรม ของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา

Attention Deficit Hyperactivity Disorder in School-Age Children: The Influence of Selected Factors on Mothers' Perception of Behavioral Problems

ธัญวดี นาคมิตร^{1*}, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์² และ พิสมัย วัฒนสิทธิ์²

Tunwadee Nakmit^{1*}, Busakorn Punthmatharit² and Pissamai Wattanasit²

นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์¹, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ จำนวน 91 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 3) กิจกรรมสุขภาพครอบครัว 4) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 5) สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ 6) พฤติกรรมการเป็นแม่ และ 7) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามชุดที่ 2-6 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94, .98, .88, .77 และ .74 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 7 วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดาอยู่ในระดับสูง ($M=3.23, SD=0.46$) กิจกรรมสุขภาพครอบครัวอยู่ในระดับมาก ($M=3.09, SD=0.30$) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับดีพอสมควร ($M=2.89, SD=0.42$) สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับดี ($M=19.70, SD=2.86$) พฤติกรรมการเป็นแม่อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.76, SD=0.19$) และปัญหาพฤติกรรมของเด็กอยู่ในระดับมีปัญหา ($M=21.48, SD=3.89$)

2. ปัจจัยความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมการเป็นแม่สามารถร่วมกันทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้ร้อยละ 51.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ $-.488$ ($p<.001$), $.259$ ($p<.01$) และ $-.242$ ($p<.05$) ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมสุขภาพครอบครัว และสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ไม่สามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้

ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นจึงควรให้ความรู้แก่มารดาเกี่ยวกับปัจจัยความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมการเป็นแม่ ทั้งนี้เพื่อให้มารดาสามารถให้การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามอัตรภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยคัดสรร, ปัญหาพฤติกรรม, เด็กวัยเรียน, โรคสมาธิสั้น, มารดา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Khwan_t@windowslive.com เบอร์โทรศัพท์ 091-4619427)



Abstract

This predictive study aimed to examine the influence of selected factors on mothers' perception of behavioral problems in school-age children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Purposive sampling was used to select 91 mothers who took school-age children (6-12 years) with ADHD to the Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health. The data were collected using 7 questionnaires: 1) demographic data, 2) family relationship, 3) family health routines, 4) family functioning, 5) relationship family environment, 6) mothers' behavior, and 7) behavioral problems of school-age children with ADHD. The second to sixth questionnaires were tested for reliability using Cronbach's alpha coefficients, yielding values of .94, .98, .88, .77 and .74, respectively. The reliability of the seventh questionnaire was tested using Kuder-Richardson, yielding a value of .84. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used for data analysis.

The results revealed that the mean total scores of the family relationship ($M=3.23$, $SD=0.46$) and family health routines ($M=3.09$, $SD=0.30$) were at a high level. The mean total scores of the family functioning ($M=2.89$, $SD=0.42$) and mothers' behavior ($M=2.76$, $SD=0.19$) were at a moderate level. The of the relationship family environment ($M=19.70$, $SD=2.86$) was at a good level. The mean total score of the behavioral problems ($M=21.48$, $SD=3.89$) was at a having problem level. A score of 51.8 percent of the variance of the behavioral problems of school-age children with ADHD perceived by mothers was explained by the family relationship ($\beta=-.488$, $p<.001$), the family functioning ($\beta=.259$, $p<.01$), and the mothers' behavior ($\beta=-.242$, $p<.05$). The family health routines and relationship family environment could not predict the behavioral problems of children. Thus, nurses who take care of children with ADHD should provide nursing care by educating the mothers regarding the factors influencing behavioral problems such as the family relationship, family functioning, and mothers' behavior. By doing this, mothers will be able to provide better care for their children resulting in proper behaviors of the children with ADHD.

Keywords: Selected Factors, Behavioral Problems, School-age Children, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, Mothers

บทนำ

โรคสมาธิสั้น พบมากในเด็กวัยเรียน (Limsuwan, 1999) มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น ในประเทศไทย พบเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 8.1 เป็นเด็กชายร้อยละ 12 เด็กหญิงร้อยละ 4.2 พบมากที่สุดใ้มนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 9.7 (Witsanuyotin, Pawasutipisit, Wachiradilok, Srisuchat, Wachiradilok & Buranasuksakul, 2013) สถิติผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น อายุ 5 - 14 ปี ที่มารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิต

เด็กและวัยรุ่นนภาคใต้ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 - 2558 เป็นเด็กชาย 409, 436, 361, 466, 435, 452, และ 461 คน ตามลำดับ และเป็นเด็กหญิง 83, 95, 75, 129, 92, 96, และ 120 คน ตามลำดับ (Medical Record Suansaranrom Hospital, 2015) เห็นได้ว่าสถิติของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นมีทั้งลดและเพิ่มในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา แต่แนวโน้มยังเป็นปัญหาอยู่ เด็กที่มารับการรักษาส่วนใหญ่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติไปจากวัยที่เหมาะสม ซึ่งมีสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรมหรือความผิดปกติของสมอง (Limswan, 1999) โดยมีพฤติกรรม หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ส่งผลต่อตนเองบุคคลรอบข้าง ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของคนในสังคม (Pornnoppadol, 2003) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาด้านพฤติกรรมที่พบในเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน คือ ถูกครูและเพื่อนในห้องเรียนปฏิเสธที่จะให้เข้าร่วมชั้นเรียน โดยเด็กมีพฤติกรรมก่อกวนเพื่อนและครูในขณะที่ทำการสอน เช่น พูดคุยเสียงดัง พูดสอดแทรก หรือลุกจากที่นั่งบ่อย ๆ แม้ว่าในขณะนั้นจะต้องนั่งอยู่กับที่ (Chalermthai, 2003) ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียน (Rungreangkulkij, 2003) ครูมักจะว่ากล่าวตักเตือนหรือลงโทษเด็กที่มีพฤติกรรมดังกล่าวในชั้นเรียน ส่งผลให้เด็กเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดแรงจูงใจในการเรียน บางคนอาจเกิดภาวะซึมเศร้า มองตัวเองเป็นบุคคลไร้ค่า ขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่มีความสุขตามมา (Srimakudpan, 2007) นอกจากนี้ยังส่งผลด้านการรับรู้ ด้านอารมณ์ ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น จากการศึกษาของ Puttisi (2009) พบเด็กอายุ 11 - 18 ปี ที่เป็นโรคสมาธิสั้นต้องคดีในสถานพินิจกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับการมีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 82 และการศึกษาของ Sanguenkulchai (2013) พบเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 69.5 มีปัญหาด้านพฤติกรรม พฤติกรรมที่พบมากที่สุดคือ พฤติกรรมเกรง ร้อยละ 80.50 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 75.3 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 56.5 พฤติกรรมสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 24.7 และพฤติกรรมทางอารมณ์ ร้อยละ 15.6

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นเท่านั้น มีการศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาของ Phongsathirat & Wachiradilok (2013) พบว่าเด็กชายเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กหญิง สถานภาพสมรสของพ่อแม่ แบบหย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือหม้าย ระดับการศึกษาของพ่อแม่ที่ต่ำกว่ามัธยม เศรษฐกิจในครอบครัวไม่เพียงพอ ความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมาธิสั้นเช่นกัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ได้แก่ การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่หรือผู้ดูแล ($r=0.21, p=0.01$) ความเพียงพอของรายได้ ($r=-.23, p=0.009$) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ($r=-.27, p=0.002$) กิจวัตรสุขภาพครอบครัว ($r=-.27, p=0.002$) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ($r=-.35, p=0.000$) (Ngamkum, 2011) สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ($r=-.22, p<.05$) พฤติกรรมการเป็นแม่ ($r=-.19, p<.05$) ภาวะซึมเศร้า ($r=0.39, p<.05$) และภาวะติดสุราของพ่อ ($r=0.16, p<.05$) (Sanguenkulchai, 2013) สำหรับการศึกษานานาชาติพบว่ามารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าส่งผลให้เด็กโรคสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมได้อีกด้วย (Chronis, Lahey, Pelham, Williams, Baumann, Kipp, et al, 2007) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้น มีทั้งปัจจัยที่พยาบาลสามารถจัดกระทำ และไม่สามารถจัดกระทำหรือแก้ไขได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ 5 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ และพฤติกรรมการเป็นแม่ มี 2 ปัจจัย



ที่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ คือ ปัจจัยด้านภาวะติดเชื้อของพ่อ และภาวะซึมเศร้า เนื่องจากปัจจัยด้านภาวะติดเชื้อของพ่อมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก และผู้ที่พาเด็กมาพบแพทย์ที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นมารดา รวมทั้งจากรายงานในแฟ้มประวัติของผู้ป่วยก็พบข้อมูลที่บิดาต่ำสูรน้อย มีเพียงร้อยละ 6 (Medical Record Suansaranrom Hospital, 2015) ส่วนปัจจัยภาวะซึมเศร้าของแม่ ได้มีการทำวิจัยเป็นจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศแล้ว เช่น การศึกษาของ เซย์และคณะ (Shay et al, 2009 อ้างตาม Sanguenkulchai, 2013). เกี่ยวกับการเลี้ยงดูของแม่ที่มีภาวะซึมเศร้ามีผลต่ออารมณ์ของเด็ก แสดงอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย มักพัฒนาไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวได้ในอนาคตขณะเดียวกันแม่ที่มีภาวะซึมเศร้านักจะแยกตัว ดังนั้นแม่มักจะไม่แสดงออกซึ่งบทบาทความเป็นแม่ต่อเด็ก ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแม่และเด็กลดลง (Lee et al, 2012 อ้างตาม Ngamkum, 2011) ผลการวิจัยเชิงทำนายในครั้งนี้ จะมีข้อดีกว่าการศึกษาวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ที่ผ่านมา ทำให้ทราบทิศทางของปัจจัยทำนาย คาดว่าสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ส่งผลให้เด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. ศึกษาระดับของปัจจัยคัดสรรทำนาย และปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา
2. ศึกษาปัจจัยคัดสรรทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพและพฤติกรรมความเป็นแม่ สามารถร่วมกันทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดาได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมตามการรับรู้ของมารดา โดยรวมอยู่ในระดับมีปัญหา (Ngamkum, 2011; Sanguenkulchai, 2013) แสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ เปลี่ยนที่นั่งบ่อย ทำงานหรือการบ้านไม่เสร็จ ไม่ตั้งใจฟังขณะพูดหรือฟังทั้งที่ในสถานการณ์นั้นจำเป็นต้องใช้ความนิ่ง (Ngamkum, 2011) มีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์อยู่ในระดับเสี่ยง หงุดหงิดง่าย ขาดการยับยั้งตนเองขณะโกรธ (Sanguenkulchai, 2013) มีปัญหาพฤติกรรมเกรงอยู่ในระดับมีปัญหา โดยทำผิดกฎระเบียบ และรังแกผู้อื่น (Sanguenkulchai, 2013) พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนอยู่ในระดับมีปัญหา แสดงออกโดยการแหย่ แกล้ง ล้อเลียนให้เพื่อนเกิดความไม่พอใจ (Ngamkum, 2011) การที่เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมชุกชอนมากผิดปกติ เด็กจึงไม่เป็นที่ต้องการของเพื่อนในวัยเดียวกัน (Sanguenkulchai, 2013) ส่วนพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับเสี่ยง มีปัญหาเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และบุคคลในครอบครัว ส่งผลเสียในระยะยาว คือ สูญเสียพัฒนาการทางสังคม รวมถึงการเข้าใจบุคคลอื่นได้ตามมา

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ($r=-0.27, p=.002$) กิจวัตรสุขภาพครอบครัว ($r=-0.27, p=.002$) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ($r=-0.35, p=.000$) (Ngamkum, 2011) สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ($r=-.220, p<.05$) และพฤติกรรมการเป็นแม่ ($r=-.19, p < .05$) (Sanguenkulchai, 2013) ดังนั้นปัจจัยทั้ง 5 ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น จึงคาดว่า จะสามารถร่วมกันทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดาได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ มารดาที่มีบุตรวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น รับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรวัยเรียนเพศชายและเพศหญิง อายุ 6-12 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโลกเป็นโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ เป็นมารดาที่มีบุตรโรคสมาธิสั้นที่ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย และมารดาต้องอยู่ในบ้านเดียวกันและดูแลเด็กต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของทอร์นไคค์ $N = 10k + 50$ (N คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง k คือจำนวนตัวแปรต้น) ตัวแปรต้นในการศึกษาค้างนี้มี 5 ตัว ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้มีจำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนของมารดา ได้แก่ อายุ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว จำนวนบุตร ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น สุขภาพของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศอายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย โรงเรียนที่ศึกษา ระยะเวลาที่มารับการรักษา ชนิดของโรคสมาธิสั้นที่เด็กเป็น สุขภาพของเด็ก และการรักษาที่ได้รับ

2. แบบสอบถามความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของ Kaewsakulthong (2009) ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาตราส่วนประมาณค่า จาก 5 ระดับ เป็น 4 ระดับ และปรับการแปลผลระดับคะแนนใหม่ ประกอบด้วย 10 ข้อ มีลักษณะเป็น Likert Scale แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติทุกครั้ง = 4 จนถึงไม่เคยปฏิบัติ = 1 แปลผลคะแนน กำหนดจากค่าคะแนนสูงสุดลบต่ำสุด หารด้วยจำนวนระดับของการปฏิบัติ (Wongrattana, 2010) ได้ 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

3. แบบสอบถามกิจวัตรสุขภาพครอบครัว ของ Ngamkum (2011) สร้างโดยใช้กรอบแนวคิดด้านโครงสร้างของรูปแบบสุขภาพครอบครัวซึ่งพัฒนาโดย เดนแฮม (Denham อ้างตาม Ngamkum, 2011) มี 6 ด้าน จำนวน 70 ข้อ คือ 1) ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง 17 ข้อ 2) ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย



16 ข้อ 3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต 15 ข้อ 4) ด้านการดูแลความเป็นครอบครัว 4 ข้อ 5) ด้านการดูแลครอบครัว 13 ข้อ และ 6) ด้านการดูแลความเจ็บป่วย 5 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 25 ข้อ และทางบวก 45 ข้อ มีลักษณะเป็น Likert Scale 4 ระดับ ตั้งแต่ประจำ = 4 จนถึงไม่เคย = 1 แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย

4. แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Trangkasombut (1997) มี 7 ด้าน จำนวน 36 ข้อ คือ 1) ด้านการแก้ปัญหา 5 ข้อ 2) ด้านการสื่อสาร 5 ข้อ 3) ด้านบทบาท 4 ข้อ 4) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ 5 ข้อ 5) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ 5 ข้อ 6) ด้านการควบคุมพฤติกรรม 4 ข้อ 7) ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป 8 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ ความหมายทางลบ 12 ข้อ มีลักษณะเป็น Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่ตรงมากที่สุด = 4 จนถึง ไม่ตรงเลย = 1 แปลผลคะแนน เป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก ดีพอสมควร ดีเล็กน้อย และยังไม่ค่อยดี

5. แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพของ Sanguenkulchai (2013) สร้างโดยมัวร์ และมัวร์ (Moos & Moos, 1986 อ้างตาม Sanguenkulchai, 2013) แปลไทยโดย Sakuhong (1998) อ้างตาม Sanguenkulchai, 2013) มี 3 ด้าน ๆ ละ 9 ข้อ รวม 27 ข้อ คือ 1) ด้านความสัมพันธ์ 2) ด้านการแสดงออก และ 3) ด้านความขัดแย้ง แปลผลคะแนน ตามแบบเฉลยของมัวร์และมัวร์ (Moos & Moos, 1986 อ้างตาม Sanguenkulchai, 2013) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน แปลผลคะแนนรายด้าน หากคะแนนมากกว่า 4.5 คะแนน หมายความว่า สภาพแวดล้อมในครอบครัวในแต่ละด้านอยู่ในเกณฑ์ดี

6. แบบสอบถามพฤติกรรมความเป็นแม่ของ Sanguenkulchai (2013) มี 5 ด้าน ๆ ละ 4 ข้อ คือ 1) ด้านการเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก 2) ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง 3) ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ 4) ด้านการไม่ควบคุมจนละอายเป็น และ 5) ด้านการไม่ทอดทิ้ง มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 8 ข้อ ทางลบ 12 ข้อ มีลักษณะเป็น Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 4 จนถึงไม่เคยปฏิบัติ = 1 แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

7. แบบสอบถามปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health Ministry of Public Health, 2009) สำหรับผู้ปกครองประเมิน มี 5 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ คือ 1) พฤติกรรมด้านอารมณ์ 2) พฤติกรรมเกรง 3) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง 4) พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และ 5) พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยคะแนนรวมของด้านที่ 1 - 4 เป็นคะแนนที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมของเด็กในด้านนั้น ๆ ส่วนคะแนนพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม เป็นคะแนนที่แสดงถึงจุดแข็งของเด็ก มีลักษณะเป็น Likert Scale 3 ระดับ ตั้งแต่จริง = 2 จนถึง ไม่จริง = 0 แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ปกติ เสี่ยง และมีปัญหา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบ Validity ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด เนื่องจากเป็นแบบสอบถามเก่าที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว

การตรวจสอบ Reliability หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับมารดาที่มีบุตรวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 20 คน หาค่าเชื่อมั่น Cronbach's Alpha ได้ดังนี้ แบบสอบถามความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเท่ากับ .94 แบบสอบถามกิจวัตรสุขภาพครอบครัวเท่ากับ .98



แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเท่ากับ .88 แบบสอบถามพฤติกรรมการเป็นแม่เท่ากับ .77 แบบสอบถามพฤติกรรมเด็กเท่ากับ .88 และวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามสภาพแวดล้อมในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพโดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR 20) ได้ค่าเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จากนั้นทำหนังสือผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อขออนุมัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และขอเอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

2. ขั้นตอนดำเนินการ เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าและพยาบาลประจำสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ซึ่งแจ้งรายละเอียดวิจัย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบ Purposive Sampling ซึ่งแจ้งกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามใบพิทักษ์สิทธิ์ ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อคำถามในแบบสอบถาม พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ตอบข้อคำถามไม่ครบทุกข้อ ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามใหม่อีกครั้งจนครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย
2. วิเคราะห์ระดับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของปัจจัยคัดสรรโดยใช้สถิติบรรยาย
3. วิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา โดยใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression ได้ทดสอบและผ่านข้อตกลงเบื้องต้น พบปัจจัยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมี Outliers 2 ราย ปัจจัยพฤติกรรมการเป็นแม่ มี Outliers 7 ราย ทำให้การกระจายของข้อมูลไม่เป็นปกติ จึงได้ทำการตัด Outliers ทั้ง 9 รายออก แล้วทดสอบการแจกแจงของข้อมูลอีกครั้ง พบข้อมูลทุกปัจจัยที่ศึกษามีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ ส่วนข้อตกลงเบื้องต้นอื่น ๆ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังนั้นในการวิเคราะห์และแปลผล จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 91 คน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ (ที่ ศธ 0521.1.05/3310) และคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (เลขที่ 076/2559)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น พบว่ามากกว่าครึ่งมีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 53.9 มีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 36.95 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 33.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.7 ได้รับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50.5 มีสถานภาพสมรสอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 80.2 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 90.1 มารดามีบุตร 1 คน ร้อยละ 57.1 ระยะเวลาที่มารดาใช้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น 1-2 ปี ร้อยละ 83.5 มารดามีสุขภาพดี ร้อยละ 98.9 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001 - 20,000 บาท



ร้อยละ 47.3 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 89.0 มารดาให้ระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 64.8

เด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นเป็นเพศชายร้อยละ 76.9 มีอายุ 8 และ 11 ปี เท่ากัน ร้อยละ 19.8 มีค่าเฉลี่ยของอายุเท่ากับ 8.67 ปี ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-3 ร้อยละ 61.5 มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.50-2.99 ร้อยละ 60.4 มีค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 ($SD=0.72$) ได้รับการศึกษาในโรงเรียนปกติ ร้อยละ 100 ใน 1 ปีที่ผ่านมาเด็กมารับการรักษาจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 33.0 เป็นโรคสมาธิสั้นชนิดชน/หุ่นหัน พลันแล่นร้อยละ 68.1 มารดารับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรง ร้อยละ 100 และเด็กได้รับการรักษาโดยการใช้ยา ร่วมกับปรับพฤติกรรม/สิ่งแวดล้อม ร้อยละ 98.9

2. ระดับของปัจจัยคัดสรรทำนาย และปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา ผลการวิจัยพบว่า

2.1 คะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M=3.23$, $SD=0.46$)

2.2 คะแนนเฉลี่ยกิจกรรมสุขภาพครอบครัวของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.09$, $SD=0.30$) พิจารณารายด้าน พบคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลครอบครัวด้านการดูแลความเป็นครอบครัว ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต และด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก ($M=3.24$, $SD=0.34$; $M=3.18$, $SD=0.52$; $M=3.17$, $SD=0.36$; $M=3.04$, $SD=0.35$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลความเจ็บป่วย และด้านการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.86$, $SD=0.59$; $M=2.84$, $SD=0.27$)

2.3 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดีพอสมควร ($M=2.89$, $SD=0.42$) พิจารณารายด้าน พบ 6 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีพอสมควร โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ($M=3.01$, $SD=0.61$; $M=3.01$, $SD=0.28$) รองลงมาคือ ด้านบทบาท ($M=2.89$, $SD=0.66$) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ($M=2.80$, $SD=0.49$) ด้านการแก้ปัญหา ($M=2.77$, $SD=0.63$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการควบคุมพฤติกรรม ($M=2.74$, $SD=0.58$) ส่วนด้านการสื่อสาร มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.20 ($QD=0.30$) ตามลำดับ

2.4 คะแนนเฉลี่ยสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดาโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=19.70$, $SD=2.86$) พิจารณารายด้าน พบคะแนนเฉลี่ยด้านความขัดแย้งอยู่ในระดับดี ($M=5.14$, $SD=1.60$) ด้านความสัมพันธ์ และด้านการแสดงออกมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 8.00 และ 7.00 (QD เท่ากัน=0.50)

2.5 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเป็นแม่ของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.76$, $SD=0.19$) พิจารณารายด้าน พบคะแนนเฉลี่ยด้านการยึดตัวเด็กเป็นศูนย์กลาง ด้านการไม่ควบคุม จนละเลย ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ ด้านการไม่ทอดทิ้ง และด้านการเคารพความเป็นตัวตนของเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.96$, $SD=0.45$; $M=2.86$, $SD=0.59$; $M=2.72$, $SD=0.42$; $M=2.70$, $SD=0.47$; $M=2.55$, $SD=0.66$ ตามลำดับ)

2.6 คะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นโดยรวม พบว่า อยู่ในระดับมีปัญหา ($M=21.48, SD=3.89$) พิจารณารายด้าน พบคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนพฤติกรรมด้านอารมณ์อยู่ในระดับเสี่ยง ($M=3.65, SD=2.17$) ด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกร พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมสัมพันธ์ทางด้านสังคมอยู่ในระดับมีปัญหา ($M=7.16, SD=1.54; M=5.35, SD=1.69; M=5.32, SD=1.71; M=4.23, SD=2.17$ ตามลำดับ)

3. ปัจจัยคัดสรรทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา ก่อนทำการวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม พบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและกิจวัตรสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.395, p<.01; r=-.385, p<.01$) ส่วนการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมการเป็นแม่ และสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์ภาพ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.160, p>.05; r=-.143, p>.05; r=-.132, p>.05$)

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยคัดสรรทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา ($N = 91$)

ปัจจัยคัดสรรทำนาย	B	β	t	p
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	-4.168	-.488	-5.13	.001
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	2.405	.259	2.77	.01
พฤติกรรมกรเป็นแม่	-4.842	-.242	-2.59	.05

$R^2 = .518, \text{Adjusted } R^2 = .244, F(3,87) = 10.66, p = .000; \text{Constant} = 41.34$

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบเพียง 3 ตัวแปร คือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมกรเป็นแม่ ที่สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้ร้อยละ 51.8 ($R^2=.518$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(3,87)=10.66, p<.001$) ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดไปน้อยสุด ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ($\beta=-.488, t=-5.13, p<.001$) การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ($\beta=.259, t=2.77, p<.01$) และพฤติกรรมกรเป็นแม่ ($\beta=-.242, t=-2.59, p<.05$) ตามลำดับ (ตาราง 1) ส่วนกิจวัตรสุขภาพครอบครัว และสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์ภาพ ไม่สามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กได้ สามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

$$\text{ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น} = 41.34 - 4.168_{\text{(ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว)}} + 2.405_{\text{(การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว)}} - 4.842_{\text{(พฤติกรรมกรเป็นแม่)}}$$

อภิปรายผล

1. มารดาที่รับรู้ปัจจัยทำนายความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า มารดาที่ศึกษาในครั้งนี้ มีสถานภาพสมรสอยู่ร่วมกันร้อยละ 80.2 เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 90.1 มีอาชีพแม่บ้านและเกษตรกรร้อยละ 60 ทำให้มีเวลาสำหรับครอบครัว ส่งผลให้ได้ปฏิบัติตามบทบาทของการเป็นพ่อแม่ที่ดีต่อลูก



(Komton, 2007) สอดคล้องกับงานวิจัยความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นในภาคตะวันออก อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Ngamkham, 2011) ส่วนกิจวัตรสุขภาพครอบครัว มารดามีการรับรู้อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจาก โครงสร้างครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว จึงมีผลให้พ่อแม่มีเวลาในการสังเกตพฤติกรรมของลูกอย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangkaew, Nukaew & Suttharangsee, (2017) ที่ผู้ปกครองหลักของเด็กสมาธิสั้นเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 80 มารดาจึงตระหนักและให้ความสำคัญที่จะพาเด็กไปรับการรักษาพฤติกรรมอันเกิดจากโรคสมาธิสั้น แต่เนื่องจากมารดาส่วนใหญ่รับรู้ระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นมีระดับความรุนแรงมาก จึงทำให้มารดาให้การดูแลเด็กได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร เห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลความเจ็บป่วย และด้านการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีผลให้การรับรู้ของมารดาในเรื่องปัจจัยกิจวัตรสุขภาพครอบครัวอยู่ในระดับมาก

สำหรับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว อยู่ระดับดีพอสมควร พบ 6 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีพอสมควร ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดมี 2 ด้าน คือ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป เป็นไปได้ว่าผู้ที่ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนส่วนใหญ่เป็นมารดา อาจมีผลต่อความผูกพันเด็กมากกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัว ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการควบคุมพฤติกรรม อาจมีสาเหตุจากมารดาส่วนใหญ่รับรู้ได้ว่า ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงมาก ทำให้มารดาไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมของเด็กที่เหมาะสมได้ตามบทบาท เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มารดาเลือกใช้วิธีการควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวดลงโทษเมื่อเด็กทำผิด ทำให้เด็กขาดความมั่นใจ มีผลให้พฤติกรรมเป็นรุนแรงเพิ่มขึ้น (Leelatrakarnkun, 2012) เทียบเคียงกับงานวิจัยของ Ngamkham (2011) ที่พบการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม มากกว่าครึ่งอยู่ในระดับดีพอสมควร ดังนั้นปัจจัยด้านนี้จึงควรได้รับการแก้ไข เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นกว่าเดิม

สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์ภาพอยู่ในระดับดี พิจารณารายด้าน พบด้านความสัมพันธ์ด้านการแสดงออก และด้านความขัดแย้งอยู่ในระดับดีเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanguenkulchai (2013) ที่สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์ภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี ดังนั้นการที่สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์ภาพอยู่ในระดับดี ส่งผลให้เด็กโรคสมาธิสั้นและสมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันดี เด็กจึงได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ที่ดีตามมา

พฤติกรรมการเป็นแม่ของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเนื่องมาจากปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นมีความรุนแรง มารดาส่วนใหญ่รับรู้ได้ว่าเด็กมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก ทำให้ยากแก่การดูแลเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanguenkulchai (2013) ที่พบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ของเด็กโรคสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นพยาบาลผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว เนื่องจากทุกช่วงวัยของเด็ก บุคคลที่เด็กใกล้ชิดมากที่สุดคือมารดา (Ministry of Social Development and Human Security, 2009) ดังนั้นหากพฤติกรรมการเป็นแม่อยู่ในระดับสูงคาดว่าพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน ก็จะมีปัญหาน้อยลงไปด้วย

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับมีปัญหา สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และจิตสังคม หรืออาจเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทบางตัวหลังสารโดปามีนผิดปกติ (Haotrakul & Sukanit, 1999) หรืออาจเกิดจากการตอบสนองของการกระตุ้นประสาทของ Methylphenidate น้อย แต่ไม่มีหลักฐานจากการศึกษาใดที่จะสามารถ

นำมาสรุปได้อย่างแน่ชัด (Limsuwan, 1999) บางผลการศึกษาพบว่า หากนอร์อีพีแนฟรินต่ำ มีผลทำให้เด็กเกร ซุกซน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่นได้ (Piyasil & Kateman, 2002) ส่วนปัจจัยที่สามารถจัดการแก้ไขโดยบทบาทของพยาบาล คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจกรรมสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Ngamkham, 2011) สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ และพฤติกรรมการเป็นแม่ (Sanguenkulchai, 2013) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกร พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมสัมพันธภาพด้านสังคมของเด็ก อยู่ในระดับมีปัญหา ส่วนพฤติกรรมด้านอารมณ์อยู่ในระดับเสี่ยง แม้ว่าในการวิจัยครั้งนี้พบเด็กร้อยละ 98.9 ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม แต่ยังไม่พบว่ามีเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อาจเกิดจากความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็ก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีคนในครอบครัวไม่ใส่ใจในการกินยาตามที่แพทย์สั่งร้อยละ 20.8 โดยยาจะมีส่วนสำคัญในการช่วยควบคุมพฤติกรรมของเด็กให้อยู่นิ่ง สงบมากขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยา คือ เพศชายจะมีโอกาสรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง (Pimrat, 2016) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เด็กร้อยละ 76.9 เป็นเพศชาย จึงมีโอกาสได้รับยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งเป็นพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาอยู่ เทียบเคียงกับงานวิจัยของ Ngamkham (2011) ที่พบว่าเด็กโรคสมาธิสั้นร้อยละ 65 มีปัญหาพฤติกรรมโดยรวม ส่วนการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เด็กร้อยละ 90.1 มีปัญหาพฤติกรรมโดยรวมจะเห็นได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ พบเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าการศึกษาของ Ngamkham (2011) ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2558 ทำให้เด็กวัยเรียนได้รับการคัดกรองโรคสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น (Ministry of Public Health, 2015)

2. ปัจจัยคัดสรรทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา พบว่าตัวแปรความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมการเป็นแม่ สามารถร่วมกันทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดาได้ร้อยละ 51.8 ตัวแปรความสัมพันธ์ภายในครอบครัวสามารถทำนายได้สูงสุด รองลงมา คือ การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมการเป็นแม่ ตามลำดับ อธิบายได้ว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี มีแนวโน้มของปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดาเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ในครอบครัวดี มีแนวโน้มของปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดาลดลง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่สมาชิกมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี บรรยากาศในครอบครัว มีความรัก ความอบอุ่น สมาชิกทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันเป็นประจำ จะมีผลโดยตรงต่อการแสดงออกทางด้านพฤติกรรมของเด็กร่วมด้วย (Rungreangkulkij, 2003) ตรงกันข้ามหากเด็กอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดี ขาดการเอาใจใส่ ไม่มีการพูดคุย สัมผัส โอบกอด เล่น ใช้เวลาว่างร่วมกัน มีความขัดแย้งในครอบครัวย่อมมีผลทำให้เด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นเกิดปัญหาพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ngamkham (2011) ที่ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน เทียบเคียงได้กับงานวิจัยของ Sanglak Chaimongkon & Pongjaturawit (2014) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด และสามารถทำนายพฤติกรรมทางสังคมของเด็กวัยก่อนเรียนได้ร้อยละ 6.2 ($p < .05$) อธิบาย



ได้ว่า หากความสัมพันธ์ในครอบครัวเด็กดี สมาชิกมีความเข้าใจกัน เด็กจะมีความมั่นคงทางจิตใจ เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมทางสังคมที่ดี และแสดงออกมาซึ่งพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมได้ตามมา

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว แม้ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แต่ถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนาย และสามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นในทางบวก ได้อันดับสอง อธิบายได้ว่าการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กไม่ได้เป็นเรื่องง่ายที่จะแก้ไขได้ เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมที่เกิดจากโรคสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรมการแสดงออกที่มีความรุนแรง ถึงแม้ว่ามารดาจะมีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ดีตาม อาจต้องอาศัยปัจจัยด้านอื่น ๆ เป็นแรงเสริมทางบวก เพื่อให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมลดลง

พฤติกรรมความเป็นแม่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นเช่นกันแต่ถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนาย และสามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นได้ในทางลบ อธิบายได้ว่า โดยทางทฤษฎีแล้วพฤติกรรมความเป็นแม่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อพฤติกรรมของเด็ก เนื่องจากแม่เป็นบุคคลสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูลูก (Eamwiboon, 2003) ในการศึกษาครั้งนี้ มารดา ร้อยละ 83.5 ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น 1-2 ปี ซึ่งเป็นช่วงแรกของการเข้ารับการรักษา แสดงให้เห็นว่ามารดาเอาใจใส่ลูกเป็นอย่างดี ดังนั้นเมื่อลูกเกิดการเจ็บป่วยจึงได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ดังนั้นพฤติกรรมความเป็นแม่จึงสามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดาได้

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นได้ คือ กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการวิจัยครั้งนี้ เด็กร้อยละ 90.1 อยู่ในครอบครัวเดี่ยวที่ได้รับการดูแลจากพ่อแม่โดยตรง ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่อย่างดีจากพ่อแม่ จึงส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรสุขภาพครอบครัวที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ngamkham (2011) ที่พบว่ากิจวัตรสุขภาพครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน กล่าวคือหากมารดาของเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนมีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวที่เหมาะสม ปัญหาพฤติกรรมที่พบในเด็กโรคสมาธิสั้นจะพบน้อยลงไปด้วย

สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพไม่สามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้นได้ แสดงว่าไม่พวามารดาจะมีสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพดีหรือไม่ ก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมของเด็ก

การที่ปัจจัยคัดสรรสามารถร่วมกันทำนายปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของมารดา ได้เพียงร้อยละ 51.8 แสดงว่า ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (Phongsathirat, & Wachiradilok, 2013) การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่หรือผู้ดูแล (Ngamkham, 2011) ความเพียงพอของรายได้ (Ngamkham, 2011) ภาวะซึมเศร้า (Sanguenkulchai, 2013) และภาวะติดสุราของพ่อ (Sanguenkulchai, 2013) ดังนั้นจึงควรทำวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นดังกล่าว

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นควรตระหนักถึงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมเกเร พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมสัมพันธภาพด้านสังคม เนื่องจากยังอยู่ในระดับมี



ปัญหา ควรสร้างโปรแกรมให้คำปรึกษา หรือคำแนะนำวิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแก่มารดา ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ถูกต้อง เฝ้ารอติดตามพฤติกรรมเกราะที่อยู่ในระดับเสี่ยงอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมการเป็นแม่ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถแก้ไข ปรับปรุงได้ในบทบาทของพยาบาล เปิดโอกาสให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ในขณะที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดยการพัฒนาโปรแกรมการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่พบว่าอยู่ในระดับมีปัญหา จากปัจจัยที่พบว่ามึผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

References

- Chalermthai, S. (2003). *Social Behavior of ADHD*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Education Program Psychology and Guidance, Chiangmai. (in Thai).
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp H., et al. (2007). Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict future Conduct Problems in Young Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Developmental Psychology*, 43(1): 70-82.
- Department of Mental Health Ministry of Public Health. (2009) *Mental Health Care for School-Age Children*. (4th ed.). Nonthaburi: Psychiatric Foundation. (in Thai).
- Eamwiboon, V. (2003). *A Guide to the Establishment of a Family Development Center in the Community*. (2nd ed.). Bangkok: Office of Women's Affairs and Family Institutions Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai).
- Haotrakul, M. & Sukanit, P. (1999). *Ramathibodi Psychiatry (ADHD)*. (4th ed.). Bangkok: Savichan. (in Thai).
- Kaewsakulthong, J. (2009). *Relationships Between Personal Factors, Family Factors, Smoking Behaviors, and Depression of Adolescent Psychiatric Patients*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai).
- Komton, L. (2007). Family Connectedness, Irrational Beliefs and Depression among Youth in The Juvenile Training Center. *Nursing Journal*, 34(1): 88-100. (in Thai).
- Leelatrakankun, K. (2012). The Correlation Between Depression and Family Functioning in Seventh Grade Students in Ubonratchathani Province. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 57(1): 29-38. (in Thai).



- Limsuwan, N. (1999). *ADHD*. (3rd ed.). Bangkok: Thammasat University. (in Thai).
- Medical Record Suansaranrom Hospital. (2015) *Reported Children with ADHD*. Suratthani: Medical Record Suansaranrom. (in Thai).
- Ministry of Social Development and Human Security. (2009) *Situational Analysis and Policy Study of Measures to Assist Family with Special Effects Phase 2*. Bangkok: Department of Women's Affairs and Family Development. (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2015) *Mental Health Care Guide for Children*. Nonthaburi: Wongkamol. (in Thai).
- Ngamkum, D. (2011). *The Relationship Between Family Factors and Behavior Problems in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Eastern Region*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai).
- Pimrat, W. (2016). Associations Between Caretakers' Attitude, Caretaker' Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Child Patients' Compliance to Take Methylphenidate (MPH). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 61(1): 15-26. (in Thai).
- Piyasil, W. & Kateman, P. (2002). *Child and Adolescent Psychiatry*. (pp 209-219). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai).
- Phongsathirat, P. & Wachiradilok, P. (2013). Factors Associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders in School-Age Children. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(1): 108-120. (in Thai).
- Pornnoppadol, P. (2003). *Get to Know Children to ADHD*. Bangkok: Jenseencylak. (in Thai).
- Puttisri, S. (2009). *Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorder*. (3rd ed). Bangkok: Mahidol University. (in Thai).
- Rungreangkulkij, S. (2003). Conceptual Framework for Family Psychiatric Patients. *Journal of Nursing Science & Health*, 23(2-4): 68-74. (in Thai).
- Sangkaew, T., Nukaew, O. & Suttharangsee, W. (2017). The Effects of an Aggressive Behavior Management Program on Behaviors of Children Suffering from Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(Special): 214-229. (in Thai).



- Sanguenkulchai, N. (2013). *Relationships Between Family Environment Relationship Dimension, Parenting Behaviors, Maternal Depression, Paternal Alcohol Dependent and Behavioral Problems in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Upper Central Region*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai).
- Sanglak, S., Chaimongkon, N. & Pongjaturawit, Y. (2014). Predictors of Social Behavior of Preschoolers Receiving Service in Child Care Centers in ith Municipality, Chon Buri. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 22(2): 65-76.
- Srimakudpan, N. (2007). *The Correlation Between Self-Esteem and Parenting Styles of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Attending Child Psychiatric Outpatient Until of King Chulalongkorn Memorial Hospital*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai).
- Trangkasombut, U. (1997). *Psychotherapy and Family Counseling*. (3rd ed). Bangkok: Suntar. (in Thai).
- Witsanuyotin, T., Pawasutipisit, C., Wachiradilok, P., Srisuchat, R., Wachiradilok, P. & Buranasuksakul, T. (2013). The Prevalence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 21(2): 66-75. (in Thai).
- Wongrattana, C. (2010). *Use of Research Statistics*. (8th ed.) Bangkok: Srinakharinwirot University. (in Thai).