

ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น



นางสาวดลฤดี แดงน้ำคู้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PARENTING STRESS IN CARETAKERS OF CHILDREN WITH ADHD



Miss Donrudee Dangnumkoo

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

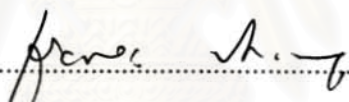
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น  
โดย นางสาวชลฤดี แดงน้ำคู้  
สาขาวิชา สุขภาพจิต  
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ  
อาจารย์ที่ปรึกษา(ร่วม) นายแพทย์ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร


---

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

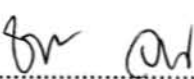
  
..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษา(ร่วม)  
(นายแพทย์ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร)

  
..... กรรมการ  
(แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ)

ดลฤดี แดงน้ำคู้ : ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น (PARENTING STRESS IN CARETAKERS OF CHILDREN WITH ADHD) อ.ที่ปรึกษา : ศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : นายแพทย์ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, 91 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 96 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน แบบประเมินความเครียดจากการดูแลบุตร และแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independent t - test , One-way ANOVA และ Multiple Linear Regression Analysis

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 68.8 มีความเครียดในการดูแลเด็กในระดับรุนแรง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ปกครองมีค่า (Mean) เท่ากับ 98.4 และความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 18.59 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นคือ ระดับของปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน ความรุนแรงของพฤติกรรมที่ต่อต้าน การมีหรือไม่มีคนช่วยดูแลเด็ก และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลกำหนดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการรักษาและให้ความช่วยเหลือ และกำหนดแนวทางส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นต่อไป

## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์  
สาขาวิชา สุขภาพจิต  
ปีการศึกษา 2549

ลายมือชื่อนิสิต.....ดลฤดี แดงน้ำคู้.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 4874731130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD: PARENTING STRESS /ADHD

DONRUDEE DANGNUMKOO : PARENTING STRESS IN CARETAKERS OF CHILDREN WITH ADHD. THESIS ADVISOR : PROF. UMAPORN TRANGKASOMBAT, M.D., THESIS COADVISOR : NUTTORN PITYARATSTIAN, M.D., 91 pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to examine the level of parenting stress and associated factors among parents or caretakers of children with ADHD in Child and Adolescent Psychiatric Unit, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Population studied were 96 parents of children with ADHD. The research instruments were Demographic Questionnaire, Swanson, Nolan and Pelham-IV Questionnaire-Short Form (SNAP-IV), Home Situation Questionnaire (HSQ), Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF), and ADHD Knowledge Questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics, independent t - test, one-way ANOVA, and multiple linear regression

The results showed that 68.8 % of parents of children with ADHD had significant parenting stress. Factors related to it were the severity of ADHD symptoms as measured by the Home Situation Questionnaire, oppositional defiant symptoms, availability of alternative, back-up caretakers in the family, and parents' educational background. The results were valuable in planning the appropriate, thorough service to ADHD children and the family.

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department      Psychiatry  
Field of study    Mental Health  
Academic year    2006

Student's signature..... ด.ณ.ดี ด.ณ.กัญญา.....  
Advisor's signature.....  
Co-advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยด้วยความกรุณา ช่วยเหลือ และให้ความอนุเคราะห์ จากบุคคลหลายท่าน

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติและอาจารย์นายแพทย์ ภัทร พิทยรัตน์เสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ และตรวจทานแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์แพทย์หญิงปรีชวัน จันทศิริ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณา ให้คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยจิตเวชเด็กที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ภาคจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และ กำลังใจ เป็นอย่างดี

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ เนื่องจากพระคุณของคุณพ่อคุณแม่คุณน้ำวิ และบุคคลใน ครอบครัวที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีมาตลอด ขอขอบคุณเพื่อนๆ สาขา สุขภาพจิต สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้ ตลอดจนเพื่อนสนิททุกคน สำหรับ กำลังใจ และมีมิตรภาพที่ดีเสมอมา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพและแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	3
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
ความหมายของความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น.....	5
การวินิจฉัยโรค.....	5
ระบาดวิทยา.....	7
สาเหตุของโรค.....	7
ลักษณะอาการของโรค.....	9
การรักษา.....	10
ความหมายของการเลี้ยงดู.....	12
พฤติกรรมการเลี้ยงดู.....	13
บทบาทของบิดามารดา.....	14
ลักษณะการอบรมเลี้ยงดู.....	14
ความหมายของความเครียด.....	17

	หน้า
บทที่ 2 ชนิดของความเครียด.....	18
สาเหตุของความเครียด.....	18
ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด.....	20
ระดับของความเครียด.....	21
ผลกระทบของความเครียด.....	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
รูปแบบการวิจัย.....	27
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	28
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	33
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น.....	37
ลักษณะทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น.....	40
ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น.....	44
แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม SNAP-IV.....	44
ประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน.....	45
ประเมินความรุนแรงของอาการตามที่แพทย์ประเมิน CGI.....	46
ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร.....	47
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง.....	48
การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรสมาธิสั้น.....	50
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	67
สรุปผลการวิจัย.....	67
อภิปรายผล.....	69
ข้อเสนอแนะ.....	74
รายการอ้างอิง.....	76
ภาคผนวก.....	80
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย.....	82
ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์.....	83



	หน้า
แบบสอบถาม.....	84
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	91



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น.....	37
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น.....	40
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละจำแนกตามปัญหาพฤติกรรม SNAP IV.....	44
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออก เวลาอยู่ที่อยู่บ้าน.....	45
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละจำแนกตามความรุนแรงของอาการที่แพทย์ประเมิน CGI	46
ตารางที่ 6	ข้อมูลระดับความเครียดในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง.....	47
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น..	48
ตารางที่ 8	แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก สมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ Independence t-test .....	50
ตารางที่ 9	แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก สมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ One - way ANOVA .....	52
ตารางที่ 10	ตารางการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของ ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของ ผู้ปกครองด้วยวิธี LSD.....	54
ตารางที่ 11	ตารางการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของ ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยเรื่องหนี้สินของผู้ปกครอง ด้วยวิธี LSD.....	54
ตารางที่ 12	ตารางการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของ ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ใน ชีวิตสมรสด้วยวิธี LSD.....	55
ตารางที่ 13	แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก สมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ Independence t-test.....	56
ตารางที่ 14	แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก สมาธิสั้นจำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ One - way ANOVA.....	58

ตารางที่ 15	แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก สมาธิสั้นกับแบบประเมินพฤติกรรม โดยใช้ Independence t-test .....	61
ตารางที่ 16	แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก สมาธิสั้นกับระดับปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน โดยใช้ Independence t-test .....	62
ตารางที่ 17	แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก สมาธิสั้นกับความรุนแรงของอาการตามที่แพทย์ประเมิน CGI โดยใช้ One - way ANOVA.....	63
ตารางที่ 18	ตารางการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของ ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยความรุนแรงของอาการตาม ที่แพทย์ประเมินCGI ด้วยวิธี LSD.....	63
ตารางที่ 19	แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก สมาธิสั้นกับระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น โดยใช้ One - way ANOVA.....	64
ตารางที่ 20	ตัวแปรที่สามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก สมาธิสั้น ใน Model สุดท้าย (N = 96).....	65

## สารบัญภาพและแผนภูมิ

ภาพประกอบ		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ภาพที่ 2	ภาพฮีโสมแกรมคะแนนความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดู เด็กสมาธิสั้น.....	49



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder) เป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้ในเด็ก โดยอาการสำคัญของโรคประกอบด้วยอาการซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) อาการขาดสมาธิ (Inattention) และอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 3-5 ของ เด็กวัยเรียน [1] และการศึกษาในประเทศไทยพบว่า โรคสมาธิสั้น มีอัตราความชุก ร้อยละ 5.09 โดยอัตราความชุกในกลุ่มเด็กชาย เท่ากับร้อยละ 7.81 กลุ่มเด็กหญิงเท่ากับร้อยละ 1.59 [2] นอกจากนี้ได้มีการศึกษาปัญหาการเรียน ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,057 คน พบว่ามีความชุกของโรค สมาธิสั้น ร้อยละ 2.37 [3] และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในแผนก ผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อปี 2544 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นมีอัตราสูง โดยคิดเป็นร้อยละ 40.47 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่า เพศหญิง ในอัตราส่วนประมาณ 5: 1 [4]

จากอาการของโรค และภาวะที่เกิดร่วมกับโรค (Comorbidity) ทำให้เด็กเกิดปัญหาในการ ปรับตัวหลายๆด้าน เช่น ปัญหาพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น ทำให้ความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ปัญหา ด้านการเรียน โดยจากอาการสมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมที่ไม่อยู่นิ่ง เป็นปัญหาที่เด็กถูกส่งมา รักษามากที่สุดปัญหาหนึ่ง ส่วนใหญ่แล้วจะเห็นเป็นปัญหาที่เด่นชัดมาก ในสภาวะที่เด็ก จำเป็นต้องควบคุมสมาธิและการเคลื่อนไหวของตนเองไว้ เช่นการเรียนในห้อง ทำให้เกิดปัญหาผล การเรียนตกต่ำ มีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความอดกลั้นน้อย มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ต่ำ มีปัญหาการปรับตัวทั่วไปๆ และยังมีผลกระทบต่อความสำเร็จในวิชาชีพ [5]

จากพฤติกรรมและปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้นได้ส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิ สั้นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครอง เพราะประสบปัญหาในการควบคุม เลี้ยงดูบุตร เนื่องจากต้องดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้น เช่น การรับประทานยา การพามาตรวจรักษา การ ปรับพฤติกรรม รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย ภาวะที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว อาจก่อให้เกิดความ วิตกกังวลและความเครียดได้ และความเครียดที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ใน ครอบครัว เช่น ความขัดแย้งในสามีภรรยา การใช้ชีวิตในสังคมที่อาจจะต้องจำกัดลง เพราะต้อง ดูแลบุตร หรือไม่สามารถพาบุตรออกไปเล่นได้ เพราะปัญหาพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมได้

ทำให้ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว[6] เมื่อบิดาหรือมารดาเกิดความเครียด จะส่งผลต่อบรรยากาศในครอบครัว จะเต็มไปด้วยความกดดัน ไม่สามารถสื่อสาร หรือสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิกครอบครัวได้ บางครอบครัวที่ลูกหลายคนก็อาจประสบปัญหากับบุตรคนอื่น ๆ ที่รู้สึกถูกละเลย เกิดความขัดแย้งระหว่างพี่น้อง

จากการศึกษาเรื่องความเครียดในการเลี้ยงดูของครอบครัวเด็กสมาธิสั้นนั้น พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นไม่พบเพียงแต่เด็กสมาธิสั้นเท่านั้น ยังรวมไปถึงในครอบครัว เช่น พี่น้อง พ่อแม่ สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้วย โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดู และปัจจัยที่เป็นตัวทำนายนำให้เกิดภาวะความเครียดในครอบครัวนั้นคือ ความรุนแรงของอาการ สุขภาพของเด็ก สุขภาพของมารดา และผลจากการวิจัยพบว่า ลักษณะของเด็กและพ่อแม่ เป็นส่วนสำคัญที่ในการก่อให้เกิดความเครียดในการเลี้ยงดูของครอบครัว [7] ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจว่าปัจจัยใดที่มีผลของความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น เพื่อที่จะไปสู่การแก้ไขและลดความเครียดที่เกิดจากการเลี้ยงดูบุตรของผู้วิจัยได้ เพราะถ้าความเครียดที่เกิดจากการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครองนั้น ย่อมส่งผลต่อเด็กได้เช่นกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตรสมาธิสั้นที่เข้าการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อนและผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการค้นพบผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเครียดได้ และเป็นประโยชน์ในการวางแผนการช่วยเหลือเด็กสมาธิในลักษณะองค์รวมต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของ ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

## คำถามการวิจัย

1. ความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาระดับจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร และอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาระดับจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

## ขอบเขตการวิจัย

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร หมายถึง ความรู้สึก ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เกิดจากการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยประเมินจากคะแนนในแบบวัดความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting stress index: PSI)

ผู้ปกครอง หมายถึง บิดาหรือมารดาเด็กสมาธิสั้นหรือผู้ใกล้ชิด ที่เป็นผู้ดูแลหลัก เป็นผู้ใช้เวลาในการดูแล และมีส่วนร่วมในการรักษากับแผนกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมนจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV)

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ทำให้ทราบและตระหนักถึงความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นว่ามีมากน้อยเพียงใด
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่เด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ดังนั้นผลในการศึกษาดังจะสามารถเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และวางแผนในการรักษา เพื่อช่วยลดหรือป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดของผู้ปกครอง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น [8]

โรคสมาธิสั้น เป็นปัญหาทางจิตเวชซึ่งเป็นที่รู้จักกันมาหลายสิบปี โดยมีชื่อเรียกต่างๆ กัน ในปัจจุบันการจำแนกโรคทางจิตเวชโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM IV) เรียกกลุ่มอาการของโรคนี้ว่า Attention deficit hyperactivity disorder และส่วนการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD 10) ให้ชื่อว่า Hyperkinetic disorder ซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยและมีกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเด็ก

##### 1.1 การวินิจฉัยโรค

โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder - ADHD) เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยเด็ก และเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่ได้รับการศึกษาวิจัยมากที่สุดโรคหนึ่ง โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่มีลักษณะเด่น 3 ประการ ดังนี้

1. Inattention คือ มีช่วงสมาธิสั้นกว่าปกติ ซึ่งบางคนจะเรียกว่า สมาธิบกพร่อง
2. Hyperactivity คือ มีลักษณะอยู่นิ่งไม่นิ่ง หรือซุกซนผิดปกติ
3. Impulsivity คือ มีลักษณะหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ

จากเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and statistical manual of Mental Disorder, Fourth Edition (DSM-IV) ที่จัดทำโดย สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American psychiatric association – APA) ในปี 1994 ระบุเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นไว้ดังนี้ [9]

- A. อาจมี (1) หรือ (2)

- (1) ต้องมี 6 ข้อ (หรือมีมากกว่า) ของอาการขาดสมาธิ นานติดต่อกันกว่า 6 เดือน และถึงระดับที่ไม่เหมาะสมและไม่เข้ากับระดับพัฒนาการ

อาการขาดสมาธิ

- (a) ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียด หรือเดินเล่นในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ
- (b) มักมีความลำบากในการคงสมาธิในการประกอบภาระงานหรือเล่น
- (c) มักดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่คนอื่นพูดด้วย
- (d) มักทำตามคำสั่งงานที่โรงเรียน งานบ้าน หรือหน้าที่ในที่ทำงานไม่ครบ (โดยไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมต่อต้านหรือไม่เข้าใจคำสั่ง)
- (e) มักมีความลำบากในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม
- (f) มักเฉื่อย ไม่ชอบ หรือลังเลที่จะเข้าร่วมในงานที่ต้องการความใส่ใจพยายาม (เช่น งานที่โรงเรียน หรือการบ้าน)
- (g) มักทำของที่จำเป็นต่องานหรือกิจกรรมหาย (เช่น ของเล่น ดินสอ สมุดจดการบ้าน หรือหนังสือ)
- (h) มักวอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย
- (i) มักหลงลืมงานประจำวัน

- (2) ต้องมี 6 ข้อ (หรือมากกว่า) ของอาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น นาน ติดต่อกันกว่า 6 เดือนและไม่ถึงระดับที่ไม่เหมาะสม และไม่เข้ากับพัฒนาการ

อาการอยู่ไม่นิ่ง

- (a) มือ เท้า มักหยุดหยิก นั่งไม่ติดเก้าอี้
- (b) มักลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานที่อื่นที่ต้องนั่งกับที่
- (c) มักวิ่งหรือปีนป่ายอย่างมากในเวลาที่ไม่เหมาะสม (ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ อาการอาจจะมีเพียงรู้สึกอยู่นิ่งไม่ได้)
- (d) มักยากที่จะเล่นหรือทำกิจกรรมอดิเรกอื่นๆ อย่างเงียบๆ
- (e) มัก พร้อมที่จะไป หรือทำเหมือน ติดเครื่องยนต์
- (f) มักพูดมากเกินควร

อาการหุนหันพลันแล่น

- (g) มักชิงตอบคำถามก่อนจะถามจบ
- (h) มักลำบากที่จะรอตามลำดับ
- (i) มักขัดหรือแทรกขึ้น (ระหว่างการสนทนาหรือกลางเกม)

- B. อาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น หรือขาดสมาธิ หรือบางอาการที่ทำให้เกิดความเสียหายเกิดก่อนอายุ 7 ปี
- C. พบความบกพร่องที่เกิดจากอาการเหล่านี้ในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง (เช่น ที่โรงเรียน (หรือที่ทำงาน) และที่บ้าน)
- E. อาการไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของการเป็น Pervasive development Disorder, Schizophrenia หรือ Psychotic disorder อื่นๆ และไม่เข้าเกณฑ์ในความผิดปกติทางจิตอื่นๆ (เช่น Mood disorder, Anxiety Disorder, Dissociative disorder หรือ Personality Disorder)

## 1.2 ระบาดวิทยาของโรค

โรคสมาธิสั้น ในประเทศไทยพบประมาณ ร้อยละ 5 ในเด็กวัยเรียน ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราความชุกในต่างประเทศ ที่สหรัฐอเมริกาพบโรคนี้ประมาณร้อยละ 3-5 ในเด็กวัยเรียน [1] และประเทศอังกฤษพบเพียงร้อยละ 1-1.5 [12] อัตราส่วนผู้ชายต่อผู้หญิงเท่ากับ 4-9: 1 โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ADHD จึงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนของเด็กวัยเรียนที่พบบ่อยที่สุด [5]

## 1.3 สาเหตุของโรค

สาเหตุของการเกิดอาการสมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งว่า ในขณะนี้สาเหตุของอาการสมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งนั้น ค่อนข้างเป็นที่แน่ใจแล้วว่าไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่เกิดจากหลายๆสาเหตุ ยังไม่มีสาเหตุใดที่ใช้อธิบายการเกิดโรคสมาธิสั้นได้ในผู้ป่วยทุกราย แต่มีหลักฐานจากงานวิจัยทำให้เชื่อว่าน่าจะเกิดจากหลายสาเหตุ เป็นปฏิสัมพันธ์มากกว่า 1 อย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ [5]

### 1. ปัจจัยทางพันธุกรรม [9]

เป็นปัจจัยหลักของการเกิดโรค ถ่ายทอดโรคภายในครอบครัวแต่รูปแบบหรือกลไกการถ่ายทอดยังไม่ทราบแน่ชัด ค่า Heritability ของ ADHD อยู่ที่ระหว่าง 0.55-0.92 อัตราการพบร่วม (concordance rate) ของ ADHD ใน monozygotic twin เท่ากับร้อยละ 51 และใน dizygotic twin เท่ากับร้อยละ 33 พี่ชายหรือน้องชายของผู้ป่วย ADHD มีโอกาสเป็น ADHD สูงกว่าคนทั่วไปถึง 5 เท่า ในปัจจุบันยังไม่สามารถหาตำแหน่งความผิดปกติบนยีนที่ทำให้เกิด ADHD ได้แน่ชัด แต่เชื่อว่าความผิดปกติน่าจะอยู่บนยีนชื่อ Dopamine receptor D4 (DRD4) และ Dopamine transporter gene

## 2. ปัจจัยทางชีวภาพ [8]

- การทำงานผิดปกติของสมองส่วนหน้า พบว่าสมองส่วนหน้าของเด็กสมาธิสั้นทำงานน้อยกว่าปกติ ซึ่งสมองส่วนหน้าทำหน้าที่ควบคุมสมาธิ การวางแผนการทำงานการกระทำกิจกรรมแบบมีจุดมุ่งหมายและควบคุมความยุ่งคิด

- สมองได้รับอันตราย สมองได้รับอันตรายจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้อในครรภ์ มารดา สมองขาดออกซิเจน การได้รับบาดเจ็บระหว่างคลอด การได้รับสารพิษ (เช่น สารตะกั่ว) เด็กที่คลอดจากมารดาติดสุรา มีงานวิจัยหลายชิ้น พบว่า ความเสียหายในระบบประสาทที่เป็นผลมาจากการขาดออกซิเจนตั้งแต่แรกเกิด มีส่วนทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้ในเวลาต่อมา (Fuster, 1989; Grattan & Eslinger, 1991; Sruss & Benson, 1986 อ้างถึงใน เนตร หงษ์ไกรเลิศ, 2545) [10]

- สารสื่อประสาท ผลการศึกษาพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีความผิดปกติของระดับสารสื่อประสาท ได้แก่ dopamine, norepinephrine, serotonin เป็นต้น [8]

- ความผิดปกติของคลื่นสมอง พบว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีคลื่นสมองผิดปกติมากกว่าเด็กทั่วไป โดยที่เด็กไม่มีอาการชัก [8]

## 3. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

ในสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษ เช่น มีสารตะกั่ว อยู่จำนวนมากในบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น แต่ยังไม่พบงานวิจัยใดที่ศึกษาโดยการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางการแพทย์ ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าสารพิษตะกั่วจะเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรค [10]

นอกจากนี้ บางคนเชื่อว่าสีหรือสารปรุงแต่งบางอย่างที่ผสมในอาหาร เช่น น้ำตาล หรือซ็อกโกแลต เมื่อเด็กรับประทานเข้าไปแล้ว ทำให้อาการชุน อยู่ไม่นิ่งและขาดสมาธิ แต่จากการศึกษาพบว่า สารปรุงแต่งเหล่านี้ ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เด็กมีอาการของโรคสมาธิสั้น [9]

## 4. ปัจจัยทางจิตสังคม

มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การเลี้ยงดู ความเครียด การสูญเสียบิดา มารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพครอบครัวที่แตกแยก และปัญหาทางด้านจิตใจของพ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็ก มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมาธิสั้น [9]

## 1.4 ลักษณะอาการของโรค [5], [9], [11]

### 1. ความบกพร่องของสมาธิ (Inattention)

เป็นอาการที่สำคัญที่สุดของโรคนี้ เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่าย ไม่สามารถควบคุมและคงสมาธิไว้ได้นานพอ ไม่สามารถตั้งสมาธิให้สนใจสิ่งเร้าที่สำคัญ แต่จะไปสนใจสิ่งเร้าที่ไม่สำคัญขาดความตั้งใจในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิด เด็กมักจะแสดงอาการเหม่อลอยบ่อยๆ ฝืนกลางวัน ทำงานไม่เสร็จ ผลงานมักจะไม่เรียบร้อย ตกๆ หล่นๆ เด็กมักจะมีลักษณะขี้ลืม ทำของใช้ส่วนตัวหายเป็นประจำ มีลักษณะเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย เวลาสั่งให้เด็กทำงานอะไร เด็กมักจะลืมหรือทำครึ่งๆกลางๆ อาการนี้มักจะมีต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่

ปัญหาที่ตามมาจากการที่มีสมาธิไม่ดี คือเด็กไม่สามารถทำงานให้เสร็จเป็นชิ้นเป็นอันได้ แต่จะทำอะไรครึ่งๆ กลางๆ กว่าเด็กจะทำงานเสร็จสักอย่างก็ต้องใช้เวลาานานกว่าเด็กทั่วไป ดังนั้นการบ้านหรืองานที่ครูมอบหมายให้ทำ ก็มักจะไม่เสร็จตามกำหนดเวลา และเหลือค้างไปวันอื่นเสมอ ทำให้เกิดปัญหาการเรียนขึ้น ส่งผลต่อผลการเรียนของเด็กต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริง

อาการแสดงออกของพฤติกรรมที่บ้านจากการขาดสมาธิ ทำให้ดูเหมือนไม่เชื่อฟัง หรือสอนไม่จำ ดื้อดึง ดื้อรั้น เช่นการสอนให้เก็บของเล่น เด็กจะเล่นแล้วไม่เก็บเพราะเล่นไม่ทันจบก็เบื่อหมดสมาธิ หมดความสนใจที่จะเล่นต่อไป ก็ไปเริ่มต้นเล่นของเล่นชิ้นใหม่ต่อไป เป็นต้น พฤติกรรมที่บ้านอีกอย่างที่เป็นปัญหาระหว่างเด็กกับพ่อแม่คือการทำงานบ้านของเด็ก เนื่องจากเด็กไม่มีสมาธิในการทำงานจึงทำให้ใช้เวลามากในการทำการบ้าน

### 2. อาการซน (Hyperactivity) [5], [9], [11]

เด็กจะมีลักษณะซน ยุกยิก อยู่ไม่สุข นั่งนิ่งๆ ไม่ค่อยได้ ต้องลุกเดิน หรือขยับตัวไปมา ชอบปีนป่าย เล่นเสียงดัง เล่นผาดโผน หรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย มักประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ จากความซน และความไม่ระมัดระวัง พุดมาก พุดไม่หยุด อาการนี้จะสังเกตเห็นเด่นชัดในเด็กเล็กๆ เมื่อโตขึ้นอาการซนจะมักจะลดลงตามวัย จนเหลือแต่เพียงความรู้สึกกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจเวลาต้องนั่งนิ่งๆ ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยรุ่น

อาการอยู่ไม่นิ่ง อยู่ไม่สุข หรือความซุกซนผิดปกตินี้ จะต้องมีระดับมากกว่าที่ควรจะเป็นในเด็กปกติทั่วไป การอยู่ไม่สุขนี้ไม่ใช่ความซุกซนธรรมดาของเด็กแต่จะมีลักษณะเบี่ยงเบนออกจากที่ที่เด็กควรจะอยู่ หรือเบี่ยงเบนออกจากสิ่งที่เด็กควรจะทำอยู่

อาการนั่งนิ่งๆ ไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาเมื่อเข้าโรงเรียน เด็กจะอยู่ไม่สุขในห้องเรียน อาจลุกขึ้นเดินไปมาขณะครูสอน สะกิดเพื่อน ขวนเพื่อนคุย หรือเอาของเล่นออกมาเล่น จงใจจะทำของตก

เพื่อจะได้ก้มบ่อยๆ บางคนอาจส่งเสียงดังออกมาในห้องเรียนรบกวนเพื่อนคนอื่นที่กำลังตั้งใจเรียนอยู่ พฤติกรรมดังกล่าวนี้ทำให้การเรียนการสอนในห้องเรียนเกิดปัญหาไปด้วย ครูเองจะเอือมระอา มีทัศนคติเชิงลบต่อเด็กแลทำโทษเด็กบ่อยครั้ง

### 3. อาการหุนหันพลันแล่น [5], [9], [11]

อาการหุนหันพลันแล่น หรือขาดความยับยั้งชั่งใจในการทำสิ่งต่างๆ เป็นการกระทำโดยไม่ได้คิดเสียก่อนจึงทำ โดยเด็กจะมีลักษณะว่าความ ใจร้อน ทำอะไรไปโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น ขาดความระมัดระวัง เช่น วิ่งข้ามถนนโดยไม่มองซ้ายขวา เวลาต้องการอะไรก็จะต้องให้ได้ทันที รอคอยอะไรไม่ได้ ลักษณะที่แสดงออกถึงความหุนหันพลันแล่นในโรงเรียน คือ เวลาอยู่ในห้องเรียนมักจะโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาตครูก่อน มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังพูดคุยกันอยู่หรือกระโดดเข้าร่วมวงเล่นกับเด็กคนอื่น โดยไม่ขอก่อนเวลาทำการบ้านมักจะรีบทำให้เสร็จๆโดยไม่คำนึงว่างานจะเรียบร้อยหรือถูกต้องหรือไม่

อาการหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจนี้ อาจส่งผลให้เด็กกลายเป็นคนขี้โมโห อารมณ์เสียง่าย ก้าวร้าว และเมื่อโกรธก็จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบผู้อื่นอย่างรุนแรง ทำให้เกิดปัญหาทะเลาะวิวาท ชกต่อยกับเพื่อนฝูงจนใครๆเข้าใจว่าเป็นเด็กเกเรได้ ทั้งหมดนี้ส่งผลให้เด็กมีปัญหาทั้งทางด้านการเรียน พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และยังพบว่าอาการหุนหันพลันแล่นนี้มีโอกาสจะอยู่ต่อเนื่องไปจนวัยผู้ใหญ่ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียหรือเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตได้

#### 1.5 การรักษา

โดยภาพรวมของการรักษา สมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ในขณะนี้ยังคงคล้ายอาการทางจิตเวชอื่นๆ คือ ความเห็นของคนส่วนใหญ่ยังเห็นว่าควรใช้หลายวิธีร่วมกัน (multimodal treatment) เพราะเมื่อเกิดปัญหาแล้วมักจะมีผลกระทบไปยังเรื่องอื่นๆ เช่น ครอบครัว สังคม อีกทั้งเป็นการยากที่ผู้ป่วยรายใดรายหนึ่งจะมีต้นเหตุของอาการสมาธิสั้นบกพร่องและมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง จากสาเหตุเดียวกัน เมื่อมีหลายสาเหตุจึงต้องการ การแก้ไขหลายวิธีร่วมกัน โดยคาดหวังผลลัพธ์แต่ละวิธีเสริมซึ่งกันและกันนั้น แต่รายงานวิจัยผลที่คาดว่าจะได้รับกลับ ไม่เป็นที่น่าพอใจเท่าใด มีเพียงการศึกษาไม่มากที่พบว่าการรักษาหลายวิธีการใช้ยาเพียงอย่างเดียว หรือพบว่าการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยานั้นทำให้สามารถใช้ขนาดยาได้ต่ำลง โดยผลการรักษาเท่าเดิม [5]

การรักษาที่ได้ผลดีที่สุด คือการผสมผสานกันระหว่างการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม กับการรักษาทางยา การให้การรักษาย่างใดอย่างหนึ่งหรือวิธีใดวิธีหนึ่ง อาจจะได้ผลเท่าที่ควร ซึ่งการรักษาประกอบด้วย [9]

## 1. การรักษาด้วยยา

ยาจะเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาที่สำคัญเพราะได้ผลดีประมาณร้อยละ 70-80 ยาช่วยให้เด็กสมาธิดีขึ้น ชุกชนและหุนหันพลันแล่นน้อยลง ยาที่รักษามีหลายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มกระตุ้นระบบสารสื่อประสาท เช่น Methylphenidate หรือ Ritalin เป็นยาที่นิยมใช้กันมากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้สมาธิดีขึ้น ลดอาการอยู่นิ่ง และอาการวอกแวกได้ นอกจากนี้ยังมียากลุ่มอาการซึมเศร้าแบบ tricyclic antidepressant (TCA) และ Clonidine ที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น [8]

สิ่งที่ผู้ปกครองต้องคำนึงถึงเสมออีกคือ ยาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาแบบผสมผสานเท่านั้น และไม่ใช่ว่าการรักษาที่ดีที่สุด ปัจจุบันยาที่ใช้ในการรักษาสมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง มีอยู่หลายตัว ซึ่งก็ได้ผลแตกต่างกันไป การจะตัดสินใจให้ยาหรือไม่นั้น แพทย์ผู้ความเหมาะสมของเด็กเป็นรายๆไป ในกรณีที่มีอาการรุนแรง หรือประสบความล้มเหลวมากในการเรียน แพทย์มักตัดสินใจใช้ยาร่วมกับการรักษาอื่น ๆ [11]

## 2. การปรับพฤติกรรม

การฝึกให้เด็กรู้จักควบคุมตนเองไม่ให้เกิดความก้าวร้าว ฝึกความอดทน ฝึกให้เด็กรู้จักรอคอย ฝึกให้เด็กทำงานในหน้าที่ให้สำเร็จ โดยให้เด็กค่อยๆเรียนรู้ที่จะควบคุมตนเอง ซึ่งมีวิธีการ เช่น การให้รางวัล คำชมเชย การลงโทษ เป็นต้น [8]

หลักการในการปรับพฤติกรรมนั้น อาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มุ่งเน้นที่การลดความถี่ของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มความถี่หรือสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่เด็ก โดยใช้วิธีการหลายๆอย่างรวมกัน เช่น การฝึกอบรมพ่อแม่ในการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง (Parent management training) ใช้ระบบการให้รางวัล การลงโทษ การชม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการให้คำปรึกษากับครูที่โรงเรียน โดยให้โรงเรียนจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยใช้หลักพฤติกรรมเดียวกับที่บ้าน [5], [9]

การปรับพฤติกรรมเด็กให้เหมาะสมขึ้น จะช่วยให้เด็กมีสมาธิ มีความอดทนและควบคุมตนเองได้มากขึ้น การบำบัดแบบนี้เป็นสิ่งสำคัญมาก และควรเริ่มทำก่อนที่จะใช้ยา เด็กจำนวนมาก

ที่ทำการบำบัดแบบนี้อาจเคร่งครัดตามที่แพทย์แนะนำ จะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน จนบางครั้งสามารถลดขนาดยาที่เคยใช้ลง หรืออาจไม่ต้องใช้ยาเลยก็ได้ [11]

### 3. การช่วยเหลือทางการศึกษา [11]

เด็กสมาธิสั้นมักจะประสบปัญหาทางการเรียน เนื่องจากอาการหลักของโรค ทำให้ประสิทธิภาพการเรียนลดลง การช่วยเหลือทางการเรียนจะช่วยให้เด็กสามารถเรียนได้เต็มศักยภาพมากขึ้น โดยควรมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับครู เพื่อจัดการเรียนให้เหมาะสมสำหรับเด็ก สิ่งที่จะช่วยเด็กมากคือ ห้องเรียนที่ค่อนข้างสงบ ไม่วุ่นวาย และไม่มีสิ่งกระตุ้นมาก มีระเบียบและการกำหนดกิจกรรมที่เด็กต้องทำอย่างชัดเจน เด็กที่มีสมาธิสั้นบางคนไม่สามารถเรียนในชั้นปกติได้ จำเป็นต้องอยู่ในชั้นเรียนพิเศษ หรือมีครูสอนส่วนตัว

### 4. การช่วยเหลือทางจิตใจ [11]

การให้ความรู้แก่ครอบครัว และตัวเด็ก เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่แพทย์จะต้องนำความรู้ที่ถูกต้องมาจัดความเข้าใจผิดต่างๆ โดยเฉพาะความเข้าใจผิดของพ่อแม่ที่ว่าเด็กดื้อหรือเกียจคร้าน เด็กเองก็จะเข้าใจตนเองถูกต้องว่าปัญหาที่ตนมีนั้น ไม่ได้เกิดจากการที่ตนเป็นคนไม่ดี การช่วยเหลือในด้านนี้ มีเป้าหมายที่จะช่วยลดความรู้สึกลดและความโกรธที่พ่อแม่มีต่อเด็กส่งเสริมจุดเด่นหรือความสามารถพิเศษที่เด็กมี ช่วยปรับปรุงความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้ดีขึ้น และถ้ามีความเครียดในครอบครัวมาก ก็อาจต้องทำจิตบำบัดทั้งครอบครัว (family therapy) เด็กทุกรายควรได้รับการช่วยเหลือทางจิตบำบัด เพื่อแก้ไขความรู้สึกแย่ที่มีต่อตนเอง ปรับปรุงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นให้ดีขึ้นรวมทั้งสอนทักษะทางสังคม หรือการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (social skill training) โดยเฉพาะกับเด็กที่รุนแรงหรือวุ่นวาย

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการเลี้ยงดู

### ความหมายของการเลี้ยงดู

เพ็ญศรี พิชัยสนิท (อ้างถึงในเบญจพร ปัญญาและคณะ) [13] ได้ให้ความหมายว่า การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งกายและใจ มุ่งให้เด็กมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรงทุกระบบ ไม่มีโรค ไม่มีควมพิการ อารมณ์แจ่มใส อุนิสัยดี ใจคอหนักแน่น สถิติปัญญาเฉลียวฉลาด และมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น เป็นต้น



รุจิระ สุภรณ์ไพบูลย์ [14] ให้ความหมายว่าการเลี้ยงดูหมายถึงการให้ความดูแลเอาใจใส่ดูแลเด็กในด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. การฝึกให้เด็กรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ เช่น ไม่เลือกอาหาร รู้จักรับประทานอาหารสิ่งที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย รับประทานอาหารเป็นเวลา
2. การฝึกให้เด็กมีนิสัยเป็นผู้มีอนามัยดี รู้จักรักษาความสะอาดตัวเอง รู้จักป้องกันโรค ฝึกการขับถ่าย และรวมถึงการฝึกและหัดให้เด็กเป็นคนมีลักษณะการรับประทานอาหารที่ดีด้วย
3. การฝึกให้เด็กมีนิสัยที่ดีในการดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นเช่นมีเมตตา กรุณา รู้จักกาลเทศะ มีสัมมาคาราวะ เป็นต้น

ศรีสกุล จารุจินดา (อ้างถึงในปริชกา จิระพรชัย) [15] กล่าวว่า การเลี้ยงดูแบ่งออกเป็น 2 ทาง คือ

1. การอบรมเลี้ยงดูทางกาย หมายถึง การให้อาหารที่มีคุณค่าและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย การดูแลสุขภาพของเด็กให้แข็งแรงสมบูรณ์ การระมัดระวังอุบัติเหตุ
2. การอบรมเลี้ยงดูทางใจ หมายถึง การให้ความรักความเอาใจใส่ การเลี้ยงดูด้วยท่าทีที่นุ่มนวล การเลี้ยงดูที่ไม่ตามใจหรือไม่เข้มงวดจนเกินไป

รติชน พีรยสทธิ์ [16] กล่าวว่า การอบรมเลี้ยงดู สามารถแบ่งความหมายออกเป็น 2 ส่วน คือ การอบรม และเลี้ยงดู

การอบรม หมายถึง การแนะนำสั่งสอนให้ความรู้ ให้แนวคิดแนวปฏิบัติถ่ายทอดบุคลิกภาพ ค่านิยม ตลอดจนการทำตัวเป็นตัวอย่างในเรื่องต่างๆ ให้เด็กมีลักษณะนิสัยที่พึงประสงค์

การเลี้ยงดู หมายถึง การดูแลในเรื่องอาการ สุขภาพ ดูแลความเป็นอยู่ เพื่อสนองตอบความต้องการของเด็ก เลี้ยงดูส่งเสริมให้เด็กได้พัฒนาการทั้งปวงทางกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาตามวัยอันสมควรเหมาะสม

การอบรมเลี้ยงดู จึงหมายรวมถึง การแนะนำสั่งสอน เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็ก เลี้ยงดูส่งเสริมให้เด็กได้พัฒนาการครบทั้ง 4 ด้าน

**พฤติกรรมการณ์เลี้ยงดู** มี 2 แบบ (อ้างถึงในเบญจพรและคณะ) [13]คือ

1. การดูแลเอาใจใส่มาก (Nurture) พ่อแม่จะดูแลเอาใจใส่เด็กด้านร่างกาย เช่น การให้อาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น และการดูแลเอาใจใส่ด้านจิตใจ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความพึงพอใจแก่เด็กผ่านคำพูด การกระทำและการสัมผัส

2.การควบคุม (Control) การอบรมมีพื้นฐานมาจากการมีอำนาจและความรับผิดชอบต่อสวัสดิภาพของเด็กผ่านทางพฤติกรรม ค่านิยม ทศนคติ ที่พ่อแม่เชื่อว่าเหมาะสมและสำคัญสำหรับเด็ก

### บทบาทของบิดามารดา

ฉวีวรรณ กิณางค์ [17] ได้กล่าวถึงบทบาทของพ่อแม่ ดังนี้

1. ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของเด็กซึ่งจะเปลี่ยนไปตามวัย
2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก ให้เด็กได้มีโอกาสเผชิญสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตนเอง

3. ยอมรับสิทธิของความเป็นคนของเด็ก ได้แก่ การยอมให้เด็กมีสิทธิเสรีภาพ เป็นการเลี้ยงดูอย่างมีเหตุผล

เบญจพรและคณะ ได้กล่าวถึง บทบาทของพ่อแม่ไว้ดังนี้ [13]

1. บทบาทของพ่อแม่ในอดีต ในอดีตบทบาทของพ่อแม่จะแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด โดยแม่จะมีบทบาทในลักษณะ Expressive กล่าวคือ เป็นผู้แสดงความรักให้ความอบอุ่น ให้กำลังใจ คอยปลอบโยนและเป็นผู้ไกลเกลี่ยปัญหาระหว่างสมาชิก สำหรับพ่อมีบทบาทในลักษณะ Instrument กล่าวคือ พ่อเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้าย เป็นผู้ตั้งกฎเกณฑ์ และควบคุมพฤติกรรมของลูก

2. บทบาทของพ่อแม่ในปัจจุบัน ในปัจจุบันบทบาทของพ่อแม่เปลี่ยนแปลงไปเกิดบทบาทใหม่ที่เรียกว่า Androgenous role กล่าวคือ เน้นความคล้ายคลึงของบทบาททั้งสองเพศ มากกว่าจะเน้นความแตกต่าง ทำให้พ่อแม่ต้องช่วยดูแลลูกและทำงานบ้านมากขึ้นเนื่องจากแม่ต้องทำงานนอกบ้านด้วย

### ลักษณะการอบรมเลี้ยงดู

Maccoby และ Martin (1983) (อ้างถึงใน เบญจพร และคณะ) [13] ได้แบ่งการอบรมเลี้ยงดูเป็น 4 แบบ ดังนี้

1. การอบรมเลี้ยงดูแบบอำนาจนิยม (Authoritarian parenting) พ่อแม่เป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์และเด็กจะต้องปฏิบัติตาม โดยที่เด็กไม่สามารถต่อรองได้และพ่อแม่ไม่ยอมรับความต้องการของเด็ก เด็กเหล่านี้มีแนวโน้มความภาคภูมิใจต่ำ รู้สึกผิดและแยกตัวจากสังคม

2. การอบรมเลี้ยงดูแบบสมยอม (Indulgent – permissive parenting) พ่อแม่จะไม่ควบคุม และยอมตามคำเรียกร้องของเด็ก มีผลทำให้เด็กเอาแต่ใจตนเอง ขาดการควบคุมตนเอง มีแนวโน้มเป็นเด็กก้าวร้าว

3. การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (Authoritative- reciprocal parenting) พ่อแม่สนับสนุนให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง ยอมรับสิทธิและข้อเรียกร้องของเด็กตามเหตุผล ตัดสินปัญหา

ร่วมกัน และเด็กมีส่วนร่วมในการตั้งกฎเกณฑ์และมีข้อตกลงร่วมกัน เด็กเหล่านี้จะรับผิดชอบต่อสังคม ไม่ก้าวร้าวและเป็นตัวของตัวเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง

4. การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย (Indifferent-uninvolved-neglecting parenting) เป็นการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยและทอดทิ้งเด็ก มีผลทำให้เด็กก้าวร้าว การควบคุมตนเองต่ำ มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่เด็กไม่ดี

สุมน อมรวิวัฒน์ และคณะ [18] ได้ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย มีด้วยกัน 10 แบบ คือ

1. แบบให้อิสระเชิงควบคุม โดยเมื่ออยู่บ้านผู้ใหญ่จะให้อิสระกับเด็กในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง เช่น ให้กินข้าวเอง อาบน้ำเองเล่นเอง เป็นต้น เพื่อให้เด็กช่วยตนเองและเป็นการลดภาระของผู้ใหญ่ โดยผู้ใหญ่จะควบคุมดูแลอยู่ห่างๆเพื่อความปลอดภัยแก่เด็ก แต่ความอิสระจะน้อยลงเมื่อเด็กไปอยู่ที่ศูนย์เด็ก เพราะเด็กต้องไปปฏิบัติตามตารางที่ศูนย์กำหนด เช่น จะเล่นเมื่อถึงเวลาเล่น จะกิน/นอนเมื่อถึงเวลา เด็กจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตแบบใหม่ที่ต่างจากชีวิตที่บ้าน

2. แบบควบคุมเชิงละเลย การเลี้ยงดูแบบนี้ผู้ใหญ่จะคอยควบคุมดูแลให้เด็กได้กินอยู่หลับนอน โยอยู่ในสายตาของผู้ใหญ่ แต่ไม่เป็นการควบคุมตลอดกระบวนการ ถ้าพฤติกรรมใดที่บอกเด็กหรือห้ามเด็กแล้วเด็กร้องไห้หรือยังทำอยู่ ผู้ใหญ่บางครั้งก็ยังไม่ยอมเด็กทำไป บางครั้งก็เข้มงวดขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ใหญ่ ทำให้เด็กสับสน แต่เมื่อเด็กไปโรงเรียน/ศูนย์เด็กแล้ว เด็กจะได้รับการควบคุมตลอดกระบวนการมากกว่าอยู่ที่บ้าน

3. แบบยอมรับแบบไม่แสดงออก ผู้ใหญ่ให้การยอมรับเด็กโดยไม่แสดงออกอย่างชัดเจนทางพฤติกรรม เมื่อเด็กยังเล็กจนอายุได้ประมาณ 3 ขวบ ผู้ใหญ่จะแสดงความรักโดยการกอดรัดดู แต่เมื่อโตขึ้นการสัมผัสทางกายจะลดน้อยลง การแสดงความรัก และการยอมรับจะเปลี่ยนจากการสัมผัสและสัมพันธ์ทางกายเป็นการแสดงออกทางวาจาการกระทำ เมื่อเด็กมีพฤติกรรมในทางที่ดีเป็นที่พอใจของผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่มักวางเฉย บางทีการเฉยหรือนิ่งของผู้ใหญ่ถือว่าการแสดงการยอมรับเด็ก แต่ถ้าการกระทำไม่เป็นที่พอใจ ผู้ใหญ่จะตักเตือน ดู ว่า หรือสั่งสอน สภาพการณ์นี้เริ่ม

เปลี่ยนแปลงเมื่อเด็กไปศูนย์เด็ก ถ้าครูหรือผู้ดูแลเด็กจะให้คำชมเชย หรือยกย่องทางวาจามากขึ้น เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่น่าพึงพอใจ

4. การเป็นแบบอย่าง เด็กเรียนรู้จากการเรียนแบบพฤติกรรมผู้ใหญ่ซึ่งมีทั้งพฤติกรรมทางบวก เช่น การแสดงความมีสัมมาคารวะต่อผู้ใหญ่ และพระสงฆ์ การช่วยเหลือกันในหมู่เพื่อนบ้าน ส่วนพฤติกรรมทางลบก็มี เช่น การพูดไม่จริงหรือหลอกกันเห็นเป็นเรื่องสนุก การด่าทอทะเลาะวิวาท นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมที่ยังตัดสินใจไม่ได้ว่าถ้าเด็กเลียนแบบแล้วจะให้ใครหรือโทษอย่างไร เช่นการบนบานศาลกล่าวและการเชื่อถือโชคลาง เป็นต้น

5. แบบให้เด็กสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม พาไปร่วมกิจกรรมต่างๆเด็กเกิดการเรียนรู้ตามธรรมชาติ เด็กเรียนรู้จากการสัมผัสกับสภาพแวดล้อมทั้งที่เป็นบุคคล สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ สภาพแวดล้อมทางจิตวิญญาณและสภาพแวดล้อมทางวัตถุ เป็นต้น เด็กได้สัมผัสประสบการณ์ต่างๆ จากการทำกิจวัตรประจำวัน การสังเกตและเรียนรู้บทบาทของตนในครอบครัว การเรียนรู้โดยมีส่วนร่วมในพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนาและการทำมาหากิน การเรียนรู้จากการเล่นจากเพื่อนเล่น และจากการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ การเรียนรู้ของเด็กเป็นไปตามธรรมชาติ

6. แบบใช้พฤติกรรมทางวาจาอย่างมากและแสดงเหตุผลน้อย ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กผู้ใหญ่มักใช้พฤติกรรมทางวาจาโดยการบอก การออกคำสั่ง การห้าม การตักเตือน การหลอก การขู่ดูดำ พ่อแม่ผู้ดูแลเด็กและครูที่โรงเรียนใช้พฤติกรรมทางวาจาเหมือนกัน วิธีการพูดของผู้ใหญ่มีการชี้แจงเหตุผลน้อย

7. แบบใช้อำนาจในการอบรมเลี้ยงดู ผู้ใหญ่ใช้อำนาจทางวาจาและท่าทางเมื่อเด็กทำสิ่งใดที่ผู้ใหญ่ไม่พอใจ ผู้ใหญ่พูดดูดำหรือลงโทษเด็กด้วยการตี หรืองดรางวัล การใช้อำนาจของผู้ใหญ่ขึ้นอยู่กับอารมณ์ไม่ดีจะใช้อำนาจมากและรุนแรงกว่าเวลาอารมณ์ดี เด็กเล็กจะได้รับโทษน้อยและรุนแรงน้อยกว่าเด็กโต ครูหรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กก็ใช้อำนาจเช่นเดียวกัน เมื่อออกคำสั่งแล้วคาดหวังว่าเด็กต้องปฏิบัติตาม ส่วนใหญ่เด็กสามารถรับคำสั่งและเชื่อฟังดี

8. แบบไม่คงเส้นคงวา ในการอบรมเลี้ยงดูเด็กผู้ใหญ่แสดงพฤติกรรมทั้งทางวาจาและการกระทำไม่คงเส้นคงวา ขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ใหญ่ ถ้าผู้ใหญ่อารมณ์ดีจะแสดงออกอย่างหนึ่ง แต่ถ้าอารมณ์ไม่ดีก็จะแสดงออกอีกแบบหนึ่ง พ่อแม่อบรมสั่งสอนเด็กโดยใช้อารมณ์ค่อนข้างมาก ไม่ค่อยสนใจสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเหล่านั้น

9. แบบมีผู้ดูแลเด็กหลายคน ครอบครัวในชนบทยังมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย นอกจากพ่อแม่มีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูเด็กแล้ว ยังมีญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ด้วย เช่น ยาย หรือ ป้า ที่มีส่วนในการอบรมเลี้ยงดู พี่ก็มีบทบาทในการอบรมเลี้ยงดูน้อง นอกจากนั้นบางครั้งเพื่อนบ้านก็ให้ความช่วยเหลือในเรื่องนี้ด้วย

10. การเลี้ยงดูแบบสนองความต้องการของเด็กตามวัย วุฒิภาวะ ลำดับที่ของบุตรและเพศของเด็ก ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่จะแตกต่างกันไปตามตัวแปรดังกล่าว เช่น วัยเด็กพ่อแม่เลี้ยงดูอย่างใกล้ชิดเน้นการสัมผัสร่างกาย พ่อโตมากขึ้นก็เปลี่ยนเป็นการอบรมเลี้ยงดูแบบคำพูด/วาจา แสดงความห่วงใยแทน การสัมผัสร่างกายลดลงไปหรือแทบไม่มีเลย บางครอบครัวเลี้ยงเด็กชายและเด็กหญิงต่างกัน เด็กชายเน้นการปลุกฝังให้เข้มแข็ง อดทน ถ้าเป็นพี่ก็ต้องดูแลน้องๆ ส่วนเด็กหญิงเน้นเรื่องกิจกรรมายาท สอนให้ทำงานบ้าน บางครอบครัวเลี้ยงลูกคนสุดท้ายแบบตามใจเป็นต้น

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

#### ความหมายของความเครียด

กรมสุขภาพจิต[19] ให้ความหมายว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายใน และภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดซึ่งส่งผลให้เกิดความสมดุลในการดำเนินชีวิตในสังคมได้

เซลเย (1976) (อ้างถึงใน สุรีย์ กาญจนวงศ์และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์)[20] ให้คำจำกัดความของความเครียดไว้ว่าความเครียด เป็นสภาวะที่ถูกแสดงออกโดยอาการเฉพาะอย่างซึ่งประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงที่ถูกชักนำโดยไม่เฉพาะเจาะจงลงภายในระบบชีวภาพ

ลาซารัส (1971) (อ้างถึงในรรณิษฐ์ กงสุข) [21] ให้ความหมายว่า ความเครียดหมายถึงภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากการระบวนการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้น เป็นสิ่งที่คุกคาม (threat) โดยที่การรับรู้ หรือการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคมในการทำงาน ในธรรมชาติ และเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต แบบปัจจัยภายในครอบครัว อันประกอบไปด้วยทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

ศิราณี [22] สภาวะทางจิตใจที่มีผลต่อสิ่งเร้า ไม่ว่าสิ่งเร้านั้นจะเป็นปัจจัยทางด้านกายภาพทางสังคมหรือจากอารมณ์ความต้องการซึ่งเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใดแล้วย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจ และทำให้บุคลิกภาพของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากสภาวะของร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้นขาดความสมดุล

นงลักษณ์ [23] ความเครียด คือการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในสิ่งแวดล้อมของบุคคล แล้วก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสมดุลในบุคคลนั้นๆ ซึ่งถ้าบุคคลนั้นๆ ปรับตัวปรับใจกับการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ไม่ได้ก็จะเกิดผลเป็นความเจ็บป่วย หรือสิ้นหวัง

จากความหมายของความเครียดที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความเครียดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล เกิดความไม่สมดุล เนื่องมาจากการรับรู้สิ่งผ่านเข้ามาเป็นสิ่งที่คุกคามร่างกายและจิตใจ

### ชนิดของความเครียด

นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ [23] ได้แบ่งชนิดความเครียดออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ทางกาย (Physical) ได้แก่ อาการที่ปรากฏทางร่างกาย เช่น ร่างกายมีอาการเหนื่อย เมื่อยล้า ชั่วโมงการทำงานที่ไม่สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ไม่เป็นเวลา ความอ้วน ความเจ็บป่วย การติดเชื้อโรคต่างๆ

2. ต่อม (Endocrine) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความสมดุลในฮอร์โมนของร่างกายในระบบที่กำลังอย่างสู่วัยรุ่น วัยที่กำลังจะมีบุตร วัยที่กำลังจะหมดประจำเดือนและความเครียดก่อนการมีประจำเดือน

Miller and Claire (อ้างถึงในนาถุญพรรณ ภิญโญ) [24] แบ่งความเครียดเป็น 2 ชนิด

1. ความเครียดด้านร่างกาย (Physical Stress)

1.1 ความเครียดชนิดฉับพลัน (Emergency Stress) เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตอย่างรุนแรง และเกิดขึ้นโดยกะทันหัน เช่น การได้รับบาดเจ็บ หรือประสบอุบัติเหตุที่รุนแรง เป็นต้น

1.2 ความเครียดชนิดต่อเนื่อง (Continuing Stress) เป็นสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตอย่างต่อเนื่อง เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความพิการ หรือทุพพลภาพ เป็นต้น

2. ความเครียดด้านจิตใจ (Psychological Stress) เป็นการตอบสนองของความเครียดของร่างกายทันทีเมื่อมีสิ่งเร้ามากกระตุ้นให้ดุลยภาพของจิตใจเสียไป จนทำให้บุคคลนั้นเกิดความว้าวุ่นใจ และกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ

Gallagher ได้แบ่งชนิดของความเครียดเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีความทุกข์ "Distress" หมายถึง สิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ และนำไปสู่ความรู้สึกคับข้องใจ

2. ความเครียดที่เกิดจากความสุข "Eustress" เป็นความเครียดเนื่องจากความสุข เพลิดเพลิน สนุกสนาน เต็มไปด้วยความยินดี

### สาเหตุของความเครียด

Engel (อ้างถึงในอัมพร โอตระกูล) [25] ได้แบ่งที่มาของความเครียดว่ามี 3 ทาง คือ

1. ความเครียดที่เกิดจากความสูญเสีย เป็นการสูญเสียสิ่งที่มีค่า สิ่งที่เป็นของรักหรือมีความสำคัญต่อตน หรือเป็นเพียงความรู้สึกหวั่นเกรงจะสูญเสียสิ่งที่มีค่า หรือทรัพย์สินสมบัติของตนก็

ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดขึ้นได้ ตัวอย่างการสูญเสียหรือเกรงว่าจะสูญเสีย ที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ การสูญเสียมิตรสหาย การสูญเสียอวัยวะร่างกาย การสูญเสียหน้าที่การงาน และบทบาทในสังคม

2. ความเครียดที่เกิดจากการได้รับอันตราย หรือเกรงว่าจะได้รับอันตราย เช่น การที่จะต้องอยู่ในภาวะสงคราม อยู่ในที่ซึ่งไม่คุ้นเคยหรือไม่ปลอดภัย การพบเหตุการณ์ที่น่าตกใจโดยไม่คาดคิด การต้องสอบแข่งขัน การต้องรับผิดชอบในหน้าที่ที่ไม่เคยทำมาก่อน

3. ความเครียดที่เกิดจากความคับข้องใจอันเนื่องมาจากความต้องการของสัญชาตญาณไม่สมปรารถนา โดยที่มนุษย์เรามีความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคมในการดำรงชีวิต เมื่อความต้องการเหล่านั้นไม่เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังก็จะเกิดความคับข้องใจ แสดงออกในรูปความเครียด เช่น ความหิว ความต้องการทางเพศ ความรัก ความอยากมีชื่อเสียง

Brow and Moberg (อ้างถึงใน อัมพร โอบตระกูล) [25] กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดไว้ดังนี้

1. เรื่องการงานอาชีพ ถ้าคนเรามีงานมากมายเกินไป หรือเป็นงานที่ยุ่ยากกระทำลำบาก หรืองานนั้นมีปัญหาและอุปสรรคมาก ก็จะก่อให้เกิดความเครียดได้

2. เรื่องบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพในสังคม ในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบนั้น บางครั้งคนคนนั้นตั้งความคาดหวังหรือคาดหวังว่าตนจะทำอย่างนั้นให้ได้ แต่เมื่อไม่เป็นไปดังที่หวัง ก็เกิดความเครียด ในบางกรณีกลับเป็นผู้อื่นคาดหวังว่าตนจะต้องมีบทบาทอย่างนั้นอย่างนี้ แต่ถ้าไม่เป็นไปตามที่บุคคลอื่นหวังว่าตนจะเป็นก็เกิดความเครียดได้เช่นเดียวกัน เรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น เมื่อคนเรามีความขัดแย้งกัน ทำให้มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ก็จะรู้สึกไม่สบายใจ เกิดความเครียดขึ้นได้

3. เรื่องสภาพแวดล้อม สถานที่อยู่แออัด คับแคบ ขาดอิสระ คนเราก็จะรู้สึกเครียด หรือสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งรบกวนทางกายภาพ เช่น ความร้อน เสียงดัง การมีฝุ่นรบกวน เหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดความเครียดเช่นเดียวกัน

4. เรื่องอุปนิสัยส่วนตัว เป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัวที่แต่ละบุคคลจะต้องปรับตัวไปตามครรลองของการดำเนินชีวิต แต่เนื่องจากมีอุปนิสัยส่วนตัวที่ปรับตัวยากหรือมีนิสัยที่เสี่ยงต่อการเกิดความขัดแย้ง ก็จะเครียดได้ง่าย เช่น มีนิสัยใจร้อน โกรธง่าย หรือเป็นคนช่างวิลกังวล เป็นคนเอาแต่ใจตัวเอง เป็นต้น ดังนั้นในชีวิตที่มีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น เช่น ปัญหาการเงิน การแต่งงาน การมีบุตร เป็นต้น ก็อาจปรับตัวลำบากและเกิดความเครียดได้บ่อย

**ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด**

สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว [26] ได้จำแนกปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตัวบุคคล ไว้ดังนี้

### 1. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ เช่น สภาพอากาศที่ร้อนหรือเย็นเกินไป แสงสว่างที่มีดหรือจ้าเกินไป สภาพอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ มีกลิ่นหรือมีควันพิษ นอกจากนี้การขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค ก็เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

1.2 สังคมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สภาพสังคมและการมีความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างอาจเป็นสิ่งที่ช่วยลดหรือก่อให้เกิดความเครียดได้ในขณะเดียวกัน เช่น ความไม่ปรองดองกันของบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้ง และได้เถียงกันเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัว การอิจฉาริษยากัน เป็นต้นเหตุของใจไม่สงบ ก่อให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจ สภาพความเป็นอยู่แออัดก็สามารถก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ อันเป็นต้นเหตุแห่งความเครียดได้ เช่น การทะเลาะวิวาท การแก่งแย่งกัน เป็นต้น นอกจากนี้การขาดเพื่อนการต้องอยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยว ก็เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

1.3 สภาพการณ์และเหตุการณ์อื่นๆ สภาพเหตุการณ์ที่เลวร้ายและเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว การปรับตัวจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นได้ ดังนั้นจึงอาจแยกสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.3.1 สภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นสภาพการณ์ที่ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวและเกิดการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์เหล่านี้ได้แก่ การแต่งงาน การตั้งครอบครัว การคลอด การจบการศึกษา การเข้าทำงานใหม่ การเลื่อนตำแหน่งและการไปศึกษาต่อต่างประเทศ เป็นต้น

1.3.2 สภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความรังทิดใจ เศร้า และสะเทือนใจ เหตุการณ์ เหล่านี้ได้แก่ การหย่าร้าง สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยสามีหรือภรรยาเสียชีวิต การไม่ประสบความสำเร็จในการทำงาน สภาพเศรษฐกิจที่ทรุดลงและเกษียณ เป็นต้น

2. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่มาจากภายในตัวบุคคล มีปัจจัยหลายอย่างในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียดปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

2.1 โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยา โครงสร้างของร่างกายเป็น ส่วนที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษบางคนได้รับในส่วนของบิดามารดา ทำให้มีโครงสร้างของร่างกายสมบูรณ์และมีสุขภาพดีบางคนได้รับในส่วนของบิดามารดาทำให้ร่างกายเติบโต



อย่างไม่สมบูรณ์เกิดโรคต่างๆได้ง่ายความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่น้อย ทำให้ความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหาไม่ดีทนต่อสภาวะความเครียดได้น้อยทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

2.2 ระดับพัฒนาการสภาพร่างกายที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่ปกติทำให้เกิดโรคได้ง่าย เช่นเดียวกับสภาพจิตใจที่มีพัฒนาการไม่ดีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากความไม่สมดุลกันระหว่างความคาดหวังของบุคคลอื่นกับความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความคาดหวังนั้นๆ ระดับพัฒนาการของจิตใจ อารมณ์ มีผลต่อการรับรู้และแปลเหตุการณ์โดยระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้การรับรู้ และแปลเหตุการณ์โดยระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้ แปลเหตุการณ์ และแก้ปัญหาไม่ตรงกับความเป็นจริงซึ่งมีผลทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และก่อให้เกิดความเครียดตามมาได้อีก

2.3 การรับรู้และการแปลงเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์ กลัว โกรธ เกลียด กังวล หรือตื่นเต้น ถือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ร่างกายถูกกระตุ้นและมีการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยา การที่บุคคลจะมีอารมณ์กลัว โกรธ เกลียด หรือกังวลได้นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้และแปลความหมาย โดยที่เหตุการณ์อย่างหนึ่งอาจทำให้บุคคลสองคนรับรู้ต่อเหตุการณ์ไม่เหมือนกันและมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลสองคนมีความต้องการขั้นพื้นฐานที่แตกต่างกัน มีประสบการณ์ชีวิตไม่เหมือนกัน มีความคาดหวังทัศนคติ และการมองโลกที่ไม่เหมือนกัน ทำให้บุคคลสองคนตอบสนองต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดีหรือในทางที่เลวร้ายต่างกัน ดังนั้นการรับรู้และการตอบสนองต่อความเครียดของแต่ละบุคคล จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขีดความสามารถและการอดทน (Tolerance & Threshold)

### ระดับของความเครียด

นพ. ชูทิพย์ ปานปรีชา [27] ได้แบ่งระดับความเครียดเป็น 3 ประการ คือ

**ระดับแรก** เป็นภาวะที่จิตใจมีความเครียดอยู่เล็กน้อยยังถือเป็นภาวะปกติ พบได้ในชีวิตประจำวันของทุกคน ขณะกำลังเผชิญกับปัญหาต่างๆ หรือกำลังต่อสู้กับความรู้สึกที่ไม่ดีของตนเองความเครียดเล็กน้อยนี้ อาจไม่รู้สึกรเพราะความเคยชินหรือรู้สึกเพียงเล็กน้อยพอทนได้ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ความนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมให้เห็นได้ชัดไม่เกิดผลเสียในการดำรงชีวิต

**ระดับสอง** เป็นภาวะของจิตใจที่มีความเครียดอยู่ปานกลางเป็นระยะที่ร่างกายและจิตใจจิตใจ ต่อสู้กับความเครียดที่แสดงออกให้เห็นโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการดำเนินชีวิต ความเครียดระดับนี้เป็นสัญญาณเตือนภัยว่ามีความเครียดมากกว่าปกติ ต้องรีบหาทางขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดหรือผ่อนคลาย

ความเครียดลงเสีย ถ้าปล่อยความเครียดเพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดพยาธิสภาพของร่างกายและจิตใจ เกิดโรคต่างๆการดำเนินชีวิตเสียไป ทำให้การทำงานเลวลงหรือผิดพลาดการตัดสินใจเสียลงไปด้วย

ระดับสาม เป็นภาวะของจิตใจที่มีความเครียดรุนแรงหรือความเครียดมาก ร่างกายและจิตใจพ่ายแพ้ต่อความเครียด มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจให้เห็นได้ชัด มีพยาธิสภาพหรือป่วยเป็นโรค ทำให้การดำเนินชีวิตเสียไป การตัดสินใจผิดพลาดระยะนี้ต้องการการดูแลช่วยเหลือและรักษาตัว แม้สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดหมดไป หรือรู้จักผ่อนคลายความเครียดด้วยตัวเอง ก็ยังไม่สามารถจะให้ความเครียดหมดไปได้โดยง่ายการช่วยเหลือตัวเองเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องมีผู้อื่นเข้ามาช่วยด้วย

### ผลกระทบของความเครียด [21]

1. ความเครียดในระดับต่ำ และเกิดขึ้นในระยะเวลาที่ไม่นาน เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลทำสิ่งต่างๆ อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกปรือการแก้ไขปัญหา
2. ความเครียดระดับปานกลางอาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมในลักษณะที่ทำอะไรช้าๆ บ่อยๆ เช่น กินมาก นอนไม่หลับ ตลอดจนถึงติดยา ติดเหล้าได้
3. ความเครียดในระดับสูงหรือความเครียดระดับรุนแรงและความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ มากมาย ดังนี้

3.1 ผลเสียทางร่างกายเมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานานจะทำให้สุขภาพทางกายเสื่อมลงเนื่องจากเกิดความสมดุลของระบบฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ทำให้การทำงานบกพร่องตามไปด้วย ทำให้เกิดอาการตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย หรือทำให้เกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ ( ) เช่น หนาวมีด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง อาการแพ้ต่างๆ โรคผิวหนัง ผอมร่วง และโรคมะเร็ง หรือทำให้โรคที่เป็นอยู่แล้วกำเริบ เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น

3.2 ผลเสียทางจิตใจและอารมณ์ จิตใจของบุคคลที่จะเครียดหมกมุ่นครุ่นคิดไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย สมาธิลดลง หลงลืม ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความระมัดระวัง ทำให้จิตใจขุ่นมัว หงุดหงิดโมโหง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง บางรายตกอยู่ในภาวะที่มีความเครียดอย่างยาวนานมากๆ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตใจจนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

3.3 ผลเสียทางด้านความคิดทำให้กระบวนการคิดที่นอกจากไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แล้วยังเป็นโทษต่อตนเองเป็นผลให้เกิดความเครียดที่เกิดจากความเครียดที่ก่อขึ้น ความเครียดที่เกิดจากสภาพการณ์ที่มาคุกคามยังไม่มากเท่ากับความเครียดที่เกิดจากความคิดของบุคคลที่วิพากษ์

วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผลคิดเข้าข้างตนเอง และโทษผู้อื่น เป็นต้น

3.4 ผลเสียต่อครอบครัวของบุคคลที่เครียดจากสภาพการณ์นอกบ้าน แล้วมาระบายความเครียดหรือพฤติกรรมทางลบกับคนในครอบครัว การระบายอารมณ์ ความรู้สึกหรือพฤติกรรมในทางลบอาจทำให้สัมพันธ์ภาพทางครอบครัวไม่ดี เช่น เกิดการทะเลาะวิวาท ไม่เชื่อใจกัน ขาดความสนใจเรื่องเพศ สมาชิกไม่พูดจากัน หรือไม่ใช้เหตุผลในการพูดจา หรือไม่ใช้เหตุผลในการพูดจา เป็นต้น

3.5 ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างใหญ่หลวง จากการขาดงาน ผลของการทำงานลดลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และเมื่อบุคคลป่วยก็ย่อมสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. Anastopoulos และคณะ [7] ได้ศึกษาเรื่องความเครียดในครอบครัวเด็กสมาธิสั้นจำนวน 104 คน ประเมินความเครียดโดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบความเครียดในการเลี้ยงดู พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นไม่พบเพียงแต่เด็กสมาธิสั้นเท่านั้น ยังรวมไปถึงในครอบครัว เช่น พี่น้อง พ่อแม่ สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้วย จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่เป็นตัวทำนายให้เกิดภาวะความเครียดในครอบครัวนั้นคือ ความรุนแรงของอาการ สุขภาพของเด็ก สุขภาพของมารดา และผลจากการวิจัยพบว่า ลักษณะของเด็กและพ่อแม่ เป็นส่วนสำคัญที่ในการก่อให้เกิดความเครียดในการเลี้ยงดู

2. Van Der Oord และคณะ [28] ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในการเลี้ยงดู อารมณ์ซึมเศร้า และ ความสอดคล้องในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น จากพ่อแม่จำนวน 65 คู่ พบว่าพ่อแม่มีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร โดยไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 12 และจากผลการวิจัยสรุปได้ว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของเด็กสมาธิสั้นที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างครูและพ่อแม่ เป็นผลให้พ่อแม่เกิดความเครียด ในการเลี้ยงดูบุตรได้

3. Podolski CL, Nigg JT [29] ได้ศึกษาความกังวลใจและการแก้ไขของพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นที่มี โดยศึกษาเกี่ยวกับความกังวลใจและการแก้ไขของพ่อแม่เด็กสมาธิสั้น โดยศึกษาจากพ่อแม่เด็กจำนวน 66 คน ผลการศึกษาพบว่า พ่อแม่ของเด็กสมาธิสั้นจะมีความไม่พึงพอใจในบทบาทของตนเองมากกว่าพ่อแม่เด็กทั่วไป โดยแม่ของเด็กสมาธิสั้นและมีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วยจะมีความกังวลใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร และในส่วนของพ่อนั้นจะกังวลในเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวมากกว่าเด็กสมาธิสั้น

4. Lin YF และ Chung HH [30] ได้ศึกษาเรื่องความเครียดในการเลี้ยงดูและความสมัครใจ

ในการรับการรักษารักษาของเด็กสมาธิสั้น ศึกษาจากพ่อแม่ 100 คน พบว่า ร้อยละ 62 ของพ่อแม่มีความเครียดในการเลี้ยงดู และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูคือ ปัญหาทางด้านพฤติกรรมของบุตร และ ปัญหาทางด้านอารมณ์

5. Rosell B. และคณะ [6] ได้ศึกษาบทบาทของพ่อแม่ในด้านพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กสมาธิสั้นโดยศึกษาถึงผลกระทบในครอบครัวที่มีเด็กสมาธิสั้น ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับเด็ก และเด็กกับพี่น้อง การใช้ชีวิตในสังคม และความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อเด็กสมาธิสั้น ศึกษาจากพ่อแม่ 36 คู่พบว่า พ่อแม่มีความเครียดร้อยละ 89 มีความไม่สบายใจในการปัญหาพฤติกรรมของบุตรร้อยละ 64 และมีปัญหาทะเลาะกับคู่สมรส ร้อยละ 50

6. Gregor และคณะ [31] ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยของครอบครัวที่มีผลต่อโรคสมาธิสั้นและโรคภาวะอารมณ์ผิดปกติ ในเด็ก จำนวน 22 คน พบว่าปัจจัย 4 ด้าน คือ ปัจจัยทางความเครียด คุณภาพชีวิต, การทำหน้าที่ของครอบครัว, ลักษณะการเลี้ยงดู ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว, การทำหน้าที่เป็นพ่อแม่ในอดีตและปัจจุบัน จากการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ปกครองมีระดับความเครียดที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และทั้งสองกลุ่ม(ED,ADHD) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

7. Byrnes และ Jennifer [32] ได้ศึกษาเรื่อง emotional functioning และความพึงพอใจในชีวิตคู่ ของมารดาเด็กสมาธิสั้น จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย Parent Stress Index เพื่อใช้ศึกษาความเครียดในการเลี้ยงดู และ Beck Depression Inventory เพื่อหาภาวะซึมเศร้า และ Marital Satisfaction Inventory-Revised เพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิตคู่ จากผลการศึกษาพบว่าอาการสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ความเครียดในการเลี้ยงดู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. Whaley [33] ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบของโรคสมาธิสั้นต่อครอบครัว โดยศึกษาจาก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มครอบครัวเด็กสมาธิสั้น และกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มครอบครัวเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยเครื่องมือที่ใช้ศึกษาหาระดับความเครียดคือ Parenting Stress Index (PSI)

9. Langley และ Amanda [34] ได้ศึกษาถึงความเครียดและการจัดการกับความเครียดของของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 23 คน ที่มีบุตรสมาธิสั้น และ ผู้ปกครองที่มีบุตรปกติ 27 คน จากเด็กจำนวน 15 คน อายุของเด็กทั้งสองกลุ่มอยู่ระหว่าง 5-17 ปี เครื่องมือที่ใช้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถามอาการ Conner's Parent Rating Scale-revised, Resources and Stress Short form (QRSP-SF) และแบบสอบถามวิธีในการแก้ปัญหา Way of Coping Questionnaire (WOC) ปัจจัยที่ใช้ในการทำนายการเกิดความเครียดคือ เพศของผู้ปกครอง, วิธีในการแก้ปัญหา และผลกระทบของเด็กสมาธิสั้นที่มีต่อครอบครัว

10. Walker, Cyndi [35] ได้ศึกษาถึงความเครียด ของผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้นและบุตรที่เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นและบุตรที่เป็นโรคซึมเศร้า ศึกษาจากมารดาจำนวน 81 คน เป็นบุตรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น 57 คน และ บุตรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 24 คน จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นมีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมากกว่ามารดาที่มีบุตรเป็นโรคซึมเศร้า สิ่งที่มีผลต่อระดับความเครียดในการเลี้ยงดูมากที่สุดคือ อาการHyperactivity และอาการ Distracting

11. Mitchell, Mary Moser [36] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้น โดยวัดจาก well being ของอารมณ์, การทำหน้าที่ในสังคม และการประเมินความเครียด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นๆ คือ การสนับสนุนทางสังคม, ทักษะในการแก้ปัญหา, และระดับอาการของโรครวมทั้งความสัมพันธ์ของคู่สมรส, ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง,ภาวะจิตใจ/การทำงาน ของอารมณ์ โดยจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลที่สอดคล้องและเป็นปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้ดีที่สุด คือ การประเมินความเครียด (Stress Appraisal)

12. McLeod, Kristen Heather [37] ได้ศึกษาคุณลักษณะ อารมณ์ และความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้น โดยศึกษาบทบาทของผู้ปกครองและภาวะอารมณ์กับลักษณะบุคลิก ที่มีผลต่อความเครียดของผู้ปกครองที่ต้องเลี้ยงดูบุตรสมาธิสั้น ศึกษาจากผู้ปกครอง 60 คน เครื่องมือที่ใช้วัดคุณลักษณะบุคลิกและภาวะอารมณ์คือการแสดงบทบาทสมมติถึงพฤติกรรมที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือ 3 แบบคือ Attention deficit hyperactivity disorder และ Oppositional defiant disorder และความเครียดในการเลี้ยงดู ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในการเลี้ยงดูนั้นมีสามารถลดลงได้ถ้ามีภาวะอารมณ์สอดคล้องกับคุณลักษณะบุคลิก ในขณะที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือ

13. Morris, Margaret Merritt. Morris [38] ได้ศึกษาถึงระดับความเครียดของผู้ปกครองและความพึงพอใจในชีวิตสมรสของผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้น โดยศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างบิดาและมารดา ศึกษาจากบิดามารดาจำนวน 42 คน จาก 21 ครอบครัว ที่มีบุตรอายุระหว่าง 6-11 ปี ได้รับการรักษาด้วยยา และการทำ CBT เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Parenting Stress Index (PSI), Dyadic Adjustment Scale, Child Behavior Checklist ผลการศึกษาพบว่าทั้งพ่อและแม่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และความพึงพอใจในชีวิตสมรสทั้งพ่อและแม่อยู่ในระดับปกติ ปัจจัยที่มีผลทำให้ระดับความเครียดของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นและความพึงพอใจในชีวิตสมรสลดลงคือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

14. J. Morgan, D. Robinson J. [45] ได้ศึกษาความเครียดในการเลี้ยงดูของพฤติกรรม externalizing child behaviour พบว่าผู้ปกครองที่มีบุตรมีพฤติกรรม externalizing child behaviour จะมีความเครียดในการเลี้ยงดูสูงกว่าครอบครัวเด็กปกติ จากการศึกษาพบว่าสาเหตุที่

ผู้ปกครองไม่สามารถทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูได้อย่างปกติ มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก นอกจากนี้ยังมี ปัจจัยที่พบว่ามีเกี่ยวข้องคือ การดูแลบุตรเพียงคนเดียวของมารดา ในขณะที่บิดามักจะเพิกเฉยในการเลี้ยงดูบุตร

15. Johnson J.H., Reader S.K [46] ได้ศึกษาเครื่องมือการวัดความเครียดในครอบครัวเด็กสมาธิสั้น พบว่า ครอบครัวเด็กสมาธิสั้น กับครอบครัวปกติมีความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งค่าคะแนนความเครียดของอาการสมาธิสั้น มีลักษณะแตกต่างกัน โดยพฤติกรรม Combined มีระดับคะแนนความเครียดที่สูงกว่า ความเครียดของผู้ปกครองปกติ และผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นแบบ inattention โดยพบว่าอายุและเพศของเด็กไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของครอบครัวโรคสมาธิสั้น



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย** (Target population) คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**ประชากรตัวอย่าง** (Sample of Population) คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกจากเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองพามารักษาทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้าน แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น

**กลุ่มตัวอย่าง** (Samples) คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นทุกรายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 จนถึงระยะเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างที่กำหนด

#### ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

$$\text{โดยใช้สูตร } n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

P = 0.62 (จากการศึกษาของ Lin YF และ Chung HH [30] พบว่าความชุกของผู้ปกครองที่มีความเครียดในการ

เลี้ยงดูคิดเป็นร้อยละ 62 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่  
ศึกษา)

$$q = 1 - p \text{ มีค่าเท่ากับ } 0.38$$

$$d = \text{ค่าความคาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ } 0.1$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 \times 0.62 \times 0.38}{(0.1)^2}$$

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = 90 \text{ คน}$$

และเพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งคาดว่าจะมีประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้จึงเท่ากับ 100 คน

### วิธีเลือกตัวอย่าง (Sample selection and sampling technique)

คัดเลือกจากผู้ปกครองที่เด็กสมาธิสั้นทุกรายที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโดยผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลเด็ก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว หนี้สิน สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว สุขภาพของผู้ปกครอง จำนวน 12 ข้อ

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง ความช่วยเหลือในการดูแลเด็ก ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ลำดับการเกิด สุขภาพของเด็ก ระยะเวลาที่เป็นโรค การรักษา จำนวน 12 ข้อ

**ตอนที่ 2** เป็นชุดแบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการและความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น กรอกโดยผู้ปกครอง ได้แก่ แบบประเมินอาการพฤติกรรม SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire) (Short Form) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นโดยแยกเป็นด้าน Inattention, Hyperactivity/Impulsivity และ



Oppositional Defiant จากการศึกษาของ Collett [39] พบว่าถ้าคะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละด้านที่เกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 95 ถือว่ามีอาการมากถึงระดับมีความสำคัญทางคลินิก เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการวัดความเปลี่ยนแปลงของอาการสมาธิสั้นที่เป็นผลจากการให้การรักษาด้วยการวัดซ้ำได้ดี และมีการศึกษาของ Steven และคณะ [40] พบว่าค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงแบบทดสอบชนิดนี้ยังไม่มีการระบุที่ชัดเจน โดย Swanson และคณะ [41] รายงานว่าเป็นแบบทดสอบที่ใช้วัดอาการของโรคสมาธิสั้นกันอย่างแพร่หลาย ส่วนแบบทดสอบSNAP-IV ฉบับภาษาไทย แปลโดยณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้พบว่าค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถาม เพื่อวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach' s Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.927

#### วิธีการตอบแบบสอบถาม

ให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับอาการพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด โดยประเมินจาก 4 คำตอบ ไม่เลย, เล็กน้อย, ค่อนข้างมาก, มาก

#### เกณฑ์การกำหนดคะแนน

ไม่เลย	ให้คะแนน	0
เล็กน้อย	ให้คะแนน	1
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนน	2
มาก	ให้คะแนน	3

#### การแปลผล

นำคะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละด้าน ที่เกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 95 ถือว่ามีอาการมากถึงระดับมีความสำคัญทางคลินิก โดยในแต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยดังนี้

ด้าน Inattention	คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.78 คะแนนขึ้นไป
ด้าน Hyperactivity	คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.44 คะแนนขึ้นไป
ด้าน Combined (คะแนนรวมของ Inattention และ Hyperactivity)	คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.67 คะแนน ขึ้นไป
ด้านOppositional Defiant	คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1.88 คะแนนขึ้นไป

**ส่วนที่ 2** Home Situation Questionnaire เป็นแบบประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้านซึ่งสัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันของครอบครัว แบ่งออกเป็นข้อคำถามโดยการตอบว่า “ มี ” หรือ “ ไม่มี ” และแบ่งเป็นRating scale แบ่งจากระดับความรุนแรงของพฤติกรรมนั้นๆ แบ่งเป็นระดับ 1-9 จากระดับความรุนแรงน้อยไปสู่ความรุนแรงมาก เมื่อรวม

คะแนนแล้วคะแนนที่สูงเกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 93 ถือว่าอาการมีความรุนแรงถึงระดับมีความสำคัญทางคลินิก โดย Green และ Altepter [42] ได้ทำการทดสอบในเด็กอายุ 4-11 ปี จำนวน 995 คน โดยเป็นเด็กชาย 505 คน และเป็นเด็กหญิง 490 คน พบว่าค่าความแปรปรวนของชุดทดสอบอยู่ในระดับใช้งานได้ดี ส่วนแบบทดสอบ HSQ ฉบับภาษาไทยแปล โดยฉัตร พิทยรัตน์เสถียร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถาม เพื่อวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.910

#### วิธีการตอบแบบสอบถาม

ให้ผู้ตอบวงกลมคำว่า “ มี “ หรือ “ ไม่มี “ ลงในช่องที่ตรงกับอาการพฤติกรรมของเด็ก ถ้า “ มี ” ให้ระบุความรุนแรงของปัญหาเป็นระดับ 1 ถึง 9

#### การให้คะแนน

ถ้าตอบว่า “ไม่มี” จะให้ 0 คะแนน ถ้าตอบ “ มี ” และระบุความรุนแรงของปัญหา จะให้ตัวเลขความรุนแรงของปัญหาแล้วนำมาเป็นคะแนน

#### การแปลผล

คะแนนที่สูงเกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 93 ถือว่าอาการมีความรุนแรงถึงระดับมีความสำคัญทางคลินิก โดยเมื่อรวมคะแนนแล้ว นำค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมที่ได้มาเทียบกับตารางตามเพศและอายุของเด็ก ถ้าคะแนนรวมเฉลี่ยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยในตาราง ไม่ว่าจะ เป็นช่องจำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือช่องคะแนนความรุนแรงเฉลี่ย ช่องใดช่องหนึ่ง ถือว่าอาการมีความรุนแรงถึงระดับมีความสำคัญทางคลินิก

กลุ่มอายุ	จำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา	คะแนนความรุนแรงเฉลี่ย
<b>เด็กผู้ชาย</b>		
4-5	7.3	3.8
6-8	9.1	4.1
9 ปีขึ้นไป	8.6	4.2
<b>เด็กผู้หญิง</b>		
4-5	6.1	3.4
6-8	8.7	3.9
9 ปีขึ้นไป	7.5	3.5

**ส่วนที่ 3** ประเมินโดยแพทย์ ได้แก่ Clinical Global Impression (CGI) เพื่อวัดอาการ ความรุนแรงของอาการ โดยให้แพทย์ผู้ดูแลประเมินผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตาม ความรุนแรง 7 ระดับ คือ

1	=	Normal, not at all ill
2	=	Borderline mentally ill
3	=	Mildly ill
4	=	Moderately ill
5	=	Markedly ill
6	=	Severely ill
7	=	Extremely ill patients

**ตอนที่ 3** เป็นชุดของแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของผู้ปกครอง

แบบสอบถามวัดระดับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting Stress Index – Short Form) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

- Parental Distress (PD) เพื่อประเมินความทุกข์ ในการทำหน้าที่เป็นพ่อแม่ จำนวน 12 ข้อ
- Parent- Child Dysfunctional Interaction (P-DI) เพื่อประเมินความเครียดจากความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก โดยวัดจากความรู้สึกของพ่อแม่เมื่อลูกไม่เป็นไปตามความคาดหวัง จำนวน 12 ข้อ
- Difficult Child (DC) เพื่อประเมินความเครียดจากลักษณะพฤติกรรมของเด็ก จำนวน 12 ข้อ

โดยการประเมินค่า จาก 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (strongly agree), เห็นด้วย (agree), ไม่แน่ใจ(not sure), ไม่เห็นด้วย(disagree), ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง(strongly disagree) โดย Abidin . [43] ได้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างมารดาจำนวน 530 คน พบว่ามี ความเที่ยงตรง คุณลักษณะความเที่ยงและความตรงของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .94 และ การทดสอบ Test-retest reliability ค่าความเชื่อถือได้ เท่ากับ .95 ค่าความเชื่อมั่น (internal reliability) เท่ากับ .80 - .87 ส่วนแบบทดสอบ PSI-SF ฉบับภาษาไทยแปลโดยฉัตร พิทยรัตน์เสถียร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถาม เพื่อวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน

(Internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.904

#### วิธีการตอบแบบสอบถาม

ให้ผู้ปกครองตอบคำถามตามความรู้สึกที่มีต่อตนเองและเด็ก โดยการประเมินค่า จาก 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (strongly agree), เห็นด้วย (agree), ไม่แน่ใจ (not sure), ไม่เห็นด้วย (disagree), ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (strongly disagree)

#### เกณฑ์การกำหนดคะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าเท่ากับ	5
เห็นด้วย	มีค่าเท่ากับ	4
ไม่แน่ใจ	มีค่าเท่ากับ	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าเท่ากับ	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าเท่ากับ	1

#### การแปลผล

เมื่อรวมคะแนนแล้วคะแนนที่สูงเกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 85 หรือคะแนนตั้งแต่ 86 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรมีความรุนแรงถึงระดับมีความสำคัญทางคลินิก

**ตอนที่ 4** แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น พัฒนาโดย ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร [44] ซึ่งได้นำไปทดสอบกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.82 แบบประเมิน มีจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้านได้แก่

ความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรค	2 ข้อ ได้แก่ 1,5
ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค	5 ข้อ ได้แก่ 2,3,4,6,15
ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค	8 ข้อ ได้แก่ 7,8,9,10,11,12,13,14
ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคและโรคที่เกิดร่วม	4 ข้อ ได้แก่ 16,17,18,19
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา	2 ข้อ ได้แก่ 20,21
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางจิตสังคม	2 ข้อ ได้แก่ 22, 23

### วิธีการตอบแบบสอบถาม

ให้ผู้ตอบทำเครื่องหมายลงใน ช่องที่ตรงกับความคิดความเข้าใจมากที่สุด โดยให้เลือกรูปแบบใดอย่างหนึ่งในสองอย่าง (Dichotomous scale) กำหนดคำตอบเป็น “ถูก” หรือ “ผิด”

### เกณฑ์การกำหนดคะแนน

หากตอบได้ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ข้อความที่ต้องเลือกตอบ “ถูก” คือข้อที่ 1,2,6,7,8,9,11,12,14,16,18,19,20,23 ข้อความที่ต้องเลือกตอบ “ผิด” คือ ข้อที่ 3,4,5,10,13,15,17,21,22 ดังนั้น คะแนนสูงสุดของแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ จะเท่ากับ 23 คะแนน

### การแปลผล

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมายระดับความรู้ความเข้าใจโดยพิจารณาจากค่าควอไทล์(Quartiles) และแบ่งความรู้ความเข้าใจออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ความเข้าใจระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนที่รวมแล้วต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 คือต่ำกว่า 17 คะแนน
ความรู้ความเข้าใจระดับกลาง	หมายถึง	คะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 จนถึงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 คือ 17-19 คะแนน
ความรู้ความเข้าใจระดับสูง	หมายถึง	คะแนนที่สูงเกินเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 คือคะแนนตั้งแต่ 20 คะแนนเป็นต้นไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นทุกรายที่พาเด็กมาติดตามการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 จนได้จำนวนตัวอย่างครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลด้วยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Independent T test, One – Way ANOVA และ Multiple regression analysis



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

1.2 ข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 2. ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

2.1 ประเมินปัญหาพฤติกรรมSNAP IV

2.2 ประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน

2.3 ประเมินความรุนแรงของอาการตามที่แพทย์ประเมิน

ส่วนที่ 3. ระดับความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 4. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ย
Median	แทน	ค่ามัธยฐาน
Min	แทน	ค่าต่ำสุด
Max	แทน	ค่าสูงสุด
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าการทดสอบโดยใช้สถิติ Independent – Samples T Test
F	แทน	ค่าการทดสอบโดยใช้สถิติ One – Way ANOVA
df	แทน	องศาอิสระ
p – value	แทน	ค่าความน่าจะเป็นของสถิติที่ใช้ทดสอบ
constant	แทน	ค่าคงที่ของสมการทำนาย
R	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R <sup>2</sup>	แทน	สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ
B	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปคะแนนดิบ
$\beta$	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน
S.E. B ทำนาย	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย
S.E. est	แทน	ค่าที่วัดการกระจายของค่าคลาดเคลื่อนรอบๆ เส้นตรง
Z – score	แทน	คะแนนมาตรฐานที่แปลงมาจากคะแนนดิบ



ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (N=96)

ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	12	12.5
หญิง	84	87.5
<b>อายุ</b>		
น้อยกว่า 40 ปี	37	38.5
มากกว่า 40 ปี	59	61.5
Mean = 41.2 , S.D. = 6.56		
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	88	91.7
คริสต์	4	4.2
อิสลาม	4	4.2
<b>การศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	32	33.3
ปริญญาตรี	46	47.9
สูงกว่าปริญญาตรี	17	17.7
ไม่ตอบ	1	1.0
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้าง / พนักงานบริษัท	25	26.0
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	24	25.0
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	20	20.8
วิชาชีพอิสระ	2	2.1
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	20	20.8
อื่นๆ	5	5.2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (N=96) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>รายได้ของครอบครัว</b>		
น้อยกว่า 50,000 บาท/เดือน	41	42.7
มากกว่า 50,000 บาท/เดือน	46	47.9
ไม่ตอบ	9	9.4
<b>ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต</b>		
เพียงพอ	87	90.6
ไม่เพียงพอ	7	7.3
ไม่ตอบ	2	2.1
<b>หนี้สิน (N=96)</b>		
ไม่มี	35	36.5
มีในระดับจัดการได้	57	59.4
มีมากและสร้างปัญหาชีวิต	3	3.1
ไม่ตอบ	1	1.0
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	5	5.2
สมรส / อยู่ด้วยกัน	75	78.1
สมรส / แยกกันอยู่	9	9.4
หย่าร้าง	6	6.3
ไม่ตอบ	1	1.0
<b>ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส</b>		
ไม่เครียด	17	17.7
เครียดเล็กน้อย	42	43.8
เครียดปานกลาง	15	15.6
เครียดมาก	6	6.3
ไม่ตอบ	16	16.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น (N=96) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>สมาชิกครอบครัว</b>		
2 - 4 คน	63	65.6
5 - 7 คน	29	30.2
8 - 10 คน	3	3.1
ไม่ตอบ	1	1.0
<b>สุขภาพ</b>		
แข็งแรง	73	76.0
มีโรคประจำตัว	23	24.0

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 96 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.5 มีอายุมากกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.28 ปี นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 91.7 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 47.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 26 รองลงมาคือค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 25 และมีรายได้รวมของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 50,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 47.9 ด้านความเพียงพอต่อการดำรงชีวิตพบว่าส่วนใหญ่มีความเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 90.6 และมีหนี้สินอยู่ในระดับมีในระดับจัดการได้ คิดเป็นร้อยละ 59.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 78.1 และมีความสัมพันธ์ในสมรสในระดับความเครียดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 43.8

สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวนระหว่าง 2- 4 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงคิดเป็นร้อยละ 76

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น (N=96) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น</b>		
<b>เพศ</b>		
ชาย	74	77.1
หญิง	22	22.9
<b>อายุ</b>		
4 - 6 ปี	10	10.4
7 - 9 ปี	31	32.3
10 -12 ปี	42	43.8
มากกว่า12 ปี	13	13.5
Mean = 9.8 , S.D. = 2.53		
<b>การศึกษา</b>		
ชั้นอนุบาล	9	9.4
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3	37	38.5
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6	38	39.6
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3	12	12.5
<b>ความสัมพันธ์กับเด็ก</b>		
มารดา	75	78.1
บิดา	12	12.5
อื่นๆ	9	9.4
<b>การมีคนช่วยดูแลเด็กสมาธิสั้น</b>		
ดูแลเพียงคนเดียว	30	31.1
มีคนช่วยดูแล	66	68.8
<b>ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันจันทร์-ศุกร์</b>		
1 - 4 ชั่วโมง	35	36.5
5 - 8 ชั่วโมง	51	53.1
ไม่ตอบ	10	10.4
Mean = 5.3 , S.D. = 2.08		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น (N=96) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันเสาร์-อาทิตย์</b>		
1 - 4 ชั่วโมง	7	7.3
5 - 8 ชั่วโมง	11	11.5
9 - 12 ชั่วโมง	21	21.9
13 - 16 ชั่วโมง	49	51
ไม่ตอบ	8	8.3
Mean = 12.3 , S.D. = 4.40		
<b>จำนวนบุตรในครอบครัว</b>		
1 คน	33	33.4
2 คน	42	43.8
3 คน	18	18.8
4 คน	2	2.1
ไม่ตอบ	1	1.0
<b>ลำดับการเกิดของเด็กสมาธิสั้น</b>		
คนที่ 1	65	67.7
คนที่ 2	22	22.9
คนที่ 3	7	7.3
คนที่ 4	1	1.0
ไม่ตอบ	1	1.0
<b>สุขภาพของเด็กสมาธิสั้น</b>		
แข็งแรง	72	75.0
มีโรคประจำตัว	24	25.0
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรคตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย</b>		
ต่ำกว่า 1 ปี	32	33.3
1 ปี - น้อยกว่า 3 ปี	27	28.1
3 ปี - 5 ปี	14	14.6
มากกว่า 5 ปี	23	24

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น (N=96) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ยาที่ได้รับ</b>		
Ritalin	57	59.4
Concerta	13	13.5
Strattera	2	2.1
Ritalin and Concerta	1	1.0
ไม่ตอบ	23	24.0
<b>การรับประทานยา</b>		
รับประทานยาสม่ำเสมอ	58	60.4
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	26	27.1
ไม่ตอบ	12	12.5
<b>การปรับพฤติกรรม</b>		
ปรับพฤติกรรมสม่ำเสมอ	45	46.9
ปรับพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ	34	35.4
ไม่ตอบ	17	17.7
<b>อาการหลังจากรับการรักษา</b>		
อาการดีขึ้นอย่างมาก	10	10.4
อาการดีขึ้น	69	71.9
อาการคงเดิม	7	7.3
อาการแย่ลง	1	1.0
ไม่ตอบ	9	9.4

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 9.8 ปี อายุระหว่าง 10-12 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.8 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 คิดเป็นร้อยละ 39.6 และมีความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 78.1 ส่วนการมีคนช่วยดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่าส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 68.8 ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในวันที่จันทร์-ศุกร์ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 5 – 8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 53.1 และในวันเสาร์-อาทิตย์ใช้เวลาในการดูแล 13 -16 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 51

เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีพี่น้องจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 และเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นคนที่แรก คิดเป็นร้อยละ 67.7 ส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ส่วนใหญ่มีระยะต่ำกว่า 1 ปี คิดร้อยละ 33.3 และยาที่ได้รับส่วนใหญ่คือ Ritalin คิดเป็นร้อยละ 59.4 และมีการรับประทานยาสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 60.4 การปรับพฤติกรรมสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 46.9 โดยส่วนใหญ่ภาพรวมการรักษาามีอาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 71.9

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2. ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามปัญหาพฤติกรรม SNAP-IV

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านพฤติกรรมขาดสมาธิ</b>		
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	46	47.9
ระดับมีปัญหารุนแรง	50	52.1
Mean = 1.7, SD = .52		
<b>ด้านอาการซนและหุนหันพลันแล่น</b>		
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	39	40.6
ระดับมีปัญหารุนแรง	57	59.4
Mean = 1.5, SD = .61		
<b>ด้านรวมระหว่างพฤติกรรมขาดสมาธิกับอาการซนและหุนหันพลันแล่น</b>		
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	47	49.0
ระดับมีปัญหารุนแรง	49	51.0
Mean = 1.6 , SD = .50		
<b>ด้านพฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน</b>		
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	69	71.9
ระดับมีปัญหารุนแรง	27	28.1
Mean = 1.4 , SD = .64		

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลปัญหาพฤติกรรม พบว่า เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมด้านด้านอาการซนและหุนหันพลันแล่นในระดับมีปัญหามากที่สุด ร้อยละ 59.4



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	24	25.0
ระดับมีปัญหารุนแรง	72	75.0
Mean = 39.5, SD = 25.82		

จากตารางที่ 4 แสดงข้อมูลปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน ในระดับที่มีปัญหารุนแรง ร้อยละ 75

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละจำแนกตามความรุนแรงของอาการตามที่เป็นที่แพทย์ประเมิน (CGI)

ระดับอาการ	จำนวน	ร้อยละ
Not assessed	14	14.6
Borderline ill	9	9.4
Mildly ill	22	22.9
Moderately ill	33	34.4
Markedly ill	18	18.8
Mean = 3.1 SD = 1.57		

จากตารางที่ 5 แสดงระดับของอาการของโรค พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการอยู่ในระดับ Moderately ill คิดเป็นร้อยละ 34.4

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 3 ความเครียดของผู้ปกครอง

#### 3.1 ความเครียดในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง

##### ตารางที่ 6 ข้อมูลระดับความเครียดในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง

ระดับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้าน Parental Distress (PD)</b>		
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	50	52.1
ระดับมีปัญหารุนแรง	46	47.9
Mean = 32.6 , SD = 7.53		
<b>ด้าน Parent-Child Dysfunctional Interaction (P-CDI)</b>		
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	27	28.1
ระดับมีปัญหารุนแรง	69	71.9
Mean = 29.3 , SD = 6.86		
<b>ด้าน Difficult Child (DC)</b>		
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	31	32.3
ระดับมีปัญหารุนแรง	65	67.7
Mean = 36.4 , SD = 9.03		
<b>คะแนนรวม (Total Stress)</b>		
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	30	31.3
ระดับมีปัญหารุนแรง	66	68.8
Mean = 98.4 , SD = 18.59		

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ปกครองมีความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 68.8 โดยด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือ ด้าน Parent- Child Dysfunctional Interaction (PCDI) คิดเป็นร้อยละ 71.9

### ตอนที่ 5 ความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

ความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้น	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้น	35	36.5	37	38.5	24	25.0
Mean =17.4 , SD = 2.6						

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.5

เมื่อพิจารณาร้อยละของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเป็นรายข้อพบว่า

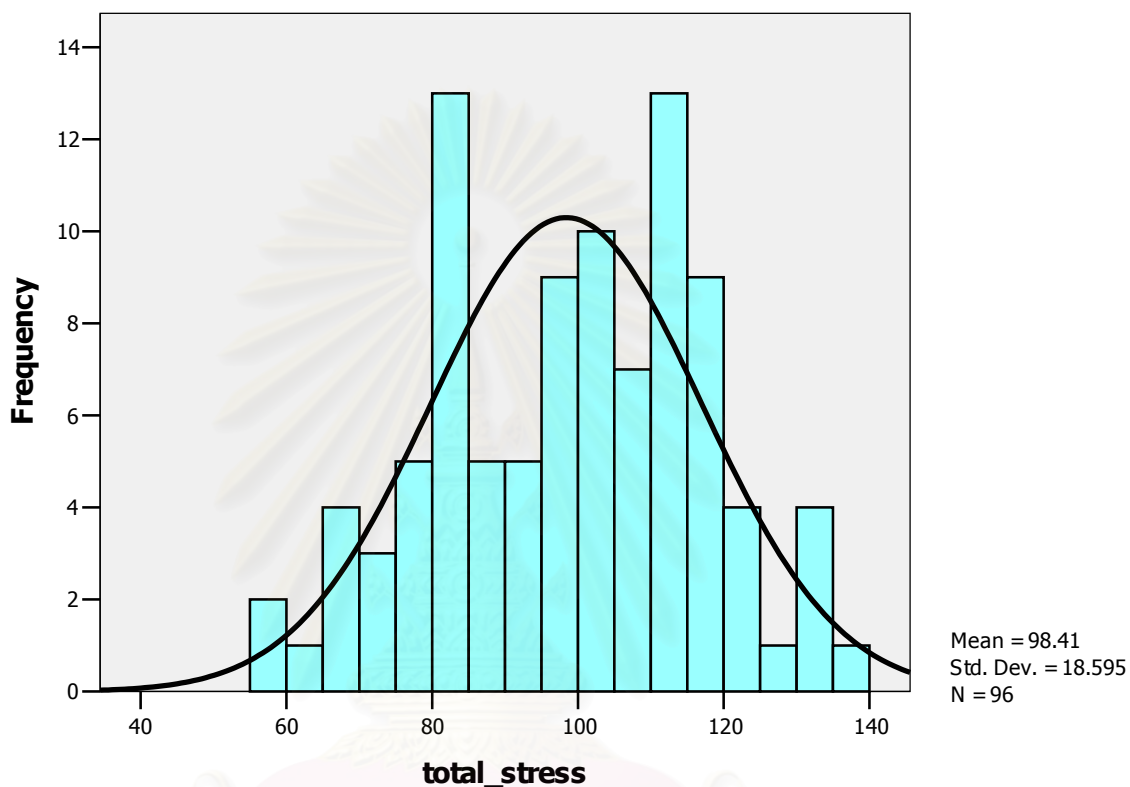
#### คำถามที่มีผู้ปกครองตอบถูกมากที่สุด ได้แก่

- ข้อ 21 ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น หาซื้อได้จากร้านขายยาทั่วไป ร้อยละ 97.9
- ข้อ 23 การจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานในที่เงียบ จะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มาก ร้อยละ 96.9
- ข้อ 7 เด็กสมาธิสั้นมักอยู่ไม่นิ่ง อยู่ไม่ติดที่ ร้อยละ 96.9
- ข้อ 12 อาการวอกแวกง่ายเป็นอาการหนึ่งของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 96.9
- ข้อ 8 เด็กสมาธิสั้น มักเดินเล่น ทำงานไม่เป็นระเบียบ ร้อยละ 94.8

#### คำถามที่มีผู้ปกครองตอบผิดมากที่สุด ได้แก่

- ข้อ 22 การฝึกนั่งสมาธิเป็นการรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดี ร้อยละ 70.8
- ข้อ 5 โรคสมาธิสั้น พบได้พอๆกันทั้งในเด็กชายและเด็กหญิง ร้อยละ 56.3
- ข้อ 10 เด็กสมาธิสั้นมักหวาดกลัวต่อสิ่งรอบตัวอยู่ตลอดเวลา ร้อยละ 47.9
- ข้อ 4 เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย ร้อยละ 46.9
- ข้อ 3 โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมของพ่อแม่ ร้อยละ 41.7

ภาพที่ 1 ภาพฮิสโทแกรมคะแนนความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น (N = 96)



ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น เท่ากับ 98.4 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 18.59 คะแนนรวม คะแนนรวมความเครียดในการเลี้ยงดูที่มีคะแนนต่ำสุดคือ 59 คะแนน และคะแนนสูงสุดคือ 140 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยต่างๆ ทีละคู่ โดยใช้วิธี Univariate Analysis ได้แก่ Independent t - test และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance)

**ตารางที่ 8** แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=96) โดยใช้ Independence t-test

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		t	d f	Sig (2-tailed)
		Mean	SD			
<b>ข้อมูลของผู้ปกครอง</b>						
<b>เพศ</b>						
ชาย	12	92.4	24.17	-.945	12.733	.362
หญิง	84	99.2	17.64			
<b>อายุ</b>						
น้อยกว่า 40 ปี	37	98.5	17.17	.078	94	.938
มากกว่า 40 ปี	59	98.2	19.57			
<b>รายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต</b>						
<b>เพียงพอ</b>						
เพียงพอ	87	97.2	18.36	-2.261	92	.026*
<b>ไม่พอเพียง</b>						
ไม่พอเพียง	7	113.4	16.96			
<b>สุขภาพ</b>						
<b>แข็งแรง</b>						
แข็งแรง	73	96.8	18.40	-1.470	94	.145
<b>มีโรคประจำตัว</b>						
มีโรคประจำตัว	23	103.3	18.74			
<b>รายได้ของครอบครัว</b>						
<b>น้อยกว่า 50,000 บาท/เดือน</b>						
น้อยกว่า 50,000 บาท/เดือน	41	99.9	16.11	.442	85	.659
<b>มากกว่า 50,000 บาท/เดือน</b>						
มากกว่า 50,000 บาท/เดือน	46	98.1	21.05			

จากตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองอันได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ต่อการดำรงชีวิต มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=96) โดยใช้ One - way ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	Sig(2-tailed)
		Mean	SD		
<b>ข้อมูลของผู้ปกครอง</b>					
<b>ศาสนา</b>					
พุทธ	88	98.4	19.05	.130	.878
คริสต์	4	94.2	17.01		
อิสลาม	4	100.7	9.74		
<b>การศึกษา</b>					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	32	102.9	17.36	3.223	.044*
ปริญญาตรี	46	98.9	17.85		
สูงกว่าปริญญาตรี	17	89.0	20.78		
<b>อาชีพ</b>					
รับจ้าง / พนักงานบริษัท	25	99.5	18.72	1.912	.100
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	24	102.7	16.85		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	20	88.9	18.58		
วิชาชีพอิสระ	2	83.0	25.45		
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	20	102.8	17.83		
อื่นๆ	5	98.4	19.30		
<b>หนี้สิน</b>					
ไม่มี	35	94.0	21.11	4.044	.021*
มีในระดับจัดการได้	57	100.0	16.21		
มีมากและสร้างปัญหาชีวิต	3	123.0	7.81		



ตารางที่ 9 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=96) โดยใช้ One - way ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	Sig(2-tailed)
		Mean	SD		
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	5	99.2	22.38	.780	.508
สมรส / อยู่ด้วยกัน	75	97.2	19.07		
สมรส / แยกกันอยู่	9	106.7	15.19		
หย่าร้าง	6	102.1	14.41		
<b>ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส</b>					
ไม่เครียด	17	88.1	18.20	4.599	.005*
เครียดเล็กน้อย	42	97.9	18.39		
เครียดปานกลาง	15	101.0	16.44		
เครียดมาก	6	118.5	12.84		
<b>สมาชิกครอบครัว</b>					
2 - 4 คน	63	98.7	18.78	.009	.991
5 - 7 คน	29	98.1	19.26		
8 - 10 คน	3	98.3	13.57		

จากตารางที่ 9 ข้อมูลทั่วไปอันได้แก่ การศึกษา หนี้สิน ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  โดยการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมากกว่าการศึกษาระดับอื่นๆ ผู้ปกครองที่มีหนี้สินในระดับมีมากและสร้างปัญหาชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีหนี้สินและกลุ่มมีในระดับจัดการได้ และความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสในระดับเครียดมากจะมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

ตารางที่ 10 ตารางการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ด้วยวิธี LSD

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
ต่ำกว่าปริญญาตรี			.031*
ปริญญาตรี			
สูงกว่าปริญญาตรี			

\*  $p < .05$

ตารางที่ 11 ตารางการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยเรื่องหนี้สินของผู้ปกครอง ด้วยวิธี LSD

หนี้สิน	ไม่มี	มีในระดับจัดการได้	มีมากและสร้างปัญหาชีวิต
ไม่มี			.009*
มีในระดับจัดการได้			.035*
มีมากและสร้างปัญหาชีวิต			

\*  $p < .05$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 ตารางการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของผู้ปกครองในการ  
เลี้ยงดูสมาธิสั้นกับปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส ด้วยวิธี LSD

ความสัมพันธ์ ในชีวิตสมรส	ไม่เครียด	เครียด เล็กน้อย	เครียด ปานกลาง	เครียดมาก
ไม่เครียด			.043*	.001*
เครียดเล็กน้อย				.009*
เครียดปานกลาง				.044*
เครียดมาก				

\*  $p < .05$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ Independent t-test (N=96)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		t	Sig(2-tailed)
		Mean	SD		
<b>ข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น</b>					
<b>เพศ</b>					
ชาย	74	98.2	18.95	-.196	.845
หญิง	22	99.0	17.74		
<b>การดูแลเด็กสมาธิสั้น</b>					
ดูแลเพียงคนเดียว	30	105.4	16.97	2.556	.012*
มีคนช่วยดูแล	66	95.2	18.54		
<b>ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิ สั้นในวันจันทร์-ศุกร์</b>					
1 - 4 ชั่วโมง	35	95.4	18.34	-1.109	.271
5 - 8 ชั่วโมง	51	99.9	18.80		
<b>สุขภาพของเด็ก</b>					
แข็งแรง	72	97.6	19.23	-.724	.471
มีโรคประจำตัว	24	100.7	16.68		
<b>การรับประทานยา</b>					
รับประทานยาสม่ำเสมอ	58	97.2	20.59	.739	.462
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	26	100.6	16.64		
<b>การปรับพฤติกรรม</b>					
ปรับพฤติกรรมสม่ำเสมอ	45	95.9	21.45	-.959	.341
ปรับพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ	34	99.9	15.70		

จากตารางที่ 13 พบว่าข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นพบว่า การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยมี  
คนช่วยหรือไม่มี จะทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นแตกต่างกันอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  โดยการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพียงคนเดียวมีค่าเฉลี่ยคะแนน  
ความเครียดสูงกว่าการมีคนช่วยดูแล



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=96) โดยใช้ One - way ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	Sig(2-tailed)
		Mean	SD		
<b>ข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น</b>					
<b>อายุ</b>					
4 - 6 ปี	10	106.8	10.91	2.064	.110
7 - 9 ปี	31	100.0	16.87		
10 -12 ปี	42	93.6	20.18		
มากกว่า 12 ปี	13	103.4	19.29		
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ชั้นอนุบาล 1- 3	9	103.5	13.57	1.164	.328
ประถมศึกษาปีที่ 1- 3	37	99.4	17.90		
ประถมศึกษาปีที่ 4 - 6	38	94.4	19.86		
มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3	12	103.6	19.16		
<b>ความสัมพันธ์กับเด็ก</b>					
มารดา	75	99.4	17.93	.559	.574
บิดา	12	93.5	22.84		
อื่นๆ	9	96.6	19.07		
<b>ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในวันเสาร์-อาทิตย์</b>					
1 - 4 ชั่วโมง	7	96.4	21.37	.824	.483
5 - 8 ชั่วโมง	11	89.4	25.18		
9 - 12 ชั่วโมง	21	97.8	19.69		
13 - 16 ชั่วโมง	49	99.3	16.55		

ตารางที่ 14 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=96) โดยใช้ One - way ANOVA (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	Sig(2-tailed)
		Mean	SD		
<b>จำนวนบุตรในครอบครัว</b>					
1 คน	33	99.4	18.11	.274	.844
2 คน	42	96.6	19.50		
3 คน	18	101.1	17.29		
4 คน	2	99.5	34.64		
<b>ลำดับการเกิดของเด็กสมาธิสั้น</b>					
คนที่ 1	65	97.2	18.29	1.071	.365
คนที่ 2	22	102.1	20.22		
คนที่ 3	7	95.4	16.01		
คนที่ 4	1	124.0	.		
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรคตั้งแต่ได้รับ การวินิจฉัย</b>					
ต่ำกว่า 1 ปี	32	101.0	14.62	1.862	.142
1 ปี – น้อยกว่า 3 ปี	27	98.0	20.21		
3 ปี – 5 ปี	14	104.5	22.37		
มากกว่า 5 ปี	23	91.3	18.09		
<b>อาการหลังจากรับการรักษา</b>					
อาการดีขึ้นอย่างมาก	10	86.4	22.52	1.952	.128
อาการดีขึ้น	69	98.9	18.51		
อาการคงเดิม	7	107.8	16.48		
อาการแย่ลง	1	98.0	.		

จากตารางที่ 14 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น อันได้แก่ อายุของเด็ก, ระดับการศึกษา, ความสัมพันธ์กับเด็ก, ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในวันเสาร์-อาทิตย์, จำนวนบุตรในครอบครัว, ลำดับการเกิดของเด็กสมาธิสั้น, ระยะเวลาที่เป็นโรคตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย, อาการหลังจากการรักษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 15 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น  
กับแบบประเมินพฤติกรรมSNAP IV โดยใช้ Independent t-test

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		t	Sig (2-tailed)
		Mean	SD		
<b>ด้านพฤติกรรมขาดสมาธิ</b>					
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	46	91.4	18.86	-3.745	.000*
ระดับมีปัญหารุนแรง	50	104.8	16.01		
<b>ด้านอาการชนและหุนหันพลันแล่น</b>					
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	39	91.1	20.27	-3.157	.002*
ระดับมีปัญหารุนแรง	57	103.3	15.69		
<b>ด้านรวมระหว่างพฤติกรรมขาดสมาธิอาการชนและหุนหันพลันแล่น</b>					
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	47	93.0	20.37	-2.867	.005*
ระดับมีปัญหารุนแรง	49	103.5	15.19		
<b>ด้านพฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน</b>					
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	69	93.7	17.89	-4.242	.000*
ระดับมีปัญหารุนแรง	27	110.2	14.92		

จากตารางที่ 15 พบว่า ระดับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

ตารางที่ 16 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น  
กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน โดยใช้ Independent t-test

ตัวแปร	จำนวน	คะแนน		t	Sig (2-tailed)
		ความเครียด	Mean		
<b>ระดับปัญหาพฤติกรรม</b>					
ระดับมีปัญหาไม่ถึงขั้นรุนแรง	24	85.7	15.96	-4.169	.000*
ระดับมีปัญหารุนแรง	72	102.6	17.54		

จากตารางที่ 16 พบว่า ปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้านมีทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 17** แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น  
กับความรุนแรงของอาการตามที่แพทย์ประเมิน CGI โดยใช้ One - way ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	Sig
		Mean	SD		
Not assessed	14	93.7	22.93		
Borderline ill	9	80.8	12.33	3.360	.013*
Mildly ill	22	97.9	22.11		
Moderately ill	33	103.9	14.36		
Markedly ill	18	101.2	14.74		

จากตารางที่ 17 พบว่า อาการของโรคสมาธิสั้นที่ต่างกันทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

**ตารางที่ 18** ตารางการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นกับปัจจัยเรื่องความรุนแรงของอาการตามที่แพทย์ประเมิน CGI ด้วยวิธี LSD

CGI	Not assessed	Borderline ill	Mildly ill	Moderately ill	Markedly ill
Not assessed					
Borderline ill			.017*	.001*	.006*
Mildly ill					
Moderately ill					
Markedly ill					

ตารางที่ 19 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น  
กับระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น โดยใช้ One - way ANOVA

ตัวแปร	จำนวน	คะแนนความเครียด		F	Sig
		Mean	SD		
ระดับต่ำ	35	99.9	19.01		
ระดับกลาง	37	100.3	18.15	1.303	.277
ระดับสูง	24	93.1	18.41		

จากตารางที่ 19 พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น มีค่าเฉลี่ยคะแนน  
ความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ผู้วิจัยเลือกตัวแปรอิสระจากความเป็นไปได้ทางทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการวิเคราะห์เบื้องต้นของตัวแปรที่ละคู่ มีตัวแปรทั้งหมด 11 ตัว โดยใน Model แรก ทำการวิเคราะห์ด้วย Multiple Linear Regression โดยวิธี Enter ดังตารางที่ 21 ต่อมาเลือกตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p = 0.05$  ออกจาก Model ที่ละตัวจนได้ Model สุดท้ายซึ่งเสนอต่อสมการและตารางที่ 21

ตารางที่ 20 ตัวแปรที่สามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ใน Model สุดท้าย (N = 96)

ตัวแปร	B	S.E B	$\beta$	t	Sig
ระดับของปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน	13.546	3.819	.317	3.547	.001
พฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน ในระดับมีปัญหารุนแรง	12.581	3.678	.306	3.420	.001
การดูแลมีคนช่วยดูแล	-9.794	3.398	-.245	-2.882	.005
ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี	7.516	3.344	.192	2.248	.027
constant	88.936	4.113		21.623	<0.001
R = .586    R <sup>2</sup> = .343    S.E. est.= 15.396    F = 11.894    p – value < 0.001					

ระดับของปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้านในระดับรุนแรง เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้มากที่สุด รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน ในระดับมีปัญหารุนแรง การดูแลมีคนช่วยดูแล และระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี ตามลำดับ

สมการความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 88.936 + 13.546 X_1 + 12.581 X_2 - 9.794 X_3 + 7.516 X_4$$

Y = ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

X<sub>1</sub> = ระดับของปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน

X<sub>2</sub> = พฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน ในระดับมีปัญหารุนแรง

X<sub>3</sub> = การดูแลมีคนช่วยดูแล

X<sub>4</sub> = ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น และศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความเครียดของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นทุกรายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการคัดเลือก คัดเลือกจากผู้ปกครองที่เด็กสมาธิสั้น ทุกรายที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลเด็ก รวมจำนวนตัวอย่าง 96 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ชุดแบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น แบบสอบถามประเมินความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและพ่อแม่ และแบบสอบถามวัดระดับความเครียดในการเลี้ยงดู ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม 2550

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

##### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.5 มีอายุมากกว่า 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 41.2 ปี นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 91.7 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 47.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 26 รองลงมาคือค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 25 และมีรายได้รวมของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 47.9 ด้านความเพียงพอต่อการดำรงชีวิตพบว่าส่วนใหญ่มีความเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 90.6 และมีหนี้สินอยู่ในระดับมีในระดับจัดการได้ คิดเป็นร้อยละ 59.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 78.1 ในกรณีที่อยู่กับคู่สมรสพบว่าส่วนใหญ่ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสมีระดับความเครียดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 43.8

สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวนระหว่าง 2-4 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงคิดเป็นร้อยละ 76

## 1.2 ข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 77.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 9.8 ปี อายุระหว่าง 10-12 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมาคือช่วงอายุ 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.3 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 คิดเป็นร้อยละ 39.6 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 78.1 ส่วนการดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่าส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 68.8 ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในวันที่ธรรมดา ส่วนใหญ่ใช้เวลา 5 – 8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 53.1 และในวันหยุดส่วนมากใช้เวลาในการดูแล 13-16 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 51

เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีพี่น้องจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 43.8 และเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นคนที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 67.7 และส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 1 ปี คิดร้อยละ 33.3 และยาที่ได้รับส่วนใหญ่คือ Ritalin คิดเป็นร้อยละ 59.4 และมีการทานรับประทานยาสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 60.4 การปรับพฤติกรรมสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 46.9 โดยส่วนใหญ่ภาพรวมการรักษามีอาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 71.9

## 2. ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น

2.1 ปัญหาพฤติกรรม พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมด้าน Hyperactivity/Impulsivity ร้อยละ 59.4

2.2 ปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับที่มีปัญหารุนแรง ร้อยละ 75

2.3 ระดับรุนแรงของอาการตามที่แพทย์ประเมิน พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการอยู่ในระดับ Moderately ill คิดเป็นร้อยละ 34.4

## 3. ความเครียดของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 68.8 โดยความสัมพันธ์ที่มีปัญหามากที่สุดคือ Parent-Child Dysfunctional Interaction คิดเป็นร้อยละ 71.9

## 4. ความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.1



## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น จากการวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ ได้แก่ ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี ความพอเพียงของรายได้ หนี้สิน ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส การมีคนช่วยดูแล อาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการซนและหุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsivity) ด้านรวมระหว่างพฤติกรรมขาดสมาธิกับอาการซนและหุนหันพลันแล่น (Combined) พฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน (Oppositional Defiant) ปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน ระดับอาการความรุนแรงของโรคตามที่แพทย์ประเมิน (CGI) ส่วนตัวแปรอื่นๆไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

และเมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วย Multiple Linear Regression พบว่า ตัวแปรที่สามารถอธิบายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ในทิศทางที่เพิ่มระดับความเครียด ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้มากที่สุด รองลงมาได้แก่ พฤติกรรมดื้อ ต่อต้าน (Oppositional Defiant) การดูแลมีคนช่วยดูแล ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. ระดับความเครียด

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองมีความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นคิดเป็นร้อยละ 68.8 ซึ่งสอดคล้องกับ Rosell B. และคณะ [6] ที่ได้ศึกษาถึงผลกระทบในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น พบว่าพ่อแม่มีความเครียด ร้อยละ 89 เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Lin YF และ Chung HH [30] พบว่าผู้ปกครองมีความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 62 และด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือ Parent-Child Dysfunctional Interaction คิดเป็นร้อยละ 71.9 ทั้งนี้ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง เนื่องจากความเครียดในการเลี้ยงดูที่เกิดขึ้นนั้น อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก เพราะมักเกิดความขัดแย้งต่อกันตลอดเวลา เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหาพฤติกรรม ที่มักไม่เชื่อฟัง หรือปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้ ทำให้เกิดปัญหาในการเลี้ยงดู นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อความเครียดในการเลี้ยงดูแล้ว ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองก็อาจจะทำให้ครอบครัวขาดการสื่อสารระหว่างกัน ความใกล้ชิดและความผูกพันกันอาจลดลง กลายเป็นปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง และเพิ่มระดับความเครียดในการเลี้ยงดูให้เพิ่มขึ้น ถ้าความเครียดอยู่ในระดับรุนแรงและไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่อง ผู้ปกครองก็อาจจะปรับตัวไม่ได้ ต้องเผชิญกับความตึงเครียด

กลายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับอุมามพร ตรังคสมบัติ [11] ที่กล่าวว่า การดูแลเด็กปกติกับเด็กสมาธิสั้นนั้นมีความแตกต่างกัน ทักษะที่ใช้ได้ผลกับเด็กปกติ นั้น มักใช้ไม่ได้ผลกับเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการรุนแรง ที่มักฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ที่พ่อแม่ตั้งขึ้น และฝ่าฝืนกฎได้ตลอดเวลา ทำให้พ่อแม่รู้สึกไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เกิดปัญหาเป็นวงจรไปเรื่อยๆ แม่หลายคนรู้สึกเศร้า และตั้งเครียด รู้สึกตนเองไม่มีประสิทธิภาพในการดูแล

## 2. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด

ในด้านข้อมูลทั่วไปพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้แก่ ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี | เนื่องจากการศึกษาของผู้ปกครองในระดับต่ำ อาจเกิด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นขาดความรู้ความเข้าใจต่อโรคและวิธีในการจัดการกับปัญหา พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น หรือการศึกษาในระดับต่ำ อาจทำให้เศรษฐกิจสถานะที่ไม่ดี ต้องทำงานหนัก ทำให้จะไม่มีเวลาในการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออาการหรือปัญหาพฤติกรรมที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความเครียดในการเลี้ยงดูได้

ความพอเพียงของรายได้ต่อการดำรงชีวิตและหนี้สิน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ปกครอง ถ้าครอบครัวเกิดความไม่พอเพียงของรายได้ หรือมีหนี้สินในระดับที่เป็นปัญหาอาจทำให้ครอบครัวประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เกิดความเครียดกับผู้ปกครอง ประกอบบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น จำเป็นต้องทานยา ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมทั้งภาระหนี้สินที่แต่ละครอบครัวมีอยู่ จึงอาจให้เกิดความเครียดในเรื่องปัญหาการเงินได้ และส่งผลกับความสัมพันธ์กับเด็ก เมื่อผู้ปกครองมีความเครียดส่วนตัวอยู่แล้ว เมื่อเจอกับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ก็จะมีเพิ่มทั้งความเครียดส่วนตัว และความเครียดในการเลี้ยงดูเพิ่มไปด้วย เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Rosell B. และคณะ [6] พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยผลกระทบในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น

ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan J และคณะ 45] พบว่าความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสมีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Rosell B. และคณะ [6] พบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นในครอบครัวคือมีปัญหาทะเลาะกับคู่สมรส ร้อยละ 50 อาจเนื่องจากการประสบปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของชีวิตครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับอุมามพร ตรังคสมบัติ [11] กล่าวว่าอาการโรคสมาธิสั้นทำให้ครอบครัววุ่นวาย เนื่องจากอาการนอนไม่นิ่ง ไม่มีระเบียบวินัย และควบคุมตนเองไม่ได้ ทำให้พ่อแม่รู้สึกแย่ ตั้งเครียด และในที่สุดก็เกิดความขัดแย้งระหว่างกันเอง โดยเฉพาะเรื่อง การอบรมดูแลลูก ซึ่งความขัดแย้งเหล่านี้มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยาแยกไป

ด้วย โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ปกครองคนใดคนหนึ่งเลี้ยงบุตรเพียงคนเดียวหรือต้องเลี้ยงดูบุตรด้วยและทำงานไปด้วย จะยิ่งทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น

การดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นอีกปัจจัยหนึ่งมีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น เพราะว่าการดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้น มักจะมีปัญหาพฤติกรรมเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ต้องเพิ่มการดูแลให้มากขึ้นกว่าการดูแลเด็กปกติ ประกอบกับไม่มีคนช่วยดูแลทำให้ต้องรับภาระเพียงคนเดียวและทำให้สามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งในปัจจุบันเพศหญิงมีบทบาทในสังคมมากขึ้น ทั้งการรับผิดชอบดูแลงานบ้านในครอบครัว อีกทั้งทำงานนอกบ้านด้วย จึงถือว่าเพศหญิงหรือมารดามีบทบาทหน้าที่ในการเลี้ยงดูมากกว่าบุคคลอื่นในครอบครัว จึงเป็นสาเหตุในการเกิดความตึงเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้

ด้านพฤติกรรม พบว่าปัญหาพฤติกรรมในทุกด้าน คือ อาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการซนและหุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsivity) ด้านรวมระหว่างพฤติกรรมขาดสมาธิ อาการซนและหุนหันพลันแล่น (Combined) พฤติกรรมคือ ต่อต้าน (Oppositional Defiant) มีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัย Anastopoulos (7) ได้ศึกษาพบว่าพฤติกรรมคือ ต่อต้าน (Oppositional Defiant) มีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Walker, Cyndi Dianne [35] พบว่าอาการ อาการซนและหุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsivity) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ McLeod, Kristen Heather[37] พบว่าปัญหาพฤติกรรมทั้งทางด้าน อาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการซนและหุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsivity) ด้านรวมระหว่างพฤติกรรมขาดสมาธิอาการซนและหุนหันพลันแล่น (Combined) พฤติกรรมคือ ต่อต้าน (Oppositional Defiant) ทำให้เด็กไม่ให้ความร่วมมือ และได้ส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดในการเลี้ยงดู และ Margaret Merritt [38] อาการของโรคเป็นมีผลต่อระดับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นและระดับอาการที่เพิ่มมากขึ้นก็ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตสมรสลดลง ปัญหาพฤติกรรมในทุกด้านนั้น สามารถส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดได้ อาจเพราะปัญหาพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก เพราะไม่สามารถควบคุมหรืออบรมระเบียบวินัยที่เหมาะสมแก่เด็กได้ ทำให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้เกิดความเครียดในการเลี้ยงดู และอาจนำไปสู่ปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัวได้

ปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกในเวลาที่อยู่ที่บ้านในระดับรุนแรง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร เช่น การสั่งให้ทำการบ้าน การแต่งตัวไปโรงเรียน การทานอาหารและเข้านอนให้เป็นเวลา ปัญหาที่เกิดขึ้นกิจกรรมที่เด็กจะต้องทำเป็นกิจวัตรประจำวัน ทำให้เป็นปัญหาที่ผู้ปกครองจะต้องเจออยู่ทุกวัน การไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆทำให้ผู้ปกครองเกิดรู้สึกหงุดหงิด โกรธ อาจนำไปสู่การลงโทษ เป็นปัญหาทางอารมณ์และปัญหา

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก อีกทั้งเกิดความเบื่อหน่ายที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เจอได้ นำไปสู่การเกิดความเครียดได้

ระดับอาการความรุนแรงของโรคตามที่แพทย์ประเมิน(CGI) เป็นปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดู เนื่องจากระดับอาการที่เพิ่มขึ้นทำให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการสมาธิสั้นหรือปัญหาพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระดับความเครียดในการเลี้ยงดูจะเพิ่มขึ้นตามระดับอาการความรุนแรง

จากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายตัว เช่น ด้านเพศของเด็กสมาธิสั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson และ Reader [46] พบว่าเพศของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดู

อายุของเด็ก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson และ Reader [46] พบว่าอายุของเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในครอบครัวเช่นเดียวกับระดับการศึกษาของเด็กที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น อาจเนื่องจากในแต่ละช่วงวัยของเด็กสมาธิสั้น ก็จะมีปัญหาพฤติกรรมเหมือนกัน แต่ลักษณะของปัญหาพฤติกรรมอาจจะแตกต่างกันตามแต่ละช่วงวัย

ปัจจัยด้านสุขภาพของมารดา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ซึ่งต่างจากศึกษา Anastopoulos [7] อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีสุขภาพที่แข็งแรง ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดู เช่นเดียวกับปัจจัยด้านศาสนาที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธทำให้ไม่พบความแตกต่างของความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ปัจจัยด้านอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา Anastopoulos [7] ที่พบว่ามารดาที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน ปัจจัยด้านรายได้ ไม่พบความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูบุตร อาจเนื่องจากส่วนใหญ่มีฐานะค่อนข้างดี คือมีรายได้มากกว่า 50,000 บาท ทำให้ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดูอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยบางปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น อาจเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้มีขนาดตัวอย่างที่น้อยเกินไป ทำให้มีบางคำตอบมีจำนวนเกินครึ่งของขนาดตัวอย่างทำให้ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น คือ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ของผู้ปกครองกับเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นในฐานะมารดา (ร้อยละ 75) อาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในการเลี้ยงดู เพราะความสัมพันธ์อื่น ๆ มีจำนวนไม่มากพอ จนทำให้ไม่สามารถตรวจพบความแตกต่างทางสถิติได้ เช่นเดียวกับปัจจัยด้านระยะเวลาในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น จำนวนบุตรในครอบครัว เพศของผู้ปกครอง และสถานภาพสมรส ส่วนกรณีของอายุของ

ผู้ปกครอง อาจเนื่องจากว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงอายุใกล้เคียงกัน จึงอาจประสบปัญหาในการเลี้ยงดูที่ก่อให้เกิดความเครียดได้เหมือนกัน ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ปกครองกับความเครียดในการเลี้ยงดู

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่สามารถอธิบายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ซึ่งทำการวิเคราะห์โดยวิธี Multiple Linear Regression พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น คือ ระดับของปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน พฤติกรรมต่อต้าน ในระดับมีปัญหารุนแรง การดูแลมีคนช่วยดูแล และระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่ต่ำกว่าปริญญาตรี ส่วนปัจจัยด้านความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว ภาวะหนี้สิน ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส ปัญหาพฤติกรรมด้านอาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการซนและหุนหันพลันแล่น(Hyperactivity/Impulsivity) ด้านรวมระหว่างพฤติกรรมขาดสมาธิอาการซนและหุนหันพลันแล่น (Combined) และอาการความรุนแรงของโรคตามที่เป็นที่แพทย์ประเมิน(CGI) ไม่พบความสัมพันธ์ที่อธิบายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ได้ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่าความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์เบื้องต้นนั้น อาจเป็นอิทธิพลของตัวกวน (Confounding factors) คือเป็นปัจจัยหลายตัวที่มีผลต่อกัน เช่น ปัจจัยด้านความพอเพียงของรายได้ในครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์กับภาวะหนี้สิน ซึ่งส่วนใหญ่มีความพอเพียงของรายได้ในครอบครัวและถึงแม้จะมีภาวะหนี้สินก็อยู่ระดับที่จัดการได้ ส่วนความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสในระดับที่มีความเครียดอาจมีผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ในขณะที่เดียวกัน ความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นก็อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ชีวิตสมรสได้เช่นกัน

### ข้อจำกัดในการแปลผล

1. เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยแบบสอบถามหลายชุด ทำให้ข้อคำถามมีจำนวนมาก ผู้ตอบจึงใช้เวลาพอสมควรในการตอบ และในบางแบบสอบถามผู้ปกครองอาจได้มีการตอบไปแล้วให้กับแพทย์เพื่อประกอบการวินิจฉัย จากสาเหตุที่กล่าวมาทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการตอบคำถาม
2. ในบางกรณีที่ผู้ตอบต้องรีบกลับ ทำให้การตอบแบบสอบถาม อาจจะไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ความเชื่อถือของข้อมูลจึงลดลง

3. อาจมีตัวแปรซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความคิดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นที่ต้องทำการ ศึกษาเพิ่มเติม ซึ่งอาจจะส่งผลถึงความสัมพันธ์และอธิบายการเกิด ความคิดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ได้ต่างไปจากผลการศึกษาในครั้งนี้

4. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในแผนก ผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ยังไม่ได้มีการศึกษาใน โรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่น ผลการศึกษาที่ได้จึงยังไม่สามารถนำไปเป็นตัวแทนของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นโดยทั่วไปได้

### ข้อเสนอแนะ

1. แพทย์ผู้รักษาควรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาความคิดในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิด จนสามารถส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครองได้ ดังการนั้นรักษาควรให้ความสำคัญ ทั้งอาการที่เป็นปัญหาและสภาพจิตใจของผู้ปกครองควบคู่ไปด้วย

2. จากการผลการวิจัยพบว่าความคิดในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการสมาธิสั้น ที่ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมขึ้น ดังนั้นจึงควรให้คำแนะนำ การช่วยเหลือผู้ปกครอง ในเรื่องของการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อเป็นการเพิ่มทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง

นอกจากการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง บุคคลในครอบครัวแล้ว ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ ชุมชน สังคม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เป็นการลดความกดดันทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ปกครอง เนื่องจากสังคมอาจตำหนิผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นว่าดูแลเด็กไม่ดีพอ ทั้งที่จริงแล้วผู้ปกครองก็ทุ่มเทกำลังกาย กำลังใจลงไปมาก แต่เด็กก็มีอาการมากและดูแลยากกว่าเด็กปกติ

3. เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว รวมไปถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะผู้เลี้ยงดูหลัก และจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ84.5) และมีความเครียดในการเลี้ยงดูในระดับที่เป็นปัญหา ดังนั้นจึงควรกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้านได้ตระหนักถึงปัญหาและมีบทบาทในการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้เพิ่มยิ่งขึ้น โดยแพทย์ผู้รักษาควรเชิญสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เข้ามีส่วนร่วมในการรักษา หรือให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และกำหนดแนวทางการดูแลหรือปรับพฤติกรรมเด็กร่วมกัน รู้จักการจัดการความขัดแย้งระหว่างกัน และไม่ตำหนิในความผิดกันเอง เพื่อลดภาระในการเลี้ยงดูของมารดา เป็นการให้ผู้ปกครองได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น

4. สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนทักษะและประสบการณ์ การให้คำปรึกษา แก่กลุ่มผู้ปกครอง เพื่อลดความเครียด เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งอาจทำในรูปแบบชมรม เป็นต้น
5. บุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรตระหนักถึงครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น โดยการส่งเสริมให้มีการคำปรึกษาแก่ครอบครัวเด็กสมาธิสั้น รวมอยู่ในการกระบวนการรักษาด้วย
5. ควรมีจัดอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้มีวิธีการในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กให้มากขึ้น โดยเฉพาะอาการสมาธิสั้น
6. ควรมีการให้ความรู้ในการจัดการกับปัญหาความเครียด หรือวิธีผ่อนคลายความเครียดเบื้องต้น
7. มีการศึกษาโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ปกครอง เช่น ความวิตกกังวล หรือโรคซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดร่วมกับความเครียดของผู้ปกครองได้
8. ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครองโรคสมาธิสั้นต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มตัวอย่าง  
ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองในระยะเวลาที่แตกต่างกันของการรักษา เช่น ก่อนรักษา ช่วงปรับพฤติกรรม ยังไม่ได้รับยา ช่วงเริ่มได้ยา
2. วิธีการและช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล  
ควรมีการเปลี่ยนรูปแบบในการศึกษาเป็นเชิงทดลอง เพื่อให้ได้รายละเอียดเพิ่มมากขึ้น เป็นประโยชน์ในการกำหนดรูปแบบในการรักษาหรือให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ปกครองต่อไป
3. ตัวแปรที่ควรศึกษาเพิ่มเติม  
ควรรู้จักปัจจัยอื่นๆที่จะมีผลกระทบต่อความเครียดในการเลี้ยงดูผู้ปกครอง เช่น การสนับสนุนทางสังคม บทบาทความรับผิดชอบในครอบครัวของผู้ปกครอง ทักษะสติ ความคาดหวังของผู้ปกครองที่มีต่อเด็ก บุคลิกภาพของผู้ปกครอง รูปแบบในการแก้ปัญหา หรือจัดการกับความเครียด เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นได้มากยิ่งขึ้น

## รายการอ้างอิง

- [1] American Psychiatric Ass. Diagnostic and Statical manual of mental disorder (DSM-IV) 4 th ed. Washington DC : American Psychiatric Association,1994.
- [2] Wacharasindhu,A, and Panyayong,P. Psychiatric disorder in Thai school-aged Children : I prevalence. Journal of the Medical Association of Thailand.2002:85
- [3] กวี สุวรรณกิจ, วัจรินทร์ โรหิตสุข, สุชีรา ภัทรอายุตวรรณ และคณะ. ปัญหาการเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2542 ; 44 : 55-64.
- [4] รายงานสถิติผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2542- 2544.กรุงเทพมหานคร: หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2544. (อัดสำเนา)
- [5] นงพงา ลิ้มสุวรรณ. โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
- [6] Rossello B ,Garcia-Castellar R , Tarraga-Minguez R, mulas F. The role played by the parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder. Rev Neurol. 2003;1:S79-84.
- [7] Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Abnorm Child Psychol.1992 ; 5:503-20.
- [8] เบลญจพร ปัญญาอง. คู่มือช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ : ศูนย์สุขวิทยาจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
- [9] ชาญวิทย์ พรนภดล. โรคชน-สมาธิสั้น. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร :บีเยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2545.หน้า 201-19.
- [10] เนตร หงษ์ไกรเลิศ. ผลของการควบคุมบทเรียนในบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแบบเกมที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความคงทนในการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนที่มีสมาธิสั้นและมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา ภาควิชาสัตตศาสตร์ศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545
- [11] อุมพร ตรังคสมบัติ. สร้างสมาธิให้ลูกคุณ. กรุงเทพฯ : บริษัทศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว, 2541



- [12] อูมาพร ตั้งคสมบัติ. โรคสมาธิสั้น. ใน สาขา จิตตินันทน์ (บรรณารักษ์), ตำรากุมารจิตเวชศาสตร์, หน้า 306-7 . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพวารสาร, 2539.
- [13] เบญจพร ปัญญา. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่/ผู้ปกครองกับเด็กและการเลี้ยงดูเด็ก : การวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพชีวิตเด็กและเยาวชน, 2542.
- [14] รุจิระ สุภรณ์ไพบูลย์. ความรู้เกี่ยวกับแม่และเด็ก : เอกสารคำสอนประกอบวิชา 413 394 การศึกษาสำหรับแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ : โครงการพัฒนาการเรียนการสอน : โครงการตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาฯ, 2531
- [15] ปรัชญา จิรพรชัย. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กพิเศษก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง : กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. สำนักงานสถาบันราชภัฏ, 2545. (อัดสำเนา)
- [16] รติชน พีรยสดี. การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ, 2543.
- [17] ฉวีวรรณ กิณางค์. การศึกษาเด็ก. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2533.
- [18] สุมณ อมรวิวัฒน์ และคณะ. การอบรมเลี้ยงดูเด็กตามวิถีชีวิตไทย. กรุงเทพฯ : โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย ฝ่ายวิจัย จุฬาฯ, 2534
- [19] กรมสุขภาพจิต. การพัฒนาแบบประเมินและการวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- [20] สุรีย์ กาญจนวงศ์และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์. รายงานการวิจัยเรื่อง ความเครียด สุขภาพ และความเจ็บป่วย : แนวคิดและการศึกษาในประเทศไทย. นครปฐม: ภาควิชา สังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- [21] ธรรณิทร์ กองสุขและคณะ. ความเครียดของคนไทย : การศึกษาระดับชาติ ปี 2546. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
- [22] ศิราณี มหามาตย์. พฤติกรรมกรมการเผชิญความเครียดในมารดาของเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [23] นางลักษณะ เทพสวัสดิ์. สังคมสงเคราะห์จิตเวช ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต ความเครียด สุขภาพจิต และการสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพฯ : สังคมสงเคราะห์, 2549.
- [24] นาฎยพรรณ ภิญญเ. ความรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- [25] อัมพร โอตระกุล. สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : วิทย์พัฒน, 2538: 50.

- [26] สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช.เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ปอง, 2527.
- [27] ชูทิตย์ ปานปรีชา นพ., จิตวิทยาทั่วไป. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2534, หน้า 483.
- [28] van der Oord S, Prins PJ, Oosterlaan J, Emmelkamp PM. The association between parenting stress, depressed mood and informant agreement in ADHD and ODD. Behav Res Ther. 2006: 5.
- [29] Podolski CL, Nigg JT. Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. J clin Child Psychol. 2001;4:503-13.
- [30] Lin YF, Chung HH. Parenting stress and parents' willingness to accept treatment in relation to behavioral problems of children with attention-deficit hyperactive disorder. J Nurs Res. 2002 :1:43-56.
- [31] Lang Gregor , Sheerin Declan , Carr Alan, DOOLEY Barbara, Barton Victoria , Marshall David, Mulligan Aiding , Lawlor Maria , Belton Mary , Dotle Maeve . Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. Journal of Family Therapy. 2005;27: 76-96.
- [32] Byrnes, Jennifer Helaine Lindeman. The emotional functioning and marital satisfaction of mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder [online]. 2002. Available from: URL://http://www.proquest.com/Document ID 0493891354 [Cite 2003, May]
- [33] Whaley, Patrick. The impact of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on families: The perceptions of families with an ADHD child [online]. 2004. Available from: URL://http://www.proquest.com/Document ID 932363051 [Cite 2005, Dec]
- [34] Langley, Amanda Ruth. Stress and coping in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)[online]. 2004. Available from: URL://http://www.proquest.com/Document ID 766833361[Cite 2004, Dec]
- [35] Walker, Cyndi Dianne. Stress in parents of children with ADHD vs depression: A multicultural analysis [online]. 1998. Available from: URL://http://www.proquest.com/Document ID 732918591[Cite 1999 ,Jan]

- [36] Mitchell, Mary Moser. Parents' stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder [online]. 2006. Available from: URL://http://www.proquest.com/Document ID 1179546591[Cite 2003 ,Dec]
- [37] McLeod, Kristen Heather. Attributions, emotions, and stress among parents of children with attention deficit hyperactivity disorder[online ]. 2000. Available from: URL://http://www.proquest.com/Document ID 732176061[Cite 2000, Oct]
- [38] Morris, Margaret Merritt. Parental stress and marital satisfaction in families of children with attention deficit/hyperactivity disorder [online]. 2000. Available from: URL://http://www.proquest.com/Document ID 728319421[Cite 2001, Jan]
- [39] Collett,B.R.,OHAN,J.L. and Myers. Ten-Year Review of Rating Scales. V: Scales Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J.Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42(9): 1015-1037.
- [40] Steven ,J.,Quittner. AL.,Abikoff H. Factor influenceing elementary school teacher rating of ADHD and ODD behavior. J Am Acad Child Psychol.1998;27; 406- 414.
- [41] Swanson, J. M., Kraemer,H.C.,Hinshaw,S.P. Clinical relevance of the primary finding of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptom at the end of the treatment. J AM Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40:168-179.
- [42] Green,M.J> and ALtepeter ,TS. Factor structures of the Home Situations Questionnaire and the School Situations Questionnaire. J Pediatr Psychol. 1991 February;16(1):59-67.
- [43] Abidin,R. R. Parenting Stress Index-short form: Test manual. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press. 1990.
- [44] ณัฏฐร พัทธรัตน์เสถียร. ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อโรคสมาธิสั้น ของครูชั้นประถมศึกษาปีที่1และ2โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครในเขตปทุมวัน. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- [45]J. Morgan, D.Robinson J. Aldridge. Parenting stress and externalizing child behaviour. Child & Family Social Work. 2002: 7 (3), 219–225.
- [46] Johnson J.H., Reader S.K. Assessing Stress in Families of Children with ADHD: Preliminary Development of the Disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI). Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2002: 9 (1) : 51-62(12).



## ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ - วันที่ 18 ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ด้วย ข้าพเจ้า นางสาวดลฤดี แดงน้ำคู้ นิสิตปริญญา วท.ม. สาขาวิชาสุขภาพจิต ปีที่ 2 (ภาคในเวลาราชการ) ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น” โดยมีศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ และอาจารย์นายแพทย์ณัฏฐพิทยรัตน์เสถียร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ในการนี้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไคร่ขออนุญาตให้ นางสาวดลฤดี แดงน้ำคู้ เก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษา จำนวน 100 คน ซึ่งใช้แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 5 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ตอนที่ 2 เป็นชุดแบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ตอนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและพ่อแม่ จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 4 เป็นชุดของแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของผู้ปกครอง ตอนที่ 5 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จำนวน 23 ข้อ ดังโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่แนบมา

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ด้วยความเคารพอย่างสูง

(นางสาวดลฤดี แดงน้ำคู้)  
นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต

## ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

### การวิจัยเรื่อง ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียดของ ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชเด็ก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของ ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวชเด็ก ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็ก สมาธิสั้น โดยคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมการศึกษาระมาณ 100 คน ผลจากการศึกษาที่ได้นี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดรูปแบบการให้บริการและวางแผนในการดูแลรักษาช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ประสิทธิผลในการรักษาโรคสมาธิสั้นต่อไป หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ท่านจะได้รับแบบสอบถาม ซึ่งท่านจะเป็นผู้ประเมินและตอบเองทั้งหมด ในกรณีที่ท่านไม่สามารถทำแบบสอบถามเองได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ และกรอบบแบบสอบถามจากคำตอบของท่าน แบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 5 ตอน ตอนที่1 เป็นแบบสอบถามข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ตอนที่ 2 เป็นชุดแบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของผู้ปกครอง ตอนที่4 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น จำนวน 23 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะการตอบคำถามทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

ประการสำคัญที่จำเป็นต้องทราบ คือ การเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ โดยตรง และผลการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ที่อาจจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาที่เด็กสมาธิสั้นจะได้รับจากแพทย์ผู้รักษาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับจากผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางสาวดลฤดี แดงน้ำคู้ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ และหากท่านมีข้อร้องเรียนใดๆ ต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้สามารถติดต่อแจ้งสำนักงานจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ โทร 02-2564455,02-2564493

ใบยินยอมเลขที่.....

## ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง: ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น

วัน.....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้น

วิธีการวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งครอบคลุมเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องและระดับความเครียด โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละคนไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยในรูปของสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ อีกทั้งข้าพเจ้ายังมีสิทธิ์ในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะจะต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะ โดยชอบด้วย

กฎหมาย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

### แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลทั่วไปของท่านและเด็กที่ท่านดูแลอยู่ กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

#### ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

##### ส่วนที่ 1 - ข้อมูลของผู้ปกครอง

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ศาสนา  
 พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่นๆ (ระบุ) .....
4. การศึกษา  
 ไม่ได้เรียนหนังสือ  ประถมศึกษา  
 มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 อาชีวศึกษา / อนุปริญญา ปริญญาตรี  
 สูงกว่าปริญญาตรี  อื่น ๆ (ระบุ) .....
5. อาชีพของท่าน  
 รับจ้าง / พนักงานบริษัท  ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว  
 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ  วิชาชีพอิสระ (เช่น สถาปนิก, ศิลปิน, ฯลฯ)  
 เกษตรกรรม  แม่บ้าน / พ่อบ้าน  
 อื่นๆ (ระบุ) .....
6. รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน ประมาณ ..... บาท
7. รายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต  เพียงพอ  ไม่เพียงพอ
8. หนี้สิน  ไม่มี  มีในระดับจัดการได้  มีมากและสร้างปัญหาให้ชีวิต
9. สถานภาพสมรส  
 โสด  สมรส / อยู่ด้วยกัน (ตอบข้อ 10 ต่อ)  
 สมรส / แยกกันอยู่  หย่าร้าง  
 คู่สมรสเสียชีวิต  อื่นๆ (ระบุ) .....
10. กรณีที่อยู่กับคู่สมรส ท่านประเมินความสัมพันธ์ในชีวิตสมรสปัจจุบันของท่านว่า....  
 ไม่เครียด  เครียดเล็กน้อย  เครียดปานกลาง  เครียดมาก
11. ปัจจุบันครอบครัวมีสมาชิกทั้งสิ้น ..... คน ประกอบด้วย .....
12. สุขภาพโดยทั่วไปของท่าน  แข็งแรง  มีโรคประจำตัว (ระบุ) .....

##### ส่วนที่ 2 - ข้อมูลของเด็ก



1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ ..... ปี วันเดือนปีเกิด .....
3. กำลังศึกษาชั้น .....
4. ท่านสัมพันธ์กับเด็กเป็น  มารดา  บิดา  อื่น ๆ (ระบุ).....
5. ท่านมีส่วนในการดูแลเด็ก
  - ดูแลคนเดียว แทบไม่ได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่น
  - มีคนช่วยดูแลเด็ก ได้แก่ .....
6. โดยเฉลี่ยแล้ว ท่านใช้เวลาในการดูแลเด็ก ในวันที่เด็กเรียนหนังสือ ..... ชั่วโมง / วัน  
ในวันหยุด ..... ชั่วโมง / วัน
7. เด็กมีพี่น้อง (รวมตัวเด็ก) ..... คน เด็กเป็นบุตรคนที่ .....
8. สุขภาพโดยทั่วไปของเด็ก  แข็งแรง  มีโรคประจำตัว (ระบุ) .....
9. เด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่ พ.ศ. ....
10. ยาที่ได้รับ.....
  - ทานยาสม่ำเสมอ  ทานยาไม่สม่ำเสมอ
11. การปรับพฤติกรรม.....
  - ปรับพฤติกรรมสม่ำเสมอ  ปรับพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอ
12. โดยภาพรวมแล้ว หลังจากเด็กเข้ารับการรักษา
  - อาการดีขึ้นอย่างมาก
  - อาการดีขึ้น
  - อาการคงเดิม
  - อาการแย่ลง
  - อาการแย่ลงอย่างมาก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินอาการความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น

## ส่วนที่ 1 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)

ข้อมูลของเด็ก เพศ ..... อายุ ..... ปี ชั้นเรียน.....

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น ..... วันที่ประเมิน .....

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ว่าอาการในแต่ละข้อนั้นตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมิน เพียงใด

	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	สำหรับ ผู้วิจัย
1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงานต่างๆ เช่น การบ้าน					
2. ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้					
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย					
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ					
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็น					
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ					
7. ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น, สมุดจดงาน, เครื่องเขียน ฯลฯ)					
8. วอกแวกง่าย					
9. ซ้ำลิ้ม					
Total In = , Average = (Parent 1.78, Teacher 2.56)					
11. มือเท้ายุกยิก นั่งบิดไปบิดมา					
12. นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียนหรือจากที่ที่ควรจะนั่ง เรียบร้อย					
13. วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปจนควรอย่างไม่รู้กาลเทศะ					
14. เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบ ๆ ไม่เป็น					
15. พร้อมจะเคลื่อนไหวอยู่เสมอ เหมือน "ติดเครื่อง" อยู่ตลอดเวลา					
16. พูดมาก					
17. มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ					
18. ไม่ชอบรอคิว					
19. ชอบสอดแทรกผู้อื่น (เช่น พูดแทรกขณะผู้ใหญ่กำลังสนทนากัน)					
Total H/Im = , Average = (Parent 1.44, Teacher 1.78)					
Total C = , Average = (Parent 1.67, Teacher 2.00)					
21. อารมณ์เสื่อง่าย					
22. ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่					
23. ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้					
24. จงใจก่อกวนผู้อื่น					
25. มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด					
26. ซ้ำร้าย					
27. โกรธซึ่งบึ้งตึงเป็นประจำ					
28. เจ้าคิดเจ้าแค้น					
Total ODD = , Average = (Parent 1.88, Teacher 1.38)					

## ส่วนที่2 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน

**คำอธิบาย** ท่านคิดว่าเด็กที่ท่านกำลังประเมินมีปัญหาไม่เชื่อฟังท่านในสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้หรือไม่? ถ้ามีปัญหาขอให้ท่านวงกลมล้อมรอบคำว่า “มี” และวงกลมตัวเลขทางด้านขวามือ เพื่อระบุความรุนแรงของปัญหา ถ้าไม่มีให้วงกลมคำว่า “ไม่มี” แล้วข้ามไปอ่านข้อต่อไป

สถานการณ์	ปัญหา		ถ้ามี โปรดระบุความรุนแรงของปัญหา								
	ไม่มี	มี	น้อย								มาก
1.ขณะที่เด็กเล่นอยู่คนเดียว	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.ขณะที่เด็กเล่นกับเด็กอื่น	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.เมื่อถึงเวลาอาหาร	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. ขณะแต่งตัว	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.เมื่อถึงเวลาอาบน้ำ	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.ขณะที่คุณกำลังโทรศัพท์	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.ขณะดูโทรทัศน์	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.ขณะที่มีแขกมาเยี่ยมบ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.ขณะออกไปเยี่ยมบ้านผู้อื่น	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ เช่นร้านอาหาร,ห้างสรรพสินค้า	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.เมื่อที่บิดาอยู่บ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.เมื่อบอกให้เด็กทำงานบ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.เมื่อบอกให้เด็กทำการบ้าน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.เมื่อถึงเวลานอน	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.ขณะอยู่ในรถ	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.ขณะอยู่กับพี่เลี้ยง	ไม่มี	มี	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>สำหรับผู้วิจัย</b>											
รวมจำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา =											
คะแนนความรุนแรงเฉลี่ย (Mean severity score) =											

### ตอนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของผู้ปกครอง

วันที่ประเมิน ..... ข้อมูลของเด็ก เพศ ..... อายุ ..... ปี ชั้นเรียน.....

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์กับเด็กเป็น ..... อายุ.....

คำแนะนำ – แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 36 ข้อ จงอ่านและตอบคำถามในแต่ละข้อตามความรู้สึกที่ท่านมีต่อตนเอง และเด็กที่ท่านกรอกชื่อด้านบน

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันมักรู้สึกว่าการจัดการเรื่องต่างๆ ในชีวิตได้ไม่ได้นัก					
2. ฉันยอมสละชีวิตส่วนตัวมากกว่าที่เคยคาดไว้เพื่อตอบสนองความต้องการ ของลูก					
3. ฉันรู้สึกติดบ่วงความรับผิดชอบของการเป็นพ่อแม่					
4. ตั้งแต่มีลูกคนนี้ ฉันไม่สามารถทำอะไรใหม่หรือแตกต่างไปจากเดิมได้เลย					
5. ตั้งแต่มีลูก ฉันรู้สึกว่าฉันแทบไม่ได้ทำในสิ่งที่ชอบเลย					
6. ฉันรู้สึกไม่พอใจเสื้อผ้าที่ซื้อให้ตนเองครั้งหลังสุด					
7. มีหลายสิ่งหลายอย่างในชีวิตที่รบกวนจิตใจของฉันอยู่					
8. การมีลูกก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับคู่สมรสของฉันมากกว่าที่ฉันเคย คาดไว้					
9. ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่มีเพื่อน					
10. เวลาฉันไปงานเลี้ยง ฉันมักคาดไว้ล่วงหน้าว่ามันคงไม่สนุก					
11. ฉันไม่สนใจผู้คนเหมือนที่เคยสนใจ					
12. ฉันไม่รู้สึกสนุกกับสิ่งต่าง ๆ เหมือนที่เคย					
13. ลูกแทบไม่เคยทำในสิ่งที่ทำให้ฉันรู้สึกดี					
14. บางครั้งฉันรู้สึกว่าลูกไม่ชอบฉันและไม่ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับฉัน					
15. ลูกยืมให้ฉันน้อยกว่าที่ฉันคาดหวังไว้					
16. เวลาฉันทำสิ่งต่างๆ ให้ลูก ฉันรู้สึกว่าลูกมองไม่เห็นค่าในความพยายาม ของฉัน					
17. ลูกของฉันมักไม่หัวเราะหรือคิกคักเวลาเล่น					
18. ลูกของฉันดูเหมือนจะเรียนรู้ไม่เร็วเท่าเด็กคนอื่นๆ					
19. ลูกของฉันดูเหมือนจะขี้มึนไม่มากเท่าเด็กคนอื่นๆ					
20. ลูกไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้มากเท่าที่ฉันคาดหวังไว้					
21. เป็นเรื่องยากและใช้เวลานานมากสำหรับลูกของฉันที่จะคุ้นเคยกับอะไร ใหม่ ๆ					
22. -- -- --					

	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
23. ฉันอยากรู้สึกใกล้ชิดกับลูกมากกว่าที่เป็นอยู่				
24. บางครั้งลูกก่อกวนฉันเหมือนตั้งใจจะยั่วให้ฉันโกรธ				
25. ลูกของฉันดูจะงอแงหรือร้องไห้บ่อยกว่าเด็กทั่วไป				
26. ลูกของฉันมักตื่นขึ้นมามีอารมณ์ที่ไม่แจ่มใส				
27. ฉันรู้สึกว่าลูกของฉันอารมณ์ฉุนเฉียวและหงุดหงิดง่าย				
28. ลูกของฉันมักมีพฤติกรรมบางอย่างที่รบกวนผู้อื่น				
29. ลูกของฉันมีปฏิกิริยาตอบโต้รุนแรงมากในเรื่องที่เขาารู้สึกไม่พอใจ				
30. ลูกของฉันหงุดหงิดง่ายแม้ในเรื่องเล็กน้อย				
31. การจะทำให้ลูกของฉันกินนอนเป็นเวลาตามตารางที่วางไว้ได้นั้นเป็นเรื่องยากมาก				
32. -- -- --				
33. -- -- --				
34. มีบางเรื่องที่ลูกของฉันทำแล้วรบกวนฉันเป็นอย่างมาก				
35. ลูกของฉันสร้างปัญหามากกว่าที่ฉันเคยคาดไว้				
36. ลูกของฉันเรียกร้องสิ่งต่าง ๆ จากพ่อแม่มากกว่าเด็กทั่วไป				

โปรดเลือกข้อความที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดจากตัวเลือก 1-5 ด้านล่างนี้

22. ฉันรู้สึกว่าฉัน

1. เป็นพ่อแม่ที่ไม่ดีเขาเลย
2. เป็นพ่อแม่ที่ไม่ดีเท่าไรนัก
3. เป็นพ่อแม่ที่ดีพอ ๆ กับพ่อแม่โดยทั่วไป
4. เป็นพ่อแม่ที่ดีกว่าพ่อแม่โดยทั่วไป
5. เป็นพ่อแม่ที่ดีมาก

32. ฉันพบว่าทำให้ลูกทำหรือหยุดทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้น

1. ยากกว่าที่ฉันคิดไว้มาก
2. ค่อนข้างยากกว่าที่ฉันคิดไว้
3. ยากพอ ๆ กับที่ฉันคิดไว้
4. ค่อนข้างง่ายกว่าที่ฉันคิดไว้
5. ง่ายกว่าที่ฉันคิดไว้มาก

33. ลองนึกดูอย่างรอบคอบและ **นับจำนวน** เรื่องที่ลูกของคุณสร้างปัญหาให้คุณว่ามีประมาณกี่เรื่อง?

(เช่น 1. เกียจคร้าน 2. ไม่เชื่อฟัง 3. อยู่ไม่นิ่ง 4. งอแง 5. ก่อกวน 6. ทะเลาะเบาะแว้ง 7. วิวาย ฯลฯ เป็นต้น)

1. มากกว่า 10 เรื่อง
2. 8-9 เรื่อง
3. 6-7 เรื่อง
4. 4-5 เรื่อง
5. 1-3 เรื่อง

#### ตอนที่4 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น

คำอธิบาย จงเลือกคำตอบว่าข้อความต่อไปนี้ “ถูก” หรือ “ผิด” โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.โรคสมาธิสั้นพบได้ประมาณ 3-5% ในเด็กชั้นประถม		
2.โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำงานของสมองบางส่วน		
3. โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่		
เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย		
5. โรคสมาธิสั้น พบได้พอกันทั้งในเด็กชายและเด็กหญิง		
6. โรคสมาธิสั้น ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้		
7. เด็กสมาธิสั้นมักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่		
8. เด็กสมาธิสั้นมักเดินเล่น ทำงานไม่เป็นระเบียบ		
9. เด็กสมาธิสั้นมักชอบพูดแทรก แย่งคนอื่นพูด		
10. เด็กสมาธิสั้นมักหวาดกลัวต่อสิ่งรอบตัวอยู่ตลอดเวลา		
11. เด็กสมาธิสั้นมักเขียนหนังสือไม่เป็นระเบียบ		
12.อาการวอกแวกง่ายเป็นอาการหนึ่งของโรคสมาธิสั้น		
13.เด็กที่สามารถมีสมาธิเล่นวิดีโอเกมส์ติดต่อกันได้เป็นเวลานาน ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน		
14. เด็กสมาธิสั้นมักขาดความยับยั้งชั่งใจ		
15.โรคสมาธิสั้นอาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมีบางอย่าง		
เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเรเมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่น		
17. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ได้เอง		
18. เด็กสมาธิสั้นจำนวนมาก มีความบกพร่องด้านการอ่านร่วมด้วย		
19.เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติดเมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่น		
20. มียาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นได้ผลดี		
21. ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น หาซื้อได้จากร้านขายยาทั่วไป		
22. การฝึกนั่งสมาธิเป็นการรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดี		
23. การจัดสิ่งแวดล้อม เช่นให้ทำงานในที่เงียบ จะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มาก		

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวดลฤดี แดงน้ำคู้ เกิดวันที่ 3 พฤษภาคม 2525 ที่จังหวัดพิษณุโลก สำเร็จการศึกษาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์บัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2546 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2548



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย