

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น  
ภาคตะวันออก

นางดารุณี งามขำ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2554  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FACTORS AND BEHAVIOR PROBLEMS  
IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER,  
EASTERN REGION

Mrs. Darunee Ngankum

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2011  
Copyright of Chulalongkorn University

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FACTORS AND BEHAVIOR PROBLEMS  
IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY  
DISORDER, EASTERN REGION

Mrs. Darunee Ngankum

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2011  
Copyright of Chulalongkorn University



คารุณี งามขำ : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิ  
สั้น ภาคตะวันออก. (THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FACTORS AND  
BEHAVIOR PROBLEMS IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT  
HYPERACTIVITY DISORDER, EASTERN REGION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก :  
รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 141 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ปัญหาพฤติกรรมของเด็ก  
สมาธิสั้น 2) ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้  
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจวัตรสุขภาพครอบครัวและการ  
ปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือพ่อแม่หรือ  
ผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น (อายุ 6-12 ปี) จำนวน 120 คน ที่มารับบริการต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของ  
รายได้ 2) แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 3) แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพ  
ครอบครัว 4) แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 5) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ)  
มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .95, .88, .87, .92 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์  
โดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์ Eta และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 70.00  
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 62.50 พฤติกรรมด้านอารมณ์ ร้อยละ 54.20 พฤติกรรมเกรง ร้อยละ  
34.20 และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 20.00

2. การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวก กับปัญหาพฤติกรรมของ  
เด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และ  
การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่าง  
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาขาวิชา...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.... ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา.....2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5377807636: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: FAMILY FACTORS / BEHAVIOR PROBLEMS IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

DARUNEE NGAMKUM: THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FACTORS AND BEHAVIOR PROBLEMS IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER, EASTERN REGION. ADVISOR: ASST.PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 141 pp.

The purposes of this descriptive research are: 1)to study the behavioral problems of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) 2) to study relationships between behavioral problems of children with ADHD and family factors such as the adequacy of family income, family relationship, psychological problems of parents or caregivers, family health routines and family function. Participants were 120 parents or caregivers of children with ADHD (aged 6-12 years) from outpatient department in hospitals of Eastern region of Thailand. Research instruments were 1) adequacy of family income questionnaire 2) family relationship questionnaire 3)family health routines questionnaire 4)family function questionnaire 5) behavior evaluation questionnaire (SDQ) .The validity of the instruments except the general information questionnaire were .95, .88, .87, .92 and .74 respectively. Correlation was analyzed using Eta Coefficient and Pearson's Product- Moment Coefficient. Significant findings were as follows:

1.The children with ADHD had problems in friend relationship behavior 70.00 %, hyperactivity behavior 62.50 %, emotional related behavior 54.20%, disruptive behavior 34.20 % and social relationship behavior 20 %

2.The psychological problems of parents or caregivers were factors that had statistically significant positive correlation with the behavior of ADHD children. (p= .01).

3. The adequacy of family income, family relationship, family health routines and family function were factors that had statistically significant negative correlation with the behavior of ADHD children. (p= .01).

Field of Study :..Mental Health and Psychiatric Nursing... Student's Signature.....

Academic Year :.....2011..... Advisor's Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันทรงคุณค่าและชี้แนะแนวทาง พร้อมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ และยังเป็นแรงบันดาลใจ ให้ผู้วิจัยตั้งใจที่จะสร้างสรรค์งาน เพื่อพัฒนาวิชาชีพและพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยมีความประทับใจในความเมตตา ความมุ่งมั่นและความเสียสละของอาจารย์ จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขและปรับปรุงวิทยานิพนธ์ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 7 ท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลืออย่างดีตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพุทธโสธร และนายแพทย์เวทิส ประทุมศรี หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช ที่ให้ความสำคัญในการศึกษาและให้โอกาสได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมและช่วยเหลือสนับสนุนข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณผู้ร่วมงานที่เข้าใจและให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่าน และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

และที่สำคัญขอขอบคุณครอบครัว-สามีที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่ง ลูกๆ ที่เข้าใจ และสุดท้ายที่สำคัญคือบิดามารดา ซึ่งรักและดูแลตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เกิดขึ้นในช่วงวิกฤติ ครั้งแรกวิกฤติทางการเมือง ครั้งต่อมาวิกฤติจากภาวะอุทกภัย แต่จากคำกล่าวที่ว่า ในวิกฤติย่อมมีโอกาส คำพูดดังกล่าวยังเป็นจริงเสมอ และวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ก็สำเร็จได้ด้วยความสำเร็จ ครั้น ผู้วิจัยจึงหวังว่าคุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้ปฏิบัติการพยาบาลและผู้ป่วยต่อไป ผู้วิจัยขออุทิศความดีแต่ผู้มีอุปการคุณทุกท่านให้มีความสมบูรณ์ทั้งสุขภาพกายและใจตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. เด็กสมาธิสั้น.....	15
1.1 ความหมายและสาเหตุของเด็กสมาธิสั้น.....	15
1.2 อาการ อาการแสดงและปัญหาที่พบร่วม.....	17
1.3 การรักษาโรคสมาธิสั้น.....	21
1.4 การช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพ.....	25
2. การพยาบาลและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กสมาธิสั้น.....	29
2.1 ครอบครัวเด็กสมาธิสั้น.....	29
2.2 การพยาบาลและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กสมาธิสั้น.....	30
3. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น.....	34
3.1 ความหมายและความสำคัญ.....	34
3.2 สาเหตุของปัญหาพฤติกรรม.....	35
3.3 การจำแนกลักษณะของปัญหา.....	36
3.4 การวัดและเครื่องมือ.....	39



บทที่	หน้า
4. ปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น.....	40
4.1 ความเพียงพอของรายได้.....	40
4.2 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว.....	41
4.3 ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล.....	42
4.4 กิจวัตรสุขภาพครอบครัว.....	42
4.5 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว.....	44
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	81
อภิปรายผลการวิจัย.....	84
ข้อเสนอแนะ.....	89
รายการอ้างอิง.....	90
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	98
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในงานวิจัย.....	101
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	105
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	122
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	127
ภาคผนวก ฉ ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	130
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	141

## สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวจำนวนสมาชิกในครอบครัว ลำดับการเกิดของเด็ก รายได้รวมของครอบครัว .....	68
2	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรม ของเด็กสมาธิสั้น จำแนกตาม ระดับของปัญหา.....	71
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัญหาพฤติกรรม ของเด็กสมาธิสั้น จำแนกรายชื่อและรายด้าน.....	72
4	จำนวน ร้อยละและระดับความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวเด็กสมาธิสั้น.....	73
5	จำนวน ร้อยละและระดับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น.....	74
6	จำนวน ร้อยละ ของการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น.....	74
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกิจกรรมสุขภาพครอบครัวจำแนก รายด้าน.....	75
8	จำนวน ร้อยละ และระดับกิจกรรมสุขภาพครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น.....	75
9	จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น.....	76
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจกรรมสุขภาพครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น.....	76
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ของเด็กสมาธิสั้น จำแนกรายชื่อ.....	131
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ของเด็กสมาธิสั้น จำแนกรายชื่อ.....	132
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านกิจกรรมสุขภาพครอบครัวของ เด็กสมาธิสั้น จำแนกรายด้าน และรายชื่อ.....	133
14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ของเด็กสมาธิสั้น จำแนกรายด้าน.....	137
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ของเด็กสมาธิสั้น จำแนกรายชื่อ.....	138

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) เป็นความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาท ประกอบด้วย 3 อาการหลัก คือ สมาธิสั้นกว่าปกติ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทด้านการรับรู้และพฤติกรรมทั้งในโรงเรียน สังคม และภายในครอบครัว (Deault, 2009 ; Steven W. Evans, 2008) และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนของเด็กวัยเรียนที่พบมาก จะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยของ Faraone and et al. (2002) ; Wells and et al. (2006) ที่ศึกษาในเด็กสมาธิสั้น พบเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านทำหาย ร้อยละ 35-60 พบพฤติกรรมเด็กคือ ร้อยละ 30-50 และพบปัญหาความเครียดและความผิดปกติด้านอารมณ์ ร้อยละ 20-40 (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 25-50 มีปัญหาขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าว (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550) และมีปัญหาเรื่องการปรับตัวทางด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นและบุคคลในครอบครัว รวมทั้งอัตราการเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน โรคกลุ่มวิตกกังวล หรือความผิดปกติด้านการเรียนรู้ การสื่อความหมาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) และมีหลายรายงานที่สนับสนุนว่า มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเด็กยังคงแสดงอาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น จากข้อมูลสถิติ ที่กล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียน

โรคสมาธิสั้นมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของสมองจนเบี่ยงเบนไปจากเด็กปกติในวัยเดียวกัน ซึ่งมีทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550; สุวรรณิ พุทธิศรี, 2548) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (ทัศนวัต สมบุญธรรม, 2551) และปัจจัยทางจิตสังคม (นิชรา เรืองดารกานนท์ และ คณะ, 2551) ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม (Fedem, 2004) เมื่อเข้าวัยเรียนจะสังเกตได้ว่าเด็กสมาธิสั้น วอกแวกง่าย ไม่สามารถนั่งทำงานหรือทำการบ้านได้จนสำเร็จ ทำให้มีปัญหาการเรียนตามมา เด็กจะควบคุมตนเองไม่ค่อยดี มีพฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์หงุดหงิดง่าย ทนความคับข้องใจไม่ค่อยได้ ทั้งหมดนี้ทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนๆไม่ดี ทั้งความรู้สึกที่เด็กมีต่อตนเองก็แย่ลง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) และจากอาการที่ปรากฏในระยะเวลายาวนานในชีวิตรเด็ก จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ มีปัญหาการเรียน การปรับตัว และการเข้าสังคมตามมา (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2551)

ในการรักษา หากเด็กได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม พบว่า ร้อยละ 30 เป็นผู้ใหญ่วัยที่ประกอบอาชีพและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมปกติ อีกร้อยละ 50 -60 ยังคงมีอาการบางอย่างของโรค

เหลืออยู่ เช่น สมาธิสั้น หุนหันพลันแล่นและอาจส่งผลกระทบต่อทำให้เด็กขาดความมั่นใจ กังวล หงุดหงิดง่าย มีปัญหาในการทำงานและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม อีกร้อยละ 10-15 มีปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ลักขโมย ค้ายาเสพติด (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550; สนธยา มณีรัตน์ และคณะ, 2550) แต่ถ้าเด็กไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลกระทบต่อทำให้กลายเป็นเด็กก้าวร้าว ติดยาเสพติดต่อต้านสังคม เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จากการขาดการควบคุมทางอารมณ์ (Susan, 2000) และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพทางจิตอื่นๆ ได้แก่การขาดทักษะทางสังคม ปัญหาสัมพันธภาพ โรคซึมเศร้า พฤติกรรมต่อต้านสังคม การติดสารเสพติด โรคติดยาเรื้อรัง และนำไปสู่การทำผิดกฎหมาย มีโอกาสเป็นอาชญากร (ปิยนุช ภมรกุล, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ruananukun and Louthrenoo (2008) ที่พบว่าโรคสมาธิสั้นมีผลกระทบต่อชีวิตเด็กในหลายๆด้าน มีผลกระทบทั้งในเด็ก และครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของครอบครัว

เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กสมาธิสั้นนั้น เกิดจากอาการสมาธิสั้น อาการอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และยับยั้งตนเองไม่ได้ และปัญหาส่วนใหญ่ทำให้มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมที่เป็นการพัฒนาการตามวัย (Age-related developmental tasks) เด็กกลุ่มนี้จะก่อให้เกิดความยุ่งยากในบุคคลที่เกี่ยวข้องอันเนื่องมาจากพฤติกรรมดังกล่าว เด็กจะอยู่ไม่นิ่ง เนื่องจากสมาธิสั้น และหากมีอาการหุนหันพลันแล่น และยับยั้งตนเองไม่ได้ ยังจะทำให้สถานการณ์วุ่นวายมากขึ้น เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะอยู่นิ่งไม่ได้จะมีปัญหาในการรอคอย ให้ถึงคิวของตนเองหากทำอะไรอยู่จะถูกเบียดเบนความสนใจได้ง่าย ไม่ว่าจะโดยสิ่งเร้าภายในหรือภายนอก มักจะตอบคำถามก่อนที่ถามคำถามจบ มีความลำบากที่จะต้องปฏิบัติตามคำสั่ง ไม่ว่าจะเข้าใจคำสั่งนั้นดีหรือไม่ สนใจในการเล่นหรือทำกิจกรรมใดๆ ได้เพียงในช่วงสั้นๆ มักจะเปลี่ยนไปทำกิจกรรมใหม่ ก่อนที่กิจกรรมที่กระทำอยู่จะเสร็จ ไม่สามารถเล่นแบบเงียบๆ ได้ เข้าไปขัดจังหวะผู้อื่นบ่อยๆ มักทำสิ่งของที่ใช้ทั้งในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ที่โรงเรียน หรือที่บ้านสูญหาย ไม่ค่อยสนใจฟังสิ่งที่ผู้อื่นกำลังพูด และมักจะทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตรายโดยไม่มีเจตนาแสวงหาความตื่นเต้นและไม่ได้พิจารณาถึงผลที่จะตามมา พยาบาลต้องดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมของเด็กที่เป็นปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพราะเด็กกลุ่มนี้จะมี ความยุ่งยากในการสร้างสัมพันธภาพ บ่อยครั้งเด็กจะมีพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ ระดับความรุนแรงของปัญหาและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อเด็กเข้ากลุ่มทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน หรือพี่น้องในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติตามกฎระเบียบทางสังคม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) ซึ่งการทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในพัฒนาการแต่ละขั้นตอนได้ และสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้อย่างกลมกลืน นำไปสู่การเติบโต

ของครอบครัว ดังนั้นการบำบัดรักษาจึงเน้นไปที่การช่วยเหลือครอบครัวทั้งระบบ โดยเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยและปัญหานั้นจะหมดไป

และเนื่องจากในเด็กวัยเรียน ครอบครัวถือว่ามีอิทธิพลที่สุด มีบทบาทสำคัญในการสร้างและหล่อหลอมพฤติกรรม (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2550) ครอบครัวเป็นผู้สร้างบุคลิกภาพ ส่งเสริมการพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและปัญญา (เพ็ญจรินทร์ ธนกริกเกียรติ, 2554) และจากแนวคิดสุขภาพครอบครัวของ Denham ที่อธิบายโครงสร้างของครอบครัวในลักษณะความเชื่อของครอบครัว คุณค่า ทักษะคติ ข้อมูล ความรู้ แหล่งสนับสนุนและประสบการณ์ในอดีต นำไปสู่รูปแบบของพฤติกรรม โดยศึกษาครอบครัวในลักษณะกิจวัตรของครอบครัว ที่คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของครอบครัวโดยกล่าวว่า สุขภาพครอบครัว คือ สภาวะการดำรงชีวิตของสมาชิกและครอบครัวโดยรวม ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวมีศักยภาพในการคงไว้ รักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกและครอบครัวโดยรวม ซึ่งสภาวะการดำรงชีวิตนี้มีลักษณะเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว (Denham , 2003) สุขภาพของครอบครัวเป็นภาพรวมของความเป็นอยู่ของสมาชิกในบ้าน สุขภาพและความเจ็บป่วยของสมาชิกที่อยู่อาศัยจะเกิดขึ้น มีการดำเนินต่อ มีการรักษาและแก้ไขทั้งสิ่งแวดล้อมภายในที่มาจากสมาชิกและสิ่งแวดล้อมภายนอก และนำมาใช้เป็นข้อมูลทางสุขภาพและแสดงประสบการณ์ออกมา เพื่อให้เกิดพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Denham, 2003)

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนได้แก่ รายได้ของครอบครัว ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับลักษณะของพฤติกรรมของเด็ก วัยเรียน (ศลักษณ์ กิติทัศน์เสรี, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยภายในครอบครัวไทยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว พบว่าเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสุขของครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่มีพื้นฐานมาจากความรัก ความเข้าใจ และความผูกพัน พึ่งพิงกันเป็นสายใยในการดำรงชีวิตร่วมกัน และความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของครอบครัวด้วย ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาครอบครัวในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวกึ่งชนบทกึ่งเมือง ซึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ครอบครัวยังเป็นแหล่งผลิตที่สำคัญ ยังต้องมีการพึ่งพาอาศัยกันภายในครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและกิจวัตรของครอบครัวยังมีอิทธิพลกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว

และจากการศึกษาอย่างเป็นระบบของ Jhnton and Mash (2001) พบว่าลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลต่อครอบครัวที่มีลูกสมาธิสั้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

ทำให้การแสดงออกทางพฤติกรรมและวิถีของพัฒนาการที่แตกต่างกันออกไป (Johnston and Mash, 2001 อ้างถึงใน Deault, 2009) การเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเน้นพัฒนาการทั้งภายในและภายนอกของผู้ป่วย (the development of internalizing and externalizing) และความผิดปกติของความสามารถทางการเรียนและสังคม (Deault, 2009) การแสดงอาการของเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และความผิดปกติในความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ศักยภาพของพ่อแม่ที่ลดลงจากการที่ระดับความเครียดของพ่อแม่ที่เพิ่มขึ้น การพบปัญหาทางจิตของพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วม มีปัญหาพฤติกรรมเกร (Johnston and Mash, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Pimentel et al. (2011) ในการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของพ่อแม่ที่สูงขึ้น การปฏิบัติของพ่อแม่ด้านวิธีการเลี้ยงดูแบบปฏิเสธกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยครอบครัวทั้งในส่วนของโครงสร้างและการปฏิบัติในครอบครัวมีความสำคัญต่อการเกิดและการคงอยู่ของปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยพบว่ามีปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ และกิจวัตรสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยเรียน ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่ และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเทศไทยถึงตัวแปรของปัจจัยครอบครัวที่สามารถอธิบายปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีหน้าที่ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และให้การดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลรวมทั้งมีการสร้างเสริมสัมพันธภาพและความเข้าใจอันดีภายในครอบครัว ให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาโดยมีบทบาทของผู้ให้การบำบัดครอบครัว ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและจิตใจ ทำให้ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาปัจจัยดังกล่าวข้างต้น เพื่อใช้ประกอบในการประเมินปัญหาพฤติกรรมในเด็ก และครอบครัว เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่พบได้ในเด็กสมาธิสั้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยความเพียงพอของ รายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจกรรมสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

### แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของการแลกเปลี่ยน สิ่งสำคัญในการแลกเปลี่ยนกัน คือความรัก โดยเริ่มต้นจากพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้ให้และลูกซึ่งเป็นผู้รับ ถ้าการแลกเปลี่ยนความรักเป็นไป ในบรรยากาศที่พึงพอใจ มีทั้งการให้และการรับในสัดส่วนที่เหมาะสม พัฒนาการของบุคคลก็จะ เป็นไปอย่างราบรื่น เกิดเป็นความรู้สึกไว้วางใจบุคคลในครอบครัว เอื้ออาทรต่อกันและพร้อมจะ เสียสละให้กัน แต่ถ้าสิ่งเหล่านี้ดำเนินไปอย่างไม่เหมาะสมก็จะก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ คับข้อง ใจ ความขมขื่นและความเกลียดชัง ความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นในครอบครัวจะมีความรุนแรงยิ่งกว่าที่ เกิดขึ้นในสังคมหน่วยอื่น ประสบการณ์แต่ละวันที่ได้รับภายในครอบครัวนั้น มีผลต่อสุขภาพจิต ของบุคคลเป็นอย่างมาก ประสบการณ์ดังกล่าวอาจทำให้เกิดความสุขความมั่นคง หรืออาจทำให้เกิด ความทุกข์และความเปราะบางในบุคคลก็ได้ (อุมภาพร ตรงคสมบัติ, 2544) และในเด็กวัยเรียน ครอบครัวถือว่ามีอิทธิพลในการสร้างและหล่อหลอมพฤติกรรมซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ปัจจัยทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางจิตสังคม แต่ปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ส่วนปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายส่วนไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน หรือชุมชน รวมทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ปัจจัยครอบครัวเช่นความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหา ทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจกรรมสุขภาพครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่ สามารถช่วยเหลือส่งเสริมและจัดกระทำได้ด้วยบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และเป็น ปัจจัยที่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก สมาธิสั้น โดยใช้แนวคิดสุขภาพครอบครัวของ Denham (2003) ที่ให้มุมมองในการศึกษาสุขภาพ ครอบครัวผ่านกิจกรรมสุขภาพครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวในบริบทหรือสิ่งแวดล้อม ภายในและภายนอกครอบครัวซึ่งประกอบด้วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการทำหน้าที่ และด้านกิจ กรรมสุขภาพของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และจากการศึกษา อย่างเป็นระบบของ Jonhston and Mash (2001) ที่ศึกษาปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับอาการ สมาธิสั้น จึงสรุปได้ว่าปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่ผู้วิจัย สนใจศึกษาประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ครอบครัว พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนได้แก่ รายได้ของครอบครัว ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับลักษณะของ พฤติกรรมของเด็กวัยเรียน (ศลักษณา กิติทัศน์เสริม, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยภายในครอบครัวไทยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตสมาชิกใน ครอบครัว พบว่า เศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสุขของครอบครัวและมีผลต่อสุขภาพจิตของ ครอบครัวด้วย เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวจึงต้องรับภาระ การดูแลเพิ่มขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่ารักษาอื่นๆหากครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจจะส่งผลต่อ การเลี้ยงดูและการส่งเสริมในด้านต่างๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดในครอบครัว จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยครอบครัวด้านความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของ เด็กสมาธิสั้น

2. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่าลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่มี พื้นฐานมาจากความรัก ความเข้าใจ และความผูกพัน การพึ่งพิงกันเป็นสายใยในการดำรงชีวิต ร่วมกัน และความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับ สุขภาพจิตของครอบครัว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นด้วย ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาทางจิตมากเท่ากับ หรือมากกว่าความขัดแย้ง ภายในใจของบุคคล (Lidz, 1992 อ้างถึงในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความขัดแย้งกันในครอบครัว (conflicted parent-child relationships) เป็นตัวกระตุ้นทำให้ เด็กสมาธิสั้นเกิดปัญหาพฤติกรรมและมีโรคร่วม (Deault, 2009) และจากงานวิจัยของ Edwards and et al. (2001) ที่ศึกษาวัยรุ่นที่มีอาการสมาธิสั้น พบว่าอาการต่อต้านทำทนาย มีความสัมพันธ์กับความ ขัดแย้งในครอบครัว

3. ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล จากแนวคิดของ Denham ที่อธิบายว่าอารมณ์และ พฤติกรรมของพ่อแม่ ทำให้เกิดความต่อเนื่อง และการเปลี่ยนแปลงของปัญหาการแสดงออกของ เด็กก่อนวัยเรียน (Denham, 2000) และจากการศึกษาวิจัยของ Deault (2009) พบว่าปัญหา ความเครียดที่เพิ่มขึ้นในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่ (parental psychopathology) มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (Deault, 2009) จากการที่ความเครียดมีผลต่อการ ปฏิบัติของครอบครัว และความอบอุ่นของครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Edwards and et al. (2001) ที่ศึกษาวัยรุ่นที่มีอาการสมาธิสั้น พบอาการต่อต้านทำทนาย ที่สัมพันธ์กับระดับ ความเครียดในครอบครัว และจากการศึกษาวิจัยของ Harris and et al. (2006) ที่ศึกษาปัจจัยของพ่อ แม่ พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและการปฏิบัติตัวของพ่อแม่ กับความผิดปกติด้าน อารมณ์ของแม่และอาการซึมเศร้าในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น และจากการศึกษาวิจัยของ Johnston (1996)



ที่พบความผิดปกติทางจิตของพ่อแม่ในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น เช่นกัน จึงสรุปได้ว่าปัจจัยครอบครัวด้านปัญหาทางจิตของพ่อแม่ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

4. ปัจจัยด้านกวีจรสุขภาพครอบครัว จากการที่ครอบครัวเป็นจุดกำเนิดสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม และเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่ทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพและขัดเกลาบุคลิกภาพของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนทำหน้าที่ดูแลสมาชิกทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันอันตราย การป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Friedman, 1986) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาพัฒนาการ และระดับสติปัญญาที่ลดลง ปัญหาสุขภาพในเด็กและเยาวชนไทย เกิดจากการขาดการปฏิบัติในการเลี้ยงดูที่เหมาะสม และความรับผิดชอบในครอบครัว ( Ministry of Public Health et al. 2005 อ้างถึงใน Kanjanawetang, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Johnston (1996) ที่เป็นการศึกษาปฏิสัมพันธ์ของเด็กและลักษณะพ่อแม่ในครอบครัวของเด็กที่ไม่มีปัญหาและเด็กสมาธิสั้นที่ดื้อน้อยและดื้อมาก พบปัญหาพฤติกรรมสูงสุดในเด็กที่ดื้อมาก และพบความแตกต่างในการเลี้ยงดูในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นซึ่งมีการตอบสนองในด้านลบ และมีการให้แรงเสริมทางบวกน้อยกว่าเด็กปกติ จึงสรุปได้ว่าปัจจัยครอบครัวด้านกวีจรสุขภาพครอบครัว เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

5. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในเด็กวัยก่อนเรียน ที่มีพื้นอารมณ์แบบยาก (difficult temperament) พบว่าถ้าครอบครัวมีความขัดแย้งสูงและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไป เด็กจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวมากขึ้น (Tschann and et al., 1996 อ้างถึงใน อุมพร ตรีงคสมบัติ, 2544) และจากการศึกษาวิจัยในวัยรุ่นที่เป็น โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง พบว่าการปฏิบัติหน้าที่อย่างไม่เหมาะสมของครอบครัว เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของอาการซึมเศร้า เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 36 สัปดาห์ (Goodyer and et al., 1997 อ้างถึงใน อุมพร ตรีงคสมบัติ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ McMaster เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Model of Family Functioning ) กล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open systemic) ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยอันได้แก่ สมาชิกแต่ละคน (individual subsystem) คู่สมรส (spousal subsystem) และพี่น้อง (sibling subsystem) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆด้วย ในระบบแห่งครอบครัวนี้ ถ้ามีกระบวนการ (process) ที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพจิต (อุมพร ตรีงคสมบัติ, 2544) โดยพบความผิดปกติของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษารายชื่อของ Shin and Kim (2010) พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและ

ความผิดปกติด้านอารมณ์ของแม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น (Shin and Kim, 2010) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าปัจจัยครอบครัวด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐาน ที่บุคคลจะเรียนรู้เกี่ยวกับความรัก คุณค่าของตนเอง ความนับถือและเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งความหวังในชีวิต และพลังที่จะก้าวไปข้างหน้าโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ซึ่งปัญหาในการทำหน้าที่ของครอบครัวเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายมิติ มีลักษณะเป็นกลไกที่ไม่มีความคงที่และลักษณะของครอบครัวก็มีความแตกต่างกันตามสภาพของสังคมและเศรษฐกิจ โดยผู้วิจัย สนใจศึกษาครอบครัวที่อยู่ในเขตกิ่งชนบทกิ่งเมืองที่ครอบครัวยังทำหน้าที่เป็นหน่วยผลิต ครอบครัวขยายจึงยังมีความจำเป็น และลักษณะของครอบครัวยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยสาเหตุ หรือปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมที่พบในเด็กสมาธิสั้นนั้นคงอยู่หรือรุนแรงมากขึ้น และเป็นปัจจัยสาเหตุที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นได้

**จากแนวคิดและผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้**

1. ปัจจัยครอบครัวด้านความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น
2. กิจวัตรสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น
3. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

#### **ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive correlation research)

ประชากรที่ศึกษา คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (อายุ 6-12 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามแนวทางของ International Classification of Disease/ICD 10 ที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง

ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วยความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและตัวแปรตาม คือ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **เด็กสมาธิสั้น** หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามแนวทางของ International Classification of Disease/ICD 10 มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. **พ่อแม่ผู้ดูแล** หมายถึง พ่อแม่หรือญาติ ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก มีหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อเด็กโดยตรง และมุ่งเน้นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือเด็กในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้เด็กรับประทานยา ซึ่งเป็นการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

3. **ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น** หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของเด็กสมาธิสั้นที่ก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมา ตามแนวคิดของ Robert Goodman สามารถแบ่งปัญหาพฤติกรรมออกออกเป็น 5 หมวด ได้แก่

3.1 **พฤติกรรมเกร (Conduct problems)** หมายถึง การที่เด็กมีพฤติกรรมในลักษณะละเมิดสิทธิของผู้อื่นและฝ่าฝืนกฎระเบียบของสังคม เช่น ขโมยของ ก่อเรื่องทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ฯลฯ และมีพฤติกรรมดังกล่าวในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

3.2 **พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity)** หมายถึง พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิที่พบร่วมกับลักษณะอื่นของโรคสมาธิสั้น เด็กจะมีลักษณะ สนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งสั้นในหลากหลายสถานการณ์ ทำงานหรือเล่นไม่ได้นาน ไม่ตั้งใจฟังเวลาพูด ทำงานไม่เสร็จหรือเสร็จช้า ผลการเรียนตกต่ำ วอกแวกง่าย ควบคุมตนเองได้ไม่ดี พลุ่พล่าม พุดมาก พุดโพล่ง ขยับยั้งตัวเองไม่อยู่ ทำอะไรรวดเร็ว รอคอยไม่เป็น ชุ่มซำม ชุกชนไม่เรียบร้อย การวางแผนการทำงานไม่ดี ขี้ลืม ในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น จะมีอาการสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่งอย่างมาก ร่วมกับลักษณะขยับตัวเองไม่อยู่ เล่นรุนแรง อาการดังกล่าวเป็นทั้งที่บ้าน โรงเรียน อาจพบร่วมกับความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้

3.3 **พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Emotional problems)** หมายถึง กลุ่มปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ซึ่งมีความผิดปกติด้านวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งภาวะวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่มีความสุข ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งเกิดจากความไม่สบายใจ หรือกังวล กลัวไปล่วงหน้าว่าจะต้องเจอกับสิ่งที่ทำให้เครียดหรืออันตราย ความกังวลนั้นมีมากจนทำให้เกิดความทุกข์ใจ กระทบต่อความสามารถด้านต่าง เช่น ไม่มีสมาธิในการเรียน ไม่ยอมไปโรงเรียน มีปัญหาการนอน เข้ากับเพื่อนไม่ได้ การเรียนตกต่ำลง มีอาการแสดงทางกาย เช่น ใจเต้นแรง ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม เหงื่อออกมาก เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ ปวดท้อง ปวดศีรษะ ตกใจง่าย ฝันร้าย นอนไม่หลับ เป็นลม กระวนกระวาย หงุดหงิด ตื่นตระหนก ดิิดและคลอเคลียผู้ใหญ่มากขึ้น เรียกร้อง ต้องการพึ่งพิง อาศัย

แยกตัว ลังเล ส่วนภาวะซึมเศร้า คือภาวะที่มีอารมณ์เศร้าไม่สนุกสนาน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ลบ ไม่มีสมาธิ ผลการเรียนตกต่ำ มีความคิดอยากตาย คิดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย ทำให้มีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ ไม่มีสมาธิ การเรียนตกต่ำ มีผลต่อสัมพันธภาพการเข้าสังคมกับเพื่อน ครูและสมาชิกในครอบครัว เด็กจะเป็นคนเจ้าอารมณ์ มีพฤติกรรมมากเกินไป พฤติกรรมไม่ร่วมมือ บ่นเกี่ยวกับอาการทางกาย

3.4 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer problems) หมายถึงสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนหรือผู้อื่น ซึ่งมีประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน จึงต้องอาศัยปัจจัยที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพอันดี และนำไปสู่การเรียนรู้ มีการยอมรับและเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างที่เป็นจริง

3.5 พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Prosocial behavior) เป็นพัฒนาการทางสังคมและความคิดความเข้าใจของบุคคล ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พัฒนาเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะของการมีความคิดสร้างสรรค์ สามารถใช้เหตุผล แยกแยะ ได้ถูกต้องและรู้จักการปรับตัวได้เหมาะสม แต่เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีความพร่องในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ หรือขาดการยับยั้งชั่งใจตนเอง อดทนรอคอยไม่ได้ ไม่เชื่อฟังผู้อื่น พูดหรือกระทำต่างๆ ในเวลาที่ไม่เหมาะสม โดยไม่มีระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ จึงนำไปสู่ปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคมได้

ซึ่งปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นสามารถวัดได้ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

4. ปัจจัยครอบครัว หมายถึง องค์ประกอบที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น และส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งปัจจัยครอบครัว ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาประกอบไปด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจกรรมสุขภาพของครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

4.1 ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินของตนเองและครอบครัว สำหรับการซื้อของที่จำเป็น การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยาและการมีเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัว ซึ่งวัดโดยแบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ของ กุณัฑ์ชลิ เพียรทอง (2547) การแปลผล คือ คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ว่าตนเองและครอบครัวมีความเพียงพอของรายได้ในระดับต่ำ ส่วนคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่าตนเองและครอบครัวมีความเพียงพอของรายได้ในระดับสูง

**4.2 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว** หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงต่อกันในลักษณะความใกล้ชิด การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวระหว่างบิดา-มารดา บิดา มารดาหรือผู้ดูแลหลัก-เด็กสมาชิก บิดา-มารดา-เด็กสมาชิก ประกอบด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลหรือลักษณะการอบรมเลี้ยงดู การพึ่งพาอาศัย การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว โดยนับตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นจนกระทั่งถึงปัจจุบัน วัดโดยแบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่สร้างขึ้น โดย จริญญา แก้วสกุลทอง (2552)

**4.3 ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล** หมายถึง ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความเครียดของพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ รวมถึงการมีอาการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลและโรคเครียด ที่ต้องพบแพทย์และรับประทานยา ซึ่งวัดโดยแบบสัมภาษณ์การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**4.4 กิจวัตรสุขภาพของครอบครัว (Family Health Routines)** หมายถึง พฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่กระทำเป็นประจำหรือกระทำจนเป็นนิสัย โดยมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ เสริมสร้างและส่งเสริมภาวะสุขภาพของสมาชิกและครอบครัวโดยรวม ซึ่งใช้แนวคิดด้านโครงสร้างของรูปแบบสุขภาพครอบครัวซึ่งพัฒนาโดย Denham (2002;2003) มาเป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วยกิจวัตร 6 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care routines) หมายถึงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ กิจกรรมและการออกกำลังกาย รวมถึงเพศและการมีเพศสัมพันธ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อการคงไว้และส่งเสริมภาวะสุขภาพของสมาชิกและครอบครัว

2) ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย (Safety and prevention routines) หมายถึงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การป้องกันโรค และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มเหล้าหรือการสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรงในครอบครัว และการป้องกันอุบัติเหตุ

3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต (Mental health behavior routines) หมายถึงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความมีคุณค่าตนเอง ความมีคุณธรรมความสำเร็จในหน้าที่การงาน และการจัดการความเครียด

4) กิจวัตรด้านการดูแลความเป็นครอบครัว (Family care routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้เวลาว่างร่วมกัน การร่วมแสดงความคิดเห็นต่อกัน การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อ การสืบทอดประเพณีและวัฒนธรรม

5) กิจวัตรด้านการดูแลครอบครัว (Family caregiving routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับงานบ้าน การอบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัว และการจัดการทรัพยากรในครอบครัว

6) กิจวัตรด้านการดูแลความเจ็บป่วย (Illness care routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจไปพบแพทย์ การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย

ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว ที่สร้างขึ้นโดย Kanjanawetang (2006)

**4.5 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning)** หมายถึง ภารกิจที่ครอบครัวปฏิบัติ เพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในยามปกติและยามที่เจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัว มีการพัฒนาและสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว (กุ่มมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) ซึ่งเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามการศึกษาของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ที่ศึกษาตามกรอบแนวคิด ของ McMaster Model ของ Epstein และคณะ (1982) ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้ (อูมาพร ตรังคสมบัติ, 2540)

1) การแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ด้วยดีและปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การสื่อสาร หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจแบ่งเป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูดและการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด

3) บทบาทของครอบครัว หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและกันซ้ำๆ เป็นประจำ

4) การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ

5) ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน

6) การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้ เพื่อให้สมาชิกประพฤติปฏิบัติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวประเมินจากแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory , CFI) ที่สร้างขึ้น โดย อูมาพร ตรังคสมบัติ

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยเพื่อพัฒนาศาสตร์การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในเด็กสมาธิสั้นและเด็กกลุ่มอื่นๆต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว ด้านความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ปัจจัยด้านกิจกรรมสุขภาพครอบครัว และปัจจัยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา บทความวิชาการและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยได้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรมตามลำดับดังนี้

#### 1. เด็กสมาธิสั้น

1.1 ความหมายและสาเหตุของเด็กสมาธิสั้น

1.2 อาการ อาการแสดงและปัญหาที่พบร่วม

1.3 การรักษาโรคสมาธิสั้น

1.4 การช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพ

#### 2. การพยาบาลและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กสมาธิสั้น

2.1 ครอบครัวเด็กสมาธิสั้น

2.2 การพยาบาลและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กสมาธิสั้น

#### 3. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

3.1 ความหมายและความสำคัญ

3.2 สาเหตุของปัญหา

3.3 การจำแนกลักษณะของปัญหา

3.4 การวัดและเครื่องมือ

#### 4. ปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

4.1 ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว

4.2 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

4.3 ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล

4.4 กิจกรรมสุขภาพครอบครัว

4.5 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 6. กรอบแนวคิดการวิจัย



## 1. เด็กสมาธิสั้น

### 1.1 ความหมายและสาเหตุของเด็กสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มเด็กวัยเรียน และมักพบว่าเป็นสาเหตุของปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กวัยเรียน เด็กสมาธิสั้นหมายถึงแบบแผนพฤติกรรมที่เด็กแสดงควมใส่ใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในเวลาสั้น หรือไม่สนใจเลย อาการเช่นนี้เรียกกันโดยทั่วไปว่า สมาธิสั้น หรือเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่มีการแสดงออกซ้ำๆ แตกต่างจากพัฒนาการในเด็กปกติ จนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของเด็กประกอบด้วยพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2544) และมีอาการที่สำคัญ 3 อย่าง คือ สมาธิสั้น (Inattention) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และยับยั้งตัวเองได้ลำบาก (Impulsivity) (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550) ซึ่งมักพบในเด็กที่มีอายุ 7 ปีขึ้นไป และจากอาการที่ปรากฏในระยะเวลายาวนานในชีวิตของเด็ก จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ มีปัญหาการเรียน การปรับตัวและการเข้าโรงเรียนตามมา (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550)

ในปัจจุบันแม้จะยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนแน่นอนว่าโรคสมาธิสั้นมีสาเหตุจากปัจจัยใดบ้าง เป็นปัจจัยหลักแต่ผลการศึกษาวิจัยในช่วงเวลาที่ผ่านมามีสมมติฐานที่พอจะสรุปได้ดังนี้

1. พันธุกรรม จากข้อมูลพบว่า concordance rate ของโรคสมาธิสั้นในแฝดไข่ใบเดียวกันสูงถึง 0.6-0.8 นอกจากนี้ยังพบญาติใกล้ชิดในครอบครัวเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นว่าเป็นโรคนี้ด้วยสูงถึงร้อยละ 20-25 ผลการศึกษาวิจัยที่มีจนถึงปัจจุบันพบยีนหลายตัวที่อาจเป็นสาเหตุร่วมกัน แต่ยีนที่ได้รับความสนใจและมีความพยายามที่จะศึกษาเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ gene dopamine receptor (DRD4) ซึ่งได้รับการศึกษาต่อเนื่องมาหลายปี เพราะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความสนใจที่ต้องการการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ (novelty seeking behavior) และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น DAT1 เป็น gene ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นในกลุ่มประชากรทั่วไป (ทัศนวัต สมบุญธรรม, 2551; นิชรา เรื่องดารกานนท์และคณะ, 2551)

2. สารสื่อประสาท (neurotransmitter) พบความบกพร่องใน dopamine receptor gene (DRD4) ได้ 29% จาก metaanalysis พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างโรคสมาธิสั้นกับ DRD4 เกี่ยวข้องกันอย่างชัดเจนในกลุ่มที่ตอบสนองกับ methylphenidate ต่ำ ในเด็กพบที่มีความบกพร่องที่ dopamine transporter gene (DAT1) จากการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า ถ้ามี NE ต่ำจะทำให้เกิดภาวะ hyperactivity และ impulsive (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

3. ประสาทชีววิทยา (neurobiology) ในปัจจุบันพบหลักฐานที่น่าจะเป็นความบกพร่องในพัฒนาของระบบประสาท มากที่สุดซึ่งจากการศึกษาในระดับ neuropsychological measurement

พบการทำงานผิดปกติที่บริเวณ frontal cortex, cerebellum, corpus callosum และ basal ganglia (globus pallidus และ caudate nucleus) ซึ่งบริเวณ prefrontal cortex เป็นบริเวณซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับ executive function (การยับยั้ง ตั้งสติ การใช้เหตุผล การวางแผน การทำงานตามขั้นตอน ฯลฯ) ในขณะที่ basal ganglia ทำหน้าที่สำคัญในการควบคุม impulsive (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550) ทำให้เด็กมีระดับของความอดทนหรือแรงต้าน (Threshold) ต่อการเฝ้าของสิ่งแวดล้อมลดลง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) จากการศึกษาด้าน neuropsychological measurement โดยการวัดการตอบสนองการเห็นและการได้ยินข้อมูล พบว่ากลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะรับรู้ข้อมูลได้ช้ากว่าพี่น้องและกลุ่มควบคุมชัดเจน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

4. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม มลพิษที่เกิดจากสารตะกั่ว มีการศึกษาว่าอาจมีความเชื่อมโยงระหว่างการสูบบุหรี่รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ของหญิงตั้งครรภ์กับโรคสมาธิสั้นในบุตร หญิงตั้งครรภ์จึงควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเสพสารดังกล่าว (นิชรา เรืองคารกานนท์ และ คณะ, 2551) และมีการศึกษาพบว่าระดับสารตะกั่วที่มีอยู่ในอากาศที่มาจากการเผาผลาญน้ำมันที่ไม่สมบูรณ์ในรถยนต์ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กด้านสติปัญญาและพฤติกรรม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) ซึ่งพิษจากสารตะกั่ว เคยเป็นปัญหามากในช่วงหนึ่งแต่หลังจากการลดสารตะกั่วในสีทาบ้านและน้ำมันเชื้อเพลิง ลงแล้ว ปัญหานี้ก็บรรเทาลง (นิชรา เรืองคารกานนท์ และ คณะ, 2551)

5. ปัจจัยทางจิตสังคม มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การเลี้ยงดู ความเครียด การสูญเสียบิดา มารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพครอบครัวที่แตกแยก และปัญหาทางจิตของพ่อแม่หรือผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมาธิสั้น (ชาญวิทย์ พรนภดล อ่างถึงใน วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2545) การขาดทักษะ ไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดู พบว่าสามารถทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้นหรือเป็นเด็กก้าวร้าวได้ (เบญจพร ปัญญาขง, 2543) ความวุ่นวายหรือสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ และความไม่ราบรื่นของความผูกพันกับมารดาที่เกิดขึ้นกับเด็กในวัย 3 ปีแรกของชีวิตจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดอาการสมาธิสั้น อาการอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และยับยั้งตนเองไม่ได้ในเด็ก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) นอกจากนี้ท่าทีของพ่อแม่ที่ตอบสนองด้วยคำวิจารณ์ (criticism) เย็นชา (coldness) ไม่สนใจเกี่ยวข้องด้วย (lack of involvement) ทำให้เด็กเกิดอาการทำท่ายก้าวร้าวและต่อต้านสังคมมากขึ้น (อริสา วัชรสินธุ, 2546)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าโรคสมาธิสั้นเกิดจากปัจจัยด้านกายภาพที่มีความผิดปกติของยีนในสมองส่วนหน้าที่ผลิตสาร Dopamine และระบบของ dopamine partway ซึ่งมีผลต่อสมาธิและอารมณ์ ร่วมกับปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และประกอบกับปัจจัยทางจิตสังคม ในเรื่องการเลี้ยงดู สัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจของผู้เลี้ยงดู ที่เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้น

## 1.2 อาการ อาการแสดง การวินิจฉัยและปัญหาที่พบร่วม

เด็กสมาธิสั้นมักเกิดปัญหาด้านการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้พบความบกพร่องหลายๆด้าน ซึ่งลักษณะของอาการที่สำคัญในโรคสมาธิสั้นมีด้วยกัน 3 ด้านใหญ่ๆ คือ

1.2.1 ความบกพร่องของสมาธิ เป็นอาการสำคัญที่สุดของโรคนี้ เด็กจะมีสมาธิไม่ดี (inattention) ไม่สามารถควบคุมและรักษาสมาธิไว้ได้นานพอ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) แต่จะไปสนใจสิ่งกระตุ้นที่ไม่สำคัญแทน (เด็กมักก่อกวนแวกง่าย ไม่สามารถนั่งทำงานหรือการบ้านได้จนสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องใช้ความคิด เด็กมัก แสดงอาการเหม่อลอยบ่อยๆ ฝืนกลางวัน ลืมง่าย มักทำของใช้ส่วนตัวหายเป็นประจำ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550) อาการที่แสดงว่าเด็กพร่องสมาธิ คือ

- 1) ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงาน งานมีลักษณะยุ่งเหยิงและขาดการไตร่ตรอง
- 2) ไม่สามารถมีสมาธิจดจ่ออยู่กับงานหรือการเล่น
- 3) เปลี่ยนงานไปเรื่อยๆ โดยที่งานเดิมยังไม่เสร็จและไม่ปฏิบัติตามคำขอร้องหรือคำสั่ง งานจึงไม่เสร็จตามเวลา
- 4) ไม่สามารถรวบรวมงานที่ทำให้เป็นระบบ ทั้งสิ่งของไว้ทั่ว และวิธีทำงานขาดระเบียบ
- 5) รู้สึกไม่สบายใจและจะหลีกเลี่ยงการทำงานที่ใช้สมาธิ
- 6) เสียสมาธิง่ายแม้มีเสียงรบกวนเพียงเล็กน้อย
- 7) ลืมกิจวัตรประจำวัน เช่น ลืมนัด ขณะพูดคุยกับผู้อื่น เปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว ไม่จดจ่ออยู่กับคู่สนทนา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

1.2.2 ความบกพร่องของพฤติกรรม คือมีอาการซนมาก อยู่ไม่นิ่งและกระสับกระส่าย ที่เรียกว่า hyperactive อาจสังเกตอาการได้ตั้งแต่วัยเด็ก เด็กจะเป็นคนมีพลังมาก เดินแก่งว้างแก่ง ปีนป่ายไม่หยุดถ้าสั่งให้เด็กนั่งจะพบว่าเด็กทำไม่ได้หรือนั่งนิ่งได้ประมาณ 5 นาที เด็กจะเริ่มขยับตัวขยุกขยิก อาการนี้ทำให้เด็กมีปัญหาเมื่อเข้าโรงเรียน อาจลุกขึ้นขณะที่ครูสอนหรือสะกิดเพื่อน ชวนเพื่อนคุย ทำให้ครูมีทัศนคติเชิงลบต่อเด็กและทำโทษเด็ก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) การแสดงออกของเด็กมีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) ไม่สามารถอยู่นิ่งๆ ได้ มือเท้าขยับไปมา
- 2) เมื่อถูกบังคับให้นั่งเฉยๆ เช่นในห้องเรียนมักจะลุกจากที่นั่ง
- 3) มักวิ่งไปมา หรือปีนป่ายในสถานที่ที่ไม่ควรทำ

- 4) ไม่สามารถเล่นหรือมีกิจกรรมที่ให้ความเพลิดเพลินใดๆ ได้
- 5) มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา หรือเหมือนติดเครื่องยนต์
- 6) พุดมาก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

อาการอยู่ไม่นิ่งหรือซนผิดปกติ จะเห็นได้ชัดในเด็กเล็ก แต่เมื่อเด็กโตขึ้น อาการซนอยู่ไม่นิ่ง จะลดลงตามวัยเหลือแต่อาการกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจเวลาที่ต้องอยู่นิ่งๆ ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550)

1.2.3 ความบกพร่องในการคิดและวางแผน เด็กมักมีความบกพร่องในการควบคุมตนเอง มักจะทำก่อนคิด หุนหัน ขาดความยับยั้งชั่งใจ (impulsivity) (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) เด็กจะมีอาการวู่วาม ใจร้อน ควบคุมตนเองไม่ได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจทำอะไรโดยไม่คิดล่วงหน้า ขาดความระมัดระวัง (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550) แสดงออกโดยขาดความอดทน ไม่สามารถรอได้ พุดสวนทันทีก่อนที่ผู้ถามจะพูดจบ รอคอยตามระเบียบไม่เป็น และขัดจังหวะหรือก้าวร้าวผู้อื่น จนทำให้มีปัญหาทางกิจกรรมเกี่ยวกับสังคม การเรียน อาชีพการงาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

ซึ่งอาการแสดงจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุ มักถูกผู้ใหญ่ต่อว่าในเรื่องการควบคุมตัวเองได้ต่ำกว่าอายุ ไม่รับผิดชอบ ไม่มีมารยาท และ immature แต่เมื่อเติบโตเข้าสู่วัยรุ่น อาการแสดงจะแตกต่างไปจากวัยเด็กชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการเรียน จะพบว่าคนไข้จะขาดทั้งสมาธิและทักษะการเรียน ผลการเรียนต่ำ รวมทั้งคุณภาพการสื่อสารที่ต่ำ ทำให้เห็นภาพอารมณ์ที่แปรปรวนได้ง่ายกว่า ผู้ใหญ่จะมองว่าขี้เกียจและขาดแรงจูงใจในการทำงาน ภาวะ hyperactive น้อยลง แต่จะเห็นลักษณะเบื่อง่าย ขาดความอดทน ด้อยทักษะในการทำกิจกรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเข้าสังคม ถึงแม้ว่าอาการแสดงในเด็กผู้หญิงจะมีอาการน้อยกว่าเด็กผู้ชาย ซน และมี externalize behavior น้อยกว่าแต่พบ intellectual impair มากกว่า แต่อาการหลักในการวินิจฉัยก็ไม่แตกต่างกัน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ต้องอาศัยการประเมินหลายอย่าง ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติในทุกด้าน เช่นประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว การตรวจโดยทางการแพทย์เพื่อค้นหาอาการ โรคอื่นที่อาจพบร่วม รวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครอง ญาติ และครู ทำการทดสอบทางจิตวิทยาเพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อนของความสามารถในด้านต่างๆของเด็ก (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม criteria ของ ICD 10 ซึ่งถูกจัดไว้ในกลุ่มของ Hyperkinetic disorder (HKD) ซึ่งจะต้องมี อาการ  $\geq 6$  ข้อในอาการของ inattention ดังนี้

1. ไม่สามารถจดจ่อยรายละเอียดของงานที่ทำได้ ขาดความรอบคอบ
2. ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเล่น

3. ไม่สนใจฟังคำพูดของผู้อื่นหรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย
4. ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่งทำงานไม่เสร็จ
5. ทำงานไม่เป็นระเบียบ
6. ไม่เต็มใจหรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความคิด
7. ทำของใช้ส่วนตัวหรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายบ่อยๆ

8. วอกแวกง่าย

9. ซึ่ลึ่มบ่อยๆ ในกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ

มี อาการ  $\geq 3$  ข้อในอาการของ hyperactivity ดังนี้

1. หยุกหยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา
2. ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียนหรือสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉยๆ
3. ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ
4. ไม่สามารถเล่นหรืออยู่เงียบๆ ได้
5. ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนมีเครื่องยนต์ติดตัวอยู่

6. พูดมาก พูดไม่หยุด

มีอาการ  $\geq 1$  ข้อในอาการของ impulsivity

1. ชอบพูดโพล่งคำตอบเวลาครูหรือพ่อแม่ถามโดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ
2. มีความลำบากในการเข้าคิวหรือรอคอย
3. ชอบขัดจังหวะ สอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังคุยกันหรือแข่งเพื่อนเล่น

โดยระยะเวลาของการเกิดอาการนานกว่า 6 เดือน อาการต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี อาการปรากฏในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียน (หรือที่ทำงาน) และที่บ้าน อาการต้องรบกวนการเรียน การเข้าสังคม หรืออาชีพการงานอย่างชัดเจน อาการไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ โรค Pervasive Developmental Disorder, Schizophrenia, Psychotic Disorder, Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder, หรือ Personality Disorder

จากการศึกษาพบว่า ในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีเพียงร้อยละ 31 เท่านั้นที่มีปัญหาสมาธิบกพร่องเพียงอย่างเดียว ที่เหลือจะมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย ปัญหาเหล่านี้จะทำให้โรคสมาธิสั้นมีความสลับซับซ้อนหรือรุนแรงมากขึ้น ปัญหาาร่วมที่พบบ่อยได้แก่

1. ปัญหาการเรียนมีความบกพร่องในกระบวนการเรียนรู้ (Learning Disabilities /LD) เป็นปัญหาอันเนื่องมาจากการทำงานผิดปกติของสมอง ความบกพร่องนี้อาจแสดงมาในรูปของการอ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ หรือคิดเลขไม่ได้ เด็กสมาธิสั้นมีปัญหา LD ร่วม

ด้วยถึงร้อยละ 30-40 ในเด็กที่มีสองปัญหานี้ ความล้มเหลวในการเรียนและปัญหาทางอารมณ์จะยิ่งรุนแรงมากขึ้นกว่าเด็กที่มีปัญหาเพียงอย่างเดียว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) ผลการเรียนมักตกต่ำลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) และมีปัญหาการเรียนรู้อื่นๆ (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

2. ปัญหาสติปัญญา เด็กที่เป็นสมาธิสั้น ส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญา หรือ IQ อยู่ในเกณฑ์ปกติและบางรายอาจมี IQ สูงกว่าเฉลี่ยก็ได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าเด็กจะมี IQ ดี แต่ก็ประสบความลำบากในการเรียน และต้องใช้ความพยายามมากกว่าเด็กที่มี IQ เท่ากันในการทำงานให้สำเร็จ ดังนั้น ถ้าเด็กมี IQ ต่ำ ปัญหาจะยิ่งแย่ลงไปอีกเพราะการเรียนรู้ของเด็กจะยิ่งช้าลง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) เด็กอาจจะได้รับการศึกษาน้อยกว่าเพื่อนๆ และไม่ประสบผลสำเร็จในหน้าที่การงาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

3. ปัญหาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ เด็กสมาธิสั้น กว่าร้อยละ 50 มีปัญหาการประสานงานของกล้ามเนื้อที่ไม่ดี ทั้งกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก เด็กจะเขียนหนังสือไม่สวย ทำอะไรจะไม่ค่อยคล่องแคล่ว คุณอาจจะงุ่มง่าม ซึ่งส่งผลให้เด็กถูกล้อและเกิดปัญหาทางอารมณ์มากขึ้น เด็กบางรายมีอาการกล้ามเนื้อกระตุกที่เรียกว่าโรค Tics โรคนี้พบบ่อยในเด็กผู้ชาย กล้ามเนื้อที่กระตุกมักเป็นกล้ามเนื้อที่หนังตา เกิดเป็นอาการตาขยับบ่อยๆ โรคนี้ไม่เป็นอันตราย แต่อาจจะเป็นเรื่องรัง หากเด็กเป็นโรคนี้ผู้ปกครองควรพาเด็กไปรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546)

4. ปัญหาทางอารมณ์ เด็กสมาธิสั้น จำนวนมากมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ขี้โมโห และควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ เวลาโกรธก็จะโกรธแรงและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น ชกหน้าเพื่อน ตะโกนดั่งๆ ฯลฯ อารมณ์หงุดหงิดง่ายนี้ทำให้เด็กมีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและคนในครอบครัว เด็กหลายคนมีอาการเศร้าและวิตกกังวลเนื่องจากประสบความล้มเหลวในด้านการเรียนและมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น เด็กบางคนมีอาการเศร้าแบบเรื้อรัง บางคนมีอาการหงุดหงิดแทนที่จะเป็นอารมณ์เศร้าตรงๆ บางคนมีความวิตกกังวลกลัวว่าตนจะทำได้ไม่ดีเท่ากับเพื่อนๆ อาการเศร้าและกังวลนี้จะทำให้เด็กไม่มีสมาธิและวอกแวกมากขึ้น (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กมีอัตราการเกิดโรคต่อไปนี้สูง ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน โรคในกลุ่มกังวล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ในบางรายอาจมีโรคทางจิตเวชอื่นๆร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

5. ปัญหาพฤติกรรม เด็กมักมีพฤติกรรมต่อต้าน และทำทายเป็นหรือพฤติกรรมผิดปกติ ขาดจริยธรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) เกเร คือ ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้ส่วนหนึ่งมาจากอาการของโรคเอง และอีกส่วนหนึ่งมาจากการเลี้ยงดูที่มีการอบรมระเบียบวินัย

อย่างไม่คงเส้นคงวา (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) บางครั้งพบอาการทำท่ายก้าวร้าวบ่อย จนสามารถวินิจฉัยเป็นความประพฤติผิดปกติ (conduct disorder) (อลิสา วัชรสินธุ, 2546)

6. การติดยาเสพติด การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ผู้ที่เป็นสมาธิสั้นจะมีอุบัติการณ์ของการติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นกว่าบุคคลทั่วไป คือสูงถึงร้อยละ 55 ในขณะที่คนทั่วไปมีโอกาสเพียง ร้อยละ 25 นอกจากนี้ในผู้ใหญ่ที่เป็นสมาธิสั้น จะมีระยะเวลาการติดยาเสพติดนานกว่าผู้ใหญ่ที่ไม่เป็นสมาธิสั้น การศึกษายังพบอีกว่าการบำบัดรักษาสมาธิสั้นจะช่วยป้องกันวัยรุ่นจากการใช้สารเสพติด ข้อมูลจากการศึกษาในหลายประเทศพบว่าการรักษาด้วยยาจะช่วยลดโอกาสการติดยาเสพติดลงถึงร้อยละ 50 กล่าวง่ายๆ คือโอกาสติดยาในวัยรุ่นที่เป็นสมาธิสั้น จะเท่ากับเด็กปกติ หากได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นอย่างถูกต้อง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546)

7. ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เด็กมักเข้ากับเพื่อนฝูงและคนในครอบครัวไม่ค่อยได้เพราะการควบคุมตนเองไม่ค่อยดี อดทนรอคอยไม่ได้ ทำอะไรโดยไม่มีระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ฯลฯ การวิจัยพบว่าการรักษาด้วยยาและฝึกทักษะทางสังคมจะช่วยแก้ปัญหาด้านนี้ลดลง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) ในเด็กที่มีอาการรุนแรงจะมีผลเสียอย่างมากในการปรับตัวทางด้านสัมพันธ์กับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

8. ปัญหาในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น มักมีความเครียดหลายอย่าง โดยเฉพาะจากปัญหาการเรียนและพฤติกรรมคือที่พ่อแม่จัดการไม่ได้ บางครั้งพ่อแม่โทษกันเองว่าอีกฝ่ายหนึ่งเป็นต้นเหตุหรืออบรมสั่งสอนลูกไม่ได้ไม่ดีพอ จึงทำให้ลูกขาดระเบียบวินัย ความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัว อาจมากจนเกิดการอยู่ร้างหรือการทำร้ายร่างกายเด็กได้ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) สัมพันธภาพเต็มไปด้วยความขุ่นเคืองใจและต่อต้าน โดยเฉพาะการที่เด็กมีอาการแตกต่างกันจะทำให้ บิดา มารดา คิดว่าเด็กจงใจสร้างปัญหา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมาได้

### 1.3 การรักษาโรคสมาธิสั้น

จากการศึกษาแนวทางการรักษา ณ ปัจจุบันพบว่าการรักษาแบบ multi-modelity approach หรือการผสมผสานการรักษาด้วยยา ร่วมกับ psychosocial intervention จะเป็นการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด การรักษาที่ได้ผลประกอบด้วย

1.3.1 การใช้ยา (Stimulant medication) เมื่อให้การวินิจฉัยถูกต้อง และทำความเข้าใจกับเด็กและผู้ปกครองถึงเรื่องโรคสมาธิสั้นแล้ว ครอบครัว (รวมทั้งเด็ก) และแพทย์ ควรมีการตัดสินใจร่วมกัน ในการวางแผนการรักษา รวมทั้งการใช้ยาในกรณีที่เป็น การตัดสินใจร่วมกันนี้จะนำมาซึ่งการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพ การใช้ยาจะช่วย让孩子ควบคุมสมาธิตนเองได้ดีขึ้น ตั้งใจ

เรียน ตั้งใจทำงาน ทำงานเสร็จ ควบคุมพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น เด็กจะเรียบร้อยขึ้น สงบนิ่งได้มากอย่างเห็นได้ชัดเจน แพทย์จะแนะนำเรื่องการใช้อย่างละเอียด และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ในบางคน ให้ผู้ป่วยและพ่อแม่ทราบก่อนการเริ่มใช้ยา หลังจากนั้นจะมีการติดตามประเมินผลของการใช้อย่างใกล้ชิด ที่สำคัญคือผู้ปกครองต้องตระหนักว่าการใช้ยาไม่สามารถทำให้เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นหายขาด ยาจะได้ผลในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70-80 (ชาญวิทย์ พรนภดล และ พนมเกตุมาน, 2550) บางรายแพทย์อาจให้ยาผู้ป่วยรับประทานมือกลางวัน ในเด็กเล็กที่ยังรับประทานนม การรับประทานยาเองไม่ได้ อาจขอความช่วยเหลือคุณครูช่วยจัดให้ เด็กจะมีอาการดีขึ้นหลังจากได้รับยา การตัดสินใจที่จะให้ยานี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม เช่น เมื่อเด็กมีวุฒิภาวะมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมที่โรงเรียนในทางที่ดีขึ้น เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เด็กต้องการยาในขนาดที่น้อยลงได้ ในขณะที่บางรายอาจต้องการขนาดยาที่เพิ่มขึ้น ยาจึงอาจเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด แต่ยาที่มีใช้การรักษาเพียงทางเดียวเท่านั้น เราต้องใช้การบำบัดด้านพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยเด็กด้วย แพทย์จึงควรเฝ้าติดตามทั้งอาการที่อาจเปลี่ยนแปลงไปรวมทั้งประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาด้วยอย่างสม่ำเสมอ และเพื่อป้องกันการใช้ยาเพื่อจุดมุ่งหมายที่ผิด (misuse) ด้วย (นิชรา เรื่องดารกานนท์และคณะ, 2551) โดยจำแนกเป็น

1) กลุ่ม Psychostimulation drug methylphenidate เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง มีความปลอดภัย และมีผลข้างเคียงน้อย ออกฤทธิ์เป็น sympathomimetic agent มีฤทธิ์ยับยั้ง presynaptic reuptake ไปเพิ่มการทำงานของ dopamine ที่ prefrontal cortex ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ methylphenidate/MPH) ชื่อทางการค้าคือ ritalin และ concerta

ผลข้างเคียงของ methylphenidate ที่พบบ่อยได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น นอนไม่หลับ ในกรณีที่ได้รับยาระดับสูงมากทำให้เกิดอาการชัก อาการทางจิต ซึม มองไม่ทำงานในคนไข้ที่มีอาการ Tic disorder แบบซ่อนเร้น การใช้ยา methylphenidate จะไปทำให้อาการกระตุกของโรค Tic แสดงออก หรือที่มีอาการอยู่แล้ว จะมีอาการเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม โรค Tic ที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้น มิใช่ข้อห้ามในการใช้ยาในกลุ่มนี้

2) กลุ่ม Non-psychostimulants drugs เช่น ยาโทม็อกซีทิน (Atomoxetine) มีชื่อการค้าว่า Strattera<sup>R</sup> เป็นยากกลุ่ม Norepinephine Reuptake Inhibitor ไปเพิ่มสารเคมีในสมอง ออกฤทธิ์ใช้เวลา 2-3 สัปดาห์จึงจะเห็นผล แต่ออกฤทธิ์ยาว 24 ชั่วโมง

3) Antidepressants เช่น Tricyclic Antidepressants เช่น Imipramine จัดเป็นกลุ่มยาอันดับสอง สำหรับการรักษาสมาธิสั้นได้ผล 60-70 % ขนาด 1-3 mg/Kg/d แบ่งให้เช้าและก่อนนอน ผลข้างเคียง ที่พบบ่อย คือ ง่วง ซึ่งอาจหลีกเลี่ยงได้คือการให้ยาก่อนนอน ถ้าให้ขนาดสูงเกินกว่านี้ต้องระวังเรื่อง Cardiovascular toxicity โดยควรประเมิน EKG และ ตรวจ serum TCA level หรือ



กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) เช่น Fluoxetine มีประโยชน์สำหรับ secondary mood symptoms

4) Alpha-2-agonist เช่น Clonidine (Catapress<sup>R</sup>) ช่วยลดอาการช่นและหุนหันพลันแล่น แต่ไม่ช่วยให้สมาธิดีขึ้น สามารถให้ร่วมกับ stimulants ได้อย่างปลอดภัย ใช้ในกรณีที่มีโรค Tourette's disorder ร่วมกับโรคสมาธิสั้น เริ่มจาก 0.05 mg/day โดยเพิ่มยาครั้งละ 4-5 mg/kg/day ขนาดที่ใช้โดยทั่วไป ประมาณ 0.05 mg. ไม่ควรใช้ร่วมกับยาลดความดันโลหิต เวลาหยุดยา ควรค่อยๆลดขนาดยาลง เพราะอาจเกิด rebound hypotension ได้ ผลข้างเคียงที่พบบ่อยกว่าความดันโลหิตต่ำ คือ อาการง่วงนอนจากยา แต่มักเป็นชั่วคราวเท่านั้น อาจมีอาการปากแห้งและซึมเศร้า

5) Antipsychotic drugs เช่น risperidone, haloperidol, thioridazole ใช้ในกรณีที่มีความก้าวร้าวรุนแรง หรือมี conduct disorder ร่วมกับ (วินัดดา ปิยะศิลป์และพนม เกตุมาน, 2550)

1.3.2 การใช้ psychosocial intervention เป็นการให้ counseling ซึ่งรวมถึงการให้ Psychoeducation แก่ทั้งตัวเด็ก พ่อแม่ ญาติพี่น้องที่เกี่ยวข้อง และคุณครู มีการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตและการเรียนรู้ทั้งที่บ้านที่โรงเรียนและชุมชน และมีการปรับพฤติกรรมและการฝึกฝนเพื่อพัฒนาความสามารถ ซึ่ง psychosocial intervention ประกอบด้วย

#### 1) การช่วยเหลือครอบครัว (Family intervention) ได้แก่

1.1) การให้ความรู้ (Counseling & Psycho-education) เน้นการสร้าง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับพ่อแม่ เพื่อจะได้เป็นทีมสำคัญในการรักษาระยะยาวให้บุคคลใน ครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติและการดำเนินโรค (นิชรา เรืองคารกานนท์ และคณะ, 2551) และ ปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ยอมรับข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้น เปิดโอกาสให้พ่อแม่ ระบายความรู้สึกคับข้องใจ และสอนพ่อแม่เกี่ยวกับทักษะแนวทางการดูแลเด็กโดยใช้คำพูดหรือ คำสั่งชัดเจน ให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดี มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีจัดการที่เหมาะสม เช่น timeout รวมทั้งให้ความรู้กับผู้ปกครองในการช่วยเหลือด้านการเรียนเด็กที่บ้านโดย

1.2) Parental training การจัดกลุ่มพ่อแม่ฝึกให้มีทักษะการสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูดหรือคำสั่งที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การรักษากติกา เรียนรู้ เทคนิคการให้รางวัล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของพ่อแม่ โดยให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับ พฤติกรรมที่มีปัญหาให้แรงเสริมพฤติกรรมที่ดีเพื่อเพิ่ม self esteem มองข้ามพฤติกรรมบางอย่าง และใช้วิธีลงโทษที่เหมาะสม ได้มีโอกาสฝึกซ้อมหัดทำ ให้โอกาสซักถามปัญหาที่สงสัย ทั้งหมด จะช่วยทำให้พ่อแม่มีเวลากับผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น เพื่อเพิ่มความมั่นใจที่จะใช้ในการพัฒนาเด็กต่อไป ในการทำ Parental training จะได้ผลดีในช่วงอายุต่ำกว่า 11 ปี ร้อยละ 65-75 และได้ผลในวันรุ่ง

ร้อยละ 25-30 ในครอบครัวฐานะปานกลางขึ้นไป ปัญหาพฤติกรรมของเด็กไม่รุนแรง และพ่อแม่ไม่มีปัญหาทางจิตเวช (ชาญวิทย์ พรนภดล และ พนม เกตุมาน, 2550)

1.3) Parental group support ให้โอกาสพ่อแม่และญาติที่มีเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิคในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถและความมั่นใจในตนเอง และให้มีโอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจได้รับกำลังใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มพ่อแม่มีกิจกรรมทำ และเป็นประโยชน์ต่อเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นคนอื่น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

1.4) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) มีประโยชน์ในครอบครัวที่ dysfunction อาจมีสาเหตุเริ่มแรกจากผู้ป่วยเองหรือจากพ่อแม่ชีวิตสมรส (ชาญวิทย์ พรนภดล และ พนม เกตุมาน, 2550)

2.) การช่วยเหลือเด็ก (Patient intervention) พิจารณาตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่

2.1) การฝึกทักษะสังคม (Social Skill Training) มีการฝึกหลายด้านพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมแบบรายบุคคลจะไม่ได้ผลเพราะเด็กสมาธิสั้น ขาดทักษะในการสังเกตตนเอง การฝึกเป็นกลุ่มจะช่วยให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกมาและได้รับการแก้ไขผ่านขบวนการ modeling, practice, feedback และ Contingent reinforcement (ชาญวิทย์ พรนภดล และ พนม เกตุมาน, 2550)

2.2) การสอนเสริมทักษะ (Academic Skills Training) มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเรียน การฝึกทักษะด้านการเรียนโดยฝึกแบบ individual หรือ group ก็ได้โดยจะเน้นเรื่อง การทำตามคำสั่ง การจัดระบบ ระเบียบ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การตรวจทบทวนผลงาน การจดบันทึก และการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3) จิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) การทำจิตบำบัดเฉพาะบุคคล ไม่ได้ผลในการรักษาโรคสมาธิสั้น โดยตรง แต่มีประโยชน์ในการรักษา อาการกังวล และซึมเศร้า ที่พบร่วมกับ สมาธิสั้น และอาจใช้จิตบำบัดเฉพาะบุคคล เป็นครั้งคราว เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการปรับตัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นต้น

2.4) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Modification) เน้นการปรับพฤติกรรม โดยเน้นการใช้ positive reward ซึ่งการศึกษาด้าน neuropsychological measurement พบว่าเด็กกลุ่มนี้จะตอบสนองต่อ positive reward ที่รวดเร็วได้ดี แต่จะเพิ่มปัญหาได้ง่ายเมื่อใช้ negative reward ควรเน้นการฝึกในเรื่องของการรักษาเวลา การใช้เงิน การรอคอย การสังเกตในรายละเอียด เป็นต้น

2.5) การให้ความรู้ (Counseling & Psycho-education) สร้างความสัมพันธ์กับเด็ก โดยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคสมาธิสั้น และเข้าใจในข้อจำกัดของตัวเอง เข้าใจในผลของยาที่รับประทาน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550)

3) การช่วยเหลือทางโรงเรียน (School intervention) ประสานกับโรงเรียนเพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียนที่ส่งเสริมให้เด็กมีสมาธิมากขึ้น

#### 1.4 การช่วยเหลือโดยทีมสุขภาพ

เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น อาการอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และยับยั้งตนเองไม่ได้ นี้ ส่วนใหญ่จะมีปัญหา มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมที่เป็นการพัฒนาการตามวัย (Age-related developmental tasks) เด็กกลุ่มนี้จะก่อให้เกิดความยุ่งยากในบุคคลที่เกี่ยวข้อง อันเนื่องมาจากพฤติกรรมดังกล่าว เด็กจะอยู่ไม่นิ่ง เนื่องจากมีอาการสมาธิสั้น และหากมีอาการหุนหันพลันแล่น และยับยั้งตนเองไม่ได้ ยังจะทำให้สถานการณ์วุ่นวายมากขึ้น เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะอยู่ไม่นิ่ง จะมีปัญหาในการรอคอยให้ถึงคิวของตนเอง หากทำอะไรอยู่จะถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย ไม่ว่าจะโดยสิ่งเร้าภายในหรือภายนอก มักจะตอบคำถามก่อนที่จะถามคำถามจบ มีความลำบากที่จะต้องปฏิบัติตามคำสั่ง ไม่ว่าจะเข้าใจคำสั่งนั้นดีหรือไม่ สนใจในการเล่นหรือทำกิจกรรมใดๆ ได้เพียงในช่วงสั้นๆ มักจะเปลี่ยนไปทำกิจกรรมใหม่ ก่อนที่กิจกรรมที่กระทำอยู่จะเสร็จ ไม่สามารถเล่นแบบเงียบๆ ได้ เข้าไปขัดจังหวะผู้อื่นบ่อยๆ มักทำสิ่งของที่ใช้ทั้งในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ที่โรงเรียน หรือที่บ้านสูญหาย ไม่ค่อยสนใจฟังสิ่งที่ผู้อื่นกำลังพูด และมักจะทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตรายโดยไม่มีเจตนาแสวงหาความตื่นเต้นและไม่ได้พิจารณาถึงผลที่จะตามมา พยาบาลต้องดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมของเด็กที่เป็นปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพราะเด็กกลุ่มนี้จะมี ความยุ่งยากในการสร้างสัมพันธภาพ บ่อยครั้งเด็กจะมีพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับระดับความรุนแรงของปัญหาและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อเด็กเข้ากลุ่มทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน หรือพี่น้องภายในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติตามกฎระเบียบทางสังคม เนื่องจากโรคสมาธิสั้นนี้จัดเป็นความผิดปกติทางพัฒนาการ ดังนั้น พฤติกรรมของเด็กจะเปลี่ยนไปตามระยะพัฒนาการของเด็ก นอกจากนี้เด็กจะมีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนเพราะการอยู่ไม่สุขตื่นเต้นง่ายหรือมักรบกวนผู้อื่น พยาบาลควรให้ความสนใจกับพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมเชิงทำลาย หรือพฤติกรรมต่อต้านที่อาจพบได้ในเด็กกลุ่มนี้ ในขณะที่เด็กบางคนอาจมีอาการเก็บกด หรือแสดงพฤติกรรมถอยหลัง และอาจพบพฤติกรรมขาดความอดทนในการรอคอย และการมีอารมณ์รุนแรงได้บ่อยๆ การช่วยเหลือ การปรับพฤติกรรม เพื่อพัฒนาความสามารถ ประกอบด้วย

1.4.1 การประเมินครอบคลุมทุกด้านและการให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ จากแพทย์ผู้บำบัด นอกจากประวัติปัจจุบันตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR การประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัว ข้อมูลพฤติกรรมจากทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนแล้ว ยังต้องมองหาภาวะที่พบร่วมด้วย (comorbidity) ที่สำคัญหรือพบร่วมได้บ่อยๆ เช่น ความบกพร่องของทักษะในการเรียน (learning disabilities) กลุ่มอาการโครโมโซมเอกซ์เปราะ (fragile X syndrome) ซึ่งพบร่วมได้บ่อยหากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าร่วมด้วย เป็นต้น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน, 2550) นอกจากนี้ยังควรหาจุดแข็งและข้อด้อย (strength and weakness identification) ของเด็กด้วยเพื่อช่วยชี้แนวทางให้ครอบครัวช่วยส่งเสริมผู้ป่วยไปในทางที่ถูกต้องได้แก่ ด้านกีฬา ดนตรี หรืองานอดิเรกอื่นๆ ทั้งหมดนี้อาจไม่สามารถประเมินได้ครบถ้วนในการมาพบแพทย์เพียงครั้งเดียว ควรพิจารณาประเมินอย่างต่อเนื่องในการตรวจรักษาครั้งถัดไป เพราะสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่โรงเรียน หลังจากนั้นควรวางแผนการรักษาร่วมกับครอบครัว ควรกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย (target behavior) ร่วมกัน พฤติกรรมเป้าหมายนี้ควรเป็นพฤติกรรมไม่ดีที่มีความถี่สูงหรือมีความรุนแรงมาก และต้องวัดได้อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนโดยไม่ต้องตีความอีก (เช่น ดื้อ หรือชน) แล้ววางแผนการรักษาร่วมกัน โดยพยายามเลือกใช้เทคนิคหรือวิธีการที่ไม่ต้องใช้ยา ก่อน (non-medical therapy) ได้แก่ การปรับพฤติกรรม (behavioral modification) การให้เต็มสะสม (เช่น star chart เป็นต้น) social skill training, cognitive behavioral therapy หรือให้ยาาร่วมไปพร้อมกันเลย หากเป็นไปได้ควรให้ผู้ปกครองหรือครูจดความถี่ของพฤติกรรมเป้าหมายนี้ทั้งก่อนและหลังการให้การบำบัด เพื่อจะได้ดูผลของการบำบัดแต่ละวิธีได้ชัดเจนขึ้น (นิชรา เรื่องคารกานนท์และคณะ, 2551)

1.4.2 การปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมได้แก่

1. การประเมินทางการพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การสัมภาษณ์ทั้งจากตัวเด็ก ครอบครัวในเรื่องความคิด ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา การแก้ปัญหาครอบครัว ความเหมาะสมของพฤติกรรม ที่แสดงออกกับพัฒนาการตามวัย ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู ความคาดหวังของครอบครัว การดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อตัวเด็ก ครอบครัวและคนรอบข้าง ข้อมูลต้องครอบคลุมถึงทัศนคติ ความรู้ที่จะใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อเป็นข้อมูลค้นหาปัญหาของเด็กและครอบครัว

2. พยาบาลต้องจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยให้เด็กรู้สึกปลอดภัย ไม่มีสิ่งของที่จะเป็นอันตรายต่อเด็ก พยาบาลจะต้องเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเด็ก หรือกับผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) พร้อมทั้งแนะนำผู้เลี้ยงดูในการปรับสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับเด็ก เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น (จรรยา ทะรักษา, 2553)

3. พยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นกลวิธีสำคัญในการเพิ่มการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เทคนิคการไม่ให้สิ่งที่เด็กต้องการ (Negative reinforcement) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสำหรับเด็กกลุ่มนี้ และหากพยาบาลจัดให้เด็กร่วมกิจกรรมบำบัดที่เด็กอาจเกิดอุบัติเหตุได้ พยาบาลต้องจัดให้มีการดูแลอย่างใกล้ชิด เพราะความปลอดภัยของเด็กเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกของการพยาบาล

4. พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นรายบุคคล เพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ รวมทั้งช่วยให้มีการจำกัดพฤติกรรมเด็ก (Limit setting) และช่วยให้เด็กเข้าใจว่าพยาบาลยอมรับตัวเด็ก ซึ่งแตกต่างจากการไม่ยอมรับให้เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้เพราะการยอมรับเด็กอย่างไม่มีเงื่อนไข จะช่วยพัฒนาความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า ส่วนการช่วยให้เด็กมีการจำกัดพฤติกรรม พยาบาลต้องอธิบายเด็กจนเข้าใจว่าพฤติกรรมใดเป็นที่ยอมรับ พฤติกรรมใดยอมรับให้เด็กแสดงออกไม่ได้ รวมทั้งผลที่จะตามมาหากเด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การอธิบายควรทำแบบการให้ความจริง การอธิบายสั้นได้ใจความ ตรงไปตรงมา และที่สำคัญคือ บุคลากรและผู้ดูแลเด็กทุกคนต้องมีความเข้าใจตรงกัน และมีการปฏิบัติต่อเด็กเช่นเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ

5. พยาบาลใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) สูงขึ้น ซึ่งทำได้โดยเริ่มให้เด็กได้เรียนรู้การตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้จริง วางแผนการดำเนินการสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายร่วมกับเด็กและผู้ดูแล เมื่อความสำเร็จเกิดขึ้น ความรู้สึก มีคุณค่าในตนก็จะเพิ่มขึ้นด้วย การสื่อสารอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา สื่อสารให้เด็กทราบทั้งข้อมูลทันที ย้อนกลับที่เป็นข้อมูลทางบวกและข้อมูลทางลบ ทั้งนี้เมื่อเด็กพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง เด็กจะรับรู้จุดเด่นและข้อจำกัดของตนได้มากขึ้น

6. พยาบาลจัดกิจกรรมบำบัดทั้งที่เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างพัฒนาการของเด็กตามวัย และกิจกรรมที่จำเป็นในการเพิ่มพูนความสามารถทางสติปัญญา ให้มีการเรียนรู้ตามความจำเป็นในเด็กวัยเรียน การจัดการทางสิ่งแวดล้อมนี้ พยาบาลต้องวางแผนกิจกรรมให้เหมาะสมกับเด็กรายบุคคล เพราะความต้องการ การเรียนรู้ของเด็กกลุ่มนี้จะแตกต่างกันมาก ก่อนการร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นพยาบาลควรให้เด็กได้ทบทวนกฎระเบียบ แนวปฏิบัติในการร่วมกลุ่มจนแน่ใจว่าเด็กเข้าใจดีแล้ว รวมทั้งการย้ำเด็กให้เข้าใจถึงเป้าหมายของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้เพื่อให้เด็กเกิดความเข้าใจ

และมั่นใจในโอกาสที่เด็กจะร่วมมือในการทำกิจกรรมนั้นจนสำเร็จได้ ในระหว่างที่เด็กทำกิจกรรม และแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ควรให้ข้อมูลย้อนกลับทันที เพื่อเป็นกำลังใจและจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ต่อไปได้ การจัดกิจกรรมบำบัดสำหรับเด็กกลุ่มนี้ในระยะเริ่มแรก พยาบาลจะต้องดูแลช่วยเหลือเด็กอย่างใกล้ชิด แต่ในระยะต่อมาพยาบาลจำเป็นต้องค่อยๆ ลดบทบาทลง เพื่อให้เด็กได้ร่วมกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยตนเองต่อไปได้

7. พยาบาลควรใช้รูปแบบการบำบัด มีการฝึกการคิด ควบคู่กับการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างหนึ่ง คือ การฝึกให้เด็กพูดความคิดของตนให้พยาบาลหรือผู้อื่นฟัง หรือการคิดต่างๆ ในการช่วยลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ยับยั้งตนเองไม่ได้ในเด็กกลุ่มนี้

8. เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีปัญหาด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน การช่วยเหลือเด็กเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือทั้งจากผู้ปกครองและครู ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจธรรมชาติของปัญหา และได้รับการสนับสนุนให้กำหนดการฝึกวินัยให้แก่เด็กทั้งที่บ้านและโรงเรียนให้สอดคล้องกัน การบำบัดครอบครัว (Family therapy) จะช่วยให้ครอบครัวเผชิญกับความเครียดของตน และสามารถดูแลเด็กให้มีพัฒนาการและมีการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัย รวมทั้งสามารถดูแลเด็กให้ได้รับยาตามแผนการรักษาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

9. พยาบาลต้องให้ความสำคัญในการเป็นที่ปรึกษา ในการแก้ปัญหาด้านการเรียนของเด็ก ในกรณีที่ดีจัดได้ เด็กจะเรียนในชั้นเรียนพิเศษสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นชั้นเรียนที่มีเด็กไม่มาก สิ่งแวดล้อมในห้องเรียนต้องสงบเงียบ ครูผู้สอนต้องเข้าใจโรคสมาธิสั้น และแสดงให้เด็กทราบถึงความคาดหวังของครูเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็ก หากไม่สามารถจัดชั้นเรียนเป็นพิเศษให้ได้ และเด็กจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยที่ไม่สามารถไปโรงเรียนได้ ควรมีการจัดการให้เด็กได้รับการทวดวิชาในกลุ่มเล็กๆ เพื่อช่วยให้เด็กและผู้ปกครองไม่ต้องมีความกังวลด้านการเรียน และหากในกรณีที่เด็กมีอาการดีขึ้นสามารถเข้าเรียนในชั้นเรียนปกติ การช่วยเหลือดูแลเป็นพิเศษจากครูที่มีความรู้ ความเข้าใจเด็กเป็นพิเศษ ร่วมกับการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพร่วมด้วย

1.4.3 การประเมินของนักจิตวิทยาในการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมประกอบด้วย

1. การสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ควรมีการสัมภาษณ์อย่างละเอียด เพื่อให้ได้ภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็ก โดยทำการวิเคราะห์พฤติกรรม (behavioral analysis) ว่าเหตุการณ์ใดที่นำไปสู่พฤติกรรมแบบนั้น ลำดับเหตุการณ์เป็นอย่างไรและพ่อแม่แก้ปัญหาอย่างไร เช่น เด็กที่มีอารมณ์โกรธรุนแรงและดื้อรั้น (temper tantrums) ผู้บำบัดควรได้ข้อมูลชัดเจนว่าก่อนที่จะเกิดอาการดื้อนั้นเด็กทำอะไรอยู่ อะไรเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการดังกล่าว พ่อแม่ทำอย่างไร เมื่อเด็กดื้อ

ลงกับพื้นและเด็กตอบสนองอย่างไร เป็นต้น บางครั้งผู้บำบัด อาจต้องมีข้อมูลจากครูที่โรงเรียนด้วย เพื่อดูว่าพฤติกรรมของเด็กขณะอยู่ที่โรงเรียนเป็นปัญหาด้วยหรือไม่ และผู้ใหญ่แต่ละคนมองเด็กอย่างไร การเปรียบเทียบความเห็นระหว่างพ่อแม่และครู จะทำให้ได้ภาพของเด็กชัดเจนยิ่งขึ้น

2. สังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริง ถ้าเป็นไปได้ผู้บำบัดควรใช้เทคนิค enactment คือทำให้เห็นปฏิสัมพันธ์จริงๆ เพื่อให้เข้าใจปัญหาได้ชัดเจนขึ้น เพราะแม้พ่อแม่จะให้ข้อมูลที่ละเอียด สักเพียงใดก็ตาม แต่ก็ไม่มีทางชัดเจนเท่ากับการเห็นเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงๆ ตัวอย่างเช่น ผู้บำบัดอาจบอกให้พ่อแม่แสดงวิธีควบคุมพฤติกรรมของลูกให้เห็นในชั่วโมงบำบัด เป็นต้น

3. การใช้แบบประเมินพฤติกรรม เนื่องจากพฤติกรรมของเด็กในแต่ละสถานการณ์ และกับแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันได้มาก การใช้แบบประเมินพฤติกรรมจะช่วยให้ได้ข้อมูลในด้านต่างๆ อย่างครบถ้วนและยังใช้เป็นเครื่องวัดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมเพื่อดูผลของการช่วยเหลือที่ได้กระทำลงไป แบบประเมินที่ใช้บ่อย ได้แก่ Conners Parent and Teacher Questionnaires ของ Conners และ Child Behavior Checklist ของ Achenbach เครื่องมือทั้งสองได้มีการดัดแปลงเป็นภาษาไทย และนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการวิจัย (อุมพร ตรังคสมบัติ และพิสาสน์ เตชะเกษม, 2535; Weisz and et al., 1987 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ดังนั้นในการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมนั้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ จากแพทย์ พยาบาล พ่อแม่/ผู้ดูแล ครูและทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม

## 2. การพยาบาลและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กสมาธิสั้น

### 2.1 ครอบครัวเด็กสมาธิสั้น

เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีการเกิดการเติบโตและพัฒนาไปข้างหน้า ในแต่ละครอบครัวมีประวัติศาสตร์ของตนเองและมีความแตกต่างกัน ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของการแลกเปลี่ยน สิ่งสำคัญที่แลกเปลี่ยนกันคือความรัก ดังนั้นประสบการณ์แต่ละวันที่ได้รับภายในครอบครัว จึงมีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลเป็นอย่างมาก ประสบการณ์ดังกล่าวอาจทำให้เกิดความสุขความมั่นคง หรืออาจทำให้เกิดความทุกข์และความเปราะบางในบุคคลก็ได้ ครอบครัวมีความสำคัญต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กมาก ครอบครัวเป็นสังคมแรกเริ่มที่เด็กต้องเรียนรู้ในการปรับตัว ดังนั้นครอบครัวควรเป็นสถานที่ให้เด็กได้พึ่งพาได้ช่วยปกป้องเด็ก และได้เกิดการเรียนรู้ เพื่อให้เด็กเติบโตไปเป็นบุคคลที่สามารถช่วย

ตนเอง ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบตนเองได้ พบว่าเด็กที่ปรับตัวในครอบครัวได้ไม่เหมาะสม มักปรับตัวในสังคมอื่นๆได้ไม่เหมาะสมเช่นกัน (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

ระบบครอบครัวประกอบด้วย ลักษณะการเลี้ยงดู พยาธิสภาพทางจิตใจของบิดามารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสูญเสียและการแยกจากบิดามารดา ซึ่งจะเป็นรูปแบบการถ่ายทอดพฤติกรรมต่างๆ ไปยังบุตรได้ (จริญญา แก้วสกุลทอง, 2552) ซึ่งปัญหาในครอบครัวที่มักพบบ่อย ได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้งและการทำร้ายร่างกายของบิดามารดา การหย่าร้าง การเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของบิดา มารดาหรือญาติพี่น้อง การถูกบิดา มารดา ตำหนิ คุกคามหรือลงโทษด้วยความรุนแรง การล่วงละเมิดทางเพศ รวมถึงปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว และมักพบเสมอว่าครอบครัวที่มีการสูญเสียบิดา มารดา หรือแยกจากกันจะทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการของบุตรที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชได้ จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเกิดขึ้นได้ ในเด็กสมาธิสั้นครอบครัวมีบทบาทกับเด็กอย่างมาก ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่มีผลต่อครอบครัวที่มีลูกสมาธิสั้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้การแสดงออกทางพฤติกรรมและวิถีของพัฒนาการที่แตกต่างออกไป (Johnton and Mash, 2001 อ้างถึงใน Deault, 2009) จึงสรุปได้ว่าปัจจัยครอบครัวด้านความเพียงพอของรายได้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่ กิจกรรมสุขภาพครอบครัวมีผลต่อพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเน้นพัฒนาการทั้งภายในและภายนอกของผู้ป่วย (the development of internalizing and externalizing) ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็ก ดังนั้นการศึกษาปัจจัยครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น เพื่อช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่างๆของครอบครัว และช่วยให้เด็กสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ และเป็นการป้องกัน แก้ไขปัญหาพฤติกรรมหรือผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

## 2.2 การพยาบาลและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กสมาธิสั้น

เด็กและวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเรียนรู้โลกและสังคม เป็นวัยแห่งการปรับตัวเข้ากับธรรมชาติ แต่การเรียนรู้และการปรับตัวของเด็กและวัยรุ่นจำเป็นต้องอาศัยผู้ใหญ่ สังคมและสถานการณ์ที่เหมาะสม เป็นตัวแบบและชี้นำแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งใจ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัช, 2554) เนื่องจากสุขภาพจิตในเด็กเป็นสิ่งที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทางด้านจิตสังคม พฤติกรรมและอารมณ์ของเด็ก ซึ่งมีผลต่อเนื่องมาจากการได้รับการเลี้ยงดู พันธุกรรม พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องของเด็กที่มีพฤติกรรมหรือมีภาวะจิตสังคมเบี่ยงเบน โดยเฉพาะปัญหาที่พบบ่อยในปัจจุบัน พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวที่มีบุตร ที่มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและจิตสังคม ในการให้คำปรึกษา สนับสนุนข้อมูลและให้กำลังใจ เพื่อให้ครอบครัวและเด็กสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ในเด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งในเรื่องของความต้องการทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังนั้นการปฏิบัติทางการ



พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นจึงมุ่งผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลที่อาศัยองค์ความรู้เฉพาะทางที่ผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและใช้ทักษะพื้นฐานด้านสัมพันธภาพ การสื่อสารร่วมกับทักษะการบำบัดทางการพยาบาล รวมทั้งการประสานงานกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การช่วยเหลือ ดูแล บำบัดและการฟื้นฟูสภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิต อารมณ์และพฤติกรรม (เบญจวรรณ รัชเสวะ, 2006) ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการใช้หลักการพยาบาลดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

1. กระบวนการพยาบาลเด็กโรคสมาธิสั้น เป็นการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ (Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 การประเมินทางการพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การตรวจ การสัมภาษณ์จากครอบครัวเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การสัมภาษณ์ทั้งจากตัวเด็ก ครอบครัวในเรื่องความคิด ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา การแก้ปัญหาครอบครัว ความเหมาะสมของพฤติกรรม ที่แสดงออกกับพัฒนาการตามวัย ประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู ความคาดหวังของครอบครัว การดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อตัวเด็ก ครอบครัวและคนรอบข้าง ข้อมูลต้องครอบคลุมถึงทัศนคติ ความรู้ที่จะใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อเป็นข้อมูลค้นหาปัญหาของเด็กและครอบครัว ในการตั้งข้อวินิจฉัยในการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาให้ตรงจุด

1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพยาบาลทำการประเมินภาวะสุขภาพ และปัญหาในการดำรงชีวิตของเด็กสมาธิสั้นในครอบครัว ที่โรงเรียน และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหา ที่จะเกิดผลกระทบกับตัวเด็กและครอบครัว เพื่อการวางแผนการพยาบาล

1.3 การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะต้องวางแผนการพยาบาลร่วมกับครอบครัวของเด็กในลักษณะของการวางแผนร่วมกัน เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการ เริ่มต้นจากการรวบรวมข้อมูลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการร่วมรับรู้ความรู้สึก กับครอบครัวระหว่างการประเมินทางการพยาบาลในเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของเด็ก และการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนความต้องการและปัญหาของทั้งตัวเด็กและครอบครัว ในการวางแผนการพยาบาล

แผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็ก โดยมีการกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาลและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาล ที่พยาบาลจะต้องวางแผนและร่วมมือกับผู้เลี้ยงดูใกล้ชิดเด็ก

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาล พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะและความชำนาญ มีวุฒิภาวะและมีความตั้งใจ ใส่ใจในการปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตกฎหมายและเงื่อนไขทางจริยธรรมของพยาบาล ขึ้นอยู่กับความต้องการและลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กและครอบครัว ตามแผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้น โดยมีแนวคิดทฤษฎีที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐาน การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการช่วยเหลือเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น อาการอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และยับยั้งตนเองไม่ได้ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการเกิดพฤติกรรมของเด็ก และมีการรู้จักตนเองในฐานะผู้ดูแล ช่วยเหลือ และผู้บำบัดทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ ทั้งนี้เพราะการเข้าใจพฤติกรรมและความต้องการของเด็ก เป็นพื้นฐานสำคัญในการยอมรับพฤติกรรมของเด็กอย่างไม่มีเงื่อนไข ความรัก ความเอื้ออาทร ความเข้าใจตนเอง และเข้าใจเด็ก จะช่วยให้พยาบาลลดความเหนื่อยล้า ไม่เบื่อหน่าย หรือหมดหวังในการดูแลเด็ก เพราะการดูแลช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ ต้องใช้ความพยายาม ความสงบและความรอบคอบ เพื่อให้เป็นบรรยากาศที่สงบ จะส่งผลให้เด็กรู้สึกปลอดภัย ไร้กังวล และมั่นใจต่อพยาบาลและสภาพแวดล้อมมากขึ้น

เนื่องจากพ่อแม่ที่มีลูกเป็นเด็กสมาธิสั้นมักประสบกับความยุ่งยากในชีวิตหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการอบรมสั่งสอนกิริยามารยาท การเข้าสังคม ปัญหาการเรียน หรือปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนและญาติพี่น้อง พ่อแม่อาจขัดแย้งกันในการอบรมเลี้ยงดูลูก บางครั้งอาจรู้สึกท้อแท้กับปัญหาที่ลูกก่อขึ้นทุกวันและไม่รู้ว่าจะจัดการกับลูกได้อย่างไร ดังนั้นพ่อแม่ควรช่วยเหลือซึ่งกันและกันหรือควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประเด็นการช่วยเหลือคือการแก้ไขปัญหายุติกรรม ได้แก่ การสังเกตปัญหาพฤติกรรมเด็ก การให้รางวัล และการลงโทษเด็ก การตกลงและแก้ไขปัญหาร่วมกันเทคนิคที่ได้ผลคืออย่างหนึ่งคือ การเขียนข้อตกลงร่วมกันระหว่างพ่อแม่กับเด็ก ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งสองฝ่าย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ฝึกสอนพ่อแม่ให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมที่ถูกต้อง การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่พ่อแม่ เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นว่าเป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของสมอง พฤติกรรมที่ก่อปัญหาของเด็ก ไม่ได้เกิดขึ้นจากความตั้งใจที่จะก่อวินาศกรรมให้เกิดปัญหา แต่เกิดขึ้นเนื่องจากเด็กไม่สามารถควบคุมตนเองได้ พ่อแม่ควรมีทัศนคติทางบวก ยอมรับและเห็นใจในอาการและข้อจำกัดของเด็ก สอนให้รู้จักวิธีการจัดการหรือปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กอย่างถูกต้อง ถือว่าเป็นหัวใจที่สำคัญที่สุดของการรักษาเด็กสมาธิ

สั้นควบคู่กับการรักษาด้วยยา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) วางแผนจัดสิ่งแวดล้อม (Ministry of education, 1998 , จริยา ทะรักษา, 2553) ให้มีความปลอดภัยและไม่ทำทายนไม่เข้มงวดหรือควบคุมเด็กจนเกินไป หลีกเลี่ยงคำสั่งทางลบ ขอมรับและไว้วางใจเด็กว่ามีความสามารถในการเรียน ให้เด็กได้แสดงความรู้สึกและมีความรู้สึกร่วมกับเด็กอื่นหรือคนอื่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมและเล่นกับเด็กฟังและตอบคำถามเด็กเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กัน ให้เด็กได้มีโอกาสฝึกการตัดสินใจ เจริญต่อรองและแก้ปัญหาที่ขัดแย้งไม่ตัดสินใจเด็กจากพฤติกรรมของเขา ให้ความสนใจความรู้สึกเบื้องหลังพฤติกรรมของเด็ก ไม่ใช่กำลังต่อสู้กับเด็ก เคารพการแสดงออกของเด็ก ถึงแม้ว่าจะเป็นการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม รู้สถานะเด็กในความสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็ก (เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ, 2549) จัดกิจกรรมประจำวันให้สม่ำเสมอ เช่น จัดตารางการกิน การนอนให้เป็นเวลา เพื่อช่วยให้เด็กปรับตัวได้ง่ายขึ้น ร่วมมือมากขึ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ (จริยา ทะรักษา, 2553) และให้การช่วยเหลือโดยประสานกับทางโรงเรียน นอกจากการติดต่อกับครูของเด็กสมาธิสั้น เพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับตัวเด็ก เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคและการติดต่อกับครู เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น หรือคำแนะนำในการปรับสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน รวมถึงแนวทางการปฏิบัติของครูต่อเด็กยังมีความสำคัญมาก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

1.5 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยสังเกต การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่สร้างสรรค์ นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความสามารถ ของครอบครัวของผู้ดูแลเด็ก ในการมีส่วนร่วมในการดูแลปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมไปพร้อมๆ กัน

2. การใช้องค์ความรู้ในการปฏิบัติพยาบาล พยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และใช้ผลงานวิจัยมาปรับใช้ในการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น

3. การใช้การพยาบาลแนวองค์รวมในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หมายถึง การดูแลช่วยเหลือเด็ก พร้อมกันทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ชุมชนที่จะมีผลกับพฤติกรรม และพัฒนาการด้านต่างๆของเด็ก

4. การปฏิบัติพยาบาลมุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลซึ่งตั้งไว้ในขณะวางแผนการพยาบาล โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลนั้น เกณฑ์ที่ตั้งไว้ต้องวัดได้ แปรผลได้ชัดเจน

5. การให้ความสำคัญกับครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ตามแนวคิดการเกิดปัญหาพฤติกรรมนั้น เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้กับการเลี้ยงดู การดำรงชีวิต โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่เป็นต้นแบบให้กับเด็ก การให้การพยาบาลจึงต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมให้เด็กด้วย

6. การใช้ทักษะพื้นฐานด้านการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นทักษะที่จำเป็น โดยเฉพาะกับผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางจิต จะต้องเหมาะสม มีหลักการและทักษะในการร่วมรู้สึก การรู้จักตนเอง การยอมรับเด็กอย่างไม่มีเงื่อนไข ความซื่อสัตย์ จริงใจเป็นหัวใจของการสร้างสัมพันธภาพทั้งกับเด็กและผู้ดูแล ส่วนทักษะการสื่อสารพยาบาลต้องพัฒนาความเข้าใจในธรรมชาติ ประสบการณ์ของเด็กแต่ละวัยโดยอาจต้องใช้ทั้ง วจนภาษา อวจนภาษา และการเล่น เป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพกับเด็ก เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ให้ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์

7. การใช้แหล่งข้อมูลที่สำคัญจากตัวเด็ก จากครอบครัว จากครู เพื่อนที่โรงเรียน ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลว่า มีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกัน มีความน่าเชื่อถือหรือไม่ การตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับจากคนที่มีความใกล้ชิด ในกรณีข้อมูลมีความขัดแย้งกัน

จึงสรุปได้ว่าในการให้การพยาบาลเด็กสมาธิสั้นเป็นการปฏิบัติที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งเด็ก ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม

### 3.ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

#### 3.1 ความหมายและความสำคัญ

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (Behavior problems in children with Attention – Deficit / Hyperactivity Disorder) หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของเด็กสมาธิสั้นที่ก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมา และการที่จะกล่าวได้ว่าพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง เป็นปัญหานั้น ย่อมเป็นสิ่งที่ยาก เนื่องจากคนในแต่ละสังคมนั้นรับรู้ลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องจากประสบการณ์ เจตคติ และค่านิยมของแต่ละคนเป็นหลัก ซึ่ง Kessler (1986) (อ้างถึงใน กัลญา แก้วอินทร์, 2545) ได้เสนอว่า การที่จะตัดสินว่าพฤติกรรมใดเป็นปัญหาหรือไม่ ให้มองในแง่ของความเหมาะสมของพฤติกรรมนั้นๆ ในแง่มุมของ เวลา สถานที่ และอายุของผู้แสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นหลัก โดยเสนอเกณฑ์ในการตัดสินไว้ 7 ประการ คือ

3.1.1 อายุ เด็กในอายุหนึ่งๆ จะมีพฤติกรรมเฉพาะอย่าง เช่น ปัญหาปัสสาวะรดที่นอน ถ้าเกิดในเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี อาจถือว่าปกติ แต่หากสูงกว่า 4 ปี เด็กอาจมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังนั้น ผู้ศึกษาหรือผู้ใช้เกณฑ์ ควรมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการปกติของเด็กเป็นอย่างดี

3.1.2 ความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรม ให้พิจารณาตามสภาพแวดล้อมของเด็กและพฤติกรรมนั้นๆ มีผลต่อตัวเด็กหรือผู้อื่นหรือไม่ เช่นเด็กคนหนึ่งทะเลาะวิวาทกับเพื่อนทุกวัน ทำให้เพื่อนเจ็บตัว และตนเองถูกรุทำโทษด้วย เป็นต้น ซึ่งการพิจารณาจะต้องอาศัย การสังเกตอย่างเป็นระบบ และใช้เวลานานพอสมควร

3.1.3 จำนวนของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เด็กมีปัญหาจะมีลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เป็นสัดส่วนมากกว่าพฤติกรรมรวมที่ปกติทั่วไป

3.1.4 การสูญเสียโอกาสในสังคม หากพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกนั้นทำให้สูญเสียโอกาสในสังคม ก็จะถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

3.1.5 การส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของตนเองหรือต่อผู้อื่น เช่นความล้าชวยใจ ความรู้สึกผิดหรือพฤติกรรมที่พบนั้น ทำให้เกิดความเจ็บปวดต่อผู้อื่น

3.1.6 พฤติกรรมเกิดในสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหา เด็กเรียนรู้พฤติกรรมบางอย่างจากสังคม เช่นการขโมย การชกต่อย การพูดปด เป็นต้น ทำให้เด็กไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมเหล่านี้ได้ หรือแก้ไขได้ยาก และเกิดเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น

3.1.7 บุคลิกภาพโดยทั่วไปของเขา โดยพิจารณาว่าพฤติกรรมของเขาขัดขวางการดำเนินชีวิต ความสามารถในการปรับตัว ให้เข้ากับครอบครัวและโรงเรียนมากน้อยเพียงใด

สำหรับเกณฑ์การตัดสินว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือไม่นั้น ควรพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพราะเด็กแต่ละคน อาจจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างกันไป ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกัน การเข้าใจพัฒนาการปกติของเด็ก ระบบสังคมของกลุ่ม จะช่วยให้เข้าใจ และสามารถพิจารณาปัญหาของเด็กได้อย่างรอบคอบ

### 3.2 สาเหตุของปัญหา

จากการที่สาเหตุของปัญหาพฤติกรรม มักไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่มักมีสาเหตุร่วมหลายๆ อย่างด้วยกัน สาเหตุที่สำคัญที่เป็นปัจจัยให้เกิดปัญหาพฤติกรรม ได้แก่

3.2.1 สาเหตุจากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ส่วนใหญ่เกิดจากเจตคติในการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง เช่นเลี้ยงดูด้วยความวิตกกังวลเกินไป ปกป้องมากเกินไป ตามใจมากเกินไป หรือเข้มงวดเจ้าระเบียบเกินไป ไม่มีการอบรมระเบียบวินัยอย่างเพียงพอ หรืออบรมระเบียบวินัยอย่างไม่คงเส้นคงวา (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) บางรายฝึกหัดเด็กไม่เหมาะสมกับวัย หรือขาดความเข้าใจเกี่ยวกับจิตวิทยา และความต้องการของเด็กในวัยต่างๆ ทำให้ตอบสนองความต้องการของเด็กไม่ถูกต้อง และไม่เหมาะสมขาดความรู้สึกมั่นคงในความเป็นพ่อแม่

3.2.2 สาเหตุจากตัวเด็กเอง เด็กแต่ละคนมีแนวโน้มในการเกิดปัญหาได้ต่างกัน เด็กที่มีพื้นฐานอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยาก ซึ่งอาจเกิดปัญหาพฤติกรรมได้ง่าย นอกจากนี้ความขัดแย้งภายในตัวเด็กเองก็เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรม (อัมพล สุอำพัน, 2539 อ้างถึงในกัลญา แก้วอินทร์, 2545)

3.2.3 สาเหตุจากปัญหาสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ความขัดแย้งกันระหว่างพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นปัญหาส่วนตัว ปัญหาการแต่งงาน ปัญหาเกี่ยวกับวิธีการ

เลี้ยงดูที่ไม่เหมือนกัน ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อมเสมอ นอกจากนี้เด็กจะรับรู้ต่ออารมณ์ของพ่อแม่ที่ขัดแย้งกันแล้ว เด็กมักจะตกเป็นแพะรับบาป หรือบางทีก็เป็นที่ยอมรับอารมณ์ที่เกิดจากความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว

3.2.4 สาเหตุจากภาวะแวดล้อมตึงเครียด สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและการเมือง ย่อมมีผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวได้ทุกครัวเรือน เด็กซึ่งเป็นผู้ที่อ่อนวัยที่สุดในครอบครัวย่อมถูกกระทบได้ง่ายที่สุด

### 3.3 การจำแนกลักษณะของปัญหา

เนื่องจากในเด็กสมาธิสั้นนั้นมีความผิดปกติทางพัฒนาการ ดังนั้นพฤติกรรมของเด็กจะเปลี่ยนไปตามระยะพัฒนาการของเด็ก (Bagget, 1995 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) เช่นในวัยทารกอาจเลี้ยงยาก ร้องไห้โยเย หงุดหงิดง่าย มีปัญหาการนอน ปวดท้อง อ่อนใน 3 เดือนแรก เมื่อเด็กโตขึ้น จะมีลักษณะอยู่ไม่สุข ลักษณะกระวนกระวายตลอดเวลา เมื่อเด็กเข้าโรงเรียนเด็กจะมีปัญหาการเรียนเนื่องจากการที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ มีช่วงสมาธิสั้น นอกจากนี้เด็กจะมีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนเพราะการอยู่ไม่สุข ตื่นเต้นง่ายหรือมักรบกวนผู้อื่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเกิดจากปัจจัยด้านกายภาพ ร่วมกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และจิตสังคม ประกอบกับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาด้านจิตใจของผู้เลี้ยงดูเด็ก และความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้น

สำหรับการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาพฤติกรรมตามแนวคิดของ Robert Goodman ที่มีการศึกษาลักษณะของปัญหาพฤติกรรม ผลกระทบทั้งในเด็กและครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดปัญหา ความเข้มแข็งของเด็ก ความเชื่อและความคาดหวังของครอบครัว โดยให้ความสำคัญต่อข้อดีหรือความสามารถ (Strengths) ของเด็กมากกว่าการมองปัญหาด้านข้อบกพร่อง โดยแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 5 หมวด ได้แก่ พฤติกรรมเกร (conduct problems) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Emotional problems) พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer problems) และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Prosocial behavior) (Goodman R. and et al., 2000; Goodman R., 2001) และพฤติกรรมดังกล่าว สามารถแบ่งออกเป็นปัญหาพฤติกรรมได้ 4 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มปัญหาพฤติกรรมเกรต่อต้าน (Conduct oppositional disorders) ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมเกร (Conduct disorders) หมายถึง การที่เด็กมีพฤติกรรมในลักษณะละเมิดสิทธิของผู้อื่นและฝ่าฝืนกฎระเบียบของสังคมเช่น ขโมยของ ก่อเรื่องทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ฯลฯ และมีพฤติกรรมดังกล่าวในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มักเกิดกับเด็กโตหรือวัยรุ่น

ตอนต้น เด็กผู้ชายจะเป็นช่วงอายุ 10-12 ปี ส่วนเด็กผู้หญิงจะเป็นช่วงอายุ 14-16 ปี การวิจัยพบว่าเด็กที่มีพฤติกรรมดังกล่าวมักได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม ดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

1) การควบคุมที่ไม่เหมาะสม พ่อแม่ที่ควบคุมลูกมากหรือน้อยเกินไปอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเกรี้ยวได้

2) พ่อแม่ที่ไม่สามารถร่วมมือกันปกครองลูก ระเบียบวินัยในตัวเด็กเกิดจากความสม่ำเสมอในการอบรม พ่อแม่ที่ไม่สามารถร่วมมือกันหรือมีความเห็นแตกต่างกันในการอบรมลูก จะทำให้การฝึกวินัยเป็นไปอย่างลุ่มๆ ดอนๆ และทำให้เด็กเกิดความสับสน เมื่อลูกยังเล็กอาจจะมีปัญหาคือไม่เชื่อฟังเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อเข้าวัยรุ่นปัญหาจะมีความรุนแรงมากขึ้น

3) ปัญหาขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ การมีปฏิสัมพันธ์ไม่เหมาะสม พ่อแม่ทะเลาะเบาะแว้งกันอย่างรุนแรงและขัดแย้งกันในการกำหนดขอบเขตความประพฤติของลูกและการบังคับใช้กฎเกณฑ์ต่างๆ ในบ้าน ความขัดแย้งระหว่างลูกกับพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่ง อีกคนหนึ่งจะเข้าข้างลูกทำให้เกิดการเข้าพวกกันระหว่างพ่อ-ลูก หรือแม่-ลูก ทำให้อ่านาจอพ่อแม่ในการปกครองลูกอ่อนไป กฎระเบียบในบ้านมีลักษณะไม่คงเส้นคงวา

1.2 พฤติกรรมต่อต้านและท้าทาย (Oppositional Defiant Disorders) หมายถึง ความผิดปกตินี้ในเด็ก มีลักษณะเด่น คือ ต่อต้านไม่เป็นมิตร โมโหง่าย ไม่ควบคุมอารมณ์ จนพ่อแม่ทนไม่ได้ หรือมีผลกระทบต่อการศึกษา เป็นอยู่นานติดต่อกันเกิน 6 เดือน แต่พฤติกรรมข้างต้น ต้องไม่มีเรื่องละเมิดสิทธิของผู้อื่น และไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงเด็กคือ ตามปกติที่มักเกิดในเด็กอายุ 2-3 ปี อาการมักพบปัญหาในเรื่องคือมาก ไม่เชื่อฟัง ไม่ทำตามคำของผู้ใหญ่ จงใจก่อแค้นคนอื่น มักโทษคนอื่นต่างๆ พฤติกรรมที่เป็นความคิดของตน มักโต้เถียงกับผู้ใหญ่ อารมณ์เสื่อง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ มักมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เด็กไม่ค่อยมีเพื่อน และมีปัญหาการเรียน ถึงแม้เด็กจะมีสติปัญญาดี แต่ผลการเรียนมักไม่ดี หรืออาจสอบตกเนื่องจากเด็กไม่ยอมทำตามคำสั่งของครูต่อต้าน ไม่ยอมเรียน ไม่ยอมทำแบบฝึกหัด มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ไม่อดทน ระเบิดอารมณ์ง่ายและมีอารมณ์ซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2544)

2. กลุ่มปัญหาพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิ (Hyperactivity-inattention disorder) หมายถึง พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิที่พบร่วมกับลักษณะอื่นของโรคสมาธิสั้น เด็กจะมีลักษณะ สนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งสั้นในหลากหลายสถานการณ์ ทำงานหรือเล่นไม่ได้นาน ไม่ตั้งใจฟังเวลาพูด ทำงานไม่เสร็จหรือเสร็จช้า ผลการเรียนตกต่ำ วอกแวกง่าย ควบคุมตนเองได้ไม่ดี พลุ่พล่า่น พุดมาก พุดโพล่ง ยับยั้งตัวเองไม่อยู่ ทำอะไรรวดเร็ว รอคอยไม่เป็น ซุ่มซำม ซุกซน ไม่เรียบร้อย การวางแผนการทำงานไม่ดี จี้ลึม ในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น จะมีอาการสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่งอย่างมาก ร่วมกับลักษณะ

ยังตัวเองไม่อยู่ เล่นรุนแรง อาการดังกล่าวเป็นทั้งที่บ้าน โรงเรียน อาจพบร่วมกับความบกพร่องในทักษะการเรียนรู้

3. กลุ่มปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์มีความผิดปกติด้านวิตกกังวลและซึมเศร้า (Anxiety-depressive disorder) เนื่องจากวัยเด็กต้องการความรักความอบอุ่น และการดูแลเอาใจใส่จากพ่อแม่/ผู้ปกครอง ซึ่งจะทำให้เด็กมีสภาพจิตและอารมณ์ดี มีความสุข ภูมิใจในตนเอง มีความมั่นใจว่าตนเป็นสมาชิกของครอบครัว และเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและครู (วนิดา ชนินทุททวงศ์, 2552) ในทางตรงกันข้ามหากเด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม ปล่อยปละละเลย ขาดความรัก ความอบอุ่น อาจแยกตัวไม่สนใจใคร (จรรยา ทะรักษา, 2553) และอาจทำให้เด็กรู้สึกล้มเหลวจะมีผลต่อภาพลักษณ์ของตนเองและการปรับตัว อันจะนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ได้แก่

3.1 ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่มีความสุข ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งเกิดจากความไม่สบายใจ หรือกังวลกลัวไปล่วงหน้าว่าจะต้องเจอกับสิ่งที่ทำให้เครียดหรืออันตราย ความกังวลนั้นมีมากจนทำให้เกิดความทุกข์ใจ กระทบต่อความสามารถด้านต่างเช่น ไม่มีสมาธิในการเรียน ไม่ยอมไปโรงเรียน มีปัญหาการนอน เข้ากับเพื่อนไม่ได้ การเรียนตกต่ำลง มีอาการแสดงทางกาย เช่นใจเต้นแรง ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม เหงื่อออกมาก เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ ปวดท้อง ปวดศีรษะ ตกใจง่าย ฝันร้าย นอนไม่หลับ เป็นลม กระวนกระวาย หงุดหงิด ตื่นตระหนก คิดและคลอเคลียผู้ใหญ่มากขึ้น เรียกร้อง ต้องการพึ่งพิง อยุ่ แยกตัว ลังเล (กรมสุขภาพจิต, 2544)

3.2 ภาวะเศร้า (Depressed) ในสหรัฐอเมริกาพบประมาณ 15% ในคลินิกจิตเวชเด็ก อาการ มีอารมณ์เศร้าไม่สนุกสนาน ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัว รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองโลกในแง่ลบ ไม่มีสมาธิ ผลการเรียนตกต่ำ มีความคิดอยากตาย คิดถึงเรื่องการฆ่าตัวตาย ทำให้มีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ ไม่มีสมาธิ การเรียนตกต่ำ มีผลต่อสัมพันธภาพการเข้าสังคมกับเพื่อน ครูและสมาชิกในครอบครัว เด็กจะเป็นคนเจ้าอารมณ์ มีพฤติกรรมมากเกินไป พฤติกรรมไม่ร่วมมือ บ่นเกี่ยวกับอาการทางกาย (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2554)

4. กลุ่มปัญหาพฤติกรรมด้านสังคม เนื่องจากเด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ต้องการมีประสบการณ์จากการกระทำของตนเองและเรียนรู้จากพ่อแม่/ผู้ปกครอง ครู เพื่อนและสังคม มีความคิดสร้างสรรค์สามารถใช้เหตุผล แยกแยะได้ถูกต้องและรู้จักการปรับตัวได้เหมาะสม (วนิดา ชนินทุททวงศ์, 2552) แต่จากความพร่องในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ หรือขาดการยับยั้งชั่งใจตนเอง อดทนรอคอยไม่ได้ ไม่เชื่อฟังผู้อื่น พุดหรือกระทำต่างๆในเวลาที่ไม่เหมาะสม โดยไม่มีระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) จึงนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมด้านสังคม



### 3.4 การวัดและเครื่องมือ

จากแนวคิดของการใช้แบบคัดกรองทางจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ที่พัฒนามาจากแนวคิดทางการแพทย์ทั่วไป ซึ่งเป็นการใช้เครื่องมือคัดกรอง เพื่อค้นหาโรคในประชากรทั่วไป และเป็นการประเมินความรุนแรงของภาวะดังกล่าว และเนื่องจากพฤติกรรมบางอย่างในบางอายุไม่ถือเป็นปัญหา แต่หากเด็กโตขึ้นและพฤติกรรมนั้นยังคงอยู่จะถือเป็นปัญหา เช่นเด็กอายุ 2-3 ปี แผลงฤทธิ์ดิน อาละวาด ถือเป็นเรื่องปกติเชิงพัฒนาการของเด็ก แต่หากอายุ 6 ปี แล้วอาการยังคงอยู่จะถือเป็นปัญหา ดังนั้นแบบคัดกรองแต่ละแบบต้องพิจารณาหัวข้อหรือประเด็นในแง่พัฒนาการของเด็ก และผู้ใช้ต้องเลือกแบบคัดกรองที่เหมาะสมกับวัยของเด็กด้วย

1. แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กหรือ Thai Youth Checklist (TYC) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยสมทรง สุวรรณเลิศ วันชัย ไชยสิทธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ.2528 ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจาก Child Behavior Checklist (CBCL) ของ Thomas M.Achenbach ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมเด็กวัย 4-18 ปี ครอบคลุมปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น มีการจัดจำแนกรูปแบบของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ปัญหาที่แสดงถึงการเก็บกดหรือความขัดแย้งภายในจิตใจ (internalizing problems) กับปัญหาที่แสดงออกอย่างตรงไปตรงมา หรือขาดการควบคุม (externalizing problems)

2. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) แบบประเมินพฤติกรรมเด็กนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็กซึ่งสร้างขึ้นโดย Robert Goodman จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกในปี 2543 โดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์มาโนช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล ซึ่งปัญหาพฤติกรรมตามแนวคิดของ Robert Goodman ได้ให้ความสำคัญต่อข้อดี หรือความสามารถ (Strengths) ของเด็กมากกว่าการมองปัญหาด้านข้อบกพร่อง ปัญหาพฤติกรรมตามแนวคิดนี้สามารถแบ่งออกเป็น 5 หมวด ได้แก่ พฤติกรรมเกร (Conduct problems) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) พฤติกรรมด้านอารมณ์ (Emotional problems) และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (Peer problems) ส่วนพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Prosocial behavior) นั้นถือว่าเป็นจุดแข็งของเด็ก

สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับเด็กอายุ 4-16 ปี ที่ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ คะแนนรวมกลุ่ม 1-4 ซึ่งมี 20 ข้อ และคะแนนแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน ดังนั้นจึงมีคะแนนรวม 0 - 40 คะแนน (รวม 4 ด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม) ซึ่งเป็นคะแนนรวมที่แสดงถึง

ปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (Total Difficulties score) โดยคะแนนสูงแสดงถึงมีปัญหาพฤติกรรม ส่วนในกลุ่มที่ 5 ซึ่งเป็นจุดแข็งของเด็ก (Strength score) คะแนนสูงแสดงถึงมีจุดแข็ง

#### 4. ปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

เนื่องจากระบบครอบครัวประกอบด้วย ลักษณะการเลี้ยงดู พยาธิสภาพทางจิตของบิดา มารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสูญเสียและการแยกจากบิดา มารดา ซึ่งจะเป็นรูปแบบการถ่ายทอดพฤติกรรมไปยังบุตร หากบิดา มารดามีพฤติกรรมต่อต้านสังคม เด็กก็จะมีพฤติกรรมต่อต้านกฎระเบียบของบ้าน โรงเรียน และสังคมได้และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของครอบครัว ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นและกิจวัตรสุขภาพของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม พัฒนาการของเด็กและความผาสุกของครอบครัว ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่

4.1 ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินของตนเองและครอบครัว สำหรับการซื้อของที่จำเป็น การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยาและการมีเหลือเก็บเพื่อความมั่นคงของครอบครัว ฐานะทางการเงิน รายได้ของครอบครัว เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความเพียงพอของค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และมีปมด้อย นำไปสู่ความรู้สึกไม่ภาคภูมิใจในตนเอง ความเพียงพอของรายได้ สามารถวัดได้จากแบบสัมภาษณ์ของกุนท์ซลีเพียร์ทอง (2547) การแปรผล คือ คะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ที่ตนเองและครอบครัวมีความเพียงพอของรายได้ในระดับต่ำ ส่วนคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ที่ตนเองและครอบครัวมีความเพียงพอของรายได้ในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเพียงพอของรายได้กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นครอบครัวจึงต้องรับภาระการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่ารักษาอื่นๆหากครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจจะส่งผลต่อการเลี้ยงดูและการส่งเสริมในด้านต่างๆ ส่งผลให้เกิดความเครียดในครอบครัวทำให้การตอบสนองด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตแย่ลง เนื่องจากสังคมและเศรษฐกิจมีความเกี่ยวข้องในเรื่องรายได้ อาชีพ การศึกษา ความเป็นอยู่ โดยโรคทางจิตเวชจะพบมากในสังคมและเศรษฐกิจระดับต่ำ ทำให้เกิดปัญหาความเครียด วิตกกังวลและก่อเป็นโรคจิต (Karno and Norquist, 1995 อ้างถึงใน จริยญา

แก้วสกุลทอง, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ศลักษณา กิติทัศน์เสรีณี (2552) ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนได้แก่ รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับลักษณะของพฤติกรรม (ศลักษณา กิติทัศน์เสรีณี, 2552) ซึ่งเศรษฐกิจจะเป็นตัวกำหนดความสุขของครอบครัวและมีผลต่อ สุขภาพจิตของครอบครัวด้วย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

4.2 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงต่อกันในลักษณะความใกล้ชิด การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นความผูกพันรักใคร่ใกล้ชิดคุ้นเคยสนิทสนมระหว่างบิดา มารดาและบุตร รวมถึงเครือญาติและบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว เป็นความสัมพันธ์ตามบทบาทต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพจิตและการอยู่ร่วมกันอย่างเข้าใจจิตใจกัน เป็นความผูกพันทางจิตใจที่มีต่อกัน ความผูกพันในครอบครัว ก่อให้เกิดอ้อมโนทัศน์ และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตัวบุคคล ทำให้เกิดความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน มีการเผชิญหน้าซึ่งกันและกัน จัดเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่จะสนับสนุนทางสังคม อันจะช่วยทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเครียด หรือป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติที่รุนแรง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี มีความสุข ได้รับความรักความอบอุ่น และเกิดความมั่นคงทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดการกระทำที่ดี และมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (ลำเจียก กัทรและคณะ, 2550) ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัว ประกอบด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลหรือลักษณะการอบรมเลี้ยงดู การพึ่งพาอาศัย การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัวที่สร้างขึ้น โดย จริญญา แก้วสกุลทอง (2552)

ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จากงานวิจัยของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวไทย ที่มีพื้นฐานมาจากความรัก ความเข้าใจ และความผูกพัน พึ่งพิงกันเป็นสายใยในการดำรงชีวิตร่วมกัน และความรัก รับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อสุขภาพจิตของครอบครัว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) และมีการศึกษาวิจัยหลายงานที่พบว่าความขัดแย้งกันในครอบครัว (conflicted parent-child relationships) เป็นตัวกระตุ้นทำให้เด็กสมาธิสั้นเกิดพฤติกรรมมากขึ้นและมีโรคร่วม (Deault, 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในวัยรุ่นที่มีอาการสมาธิสั้น มักมีอาการต่อต้านทำท่าย และอาการต่อต้านทำท่ายมาจากความขัดแย้งในครอบครัว (Edwards and et al, 2001)

4.3 ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล หมายถึง ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความเครียดของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จากแนวคิดของ Denham ที่อธิบายว่าอารมณ์และพฤติกรรมของพ่อ

แม่ทำให้เกิดความต่อเนื่อง และการเปลี่ยนแปลงของปัญหาการแสดงออกของเด็กก่อนวัยเรียน (Denham, 2000) พัฒนาการของเด็กไม่เพียงแต่เป็นผลลัพธ์ของการกระทำของบิดา มารดา แต่รวมถึงเป็นผลต่อเนื่องจากความเป็นตัวตนของบิดา มารดา (Parent's self) ดังนั้นความเชื่อ หรือมุมมองต่อตนเอง และต่อโลกรอบตัวของบิดา มารดาทั้งที่สุขภาพจิตดีหรือมีปัญหาทางจิต จะส่งผลกระทบต่อความคิด ความเชื่อของเด็กให้เป็นไปในทางที่คล้ายกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544) ซึ่งปัญหาทางจิตของพ่อแม่ สามารถวัดได้โดยแบบสัมภาษณ์การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแลกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสัมพันธ์จากการศึกษาพบว่าปัจจัยต่างๆของพ่อแม่ ได้แก่ความผิดปกติด้านอารมณ์ของแม่ ความผิดปกติทางจิตของพ่อแม่และการปฏิบัติตัวของผู้ปกครอง เป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และพฤติกรรมในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น (Harris K. and et al, 2006; Johnston, 1996) และจากการศึกษาวิจัยในวัยรุ่นที่มีอาการสมาธิสั้น พบว่าอาการต่อต้านทำร้ายมาจากระดับความเครียดในครอบครัวปัญหาทางจิตของพ่อแม่ (parental psychopathology) ที่สูงขึ้น ( Edwards and et al., 2001) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นด้วย (Deault, 2009)

4.4 กิจวัตรสุขภาพครอบครัว (Family Health Routine) หมายถึงกิจวัตรสุขภาพครอบครัว ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพของครอบครัว (The Family Health Model) ของเดนแฮม (Denham, 2003) ซึ่งอธิบายสุขภาพครอบครัวว่าเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรที่สมาชิกในครอบครัวใช้ในการดำรงชีวิตเพื่อให้ครอบครัวมีศักยภาพสูงสุดในการได้มา คงไว้ รักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกและครอบครัวโดยรวม โดยกระบวนการนี้ประกอบด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกครอบครัว เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเป็นพฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวกระทำเป็นประจำหรือกระทำจนเป็นนิสัย โดยมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ เสริมสร้างและส่งเสริมภาวะสุขภาพของสมาชิกและครอบครัวโดยรวม จากการที่ครอบครัวทำหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพและขัดเกลาบุคลิกภาพของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนทำหน้าที่ดูแลสมาชิกทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันอันตราย การป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Friedman, 1986) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาพัฒนาการและระดับสติปัญญาที่ลดลง ปัญหาสุขภาพในเด็กและเยาวชนไทย เกิดจากการขาดการปฏิบัติในการเลี้ยงดูที่เหมาะสม และความรับผิดชอบในครอบครัว (Ministry of Public Health et al.2005 อ้างถึงใน Kanjanawetang, 2006 ) ซึ่งกิจวัตรสุขภาพตามแนวคิดของเดนแฮม (Denham, 2003) ประกอบด้วยกิจวัตร 6 ด้าน ได้แก่

1. กิจวัตรด้านการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care Routines) หมายถึงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ กิจกรรมและการออกกำลังกาย รวมถึงเพศและการมีเพศสัมพันธ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อการคงไว้และส่งเสริมภาวะสุขภาพของสมาชิกและครอบครัว

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ได้แก่การเลือกอาหาร การจัดหาและการจัดเก็บอาหาร การเตรียมอาหาร มีอาหาร

1.2 การปฏิบัติกิจวัตรที่เกี่ยวข้องกับการพักผ่อนนอนหลับเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเวลาเข้านอน เวลาตื่นนอน ความต้องการในการพักผ่อนนอนหลับ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในการพักผ่อนนอนหลับ

1.3 การปฏิบัติกิจวัตรที่เกี่ยวกับสุขอนามัย ประกอบด้วยการรักษาความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า การรักษาความสะอาดฟันและการขับถ่าย

1.4 การปฏิบัติกิจวัตรที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่บุคคลและครอบครัวมุ่งกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงาน เช่นการออกกำลังกายเต็มรูปแบบ การออกกำลังกายระหว่างทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายในยามว่าง การทำงานบ้าน

1.5 การปฏิบัติกิจวัตรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และความสัมพันธ์ทางเพศ

2. กิจวัตรด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย (Safety and Prevention Routines) หมายถึงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การป้องกันโรค และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มเหล้าหรือการสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรงในครอบครัว และการป้องกันอุบัติเหตุ

3. กิจวัตรด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต (Mental Health Behavior Routines) หมายถึงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความมีคุณค่าตนเอง ความมีคุณธรรมความสำเร็จในหน้าที่การงาน และการจัดการความเครียด

4. กิจวัตรด้านการดูแลความเป็นครอบครัว (Family Care Routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้เวลาว่างร่วมกัน การร่วมแสดงความคิดเห็นต่อกัน การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อ การสืบทอดประเพณีและวัฒนธรรม

5. กิจวัตรด้านการให้การดูแลครอบครัว (Family Care Giving Routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับงานบ้าน การอบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัว และการจัดการทรัพยากรในครอบครัว

6. กิจวัตรด้านการดูแลความเจ็บป่วย (Illness Care Routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจไปพบแพทย์ การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจวัตรสุขภาพครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสร้างและหล่อหลอมพฤติกรรม ครอบครัวเป็นผู้สร้างบุคลิกภาพ ส่งเสริมการพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและปัญญา ซึ่งเป็นการปฏิบัติในลักษณะของกิจวัตรสุขภาพครอบครัวในลักษณะการเลี้ยงดูของครอบครัว ที่คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของครอบครัว และจากการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ของเด็กสมาธิสั้นและลักษณะพ่อแม่ในครอบครัวของเด็กที่ไม่มีปัญหาและเด็กสมาธิสั้นที่ดื้อน้อยและดื้อมาก พบว่ามีปัญหาพฤติกรรมสูงสุดในเด็กที่ดื้อมาก และพบความแตกต่างในการเลี้ยงดูในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นซึ่งมีการตอบสนองในด้านลบ และมีการให้แรงเสริมทางบวกน้อยกว่าเด็กปกติ (Johnston, 1996)

4.5 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Family Functioning) หมายถึง ภารกิจที่ครอบครัวปฏิบัติ เพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในยามปกติและยามที่เจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายให้สมาชิกในครอบครัว มีการพัฒนาและสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว (กุ่มมาภิชาติ แสงเขียว, 2542) ครอบครัวจะดำรงอยู่อย่างปกติสุขขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆ ด้วย เช่นระบบครอบครัวขยาย ชุมชน โรงเรียน องค์กรทางศาสนา ฯลฯ ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นในครอบครัว มีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพจิต จากแนวความคิดของ McMaster ได้ใช้ทฤษฎีหลายอย่างมาอธิบายการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เช่น ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ฯลฯ โดยทั้งหมดนี้จะอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของทฤษฎีระบบ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. แต่ละหน่วยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ

2. การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้นไม่สามารถทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย

3. รูปแบบของปฏิสัมพันธ์และการจัดองค์กรในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544)

แนวความคิดของ McMaster ได้แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นระดับ จากมีประสิทธิภาพมากที่สุด ที่ช่วยผลักดันให้สมาชิกพัฒนาไปอย่างดี ทั้งกายและใจ จนถึงไร้ประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาในที่สุด โดยได้แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 6 ด้าน ได้แก่

1. การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้ดีและปฏิบัติหน้าที่ด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับปัญหาอาจแบ่งเป็น 2 แบบ คือ ปัญหาทางวัตถุ เช่น ด้านที่อยู่อาศัย การเงิน เป็นต้น และปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความโกรธ ความขมขื่น ความไม่ไว้วางใจ เป็นต้น ในบางครอบครัวอาจมีเพียงปัญหาทางอารมณ์ แต่หากในครอบครัวใดมีปัญหาทางวัตถุก็มักจะมีปัญหาทางอารมณ์ตามมาด้วยเสมอ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่ดีมักแก้ไขปัญหาอย่างไร้ประสิทธิภาพหรืออาจไม่ได้แก้ไขสิ่งใดเลย จนสะสมและเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา

2. การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสื่อสารอาจโดยใช้คำพูด และไม่ใช้คำพูด เช่น สีหน้า แววตา การประสานสายตา และท่าทาง เป็นต้น ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย

3. บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกปฏิบัติต่อกันซ้ำๆ เป็นประจำ บทบาทแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ บทบาททางด้านวัตถุ และบทบาททางด้านอารมณ์

4. การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ทั้งทางด้านปริมาณและสถานการณ์ที่เหมาะสม อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีหลายแบบทั้งอารมณ์เชิงบวก เช่น อารมณ์รัก เป็นสุข และอารมณ์เชิงลบ เช่น โกรธ กลัว เป็นต้น

5. การผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) หมายถึง ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ เริ่มจากการปราศจากความผูกพัน การผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก การผูกพันเพื่อตัวเอง การผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (เป็นระดับที่มีความเหมาะสมที่สุด) การผูกพันมากเกินไป และการผูกพันเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน ซึ่งความผูกพันทางอารมณ์จะมีความแตกต่างกันไปในวงจรชีวิตในแต่ละช่วงอายุ

6. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่ต้องมีการควบคุม แบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ พฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ พฤติกรรมทางสังคม พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายและทรัพย์สิน การรักษาระเบียบวินัยในครอบครัว

ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสามีสัน การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยก่อนเรียน ที่มีพื้นอารมณ์แบบยาก (difficult temperament) ซึ่งพบว่าถ้าครอบครัวมีความขัดแย้งสูงและมีการ

แสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไป เด็กจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวมากขึ้น (Tschann และคณะ, 1996 อ้างถึงในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) และในวัยรุ่นที่เป็น โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง พบว่าการปฏิบัติหน้าที่อย่างไม่เหมาะสมของครอบครัว เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของอาการซึมเศร้า เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 36 สัปดาห์ (Goodyer and et al., 1997 อ้างถึงในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม พบความผิดปกติของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเด็กสมาธิสั้น โดยพบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น (Shin and Kim, 2010)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศ

เนื่องจากในประเทศ มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นน้อย ผู้วิจัยจึงนำผล การศึกษาปัจจัยครอบครัวในเด็กและวัยรุ่นทั่วไป มาประกอบการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นด้วย

วิระวรรณ อุประมาณ (2537) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็ก ที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัว ของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า และหาความสัมพันธ์ระหว่าง การทำหน้าที่ของ ครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างละ 50 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลคือแบบสอวัดภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI (Children's Depression Interventory) และ แบบสอวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว FAD (Family Assessment device) ผลการวิจัยพบว่า 1.ครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ามีการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านยกเว้นด้านการตอบสนอง ทางอารมณ์ แตกต่างกับ ครอบครัวของเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 2.ครอบครัวในกลุ่มเด็กที่มีภาวะ ซึมเศร้า มีอัตราของครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่เหมาะสมด้านการสื่อสารและความผูกพันทางอารมณ์ สูงกว่าในกลุ่มเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 3.การทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้านยกเว้นด้านการ ตอบสนองทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็ก โดยด้านความผูกพันทางอารมณ์ มี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็กมากที่สุด ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ของ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก การดูแลรักษาจึงควรมีการประเมิน และ ช่วยเหลือให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความผูกพันทางอารมณ์ และการ สื่อสาร การณรงค์เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างให้ครอบครัวมีหน้าที่ที่ดียิ่งขึ้นจะช่วยป้องกันภาวะ ซึมเศร้าในเด็ก

กুমมาชาติ แสงเขียว (2542) ศึกษาการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัว ของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการ



ปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามการรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 3. แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า 1. การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป อยู่ในระดับดีพอควร ส่วนด้านการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเล็กน้อย 2. การปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี 3. การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2546) ศึกษาปัจจัยภายในครอบครัวไทยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว พบว่าเงื่อนไขทางเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสุขของครอบครัวและสาเหตุหลักที่ทำให้คู่สมรสมีความขัดแย้งทะเลาะวิวาทกันคือหนี้สินและการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย นอกจากนี้ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีพื้นฐานจากความรัก ความเข้าใจและความผูกพันซึ่งกันเป็นสายใยในการดำรงชีวิตร่วมกัน รวมถึงความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวล้วนมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตในครอบครัว

ศิรินทร์ทิพย์ มากบุญ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 โดยมีวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ 1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และการปรับตัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่มาจากครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน 3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และการปรับตัว 4. เพื่อศึกษาความสามารถ ของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ในการทำนายนการปรับตัวของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนเอกชลแห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 192 คน ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และการปรับตัวของนักเรียน อยู่ในระดับดีพอสมควร พบสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักเรียน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของนักเรียน

จารุณี กาญจนกัณ โท (2548) ศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น ในเขตตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น ในเขตตำบลบางปะกง

อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวและวัยรุ่นที่มีอายุ ระหว่าง 12-15 ปี ในโรงเรียนในตำบลบางปะกง จำนวน 270 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัว ส่วนแบบสอบถามที่ปรับปรุงมาใช้ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบิดามารดา เพศชาย ความพอเพียงของรายได้ และความเชื่อด้านสุขภาพของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบิดามารดา เพศชาย ความเพียงพอของรายได้สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นได้

แสงทอง ไชยเมืองชื่น (2548) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดลำปาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่น การทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่น ประชากรเป็นวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมในจังหวัดลำปางรวมทั้งหมด 6 โรงเรียน จำนวน 1,099 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวจุฬาลงกรณ์แฟมมีลีอินเวนทอรีที่ อุมพร ตรังคสมบัติ (2540) และแบบวัดความก้าวร้าวของทิพย์วัลย์ สุทิน (2538) พบว่าเด็กวัยรุ่นในกลุ่มที่ศึกษา มีพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 13.92 และมีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการปฏิบัติหน้าที่โดยทั่วไป อยู่ในระดับดีพอสมควร และพบความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการแก้ปัญหาเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่น

Trangkasombat U. (2006) ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเปรียบเทียบกับครอบครัวทั่วไป มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็น โรคทางจิตเวชโดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มครอบครัวที่ไม่เคยมี สมาชิกป่วยทางจิตเวช จำนวนกลุ่มละ 60 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ เครื่องมือสัมภาษณ์แบบ semi-structure เพื่อประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และเครื่องมือ Chulalongkorn Family inventory (CFI) ซึ่งเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ผลการศึกษา จากการสัมภาษณ์พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 83.3 และครอบครัวที่เป็นกลุ่มควบคุม ร้อยละ 45 มีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวบกพร่องอย่างน้อยหนึ่งด้าน จำนวนด้านที่ปฏิบัติหน้าที่บกพร่องโดยเฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยสูงกว่าในกลุ่มควบคุม คะแนน

CFI ในกลุ่มผู้ป่วยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแปลว่าครอบครัวผู้ป่วยมีการปฏิบัติหน้าที่ไม่ดี ด้านที่พบว่ามี การปฏิบัติหน้าที่บกพร่องในอัตราสูงคือการแก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีปัจจัยความเครียดทางจิตสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุม และจำนวนปัจจัยความเครียดโดยเฉลี่ยสูงกว่า

Ruananukun K. and Louthrenoo O.(2008) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กสมาธิสั้น พบว่าโรคสมาธิสั้นมีผลกระทบต่อชีวิตเด็กในหลายๆด้าน มีผลกระทบทั้งในเด็ก พ่อแม่ และพี่น้อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในพ่อแม่ของเด็กสมาธิสั้น โดยการเปรียบเทียบในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นกับกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว the Chulalongkorn Family Inventory (CFI) และแบบประเมินการทำหน้าที่ทั่วไปของ McMaster Family Assessment Device (FAD) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ตอบเอง เป็นการวัดปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว การสื่อสารและกิจกรรมที่ทำร่วมกันในครอบครัว ผลการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 44 ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น และ 45 ครอบครัวในกลุ่มควบคุม ซึ่งอายุเฉลี่ยของเด็กคือ  $10.84 \pm 2.33$  ปี ในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นและ  $10.38 \pm 2.61$  ปีในกลุ่มควบคุม พบว่าลักษณะของ sociodemographic ไม่แตกต่างกันทั้ง 2 กลุ่ม ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนของระดับการทำหน้าที่ไม่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มควบคุมในแบบ FAD ในด้านการทำหน้าที่ทั่วไป คะแนน CFI ต่ำกว่าในครอบครัวเด็กสมาธิสั้น สะท้อนให้เห็นถึงการทำหน้าที่ที่แย่กว่าโดยเฉพาะด้านการแก้ปัญหา โดยสรุปการทำหน้าที่ของครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น น้อยกว่าในกลุ่มควบคุม ดังนั้นการประเมินครอบครัว เป็นสิ่งที่ควรนำไปใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น

#### งานวิจัยในต่างประเทศ

Anastopoulos AD. And et al. (1992) มีการศึกษาพบความเครียดของพ่อแม่สูงในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น เป็นการประเมินหลายวิธีที่นำมาใช้ในเด็ก 104 คน ในคลินิกเด็กสมาธิสั้น และนำมาวิเคราะห์โดยใช้ Multiple-regression มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ทั้งเด็กสมาธิสั้น ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของครอบครัว โดยใช้ดัชนีความเครียดในการเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นเกณฑ์ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าลักษณะของพ่อแม่และเด็กมีความสัมพันธ์สูงต่อการแปรผันของความเครียดของพ่อแม่โดยรวม พฤติกรรมต่อต้านของเด็กและความผิดปกติทางจิตของพ่อแม่เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ ความรุนแรงของเด็กสมาธิสั้น ภาวะสุขภาพของเด็ก ภาวะสุขภาพของมารดาเป็นตัวพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญ

Veerman (1995) ศึกษาความเครียด และการทำหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรม ในเด็กที่มารับการบำบัดรักษาในคลินิกจิตเวช โดยประเมินความเครียดในครอบครัว

โดยใช้แบบวัด Questionnaire of Life Events (QLE) และการทำหน้าที่ของครอบครัว ด้วยแบบวัด The Family Adaptability and Cohensive Evaluation Scales (FACES) ร่วมกับแบบประเมินปัญหาพฤติกรรม CBCL ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความเครียดในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวและปัญหาพฤติกรรม นอกจากนี้ยังพบว่า เหตุการณ์ทางลบในอดีตและการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบไม่ยืดหยุ่น ส่งเสริมให้มีการเกิดปัญหาพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ ในเด็ก

Johnston C. (1996) ศึกษาลักษณะของพ่อแม่ในครอบครัวเด็กที่ไม่มีปัญหาเด็กสมาธิสั้น ปกติ-คือมาก-คือน้อย ซึ่งเป็นการศึกษาปฏิสัมพันธ์ของเด็กและลักษณะพ่อแม่ในครอบครัวของเด็กที่ไม่มีปัญหาและเด็กสมาธิสั้น จากการสังเกตและพ่อแม่รายงานพฤติกรรมของเด็กพบปัญหาพฤติกรรมสูงสุดในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่คือมาก การสังเกตพฤติกรรมของพ่อแม่พบมีความแตกต่างกันน้อย และจากรายงานในแต่ละวันของเด็กสมาธิสั้นทั้ง 2 กลุ่ม มีการตอบสนองในด้านลบ และมีการให้แรงเสริมทางบวกน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม การทำหน้าที่ทางจิตของมารดามีความแตกต่างกันระหว่างเด็กสมาธิสั้นกับเด็กปกติ แต่ไม่มีความแตกต่างในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นเอง พ่อของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มของเด็กที่คือมากมีความคิดปกติด้านจิตใจมากกว่ากลุ่มเด็กปกติ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของพ่อแม่ต่ำสุดในเด็กสมาธิสั้นที่คือมาก และสูงสุดในกลุ่มเด็กปกติ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าเด็กคือน้อย และคือมาก มีความแตกต่าง ที่พบความยากลำบากในการเลี้ยงดูเด็กกลุ่มดังกล่าว

Edwards G. and et al. (2001) ศึกษาวัยรุ่นที่มีอาการสมาธิสั้นและอาการต่อต้านทำทนาย มาจากระดับความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัว โดยมีอาการต่อต้านทำทนายมากกว่าอาการสมาธิสั้น ซึ่งจะทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างแม่และลูก รายงานโดยแบบสอบถามของผู้ปกครองและเด็กเกี่ยวกับความขัดแย้งในครอบครัว จากการศึกษาผู้ปกครองของวัยรุ่นชายที่มีอาการสมาธิสั้นและการต่อต้านทำทนาย พบว่ามีการสื่อสารที่มีคุณภาพต่ำ มีการขัดแย้งระหว่างกันสูง ความรุนแรงและความก้าวร้าวระหว่างเด็กและพ่อแม่ เด็กที่มีอาการสมาธิสั้นและการต่อต้านทำทนายจะมีระดับความโกรธและความขัดแย้งของครอบครัวสูง และมีระดับคุณภาพด้านการสื่อสารต่ำ ส่วนเด็กที่มีความประพฤติดีคิดปกติจะมีความขัดแย้งกับพ่อแม่บ่อยกว่าเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นอย่างเดียว

Johnston C. and Mash EJ. (2001) ศึกษาครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลสำหรับในอนาคต เป็นการผสมผสานและการประเมินในสิ่งที่รับรู้เกี่ยวกับลักษณะพ่อแม่ในเด็กสมาธิสั้นจากหลักฐานการแสดงอาการของเด็กสมาธิสั้นสัมพันธ์กับความผิดปกติในหลายด้านของครอบครัวในการทำหน้าที่ของครอบครัว และความผิดปกติในความสัมพันธ์ ของพ่อแม่กับเด็ก การรับรู้ของพ่อแม่ เกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กและศักยภาพของพ่อแม่ที่ลดลงจากความเครียดของพ่อแม่ที่เพิ่มขึ้น ความผิดปกติทางจิตของพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเด็กสมาธิสั้นมีโรคร่วมมี

ปัญหาพฤติกรรมแบบเด็กเลว อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ ถึงกลไกการพัฒนาของความสัมพันธ์ สาเหตุของความสัมพันธ์ที่เป็นกลไกการเกิดความคิดปกติ หรือลักษณะของเด็กและครอบครัวที่มีอิทธิพลที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ผิดปกติขึ้น

Kashdan TB. And et al. (2004) การวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในพ่อแม่เด็กสมาธิสั้น และพฤติกรรมต่อต้านที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลของพ่อแม่และการทำหน้าที่ของครอบครัว ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของพ่อแม่ ในเด็กสมาธิสั้นและอาการของเด็กคือที่ถูกนำมาเป็นส่วนร่วมของตัวทำนายในการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อที่จะศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยการใช้แบบประเมินตนเองของพ่อแม่ ประเมินปัจจัยครอบครัว ทั้ง 3 ปัจจัย ของการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่การให้ความอบอุ่นของพ่อแม่ การให้การเลี้ยงดูเชิงบวก การเลี้ยงดูในเชิงลบ การเข้าไปวุ่นวายมากเกินไป และความเครียดทางสังคม โดยใช้วิธี Multilevel modeling มาประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมต่อต้าน ผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลของพ่อแม่สัมพันธ์เชิงลบกับความอบอุ่นของพ่อแม่ การให้การเลี้ยงดูเชิงบวก การเลี้ยงดูในเชิงลบ การเข้าไปวุ่นวายมากเกินไปและความเครียดทางสังคม ขณะที่ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดทางสังคมอย่างเดียว ส่วนอาการทางด้านเด็กคือสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทุกอย่าง แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในเด็กสมาธิสั้น เพศมีผลปานกลางกับความวิตกกังวลของพ่อแม่ในเรื่องของวิธีการเลี้ยงดูแบบอบอุ่นและการดูแลเชิงบวก ในลักษณะที่แม่มีความวิตกกังวลมากกว่ามีผลให้ความอบอุ่นของครอบครัวและการให้การเลี้ยงดูเชิงบวกน้อยกว่า

Johnston C, Chen M, Ohan J. (2006) ศึกษาบทบาทของพ่อแม่ที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างอาการสมาธิสั้น อาการต่อต้านทำท่าย และความเครียดของพ่อแม่ ศึกษาในแม่ของเด็กชายที่มีอาการสมาธิสั้น และสมาธิสั้นร่วมกับอาการต่อต้านทำท่าย เด็กผู้ชายที่ไม่มีอาการคือ มีการรายงานว่าแม่ของเด็กชายที่มีอาการสมาธิสั้นและอาการต่อต้านจะอ้างเหตุผลด้านลบของพฤติกรรมเด็กที่มีอาการต่อต้านมากกว่าอาการสมาธิสั้นอย่างเดียว ความเศร้า โศกของทั้งพ่อและแม่ส่งผลต่ออาการต่อต้านและความประพฤติดีผิดปกติของเด็ก แต่อาการชนของเด็กไม่ส่งผลต่อความเศร้าโศกของผู้ปกครอง

Harris K. and et al. (2006) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทางจิตสังคมในเด็กสมาธิสั้นก่อนวัยเรียนกับเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมและมีอาการเกี่ยวกับจิตซึมเศร้าและไม่มีอาการเกี่ยวกับจิตซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ของพ่อแม่ที่เป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า และอาการวิตกกังวลในเด็กสมาธิสั้น ได้มีการเสนอว่าการทำงานร่วมกันของรูปแบบของพ่อแม่และอาการผิดปกติด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการอื่นๆของเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น มีการศึกษาที่พิจารณาเกี่ยวกับ

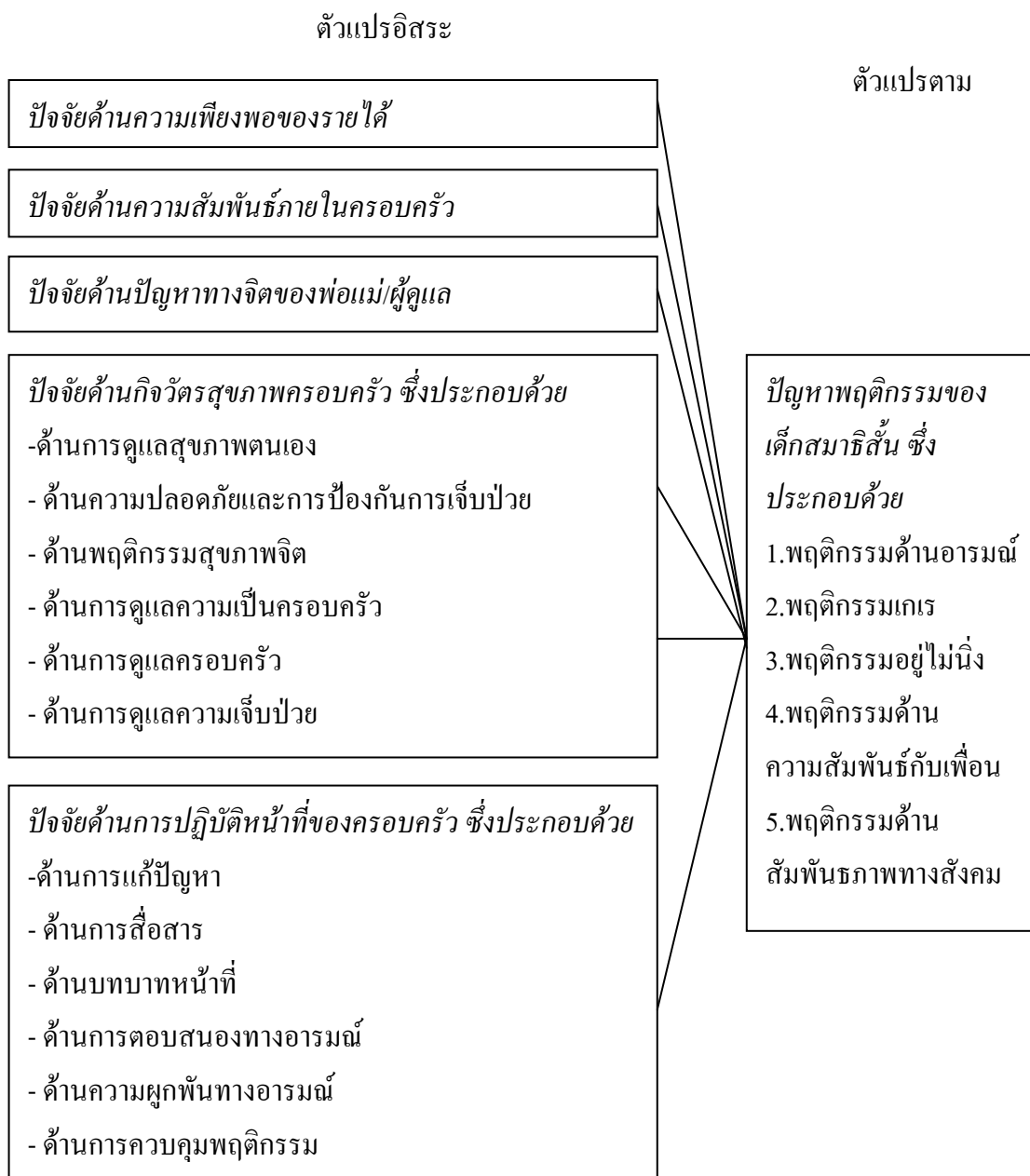
ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าและการปฏิบัติตัวของผู้ปกครอง ความผิดปกติด้านอารมณ์ของแม่และอาการซึมเศร้าในเด็ก โดยประเมินผ่านการรายงานจากแม่ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ทั้ง 6 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาทหน้าที่ การตอบสนองทางอารมณ์ การมีส่วนร่วมทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม พบว่าเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นและความผิดปกติด้วยมีโอกาสที่จะมีแม่ที่มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าเมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นอย่างเดียว ซึ่งทั้งสองกลุ่มถูกแสดงด้วยระดับของปัญหา ในเรื่องบทบาทหน้าที่ของครอบครัว โดยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันมาก

Gerdes AC. And et al. (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายการรับรู้ของพ่อแม่และเด็กในคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และเด็ก ที่ศึกษาในเด็กอายุ 7-9 ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็ก จากคุณภาพของความสัมพันธ์ของเด็กและพ่อแม่ การศึกษาพิจารณาอาการซึมเศร้าของเด็กและผู้ปกครองในสองส่วนคือความอบอุ่นของผู้ปกครองและการยืนยันอำนาจผลการศึกษา แสดงว่า เด็กที่มีอาการสมาธิสั้นจะแสดงอาการซึมเศร้าที่ได้รับจากพ่อแม่ที่มีความอบอุ่นน้อยและการยืนยันอำนาจมากนอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าของผู้ปกครองและความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง ในผู้ปกครองที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะแสดงอาการยึดอำนาจมากและจะให้ความอบอุ่นแก่เด็กน้อยลง ซึ่งผลทั้งหมดยังไม่ชัดเจนเนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพจิตของเด็กเอง ที่คาดว่าทำให้ได้ค่าคุณภาพของความสัมพันธ์ต่ำ

Deault L.C. (2010) ศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับพ่อแม่ ในด้านความสัมพันธ์ของการพัฒนาการร่วมและภาวะพร่องในการทำหน้าที่ในเด็กสมาธิสั้นซึ่งเป็นการสังเคราะห์หลักฐานงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติของพ่อแม่ ซึ่งสัมพันธ์กับครอบครัวของเด็กที่เป็นสมาธิสั้น ที่ทำให้มีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมและความแตกต่างทางพัฒนาการ และมีการนำมุมมองทางพยาธิวิทยาทางพัฒนาการมาเป็นแนวคิดในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ที่อาจจะมีผลต่อแนวทางในการพัฒนาความผิดปกติในมิติต่างๆของวิถีทางการพัฒนา จากการศึกษาของ Johnston and Mash ใน Clin Child Fam Psychol ปี 2001 ที่เป็นการศึกษาอย่างเป็นระบบ เป็นงานวิจัย ปี 2000-2008 ที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรทางด้านการเลี้ยงดูที่สัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น โดยเน้นในเรื่องของการพัฒนาการของอาการการเจ็บป่วยร่วมของทั้งภายนอกและภายใน และเน้นความบกพร่องทางด้านการทำหน้าที่ในด้านการศึกษาและสังคม งานวิจัยล่าสุดมีการออกแบบการใช้ความสัมพันธ์ ที่ชี้ให้เห็นว่าสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีปัญหา ความเครียดที่เพิ่มขึ้นในครอบครัว ความผิดปกติของจิตใจของพ่อแม่ และความขัดแย้งในด้านความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก ซึ่งปรากฏชัดในเด็กในรูปแบบของโรคร่วม และเด็กคือ

Pimentel MJ. et al. (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของพ่อแม่ การปฏิบัติของพ่อแม่และพฤติกรรมของเด็ก เป็นการศึกษาในมารดาของเด็กสมาธิสั้น โดยวัตถุประสงค์ในการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของพ่อแม่ในมิติของการดูแล ความเครียดและวิธีการเลี้ยงดูและลักษณะของเด็กด้านพฤติกรรม ซึ่งการศึกษาจะเน้นในเรื่องของปัจจัยทำนายเกี่ยวกับความเครียดของพ่อแม่ เน้นวิธีการเลี้ยงดูของพ่อแม่และพฤติกรรมของเด็กที่รับรู้ได้ เพื่อที่จะวางแผนในการช่วยเหลือครอบครัวต่อไป โดยศึกษาในมารดา จำนวน 52 คนของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี และใช้ตัวชี้วัดความเครียดของพ่อแม่ฉบับภาษาโปรตุเกส และ EMBU-P และแบบบันทึกพฤติกรรมเด็ก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามารดาของเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดของพ่อแม่สูงกว่า และมีปัญหาพฤติกรรมในเด็กสำรวจทั้งเด็กหญิงและเด็กชายมากกว่า แต่ใช้วิธีการเลี้ยงดูเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมอื่นๆ ซึ่งบ่งชี้ว่าพฤติกรรมของเด็กและวิธีการเลี้ยงดูแบบพิเศษเป็นการทำนายความเครียดของพ่อแม่ได้

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย



กรอบแนวคิดการวิจัย เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น คือ ปัจจัยครอบครัวที่ประกอบด้วยความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับตัวแปรตาม คือปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น



### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นและ ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วยความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Classification of Disease/ ICD 10 เป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10 โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria ) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. เป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10
2. เป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นที่มี อายุ 6-12 ปี
3. เป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มีปัญหาของระดับสติปัญญาหรือโรคร่วมอื่นๆ เช่น Learning disorders, Conduct disorder, Oppositional defiant disorder, Mood disorder
4. เป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้ รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

### วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10 เป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยสูตรของ Thorndike (1978) โดยคำนวณจาก  $N \geq 10k + 50$  ( $N$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง,  $K$  = จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษามีทั้งหมด 6 ตัว จากการคำนวณ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย และพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Random Sampling) โดยสุ่มโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 7 โรงพยาบาล ซึ่งประกอบไปด้วย

3.1 โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรีและโรงพยาบาลชลบุรี

3.2 โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วโรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลตราด

จากการสุ่มโรงพยาบาลศูนย์สุ่มได้โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลทั่วไปสุ่มได้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วและโรงพยาบาลพุทธโสธร จากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของประชากร โดยคัดเลือกจากเวชระเบียนเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ให้ครบตามจำนวนทั้งสิ้น 120 คน ซึ่งในการสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน ทั้งหมด 120 คน โดยใช้เวลาระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม–12 มิถุนายน 2555

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ เป็นแบบสอบถามที่มีทั้งหมด 7 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น ที่สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดาของเด็ก สถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ลำดับการเกิดของเด็ก และรายได้รวมของครอบครัว ลักษณะข้อคำถามมี 2 ลักษณะ คือ คำถามปลายปิดมี

คำตอบให้เลือก 2 คำตอบ จำนวน 1 ข้อ มีคำตอบให้เลือกหลายคำตอบ จำนวน 5 ข้อ และเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของพ่อแม่หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินของตนเองและครอบครัว โดยมีโครงสร้างของเนื้อหา คือ ครอบครัวต้องมีรายได้สำหรับสิ่งต่อไปนี้ คือ สำหรับใช้จ่ายหรือซื้อของที่จำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ค่าเล่าเรียนบุตร การทำกิจกรรมทางสังคม การเดินทางไปพบแพทย์ การซื้อยา และการมีเหลือเก็บ เพื่อความมั่นคงของครอบครัว ที่ผู้วิจัยนำมาจาก แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ ที่สร้างโดย กุณฑลชี เพียรทอง (2547) ซึ่งปรับจากแบบสัมภาษณ์ที่สร้างโดย หงส์ บันเทิงสุข (2545) (อ้างถึงใน กุณฑลชี เพียรทอง, 2547) ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .91 (กุณฑลชี เพียรทอง, 2547)

เครื่องมือเป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงทั้งหมด	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก	4
เป็นจริงปานกลาง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2
ไม่เป็นจริงเลย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเลย	1

การคิดคะแนน ทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อ ซึ่งคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 6-30 คะแนน โดยพิจารณา ค่าเฉลี่ยมีความหมาย ดังนี้

คะแนน 6 - 12 เป็นคะแนนต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ว่าคุณและครอบครัวมีความเพียงพอของรายได้ในระดับต่ำ

คะแนน 13 - 23 เป็นคะแนนปานกลาง หมายถึง มีการรับรู้ว่าคุณและครอบครัวมีความเพียงพอของรายได้ในระดับปานกลาง

คะแนน 24 - 30 เป็นคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ว่าคุณและครอบครัวมีความเพียงพอของรายได้ในระดับสูง

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงต่อกันลักษณะความใกล้ชิด การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว ระหว่างบิดา-มารดา, บิดา มารดาหรือผู้ดูแลหลัก-เด็กสมาธิสั้น, บิดา-มารดา- เด็กสมาธิสั้น ที่

ประกอบด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆ เวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยที่มีต่อกัน การปรึกษากัน ความสนใจในศาสนา การดูแลหรือลักษณะการอบรมเลี้ยงดู การพึ่งพาอาศัย การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกัน และความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว โดยนับตั้งแต่ก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น จนกระทั่งถึงปัจจุบัน ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ของจริญญา แก้วสกุลทอง (2552) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85 (จริญญา แก้วสกุลทอง, 2552) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ เลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อความ	คะแนน
สม่ำเสมอ	5
บ่อย/ทุกโอกาส	4
บางครั้ง	3
นานๆครั้ง	2
ไม่เคยเลย	1

การแปลผล โดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับคะแนนความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยพิจารณา ค่าเฉลี่ยมีความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามถึงสัมพันธภาพการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่เป็นข้อคำถามที่ถามเกี่ยวกับการมีอาการป่วยทางจิตด้วยโรคทางจิตเวช ประกอบด้วยตัวเลือก 2 ข้อ ได้แก่

1. ท่านมีอาการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลและโรคเครียด ที่ต้องพบแพทย์และรับประทานยา

2. ท่านไม่มีอาการป่วยทางจิตด้วยโรคทางจิตเวช

ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับตัวแปรปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย นำมาจากแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัวที่สร้างขึ้นโดย Kanjanawetang (2006) โดยใช้แนวคิดด้านโครงสร้างของรูปแบบสุขภาพครอบครัวซึ่งพัฒนาโดย Denham (2002;2003) มาเป็นกรอบแนวคิด ประกอบกับการนำความรู้เกี่ยวกับกิจวัตรสุขภาพครอบครัวไทยที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกครอบครัวไทยมาสร้างเป็นข้อคำถาม และได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่ามีความตรงตามโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ทดสอบความตรงเชิงเกณฑ์สัมพัทธ์ โดยใช้แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นเกณฑ์ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ( $r = 0.64$ ,  $p < .01$ ) และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น มีค่าเท่ากับ 0.91 (Kanjanawetang, 2006) แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วยกิจวัตร 6 ด้าน ได้แก่

1) ด้าน การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย การพักผ่อนและนอนหลับ กิจกรรมและการออกกำลังกาย รวมถึงการแสดงออกทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์

2) ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย (Safety and prevention routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การป้องกันโรค และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรงในครอบครัว และการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งภายในและภายนอกบ้าน

3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต (Mental health behavior routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ความมีคุณธรรม ความสำเร็จในหน้าที่การงาน และการจัดการความเครียด

4) กิจวัตรด้านการดูแลความเป็นครอบครัว (Family care routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้เวลาว่างร่วมกัน การร่วมแสดงความคิดเห็นต่อกัน การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อ การสืบทอดประเพณี วัฒนธรรม

5) กิจวัตรด้านการดูแลครอบครัว (Family caregiving routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับงานบ้าน การอบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัว และการจัดการทรัพยากรภายในครอบครัว

6) กิจวัตรด้านการดูแลความเจ็บป่วย (Illness care routines) หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจไปพบแพทย์ การไปตรวจตามนัด และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย

ลักษณะแบบวัด (Scale format) เป็นแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว ที่เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ (4-point rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบรวมทั้งหมด 70 ข้อ มีคะแนนรวมของแบบวัดทั้งฉบับระหว่าง 70-280 คะแนน โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

กิจวัตรสุขภาพครอบครัว	ข้อ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
1. ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	1- 17	1, 2, 9, 10, 11, 12, 13, 14	3,4,5,6,7,8,15,16,17
2. ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย	18 – 33	18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27	24,28,29,30,31,32,33
3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต	34 – 48	34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42	43, 44, 45, 46, 47, 48
4. กิจวัตรด้านการดูแลความเป็นครอบครัว	49 – 52	49, 50, 51, 52	-
5. กิจวัตรด้านการดูแลครอบครัว	53 – 65	53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66	56
6. กิจวัตรด้านการดูแลความเจ็บป่วย	66 – 70	67, 68, 70	66, 69

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
ไม่เคย	1	4
นานๆ ครั้ง	2	3
บางครั้ง	3	2
ประจำ	4	1

การแปลผล โดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับคะแนนกิจวัตรสุขภาพครอบครัว โดยพิจารณา ค่าเฉลี่ยมีความหมายดังนี้

- 1.00-1.49 หมายถึง มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวที่ต้องปรับปรุง
- 1.50-2.49 หมายถึง มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวไม่เหมาะสม
- 2.50-3.49 หมายถึง มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวเหมาะสม
- 3.50-4.00 หมายถึง มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวเหมาะสมมาก

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่สร้างตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory, CFI) ซึ่งแปลย้อนกลับ โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ปรับเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	จำนวนข้อ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ด้านการแก้ปัญหา	6	1, 2, 8, 25, 26	3
ด้านการสื่อสาร	5	16, 23, 28, 31	9
ด้านบทบาท	3	10, 17, 29	-
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	5	4, 11, 34, 35	18
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	5	5	12, 21, 24, 33
ด้านการควบคุมพฤติกรรม	4	26	6, 27, 30
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	8	7, 14, 19, 20, 22, 32,	15, 36

ลักษณะของข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ เกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อความ มีดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
ตรงมากที่สุด	4	1
ตรงปานกลาง	3	2
ตรงเล็กน้อย	2	3
ไม่ตรงเลย	1	4

การแปลผล รวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ จากนั้นนำผลคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็นรายด้าน คิดค่าเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม โดยใช้เกณฑ์เพื่อแปลความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปตามข้อเสนอแนะของ แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยทั้งโดยรวมและรายด้าน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ดังนี้

1.00-1.49 หมายถึง บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสมาชิกสันมีการรับรู้ว่าครอบครัวของตนทำหน้าที่ยังไม่ค่อยดี

1.50-2.49 หมายถึง บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสมาชิกสันมีการรับรู้ว่าครอบครัวของตนทำหน้าที่ของครอบครัวดีเล็กน้อย

2.50-3.49 หมายถึง บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสมาชิกสันมีการรับรู้ว่าครอบครัวของตนทำหน้าที่ของครอบครัวดีพอสมควร

3.50-4.00 หมายถึง บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสมาชิกสันมีการรับรู้ว่าครอบครัวของตนทำหน้าที่ของครอบครัวดีมาก

**ส่วนที่ 7** แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (The Strengths and Difficulties Questionnaire :SDQ) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการคัดกรองปัญหาทางพฤติกรรม และปัญหาทางอารมณ์ที่เบี่ยงเบนซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต ทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรก ก่อนที่จะถูกละเลยจนยากต่อการแก้ไข ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่พบในปัจจุบัน เช่น การติดยาเสพติด ความก้าวร้าวรุนแรง ปัญหาทางอาชญากรรม โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย โรคจิต ความผิดปกติของบุคลิกภาพ

แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) พัฒนาโดยRobert Goodman จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษ และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกในปี 2543 โดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล สำหรับแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในเด็กอายุ 4-16 ปีสำหรับผู้ปกครอง ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมด้านบวก และด้านลบ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มเป็น กลุ่มพฤติกรรม 5 กลุ่มได้แก่

กลุ่มพฤติกรรม	ข้อ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ด้านที่เป็นปัญหา			
อารมณ์	1-5	1, 2, 3, 4, 5	-
อยู่ไม่นิ่ง	6-10	6, 8, 9, 10	7
เกร	11-15	11, 12, 13	14, 15
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	16-20	16, 19, 20	17, 18
ด้านที่เป็นจุดแข็ง			
สัมพันธ์ภาพทางสังคม	21-25	21, 22, 23, 24, 25	-

การให้คะแนนแบบประเมิน โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
จริง	2	0
ค่อนข้างจริง	1	1
ไม่จริง	0	2



เกณฑ์ในการให้คะแนน กลุ่ม 1-4 รวมกันเป็น 20 ข้อ ซึ่งคะแนนแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน มีคะแนนรวม 0 - 40 คะแนน (รวม 4 ด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม) เป็นคะแนนรวมที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (Total Difficulties score) คะแนนสูงแสดงถึงมี ปัญหาพฤติกรรม ส่วนในกลุ่มที่ 5 เป็นจุดแข็งของเด็ก (Strength score) คะแนนสูงแสดงถึงมีจุดแข็ง การแปลผลคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง

เกณฑ์คะแนน	ปกติ	เสี่ยง	มีปัญหา
คะแนนรวม	0-13	14-16	17-40
คะแนนพฤติกรรมด้านอารมณ์	0-3	4	5-10
คะแนนพฤติกรรมเกร	0-2	3	4-10
คะแนนพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	0-5	6	7-10
คะแนนพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	0-2	3	4-10
คะแนนพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	6-10	5	0-4
	(มีจุดแข็ง)	(ไม่มีจุดแข็ง)	

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือ พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปขอความ อนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่านประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงความครอบคลุมของเนื้อหา ความ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ความชัดเจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของช่วงคะแนนที่ใช้

ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณา มา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ความเห็นชอบ ก่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมากของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้ง 7 ส่วน ที่ประกอบด้วย 1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ของ ครอบครัว 3. แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 4. แบบสอบถามถึงสัมภาษณ์การ เจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก 5. แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัว 6. แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และ 7. แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก คือ .97, .88, .99,

.86, .99, .99, .99 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป ดังนั้นแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Polit and Beck, 2008)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ โดยได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้ปรับปรุงข้อความที่ซ้ำซ้อน ปรับภาษาให้กระชับเข้าใจง่ายและตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา ปรับรูปแบบของเครื่องมือให้สะดวกต่อการตอบข้อมูลโดยมีประเด็นการแก้ไขดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ปรับแก้ไขดังนี้

ข้อ 4 ปรับข้อความของสถานภาพสมรสของบิดามารดาของเด็ก ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อ 5 ปรับข้อความของบทบาทของผู้ตอบแบบสอบถามในครอบครัวให้สอดคล้องยิ่งขึ้น

ข้อ 6 ปรับข้อความของลักษณะของครอบครัว โดยเพิ่มคำอธิบายให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อ 8 ปรับเพิ่มข้อความของลำดับการเกิดของเด็กให้ชัดเจนขึ้น

ข้อ 9 ปรับข้อความของรายได้ของครอบครัวให้เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ ได้ปรับแก้ไข ดังนี้

ปรับคำชี้แจง ให้กระชับเข้าใจง่ายและใช้ภาษาที่เหมาะสม

ข้อ 1 ปรับแก้ไขข้อความให้ง่ายต่อการตอบ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามถึงสัมภาษณ์การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ได้ปรับแก้ไข

ดังนี้

คำชี้แจง ปรับภาษาให้เหมาะสมเข้าใจง่าย

ข้อความได้ปรับลดข้อความให้กระชับและเข้าใจได้ง่ายขึ้น

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตเวชภาพครอบครัว ได้ปรับแก้ไข ดังนี้

ข้อที่ 11 ปรับภาษาให้เหมาะสม

ข้อที่ 14 ตัดข้อความเพื่อให้กระชับขึ้น

คำอธิบายก่อนถึงข้อความ ได้มีการปรับภาษาให้เหมาะสมและเป็นทางการมากขึ้น

ส่วนที่ 7 ปรับลดข้อความในส่วนที่ไม่สอดคล้องในการทำวิจัยออก โดยตัดข้อความที่ไม่มีเลขข้อออก และปรับการจัดเรียงข้อความโดยแยกเป็น พฤติกรรมแต่ละด้าน

ปรับรูปแบบตารางในส่วนที่ 2, 3, 6 และ 7 เพื่อให้เหมาะสมและสะดวกในการเลือกตอบแบบสอบถามแต่ละข้อ

ในการหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วน ที่ได้รับการปรับปรุง และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลัก ในเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่มี ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบ สัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบสอบถาม ปัจจัยด้านกวีตรสุขภาพครอบครัว แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและแบบประเมิน พฤติกรรมเด็ก (SDQ) เท่ากับ .95, .88, .87, .92 และ .74 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความ อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และเสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ซึ่งเป็น โรงพยาบาลในเขตภาค ตะวันออก และเมื่อจริยธรรมได้รับการพิจารณาและอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยจึงประสาน ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล
2. ติดต่อผู้ช่วยวิจัยที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ จำนวน 1 ท่าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญ การอีก 4 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 ท่านสำหรับการเก็บข้อมูล
3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยการชี้แจงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และการนำ เครื่องมือไปใช้ ความหมายของการให้คะแนน และวิธีการให้คะแนนของเครื่องมือทุกส่วนอย่าง ละเอียด โดยผู้ช่วยวิจัยทุกคนได้ทำความเข้าใจในข้อคำถาม และซักซ้อมในการใช้ข้อคำถามกับ ผู้วิจัยก่อนที่จะไปเก็บข้อมูล และหลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือกับพ่อแม่หรือผู้ดูแล หลักในเด็กสมาธิสั้น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และผู้วิจัยเป็นคนสังเกตการณ์ เพื่อให้ได้ความหมาย ของเครื่องมือแต่ละข้อคำถามตรงกัน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลระยอง เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม และ 1 มิถุนายน 2555 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลพระยุพราชสระแก้ว ผู้วิจัยได้ใช้จริยธรรมของโรงพยาบาลพุทธโสธรในการเก็บข้อมูล ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที และไม่ต้องระบุชื่อสกุลในแบบสอบถาม โดยข้อมูลทุกอย่างในแบบสอบถามจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบทันที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดาของเด็ก สถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลำดับการเกิดของเด็ก และรายได้ของครอบครัว นำมาวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายด้าน คำนวณ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความเพียงพอของรายได้ นำมาวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับความเพียงพอของรายได้ครอบครัวเป็น 3 ระดับ แล้วนำคะแนนรวม มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน
4. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว นำมาวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็น 3 ระดับ แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

5. การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่หรือผู้ดูแล วิเคราะห์โดยการนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ แล้วนำคะแนนรวม มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติ Eta

6. กิจวัตรสุขภาพครอบครัว นำมาวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายด้าน และแบ่งระดับกิจวัตรสุขภาพครอบครัวเป็น 4 ระดับ แล้วนำคะแนนรวม มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

7. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว นำมาวิเคราะห์ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายด้าน และแบ่งระดับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็น 4 ระดับ แล้วนำคะแนนรวม มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และกำหนดเกณฑ์สำหรับแปลผลระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ คือ (Burns & Grove, 2001)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  $r \geq 0.51$  ขึ้นไป แสดงถึง ความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  $r \geq 0.31 - 0.50$  แสดงถึง ความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  $r \geq 0.10 - 0.30$  แสดงถึง ความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วยความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยผู้ศึกษาวิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นที่รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ ทั้ง 4 แห่ง ซึ่งได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 120 ฉบับ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 3 ความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ส่วนที่ 5 การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล

ส่วนที่ 6 กิจวัตรสุขภาพครอบครัว

ส่วนที่ 7 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลำดับการเกิดของเด็ก รายได้รวมของครอบครัว จำนวน (N=120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก		
บิดา/มารดา	87	72.50
ปู่ย่า/ตายาย	13	10.80
อื่นๆ เช่น ลุงป้า, น้าอา	20	16.70
เพศ		
ชาย	8	6.70
หญิง	112	93.3
อายุ (ปี) ( $\bar{X} = 42.06$ $SD = 9.53$ )		
20-30	9	7.50
31-40	57	47.50
41-50	23	19.17
51-60	31	25.83
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.70
ประถมศึกษา	58	48.30
มัธยมศึกษา	22	18.30
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	22	18.30
ปริญญาตรี	16	13.40
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
สถานภาพสมรส		
สมรสอยู่ร่วมกัน	83	69.20
สมรสแยกกันอยู่	29	24.20
หย่าร้าง	4	3.30
หม้าย (บิดาหรือมารดา เสียชีวิต)	4	3.30

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	49	40.80
ครอบครัวขยาย	61	50.80
ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว	10	8.40
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	21	17.50
4-6 คน	75	62.50
7 คน ขึ้นไป	24	20.00
ลำดับการเกิด		
ลำดับที่ 1	78	65.00
ลำดับที่ 2	42	35.00
จำนวนบุตร		
1 คน	72	60.00
2 คน	48	40.00
รายได้(บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	35	29.20
10,001 - 20,000 บาท	57	47.40
20,001 - 30,000 บาท	6	5.00
30,001 - 40,000 บาท	8	6.70
40,001 บาทขึ้นไป	14	11.70

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 72.50 รองลงมา คือ บุคคลอื่นๆ (ลุง/ป้า น้ำ/อา) คิดเป็นร้อยละ 16.70 และส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.30 เป็นเพศชาย ร้อยละ 6.70 ซึ่งมีอายุ ระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.50 รองลงมา คือ อายุ ระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.83 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.30 รองลงมา คือมัธยมศึกษา และ



อนุปรัชญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 18.30 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมรสและอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 69.20 รองลงมา คือสมรสแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 24.20 ลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวชาย คิดเป็นร้อยละ 50.80 รองลงมา คือ ครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 40.80 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 – 6 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมาคือ 7 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.00 ลำดับการเกิด ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก คิดเป็นร้อยละ 65.00 รองลงมา คือบุตรคนที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 35.00 และส่วนใหญ่มีบุตรคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ มีบุตรสองคน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รายได้รวมของครอบครัว ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.40 รองลงมา คือน้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.20

## ส่วนที่ 2 ปัญหาพฤติกรรม

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรม จำแนกตามระดับของปัญหา (N=120)

ระดับปัญหาพฤติกรรม		จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาพฤติกรรมโดยรวม			
	ปกติ	29	24.17
	เสี่ยง	13	10.83
	มีปัญหา	78	65.00
ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	$\bar{X} = 7.06$	SD = 3.30	ระดับมีปัญหา
	ปกติ	22	18.23
	เสี่ยง	23	19.17
	มีปัญหา	75	62.50
ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน	$\bar{X} = 4.43$	SD = 3.90	ระดับมีปัญหา
	ปกติ	31	25.84
	เสี่ยง	5	4.16
	มีปัญหา	84	70.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ระดับปัญหาพฤติกรรม		จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์	$\bar{X} = 4.20$	SD = 4.13	ระดับเสี่ยง
ปกติ		55	45.83
เสี่ยง		0	0.00
มีปัญหา		65	54.17
ปัญหาพฤติกรรมเกร	$\bar{X} = 3.00$	SD = 2.81	ระดับเสี่ยง
ปกติ		38	31.66
เสี่ยง		41	34.17
มีปัญหา		41	34.17
ปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	$\bar{X} = 6.32$	SD = 3.69	ระดับปกติ
ปกติ		83	69.17
เสี่ยง		19	15.83
มีปัญหา		18	15.00

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับพฤติกรรมโดยรวมของเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 65.00 รองลงมา คือ ระดับ ปกติ คิดเป็นร้อยละ 24.17 ปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น รายด้าน ด้านที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.06 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 และระดับเสี่ยง คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 และพฤติกรรมเกรส่วนพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.32 ส่วนปัญหาพฤติกรรมรายด้าน ด้านที่มีปัญหา มากที่สุด คือ ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 70.00 และปัญหาพฤติกรรมด้านที่เป็นปัญหารองลงมา คือปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง คิดเป็นร้อยละ 62.50

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัญหาพฤติกรรม ของเด็กสมาธิสั้น จำแนกรายข้อและรายด้าน (N=120)

ปัญหาพฤติกรรมเด็ก	$\bar{X}$	SD
<b>พฤติกรรมด้านอารมณ์</b>	<b>4.20</b>	<b>4.13</b>
1. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย	0.93	0.79
2. กังวลใจหลายเรื่อง คิดวกกังวลเสมอ	0.91	0.82
3. คุณไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย	0.68	0.80
4. เครียดไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นและขาดความมั่นใจในตนเอง	0.86	0.87
5. ชี้กั้ว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย	0.83	0.85
<b>พฤติกรรมเกร</b>	<b>3.00</b>	<b>2.81</b>
6. มักจะอาละวาด หรือโมโหร้าย	0.80	0.79
7. ไม่เชื่อฟัง ไม่ทำตามที่คุณใหญ่ต้องการ	1.03	0.52
8. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น	0.40	0.49
9. ชอบโกหก หรือจู้โกง	0.67	0.61
10. ขโมยของของที่บ้าน โรงเรียน หรือที่อื่น	0.10	0.40
<b>พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง</b>	<b>7.06</b>	<b>3.30</b>
11. อยู่ไม่นิ่ง นั่งนิ่งๆไม่ได้	1.57	0.64
12. อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก	1.18	0.66
13. วอกแวกง่าย สมาธิสั้น	1.43	0.68
14. ไม่คิดก่อนทำ	1.56	0.65
15. ทำงานไม่เสร็จ ไม่มีสมาธิในการทำงาน ไม่มีความตั้งใจในการทำงาน	1.32	0.67
<b>พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน</b>	<b>4.43</b>	<b>3.90</b>
16. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว	0.74	0.76
17. ไม่มีเพื่อนสนิท	0.93	0.80
18. ไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน	0.94	0.74
19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียน หรือรังแก	0.87	0.85
20. เข้ากับคุณใหญ่และเด็กวัยเดียวกันไม่ได้	0.96	0.75

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัญหาพฤติกรรมเด็ก	$\bar{X}$	SD
<b>พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม</b>	<b>6.32</b>	<b>3.69</b>
21. ไม่ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น	1.19	0.73
22. ไม่เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม ของเล่น ดินสอ เป็นต้น)	1.32	0.72
23. เป็นที่พึ่งไม่ได้ เมื่อคนอื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ	0.98	0.69
24. ไม่ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า	1.42	0.75
25. ไม่ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่ ครู เด็กคนอื่น)	1.42	0.80

จากตารางที่ 3 พบว่า ข้อคำถามแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก จำนวน 25 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 11. อยู่ไม่นั่ง นิ่งนิ่งๆไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.57 รองลงมา คือ ข้อ 14. ไม่คิดก่อนทำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.56 และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อ 10. ขโมยของที่บ้าน โรงเรียน หรือที่อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.10

ส่วนที่ 3 ความเพียงพอของรายได้

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ และระดับความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว ของเด็กสมาธิสั้น (N=120)

ระดับ	ความเพียงพอของรายได้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ	ต่ำ	17	14.17
	ปานกลาง	74	65.83
	สูง	24	20.00

$\bar{X}$  = 18.13    SD = 6.03    Max = 30    Min = 7

จากตารางที่ 4 พบว่า ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.83 รองลงมา คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00 และมีจำนวนน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 14.17

#### ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ และระดับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ของเด็กสมาธิสั้น (N=120)

ระดับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	5	4.17
ปานกลาง	42	35.00
สูง	73	60.83

จากตารางที่ 5 พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ สูง คิดเป็น ร้อยละ 60.83 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.00 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4.17

#### ส่วนที่ 5 การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ของเด็กสมาธิสั้น (N=120)

การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการเจ็บป่วยทางจิต	9	7.50
ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต	111	92.50

จากตารางที่ 6 พบว่า พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 120 คน ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 92.50 และมีอาการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50

### ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านจิตเวชสภาพครอบครัว

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยด้านจิตเวชสภาพครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น จำแนกรายด้าน (N=120)

ปัจจัยด้านจิตเวชสภาพครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการดูแลครอบครัว	3.69	0.51	เหมาะสมมาก
ด้านการดูแลความเจ็บป่วย	3.61	0.74	เหมาะสมมาก
ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย	3.45	0.72	เหมาะสม
ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	3.32	0.63	เหมาะสม
ด้านการดูแลความเป็นครอบครัว	3.28	0.63	เหมาะสม
ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต	3.21	0.74	เหมาะสม
รวม	3.43	0.66	เหมาะสม

จากตารางที่ 7 พบว่า ปัจจัยด้านจิตเวชสภาพครอบครัว โดยรวมทุกด้าน มีค่าเฉลี่ย 3.43 อยู่ในระดับเหมาะสม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านการดูแลครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 อยู่ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาคือ ด้านการดูแลความเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 อยู่ในระดับเหมาะสมมากเช่นกัน ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับเหมาะสม

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ และระดับจิตเวชสภาพครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น (N=120)

ระดับจิตเวชสภาพครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เหมาะสม	0	0
ควรปรับปรุง	0	0
เหมาะสม	72	60.00
เหมาะสมมาก	48	40.00

จากตารางที่ 8 พบว่า จิตเวชสภาพครอบครัวโดยรวมของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 120 คน อยู่ในระดับเหมาะสม จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และอยู่ในระดับเหมาะสมมาก จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00

### ส่วนที่ 7 การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ของเด็กสมาธิสั้น (N=120)

ระดับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ทำหน้าที่ของครอบครัวยังไม่ค่อยดี	0	0
ทำหน้าที่ของครอบครัวดีเล็กน้อย	19	15.83
ทำหน้าที่ของครอบครัวดีพอสมควร	75	62.50
ทำหน้าที่ของครอบครัวดีมาก	26	21.67

จากตารางที่ 9 พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม ของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 120 คน อยู่ในระดับดีพอสมควร จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 อยู่ในระดับ ดีมาก จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 21.67 และอยู่ในระดับดีเล็กน้อย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 15.83

### ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ความพอเพียงของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (N=120)

ตัวแปร	r	p-value
การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล	0.216*	0.01
ความพอเพียงของรายได้ของครอบครัวกับ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	- 0.237	0.009
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	- 0.277	0.002
ปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัวกับ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	- 0.278	0.002
ปัจจัยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น	- 0.355	0.000

\*สหสัมพันธ์แบบ point biserial .01

จากตารางที่ 10 จากการศึกษาพบว่า

1. การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $r = 0.216$ )

2. ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $r = -0.237, -0.277, -0.278, -0.355$  ตามลำดับ)



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจกรรมสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 6-12 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Classification of Disease/ICD 10 ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 6-12 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10 และคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Random Sampling) สุ่มได้โรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ สุ่มโรงพยาบาลทั่วไปได้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และโรงพยาบาลพุทธโสธร จากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของประชากร โดยคัดเลือกจากเวชระเบียนเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria ) ให้ครบตามจำนวน โดยใช้เวลาระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม – 12 มิถุนายน 2555

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ เป็นแบบสอบถามที่มีทั้งหมด 7 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น ที่ถามเกี่ยวกับ สถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลำดับการเกิดของเด็ก และรายได้รวมของครอบครัว ลักษณะข้อคำถามมีทั้งคำถามปลายปิดมีคำตอบให้เลือก และคำถามปลายเปิด

**ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของพ่อแม่หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินของตนเองและครอบครัว ที่ผู้วิจัยนำมาจาก แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ ของกฤษณ์ชลิ เพียรทอง (2547) โดยเป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงต่อกันลักษณะความใกล้ชิด การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว ระหว่างบิดา-มารดา, บิดา มารดาหรือผู้ดูแลหลัก-เด็กสมาธิสั้น, บิดา-มารดา-เด็กสมาธิสั้น ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว ของจริญญา แก้วสกุลทอง (2552) ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถาม 10 ข้อ

**ส่วนที่ 4** แบบสัมภาษณ์การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่เป็นข้อความที่ถามเกี่ยวกับการมีอาการป่วยทางจิตด้วยโรคทางจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีตัวเลือก 2 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับตัวแปรปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 คำตอบที่ตรงกับความเป็นจริง

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย นำมาจากแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัวที่สร้างขึ้น โดย Kanjanawetang (2006) โดยใช้แนวคิดด้านโครงสร้างของรูปแบบสุขภาพครอบครัว ซึ่งพัฒนาโดย Denham (2002;2003) มาเป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วยกิจวัตร 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care routines) 2) ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย (Safety and prevention routines) 3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต (Mental health behavior routines) 4) กิจวัตรด้านการดูแลความเป็นครอบครัว (Family care routines) 5) กิจวัตรด้านการดูแลครอบครัว (Family caregiving routines) 6) กิจวัตรด้านการดูแลความเจ็บป่วย (Illness care routines) ลักษณะแบบวัด (Scale format) เป็นแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว ที่เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ (4-point rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบรวมทั้งหมด 70 ข้อ มีคะแนนรวมของแบบวัดทั้งหมดระหว่าง 70-280 คะแนน มีเกณฑ์ในการให้คะแนน การแปลผล โดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์

โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยพิจารณา ค่าเฉลี่ย เป็น 4 ระดับ

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่สร้างตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมมิลีอินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory, CFI) ซึ่งแปลย้อนกลับ โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ปรับเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทย ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ที่ประกอบด้วยด้านการแก้ปัญหา จำนวน 6 ข้อ ด้านการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ด้านบทบาท จำนวน 3 ข้อ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านควบคุมพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าโดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ และแบ่งระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็น 4 ระดับ

**ส่วนที่ 7** แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (The Strengths and Difficulties Questionnaire : SDQ) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการคัดกรองปัญหาทางพฤติกรรม และปัญหาทางอารมณ์ที่เบี่ยงเบน สำหรับแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินพฤติกรรมในเด็กอายุ 4-16 ปีสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมด้านบวก และด้านลบ ซึ่งสามารถจัดเป็นกลุ่มพฤติกรรมได้ 5 กลุ่มได้แก่ 1. กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ มีจำนวน 5 ข้อ 2. กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง มีจำนวน 5 ข้อ 3. กลุ่มพฤติกรรมเกรง มีจำนวน 5 ข้อ 4. กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีจำนวน 5 ข้อ 5. กลุ่มพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม มีจำนวน 5 ข้อ ซึ่งกลุ่ม 1-4 รวมกันเป็น 20 ข้อ เป็นคะแนนรวมที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (Total Difficulties score) ส่วนในกลุ่มที่ 5 เป็นจุดแข็งของเด็ก (Strength score) การให้คะแนนแบบประเมินพฤติกรรม จะแบ่งเป็น 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ และ มีอยู่ 5 ข้อ ที่ข้อความตรงข้าม และให้คะแนนกลับกับข้ออื่น คะแนนแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0 - 10 คะแนน มีคะแนนรวม 0 - 40 คะแนน (รวม 4 ด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธ์ทางสังคม) การแปลผลคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) สำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง โดยคะแนนรวมรายด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือ พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่านประกอบด้วย

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน จิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง ความครอบคลุมของเนื้อหา คุณภาพสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของช่วงคะแนนที่ให้

ผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณาตามคำถามค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ความเห็นชอบก่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมากของผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้ง 7 ส่วนที่ประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ 3. แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 4. แบบสอบถามถึงสัมภาษณ์การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล 5. แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจกรรมสุขภาพครอบครัว 6. แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และ 7. แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก คือ .97, .88, .99, .86, .99, .99, .99 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ดังนั้นแบบประเมินที่ผู้วิจัยใช้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ โดยได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้ตัดข้อความที่ซ้ำซ้อน ปรับภาษาให้กระชับและเข้าใจง่ายและตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษา

ในการหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วน ที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่รับบริการที่แผนกจิตเวชโรงพยาบาลพุทธโสธร และมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจกรรมสุขภาพครอบครัว แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) เท่ากับ .95, .88, .87, .92 และ .74 ตามลำดับ

### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ในการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น พบว่าจากข้อคำถามแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) จำนวน 25 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 11. อยู่ไม่นั่ง นิ่งนิ่งๆ ไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.57 รองลงมา คือ ข้อ 14. ไม่คิดก่อนทำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.56 และข้อที่ได้คะแนน

น้อยที่สุด คือข้อ 10.ข โหมยของที่บ้าน โรงเรียนหรือที่อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.10 และปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นรายด้าน ระดับที่มีปัญหา คือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.06 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 และระดับเสี่ยง คือพฤติกรรมด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 และจากการจำแนกปัญหาพฤติกรรมรายด้าน พบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมา คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง คิดเป็นร้อยละ 62.5 และสรุปพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นโดยรวมของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 120 คน พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหา จำนวน 78 คน คิดเป็น ร้อยละ 65.00 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับอยู่เสี่ยง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 10.83 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 24.17

2. ในการศึกษาความเพียงพอของรายได้ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น พบว่า จากข้อคำถามความเพียงพอของรายได้ จำนวน 6 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 1.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านการซื้อของใช้ที่จำเป็นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 รองลงมา คือ ข้อ 3. ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านการเดินทางไปพบแพทย์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อ 4.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านการท่องเที่ยวหรือร่วมงานประเพณี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 สรุปความพอเพียงของรายได้ของครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นจำนวน 120 คนพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.83 รองลงมา คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 14.17

3. ในการศึกษาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่า จากข้อคำถามความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 9.ท่านให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 รองลงมา คือข้อ 10.ท่านพึงพอใจในชีวิตครอบครัวปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือข้อ 2.สมาชิกในครอบครัวมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด ปีใหม่ วันแห่งความรัก ครบรอบแต่งงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 สรุปความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 120 พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.83 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.00 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 4.17

4. ในการศึกษาการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่าพ่อแม่/ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต คิดเป็นร้อยละ 92.50 และพบว่ามีอาการเจ็บป่วยทางจิต คิดเป็นร้อยละ 7.50

5. ในการศึกษากิจวัตรสุขภาพครอบครัว พบว่า จากข้อคำถาม จำนวน 70 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ข้อ 16.คนในครอบครัวปฏิบัติสุขภาพการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการ

ตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ข้อ 17. คนในครอบครัวปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่สามีภรรยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 และข้อ 32. คนในครอบครัวปฏิเสธการใช้สารกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า ยาไอ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 รองลงมา คือ ข้อ 15. คนในครอบครัวไม่หมกมุ่นกับหนังสือ การ์ตูน ซีดี หรืออินเทอร์เน็ตที่มีภาพโป๊เปลือย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อ 6. คนในครอบครัวกินขนมถุงกรอบกรอบ น้ำอัดลมหรือผลไม้ดองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านการดูแลครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 อยู่ในระดับเหมาะสมมาก รองลงมาคือ ด้านการดูแลสุขภาพเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และจากการศึกษา พบว่าเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ทำการศึกษาทั้งหมด 120 คน มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวอยู่ในระดับที่เหมาะสม จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีระดับกิจวัตรสุขภาพครอบครัวอยู่ในระดับเหมาะสมมาก จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ไม่พบครอบครัวเด็กสมาธิสั้นที่มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวในระดับไม่เหมาะสมและระดับที่ควรปรับปรุง ซึ่งสรุปรวมเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ศึกษา มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับที่เหมาะสม

6. ในการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบว่า จากข้อคำถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 36 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 26. ครอบครัวของคุณ ห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 รองลงมา คือ ข้อ 35. ในยามวิกฤติคนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ข้อ 27. ครอบครัวของคุณมีลักษณะตามสบาย ไม่ยึดถือมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใดๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.03 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ด้านบทบาทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 อยู่ในระดับดีพอสมควร รองลงมาคือด้านการทำหน้าที่ทั่วไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 อยู่ในระดับดีพอสมควร และจากการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 120 คน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดีพอสมควร คิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมา คือ ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 21.67 และระดับดีเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.83 ไม่พบการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ยังไม่ค่อยดี ซึ่งสรุปรวมเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ศึกษา มีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดีพอสมควร

7. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความพอเพียงของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $r = 0.216$ ) และพบความพอเพียงของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจวัตรสุขภาพ

ครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $r = -0.237, -0.277, -0.278, -0.355$  ตามลำดับ )

### อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น พบว่า อัตราความชุกโดยรวมของเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรม คิดเป็น ร้อยละ 65 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับที่มีปัญหามาก คือ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 70 เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มักมีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เข้ากับเพื่อนฝูงและคนในครอบครัวไม่ค่อยได้เพราะการควบคุมตนเองไม่ค่อยดี อุดหนุนไม่ค่อยได้ ทำอะไรโดยไม่มีระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ฯลฯ ประกอบกับครอบครัวเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีคะแนนการมีกฎระเบียบหรือกฎเกณฑ์ ในครอบครัวค่อนข้างต่ำ จึงทำให้พฤติกรรมในด้านนี้เป็นปัญหา และระดับของพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่มีปัญหาในระดับมากอีกข้อ คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เด็กจะมีอาการซนมาก อยู่ไม่นิ่งและกระตือรือร้นที่เรียกว่า hyperactive ซึ่งอาจสังเกตอาการได้ตั้งแต่ยังเล็ก เด็กจะเป็นคนมีพลังมาก เดินแก่งว้างแก่ง ปีนป่ายไม่หยุด ถ้าสั่งให้เด็กนั่งจะพบว่าเด็กทำไม่ได้หรือนั่งได้ประมาณ 5 นาที เด็กจะเริ่มขยับตัวขยุกขยิก อาการนี้ทำให้เด็กมีปัญหาเมื่อเข้าโรงเรียน อาจลุกขึ้นขณะที่ครูสอนหรือสะกิดเพื่อน ซนเพื่อนคุย ทำให้ครูมีทัศนคติเชิงลบต่อเด็กและทำโทษเด็ก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) ซึ่งในเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ศึกษาพบได้ถึง ร้อยละ 62.50 และพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ระดับที่มีปัญหาเสี่ยง คือ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พบได้ถึง ร้อยละ 54.17 ซึ่งเด็กสมาธิสั้นจำนวนมากมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย จีโมโท และควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ บางคน เวลาโกรธก็จะโกรธแรงและแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น ชกหน้าเพื่อน ตะโกนดั่งๆ ฯลฯ อารมณ์หงุดหงิดง่ายนี้ทำให้เด็กมีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและคนในครอบครัว เด็กหลายคนมีอารมณ์เศร้าและวิตกกังวลเนื่องจากประสบความล้มเหลวในด้านการเรียนและมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น เด็กบางคนมีอารมณ์เศร้าแบบเรื้อรัง บางคนมีอารมณ์หงุดหงิดแทนที่จะเป็นอารมณ์เศร้าตรงๆ บางคนมีความวิตกกังวลกลัวว่าตนจะทำได้ไม่ดีเท่ากับเพื่อนๆ อาการเศร้าและกังวลนี้จะทำให้เด็กไม่มีสมาธิและวอกแวกมากขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) และปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่เป็นปัญหาในระดับเสี่ยงอีกข้อ คือ ปัญหาพฤติกรรมเกรง ซึ่งพบได้ถึง ร้อยละ 34.17 ซึ่งปัญหาพฤติกรรมเกรง คือ ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ส่วนหนึ่งมาจากอาการของโรคเอง และอีกส่วนหนึ่งมาจากการเลี้ยงดูที่มีการอบรมระเบียบวินัยอย่างไม่คงเส้นคงวา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่าการขาดทักษะ ไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดู สามารถทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้นหรือเป็นเด็กก้าวร้าวได้ (เบญจพร ปัญญาขง, 2543) ส่วนพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม

ในเด็กสมาธิสั้นที่ทำการศึกษาวิจัย พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็น ร้อยละ 69.17 และพบว่าอยู่ในระดับที่มีปัญหา เพียง ร้อยละ 15.00 ซึ่งนับว่าเป็นข้อดี หรือเป็นจุดแข็งของเด็ก เป็นปัจจัยที่ช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นได้ และเมื่อนำอัตราความชุกที่พบในเด็กสมาธิสั้นมาเปรียบเทียบกับการศึกษาความชุกของปัญหาพฤติกรรม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของวรรณวิไล กมลกิจวัฒนา (2544) ที่พบว่าในกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษามีปัญหาพฤติกรรม เพียงร้อยละ 46.4 และเมื่อจำแนกรายด้าน ก็พบว่ามีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 20.60 มีปัญหาพฤติกรรมด้านความประพฤติ ร้อยละ 19.20 มีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ร้อยละ 17.30 มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 17.00 ซึ่งพบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีความชุกมากกว่าเด็กทั่วไปในทุกด้าน

2. จากการศึกษาความเพียงพอของรายได้ พบว่าครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่มีความพอเพียงของรายได้ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.83 มีความพอเพียงของรายได้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.00 และครอบครัวที่มีความพอเพียงของรายได้อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 14.17

3. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่ศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 60.83 ระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 35 ระดับต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 4.17 ตามลำดับ ซึ่งนับว่าเป็นความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว แต่ยังคงมีความสัมพันธ์รายข้อ บางข้อที่ยังไม่ค่อยดี เช่น สมาชิกในครอบครัวมีการให้ของขวัญกันและกัน เนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด ปีใหม่ วันแห่งความรัก ครอบรอบแต่งงาน และ สมาชิกในครอบครัวมีการชื่นชมและให้กำลังใจกันและกันแม้ในสิ่งเล็กน้อยๆ ที่มีระดับคะแนนค่อนข้างต่ำ

4. การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล จากข้อมูลการศึกษาวิจัยพบว่าพ่อแม่/ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่ต้องพบแพทย์หรือรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 92.5 และพบข้อมูลของพ่อแม่ / ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่ต้องพบแพทย์หรือรับประทานยา เพียง ร้อยละ 7.5

5. ในการศึกษาปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัว พบว่าปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัวรวมทุกด้านอยู่ในระดับเหมาะสม และเมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสม แต่ยังมีกิจวัตรสุขภาพครอบครัว รายข้อ บางข้อยังไม่ค่อยดี เช่น การกินขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม การซื้ออาหารสำเร็จ การนอนไม่หลับต่อเนื่อง หรือหลับๆ ตื่นๆ เวลากลางวัน ขาดการออกกำลังกาย การแก้ไขปัญหาโดยใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล การดื่มสุรา การได้เตียงเพื่อเอาชนะ และการติดเกมส์หรืออินเทอร์เน็ตซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมได้



6. การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ส่วนใหญ่มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 60 และเมื่อแยกรายด้าน พบว่า ด้านการดูแลครอบครัว และด้านการดูแลความเจ็บป่วย อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ส่วนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต และด้านการดูแลความเป็นครอบครัว อยู่ในระดับเหมาะสม แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ยังมีบางข้อที่ยังไม่ค่อยดี เช่น การไม่ยึดถือมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใดๆ การที่ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กไม่กล้าแสดงออก ไม่กล้าคิดกล้าทำอะไรด้วยตัวเองได้ ซึ่งล้วนแต่เป็นลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพบว่าการเลี้ยงดูแบบแบบตามใจโดยไม่มีขอบเขต ไม่มีการควบคุมหรืออบรมระเบียบวินัยที่เหมาะสม ในที่สุดพฤติกรรมของเด็กจะเป็นปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ จนพ่อแม่ควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้และลงโทษเด็กรุนแรง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่าการควบคุมที่เข้มงวดเกินไป จะทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ เพราะความต้องการของเด็กมักจะถูกพ่อแม่ขัดขวางหรือมีการตั้งเงื่อนไขกฎเกณฑ์มากเกินไปจนเด็กรู้สึกต่อต้าน รู้สึกพ่อแม่ไม่รัก และอาจคิดเปรียบเทียบครอบครัวของตนกับครอบครัวอื่น ปฏิกริยาต่อการควบคุมที่มากเกินไปนี้อาจออกมาในรูปของปัญหาทางอารมณ์เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือปัญหาพฤติกรรม เช่น คือ ต่อต้านและเถร (Dadds, 1987 อ้างถึงในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

7. จากการศึกษา พบว่า ความพอเพียงของรายได้ของครอบครัวเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $r = -0.237$ ) พบว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ความพอเพียงของรายได้ที่สูง จะพบปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ความพอเพียงของรายได้ระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยภายในครอบครัวไทยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว พบว่า เศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสุขของครอบครัวและมีผลต่อสุขภาพจิตของครอบครัวด้วย เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวจึงต้องรับภาระการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่ารักษาอื่นๆหากครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจจะส่งผลต่อการเลี้ยงดูและการส่งเสริมในด้านต่างๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดในครอบครัว จึงสรุปได้ว่าปัจจัยครอบครัวด้านความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $r = -0.277$ ) จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในระดับสูงมีปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่า พบว่าลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่มีพื้นฐานมาจากความรัก ความเข้าใจ และ

ความผูกพัน การพึ่งพิงกันเป็นสายใยในการดำรงชีวิตร่วมกัน และความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว มีสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของครอบครัว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Edwards and et al. (2001) ที่ศึกษาวัยรุ่นที่มีอาการสมาธิสั้น พบว่าอาการต่อต้านทำท่าย มีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นด้วย ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาทางจิตมากเท่ากับ หรือมากกว่าความขัดแย้งภายในใจของบุคคล (Lidz, 1992 อ้างถึงในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวก กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $r = 0.216$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของ Harris K. and et al (2006) และ Johnston (1996) พบว่าปัจจัยต่างๆ ของพ่อแม่ ได้แก่ความผิดปกติด้านอารมณ์ของแม่ ความผิดปกติทางจิตของพ่อแม่และการปฏิบัติตัวของผู้ปกครอง เป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และพฤติกรรมในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาวิจัย ของ Edwards and et al ( 2001) ที่ศึกษาในวัยรุ่นที่มีอาการสมาธิสั้นพบว่าอาการต่อต้านทำท่ายมาจากระดับความเครียดในครอบครัวและปัญหาทางจิตของพ่อแม่ (parental psychopathology)

ปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $r = - 0.278$ ) จากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัวที่เหมาะสม จะมีปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่า จากการที่ครอบครัวเป็นจุดกำเนิดสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม และเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่ทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพและขัดเกลาบุคลิกภาพของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนทำหน้าที่ดูแลสมาชิกทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันอันตราย การป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Friedman, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Johnston (1996) ที่เป็นการศึกษาปฏิสัมพันธ์ของเด็กและลักษณะพ่อแม่ในครอบครัวของเด็กที่ไม่มีปัญหาและเด็กสมาธิสั้นที่คือน้อยและคือน้อยมาก พบปัญหาพฤติกรรมสูงสุดในเด็กที่คือน้อย และพบความแตกต่างในการเลี้ยงดูในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นซึ่งมีการตอบสนองในด้านลบ และมีการให้แรงเสริมทางบวกน้อยกว่าเด็กปกติ และจากการวิเคราะห์กิจวัตรสุขภาพครอบครัวแยกเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม ด้านที่มีคะแนนค่อนข้างน้อย คือด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ความมีคุณธรรม ความสำเร็จในหน้าที่การงาน และการจัดการความเครียด

ปัจจัยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ( $r = - 0.355$ ) จากการวิเคราะห์พบว่า การปฏิบัติ

หน้าที่ของครอบครัวที่ดี จะมีปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ McMaster เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (McMaster Model of Family Functioning) กล่าวว่าครอบครัวเป็นระบบเปิด (Open systemic) และมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นๆ ถ้าในระบบแห่งครอบครัวนี้มีกระบวนการ (process) ที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นมา ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นในครอบครัว มีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพจิต (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) โดยพบความผิดปกติของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในเด็กสมาธิสั้น ในการศึกษาวิจัยของ Shin and Kim (2010) พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และความผิดปกติด้านอารมณ์ของแม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น (Shin and Kim, 2010) จากการศึกษาวิจัยครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นพบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับดีพอสมควร และจากการวิเคราะห์รายด้าน พบว่าด้านการควบคุมพฤติกรรมที่มีคะแนนค่อนข้างน้อย ซึ่งหมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว หรือความไม่มีระเบียบ ไม่มีกฎเกณฑ์ในครอบครัว ก็ส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเช่นกัน

ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยครอบครัวที่ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นการให้ความสำคัญกับครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ตามแนวคิดการเกิดปัญหาพฤติกรรมนั้น เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้กับการเลี้ยงดู การดำรงชีวิต โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่เป็นต้นแบบให้กับเด็ก การให้การพยาบาล จึงต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมให้เด็กด้วย ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น โดยเฉพาะในเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการประเมินเด็ก ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เพื่อการพยาบาลอย่างครอบคลุมเน้นการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลช่วยเหลือเด็ก พร้อมทั้งทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ชุมชนที่จะมีผลกับพฤติกรรม และพัฒนาการด้านต่างๆของเด็กซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ruananukun and Louthrenoo (2008) ที่พบว่าโรคสมาธิสั้นมีผลกระทบต่อชีวิตเด็กในหลายๆด้าน มีผลกระทบทั้งในเด็กและครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังนั้นการบำบัดรักษาจึงพุ่งเป้าไปที่การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวทั้งระบบ โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยและปัญหานั้นจะหมดไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ในการใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ ผู้ใช้ต้องเข้าใจแนวคิดในการใช้แบบประเมิน และผู้ตอบแบบสอบถามต้องให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงตามหลักวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้สามารถคัดกรองพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นได้ถูกต้อง

2. บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจและมีการวางแผนในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และพฤติกรรมด้านอารมณ์ เนื่องจากพบความชุกในอัตราที่ค่อนข้างสูง และเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการศึกษาข้อมูลเชิงลึก เพื่อให้ได้ปัญหาที่แท้จริงและนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาในเด็กสมาธิสั้นเฉพาะรายต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรทั้งหมดที่สามารถอธิบายตัวแปรตามได้มากนักน้อยเพียงใด เพื่อดูความครอบคลุมของตัวแปรที่ศึกษา

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กัลยา วานิชย์บัญชา. 2553. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ชรรรมสาร.

กัลญา แก้วอินทร์. 2545. ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในเด็กวันรุ่นชั้นมัธยมต้น โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จารุณี กาญจนกันโห. 2548. ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในเขตตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2544. การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช Mental Health promotion and Psychiatric Nursing หน่วยที่ 8-10. สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

จริญญา แก้วสกุลทอง. 2552. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จริยา ทะรักษา. 2553. ปรับพฤติกรรมเด็กยากจริงหรือ. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl-admin/article\\_files/705\\_1.pdf](http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl-admin/article_files/705_1.pdf). [1 พฤศจิกายน 2553]

ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน. 2550. คู่มือการรักษาโรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ : ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

ณัฐิกา ศรีมกุฎพันธ์. 2550. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วย หน่วยจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐิกา ศรีมกุฎพันธ์. 2550. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วย หน่วยจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐิกา ศรีมกุฎพันธ์. 2550. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วย หน่วยจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทัศนวัต สมบุญธรรม. 2551. โรคชนสมาธิสั้น. ใน นิชรา เรื่องคารกานนท์และคณะ, ตำรา  
พัฒนาการและพฤติกรรม, หน้า 272-285 . กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- นิชรา เรื่องคารกานนท์และคณะ. 2551. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :  
โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- นิธิพัฒน์ บุญบารดี. 2551. ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และการเรียนในคลินิกจิตเวชเด็กและ  
พัฒนาการเด็ก. พุทธชินราชเวชสาร ฉบับพิเศษ 1 เดือน มกราคม-เมษายน 2551: 169-176.
- เบญจวรรณ รัชเสวะ. 2549. การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม.  
กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เบญจพร ปัญญาขง. 2543. คู่มือช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ : ศูนย์สุขวิทยาจิต กรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2550. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ  
อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปิยนุช ภมรกุล. 2550. การศึกษาผลการปรับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการปรับ  
พฤติกรรม โดยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบควบคุมตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต. สาขาการศึกษาพิเศษ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพ็ญจรินทร์ ธนกริกเกียรติ. 2554. การศึกษาสุขภาพของครอบครัวที่อาศัยในจังหวัดอุดรดิษฐ์.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัย  
นเรศวร.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. 2552. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3.  
กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช อภรณ์สุวรรณ. 2550. โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก. กรุงเทพฯ : รักลูกแฟมิ  
ลี่กรุ๊ป.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุษย์. 2551. ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์  
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. 2550. พัฒนาการมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ธรรมดาเพรส.
- รัตน์ศิริ ทาโต. 2552. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลำเจียก กำธรและคณะ. 2550. ความผูกพันในครอบครัวความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของ  
เด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน. พยาบาลสาร, 34(1) : 88-100.

- วรรณวิไล กมลกิจวัฒนา. 2544. ความชุกของปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา ชนินทุททวงศ์. 2552. คู่มือผู้ปกครอง...ใส่ใจเด็กวัยเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรมสุขภาพจิต : สถาบันราชานุกูล.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. 2550. จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ธนาพรส.
- วิระวรรณ อุประมาณ. 2537. การทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศลักษณา กิติทัศนเสถณี และคณะ. 2550. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดา กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4. Rama Nurs Journal. January-April.
- ศิรินทร์ทิพย์ มากบุญ. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สนธยา มณีรัตน์และคณะ. 2550. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. สงขลา : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. 2546. ลักษณะครอบครัววิีสานกับการส่งเสริมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงแรมแอมบาสเดอร์.
- สมชาติ สุทธิกาญจน์. 2550. สัมมนาสังคมศาสตร์เชิงพฤติกรรม เรื่องพลิกชีวิตใหม่ ขาใหญ่ ขาใจ. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://www.file:///G:/MMeeyada United Document.htm](http://www.file:///G:/MMeeyada%20United%20Document.htm) . [4/01/2555].
- แสงทอง ไชยเมืองชื่น. 2548. การทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นในจังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุขภาพจิต,กรม. 2544. คู่มือดูแลสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : มูลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์.
- สุวรี ศิวะแพทย์. 2550. โรงเรียนและบ้าน ฐานการช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น.วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ฉบับที่ 2-3 (เมษายน-กันยายน 2550) .

- สุวรรณณี พุทธิศรี. 2552. Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorder. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อลิสรา วัชรสินธุ์. 2546. จิตเวชเด็ก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. 2544. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. 2545. ช่วยลูกออกทีสติค. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. 2546. สร้างสมาธิให้ลูกคุณ(ฉบับปรับปรุงใหม่). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. 2554. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4<sup>th</sup> ed. Text rev. (DSM-IV-TR). Washington,DC : American Psychiatric Association.
- Anastopoulos AD.and et al. 1992. J Abnom Child Psychol. Department of Psychiatry : University of Massachusetts Medical Center.
- Berk, L.E. 2003. Child development. 6<sup>th</sup> ed.Boston. Pearson Education.
- Burns, N.,& Grove, S.K. 2001. The practice of nursing research: Conduct, critique, & Utilization. 4<sup>TH</sup> ed.. New York : W.B. Saunders.
- Cohen, J. 1988. Statistical power analysis for the behavior science .2<sup>nd</sup> ed.. Hillsdale,NJ : Laerence Erlbaum Associates.
- David Zieva. 2011. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Pub Med Health : 0002518.
- Deault LC. 2009. A Systemic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairment in Children with Attention- Deficit /Huperactivity Disorder (ADHD). McGill Univercity, Montreal, Quebec, Canada: Child Psychiatry Hum Dev, 41: 168-192.



- Denham,S.A. and et al. 2000. Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood:the role of parental socialization and emotion expression. Dev Psychopathol Winter.12(1): 23-45.
- Denham,S.A. 2002. Family routines: a structural perspective for viewing family health. Advanced in Nursing Science. 24(4): 60-74.
- Denham,S.A.2003. Family research reveals new practice model. Holistic Nursing Practice .17(3): 143-151.
- Dillman D.A. 2000. Mail and Internet Surveys: The Tailored Desing Method. Newyork : John Wiley and Sons.
- Edwards G, and et al. 2001. Parent-adolescent conflict in teenages with ADHD and ODD. J Abnorm Child Psychol. 29 : 557-572.
- Faraone S. and et al. 2002. Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. J Attn Disord. 9: 465-475.
- Gerdes AC. And et al . 2007. Child and parent predictors of perceptions of parent-child relationship quality. J Attn Disord. 11: 37-48.
- Goodman R. and et al. 2000. Using the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric distress in a community sample. British Journal of Psychiatry. 177 : 534-539.
- Goodman R. 2001. Psychometric properties of the strengths and difficulty questionnaire. Journal of the America Academic of Child and Adolescent Psychiatry. Nov 40(11) : 1337-1345.
- Harris K. and et al. 2006. Comparison of psychosocial correlates in primary school age children with attention-deficit/hyperactivity disorder-combined type, with and without dysthymic disorder. Child Psychiat Human Dev. 36: 419-426.
- Johnston C.1996. Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. J Abnorm Child Psychol. 24: 85-104.
- Johnston C.2001. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. Clin Child Fam Psychol Roy. 4(3): 183-207.

- Johnston C, Chen M, Ohan J. 2006. Mothers' attributions for behavior in non-problem boys, boys with attention-deficit/hyperactivity disorder, and boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant behavior. J Clin Child Adolesc Psychol . 35: 60-71.
- Johnston C, Mash EJ. 2001. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Review and recommendations for future research. Clin Child Fam Psychol Rev . 4 : 183-207.
- Kanjanawetang J. 2006. The development of the Thai family health routines scale. The degree of doctor of philosophy program in nursing science, Faculty of nursing, Chulalongkorn University.
- Ruananukun K. and Louthrenoo O. 2008. Family function in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. ASEN Journal of Psychiatry. Vol 9, July-December 2008. Page 73-77.
- Kashdan TB. And et al. 2004. Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors : modeling relationships with family functioning. Journal Clin Child Adolescent Psychol. 33: 169-181.
- Edwards G. and et al. 2001. Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. J Abnorm Child Psychol . 29: 557-572.
- Pfiffner LJ, Mc Burnett K, Rathouz PJ, Judice S. 2005. Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal Abnormal Child Psychol. 33: 551-563.
- Pimentel MJ. et al. 2011. Atten Defic Hyperact Disord. Child Development Center, Hospital D. Estefania, Rua Jacinta Marto, Lisbon, Portugal. 3(1): 61-8.
- Susan, B. 2000. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and its deivers. Curr Problem Pediatric.
- Thorndike, M.R. 1978. Correlation procedures for research. New York : Gerdner press.
- Tschann JM, Kaiser P, Chesney M, Alkon A & Boyce T. 1996. Resillience and vulnerability among preschool children: family functioning, temperament, and behavior problem . J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35(2): 184-192.

- Trangkasombat U. 2006. Family Functioning in the Families of Psychiatric Patients: A Comparison with Nonclinical Families. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine. Chulalongkorn University. 89(11): 1946-53.
- Veeman JW. 1995. Family stress family function and emotional/behavioral problems following . child psychiatry (online). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. cited 2003 Jan 21.
- Wibultanaphan M. 2009. Factor related to parental childrearing behaviors of preschool children in bangkok. Master' Thesis, Department of nursing science (pediatric nursing), Mahidol University.
- Wells KC. And et al. 2006. Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Consult clin Psychol. 74 : 649-657.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ  
ตารางจำนวนประชากร-กลุ่มตัวอย่าง

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์เวทิสประทุมศรี	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร
นายแพทย์ภาสกร ลีนิวา	นายแพทย์ชำนาญการด้านเวชกรรมสาขาจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลพุทธโสธร
แพทย์หญิงวิมลรัตน์ วันเพ็ญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษด้านเวชกรรมสาขาจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
นางพิสมัย พงศาธิรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชนครินทร์
นางพรทิพย์ วชิรดิถ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและ วัยรุ่นราชนครินทร์
นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาท- ไวทโยปถัมภ์
ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์	อาจารย์พยาบาลประจำภาคสาขาการพยาบาลครอบครัวและ ผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

## ตารางจำนวนประชากร-กลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลระยอง	466	74
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	55	5
โรงพยาบาลพุทธโสธร	147	41
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว	3	-

ภาคผนวก ข  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย



## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มีสูตรดังนี้

$$SD = \sqrt{\frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

- SD** หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 $\sum x$  หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง  
 $\sum x^2$  หมายถึง ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลัง  
**N** หมายถึง จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2. ค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearsons' Product Moment Correlation Coefficient) มีสูตรดังนี้

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{\{N \sum x^2 - (\sum x)^2\} \{N \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

- $r_{xy}$  หมายถึง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  
 $\sum x$  หมายถึง ผลรวมของคะแนนชุด  $x$  (ตัวแปรอิสระ)  
 $\sum y$  หมายถึง ผลรวมของคะแนนชุด  $y$  (ตัวแปรตาม)  
 $\sum xy$  หมายถึง ผลรวมของผลคูณระหว่าง  $x$  กับ  $y$   
 $\sum x^2$  หมายถึง ผลรวมทั้งหมดของคะแนน  $x$  แต่ละตัวยกกำลัง 2  
 $\sum y^2$  หมายถึง ผลรวมทั้งหมดของคะแนน  $y$  แต่ละตัวยกกำลัง 2  
**N** หมายถึง จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	79.159 <sup>a</sup>	17	.000
Likelihood Ratio	47.435	17	.000
Linear-by-Linear Association	5.540	1	.019
N of Valid Cases	120		

a 27 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .23.

### Directional Measures

			Value
Nominal by Interval	Eta	D1 Dependent	.812
		G၁၅၇၇ Dependent	.216

## Correlations

		ບຮ່ວມ	ຮ່ວມ	ເຮ່ວມ	FFຮ່ວມ	ກຮ່ວມ
ບຮ່ວມ	Pearson	1	.569(**)	.662(**)	.518(**)	-.237(**)
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)					
	N					
ຮ່ວມ	Pearson	.569(**)	1	.744(**)	.822(**)	-.277(**)
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)					
	N					
ເຮ່ວມ	Pearson	.662(**)	.744(**)	1	.813(**)	-.278(**)
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)					
	N					
FFຮ່ວມ	Pearson	.518(**)	.822(**)	.813(**)	1	-.355(**)
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)					
	N					
ກຮ່ວມ	Pearson	-.237(**)	-.277(**)	-.278(**)	-.355(**)	1
	Correlation					
	Sig. (2-tailed)					
	N					

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เลขที่.....

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### แบบสอบถาม

#### ปัจจัยครอบครัว และปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ
  - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 9 ข้อ
  - ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวจำนวน 6 ข้อ
  - ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจำนวน 10 ข้อ
  - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามถึงสัมภาษณ์การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแลจำนวน 1 ข้อ
  - ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัวจำนวน 70 ข้อ
  - ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวจำนวน 36 ข้อ
  - ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก จำนวน 25 ข้อ
2. แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับเก็บข้อมูล เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลใดๆต่อการรักษาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3. ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนอย่างละเอียด จนเข้าใจก่อนลงมือทำ และตอบคำถามจนครบทุกข้อ ตามความเป็นจริงมากที่สุด เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและความรู้สึก โดยไม่ต้องเขียนชื่อ-นามสกุล ลงไปในแบบสอบถามนี้
4. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ จะถือว่าเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม
5. แบบสอบถามทั้งหมดนี้ใช้เวลาในการตอบประมาณ 40 นาที

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นาง ดารุณี งามขำ

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมาชิกชั้น

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบ

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด  ไม่ได้ศึกษา  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา  
 อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปริญญาตรี  
 สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรสของบิดามารดาของเด็ก  
 สมรสอยู่ร่วมกัน  สมรสแยกกันอยู่  
 หย่าร้าง  หม้าย (บิดาหรือมารดา เสียชีวิต)
5. สถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก  
 บิดา/มารดา  ปู่ย่า/ตายาย  
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. ลักษณะของครอบครัว  ครอบครัวเดี่ยวหมายถึงครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก  
 ครอบครัวขยายหมายถึงครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูกปู่  
 ย่า ตา ยายและหรือพี่น้อง  
 ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวหมายถึง ครอบครัวที่มี พ่อ หรือแม่ และลูก
7. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว .....คน
8. ลำดับการเกิดของเด็ก เป็นบุตรลำดับที่.....ของพ่อแม่ /จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน
9. รายได้รวมของครอบครัว (บาท/เดือน)  น้อยกว่า 10,000 บาท  
 10,000 - 20,000 บาท  
 20,001 - 30,000 บาท  
 30,001 - 40,000 บาท  
 40,001 บาทขึ้นไป

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถามถึงความเพียงพอของรายได้ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นตามการรับรู้ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลนั้น โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้ว **ขีด✓** ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเลย
- 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
- 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านปานกลาง
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับคะแนน				
		1	2	3	4	5
1.	ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายหรือซื้อของที่จำเป็นเช่น อาหาร ที่อยู่อาศัยค่าเล่าเรียนบุตร					
2.	ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในการซื้อยารักษาโรค					
3.	ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์					
4.	ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในการท่องเที่ยวหรือร่วมงานประเพณี					
5.	ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับการทำกิจกรรมทางสังคม					
6.	ครอบครัวของท่านมีเงินสำรองสำหรับใช้จ่ายเมื่อมีความจำเป็น					

### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วพิจารณาว่า ลักษณะความสัมพันธ์ภายในครอบครัวระหว่าง บิดากับมารดา บิดากับเด็กสมาธิสั้น มารดากับเด็กสมาธิสั้น หรือผู้ดูแลกับเด็กสมาธิสั้น และทั้งบิดา-มารดา หรือผู้ดูแลกับเด็กสมาธิสั้น โดยนับตั้งแต่ก่อนการรักษาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน ท่านปฏิบัติกิจกรรมที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังต่อไปนี้หรือไม่ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบให้ครบทั้ง 10 ข้อ โดยไม่ต้องคำนึงความถูกต้อง

ข้อที่	ข้อความ	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อย/เกือบทุกโอกาส	เป็นประจำสม่ำเสมอ
1.	สมาชิกในครอบครัวมีการชื่นชมและให้กำลังใจกันและกันแม้ในสิ่งเล็กน้อยๆ					
2.	สมาชิกในครอบครัวมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด ปีใหม่ วันแห่งความรัก ครบรอบแต่งงาน					
3.	สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันเช่นการรับประทานอาหาร การซื้อของ การท่องเที่ยว					
4.	สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความรักใคร่ห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน					
5.	สมาชิกในครอบครัวมีการปรึกษากันในเรื่องต่างๆ					
6.	สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกัน					
7.	สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
8.	ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัวเพียงพอ					



ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่ เคย เลย	นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย/ เกือบ ทุก โอกาส	เป็น ประจำ สม่ำเสมอ
9.	ท่านให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว อย่างเพียงพอ					
10.	ท่านพึงพอใจในชีวิตครอบครัวปัจจุบัน					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามถึงสัมพันธภาพการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วขีด ✓ ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

[ ] 1. ท่านมีอาการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลและโรค  
เครียดที่ต้องพบแพทย์และรับประทานยา

[ ] 2. ท่านไม่มีอาการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัว

คำชี้แจงแบบสอบถามกิจวัตรสุขภาพครอบครัวไทยฉบับนี้สร้างขึ้นเพื่อวัดกิจวัตรที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวท่าน ซึ่งกิจวัตรดังกล่าวอาจเป็นกิจกรรมที่กระทำโดยสมาชิกเพียงคนเดียวหรือเป็นกิจกรรมที่สมาชิกหลายคนกระทำร่วมกัน ทั้งนี้ไม่ว่ากิจกรรมเหล่านั้นจะกระทำโดยสมาชิกกี่คนก็ตามให้ถือว่าเป็นการทำกิจวัตรของครอบครัวโดยรวม

ในฐานะที่ท่านเป็นสมาชิกที่สำคัญยิ่งและทราบความเป็นไปเกี่ยวกับกิจวัตรของครอบครัวท่านเป็นอย่างดี โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน และขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- ไม่เคย หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของท่านไม่เคยทำพฤติกรรมเหล่านั้นเลย
- นานๆ ครั้ง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวท่านทำพฤติกรรมเหล่านั้นน้อยครั้งหรือแทบไม่ได้ทำเลย
- บางครั้ง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวท่านทำพฤติกรรมเหล่านั้นบ้างบางครั้งหรือทำบ้างไม่ทำบ้าง แต่ไม่ได้ทำประจำจนเป็นนิสัย
- ประจำ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวท่านทำพฤติกรรมเหล่านั้นแทบทุกวันหรือทำบ่อยๆ จนติดเป็นนิสัย

ข้อที่	กิจกรรมสุขภาพ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
1.	ในแต่ละวันคนในครอบครัวกินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ประกอบด้วย ข้าว แป้ง, เนื้อสัตว์ นม ไข่, ไขมัน, ผักสด ผลไม้, และน้ำ				
2.	ครอบครัวเราล้างสารเคมีและสิ่งสกปรกออกจากผักสดและผลไม้ก่อนรับประทาน				
3.	คนในครอบครัวกินเนื้อสัตว์ที่ดิบหรือปรุงสุกๆ ดิบๆ				
4.	ครอบครัวเราซื้ออาหารสำเร็จโดย ไม่ได้คำนึงเรื่องผงชูรสหรือสารกันบูด				
5.	ครอบครัวเราซื้ออาหารสดโดย ไม่ระวัง เรื่องสารปนเปื้อน เช่น สารเร่งเนื้อแดง ยาฆ่าแมลง ฟอรัมาลิน เป็นต้น				
6.	คนในครอบครัวกินขนมถุงกรอบกรอบ น้ำอัดลมหรือผลไม้ดอง				
7.	ในช่วงกลางคืน คนในครอบครัวนอนหลับไม่ต่อเนื่องหรือหลับๆ ตื่นๆ				
8.	คนในครอบครัวกินยานอนหลับหรือยาแก้ปวดก่อนนอน				
9.	คนในครอบครัวทำความสะอาดเล็บมือเล็บเท้าไม่ให้มีสิ่งสกปรกเกาะอยู่ตามซอกเล็บ				
10.	คนในครอบครัวสวมเสื้อผ้าที่สะอาดและไม่อับชื้น				
11.	คนในครอบครัวล้างมือก่อนรับประทานอาหาร				
12.	คนในครอบครัวล้างมือเมื่อกลับเข้าบ้านหลังกลับจากทำงานหรือไปข้างนอก				
13.	คนในครอบครัวแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนเข้านอน				
14.	คนในครอบครัวออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที				

ข้อที่	กิจกรรมสุขภาพ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
15.	คนในครอบครัวหมกมุ่นกับหนังสือการ์ตูนซีดีวีซีดี หรืออินเทอร์เน็ตที่มีภาพโป๊เปลือย				
16.	คนในครอบครัวมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการเกิด โรคหรือการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ				
17.	คนในครอบครัวมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่สามี ภรรยา				
18.	ครอบครัวเราใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหาร มากกว่า 1 คน				
19.	คนในครอบครัวรักษาร่างกายให้อบอุ่นเมื่ออากาศเย็น				
20.	คนในครอบครัวหลีกเลี่ยงไม่ให้ถูกยุงกัด				
21.	ครอบครัวเรากำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงภายในและ รอบๆ บริเวณบ้าน				
22.	ครอบครัวเราเปิดประตู หน้าต่างห้องนอนให้อากาศ ถ่ายเทได้สะดวก				
23.	ครอบครัวเรากำจัดขยะไม่ให้กองสุมอยู่ในบ้าน และ รอบๆ บริเวณบ้าน				
24.	ครอบครัวเราวางของมีคมไว้ไม่เป็นที่ เป็นทาง				
25.	ครอบครัวเราตรวจเช็คเครื่องใช้ไฟฟ้า ยานพาหนะ ให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยต่อการใช้งาน				
26.	ครอบครัวเราปิดวาวเตาแก๊สหรือดับไฟเตาถ่านให้ สนิทหลังทำกับข้าวเสร็จแล้ว				
27.	ครอบครัวเราถางหญ้า หรือเก็บกวาดสิ่งของที่รก รุงรัง เพื่อไม่ให้เป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์มีพิษ				
28.	คนในครอบครัวมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น				
29.	คนในครอบครัวคบหากับเพื่อนที่ประพฤติตัวเกร				
30.	คนในครอบครัวสูบบุหรี่				
31.	คนในครอบครัวดื่มเหล้าเบียร์ หรือ ไวน์จนมึนเมา				

ข้อที่	กิจกรรมสุขภาพ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
32.	คนในครอบครัวใช้สารกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า ยาไอ เป็นต้น				
33.	คนในครอบครัวดื่มเครื่องดื่มชูกำลังขณะทำงาน				
34.	ครอบครัวเราให้สิ่งของที่คนในครอบครัวต้องการอย่างสมเหตุผล				
35.	เมื่อคนในครอบครัวมีปัญหาครอบครัวเราจะอยู่เคียงข้าง คอยปลอบใจและให้กำลังใจกัน				
36.	ครอบครัวเราแสดงความห่วงใยด้วยการถามไถ่ทุกข์สุขกันและกัน				
37.	เมื่อคนในครอบครัวทำความดีหรือประสบความสำเร็จครอบครัวเราจะแสดงความชื่นชมยินดี				
38.	ครอบครัวเราให้อภัยกัน เมื่อคนในครอบครัวทำความผิดหรือทำบางสิ่งผิดพลาด				
39.	ครอบครัวเราเปิดโอกาสให้คนในครอบครัวตัดสินใจเลือก หรือทำสิ่งที่ตนเองต้องการด้วยตัวเอง				
40.	ครอบครัวเราติดต่อ เยี่ยมเยียนพ่อแม่ ญาติพี่น้อง				
41.	ครอบครัวเราตอบแทนบุญคุณพ่อแม่และผู้มีพระคุณ				
42.	คนในครอบครัวให้ทาน บริจาคทรัพย์สินสิ่งของ หรือทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์				
43.	คนในครอบครัวคิดหนังสืออ่านเล่น เกมส์ หรือ อินเทอร์เน็ต				
44.	คนในครอบครัวขาดงานหรือขาดเรียน				
45.	คนในครอบครัวไปทำงาน หรือไปโรงเรียนสาย				
46.	เมื่อมีปัญหาครอบครัวเราแก้ไขโดยใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล				
47.	คนในครอบครัวผ่อนคลายความเครียดด้วยการดื่มสุรา				

ข้อที่	กิจกรรมสุขภาพ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
48.	คนในครอบครัวระบายความโกรธด้วยการโต้เถียงเพื่อเอาชนะ				
49.	ครอบครัวเราทำกิจกรรมร่วมกันที่บ้านอย่างมีความสุข				
50.	ครอบครัวเราหยอกล้อกันอย่างสนุกสนาน				
51.	ครอบครัวเราด้วยกันทำกิจกรรมตามประเพณี				
52.	ครอบครัวเราด้วยกันทำกิจกรรมทางศาสนา				
53.	ครอบครัวเราจัดหาอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของคนในครอบครัว				
54.	ครอบครัวเราจัดหาเครื่องนุ่งห่มได้เพียงพอกับความต้องการของคนในครอบครัว				
55.	ครอบครัวเราทำความสะอาดที่อยู่อาศัยให้สะอาด				
56.	ครอบครัวเราต้องกู้ยืมเงินผู้อื่นเพื่อใช้จ่ายภายในครอบครัว				
57.	ครอบครัวเราดักเตือนและแนะนำกันและกันเกี่ยวกับการกินอาหารที่ปลอดภัยและมีประโยชน์				
58.	ครอบครัวเราดักเตือนและแนะนำกันและกันเกี่ยวกับการป้องกันโรค				
59.	ครอบครัวเราดักเตือนและแนะนำกันและกันเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน				
60.	ครอบครัวเราดักเตือนและห้ามปรามกันและกันเกี่ยวกับการดื่มเหล้าสูบบุหรี่ เสพยาเสพติด เล่นการพนัน หรือหมกมุ่นกับสื่อลามกต่างๆ				
61.	ครอบครัวเราดักเตือนและแนะนำคนในครอบครัวเกี่ยวกับการคบเพื่อนที่ดีทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศ				
62.	ครอบครัวเราสนับสนุนให้คนในครอบครัวช่วยเหลือและตอบแทนผู้มีบุญคุณ				
63.	ครอบครัวเราส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีความซื่อสัตย์ยัน อดทน				
64.	ครอบครัวเราส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีจิตสำนึกเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ				

ข้อที่	กิจกรรมสุขภาพ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
65.	ครอบครัวเราส่งเสริมให้คนในครอบครัวช่วยเหลือเอื้อเฟื้อต่อเพื่อนมนุษย์				

ถ้าปัจจุบันนี้ในครอบครัวท่านไม่มีใครป่วย ให้ท่านนึกย้อนหลังว่า เมื่อมีคนในครอบครัวป่วย ครอบครัวของท่านปฏิบัติสิ่งเหล่านี้บ่อยเพียงใด

ข้อที่	กิจกรรมสุขภาพ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
66.	เมื่อเจ็บป่วย คนในครอบครัวปล่อยปละละเลย จนกระทั่งมีอาการรุนแรงจึงไปพบแพทย์				
67.	ครอบครัวเราจะไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ทำการรักษา				
68.	เมื่อคนในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวเราจะอยู่เป็นเพื่อนคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ปลอดภัย				
69.	คนในครอบครัวที่เจ็บป่วยไม่ใส่ใจกินยาตามหมอสั่ง				
70.	ครอบครัวเราดูแลคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล				

ให้ท่านประเมินสุขภาพโดยรวมของครอบครัวท่านเองว่าอยู่ในระดับใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับความเป็นจริงในครอบครัวของท่านมากที่สุด

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไม่ดี	ไม่ค่อยดี	ดีปานกลาง	ดี	ดีมาก

## 6. แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วขีด ✓ ใน

ช่องที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

อย่าใช้เวลาศึกษานานให้ตอบอย่างรวดเร็วโดยเลือกความคิดแรกทันทีที่อ่านข้อความจบ

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่ตรง เลย	ตรง เล็กน้อย	ตรงปาน กลาง	ตรงมาก ที่สุด
1.	สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2.	มีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธีแก้ปัญหานั้นได้ผลหรือไม่				
3.	เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้คุณมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำให้หรือเปล่า				
4.	ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอแล้ว				
5.	คุณรู้สึกมีอิสระและเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว				
6.	คนในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องรับโทษ				
7.	ทุกคนเข้ากันได้เป็นอย่างดี				
8.	เมื่อมีปัญหาเรามักปรึกษากันจะแก้ปัญหอย่างไร				
9.	บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คุณคิดหรือรู้สึก				
10.	ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
11.	แต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย				
12.	คนในครอบครัวจะสนใจคุณก็ต่อเมื่อเรื่องนั้นเป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา				
13.	ครอบครัวของคุณ ห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน				



ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่ตรง เลย	ตรง เล็กน้อย	ตรงปาน กลาง	ตรงมาก ที่สุด
14.	สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน				
15.	การตกลงเรื่องต่างๆ ร่วมกันเป็นไปได้ลำบาก เพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน				
16.	ทุกคนสามารถพูดคุยกันตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม				
17.	ครอบครัวของคุณไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่นอาหาร เสื้อผ้ายารักษาโรคฯลฯ				
18.	บางคนในครอบครัวไม่ค่อยแสดงอารมณ์หรือ ความรู้สึก				
19.	ทุกคนยอมรับว่า แต่ละคนมีแบบฉบับของตนเอง				
20.	ครอบครัวของคุณรักใคร่ปรองดองกันดี				
21.	บางคนในครอบครัวก็ยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมาก เกินไปจนน่าอึดอัดใจ				
22.	ขณะนี้ครอบครัวของคุณมีความสุขดีพอแล้ว				
23.	คุณรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจาก คำพูดของเขา				
24.	ครอบครัวของคุณต่างคนต่างอยู่				
25.	ครอบครัวของคุณเผชิญกับปัญหาต่างๆ ร่วมกันได้ ดี				
26.	ครอบครัวของคุณแก้ปัญหาความไม่สบายใจ ระหว่างกันได้ค่อนข้างดี				
27.	ครอบครัวของคุณมีลักษณะตามสบายไม่ยึดถือ มาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใดๆ				
28.	ทุกคนมักพูดคุยกันตรงๆ แทนที่จะพูดผ่านอีกคนหนึ่ง				
29.	แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตก บกพร่อง				
30.	ในครอบครัวของคุณใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจ ชอบ				

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่ตรง เลย	ตรง เล็กน้อย	ตรงปาน กลาง	ตรงมาก ที่สุด
31.	คุณกล้าบอกคนในครอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่งที่คุณ ไม่ชอบ				
32.	ในยามวิกฤติคนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัย กันได้				
33.	ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมาก เกินไป				
34.	คุณระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้				
35.	ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของ สมาชิก				
36.	ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้น มากมาย				

### ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วขีด ✓ ในช่องที่ตรงกับลักษณะของเด็กในช่วง 6 เดือน

เพศ (ของเด็ก)  ชาย  หญิง

อายุ (ของเด็ก).....ปี

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่จริง	ค่อนข้าง จริง	จริง
1.	มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย			
2.	กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ			
3.	ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย			
4.	เครียดไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นและขาดความ มั่นใจในตนเอง			
5.	ซึ่กแล้ว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
6.	มักจะอาละวาด หรือโมโหร้าย			
7.	เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ต้องการ			
8.	มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น			
9.	ชอบโกหก หรือขี้โกง			
10.	ขโมยของของที่บ้าน โรงเรียน หรือที่อื่น			
11.	อยู่ไม่นิ่ง นั่งนิ่งๆไม่ได้			
12.	อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก			
13.	วอกแวกง่าย สมาธิสั้น			
14.	คิดก่อนทำ			
15.	ทำงานได้จนเสร็จ มีสมาธิในการทำงาน มีความตั้งใจใน การทำงาน			
16.	ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว			
17.	มีเพื่อนสนิท			
18.	เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน			
19.	ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียน หรือรังแก			
20.	เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน			

(ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่จริง	ค่อนข้าง จริง	จริง
21.	ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น			
22.	เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม ของเล่น ดินสอ เป็นต้น)			
23.	เป็นที่พึงใจ เมื่อผู้อื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ			
24.	ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า			
25.	ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่ ครู เด็กคนอื่น)			

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อ โครงการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นภาค  
ตะวันออก

ชื่อผู้วิจัย นางคารุณี งามขำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลพุทธโสธร ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง

จังหวัดฉะเชิงเทรา

(ที่บ้าน) 10 ม.4 ต. เทพราช อ.บ้านโพธิ์ จ.ฉะเชิงเทรา 24140

E-mail: soda56@hotmail.com.

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ  
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้ หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่าน  
ควรปฏิบัติอย่างไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหา  
พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยครอบครัว ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้

ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่ กิจวัตรสุขภาพครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่  
ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ซึ่ง  
ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก

กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักในเด็กสมาธิสั้นซึ่งได้รับการวินิจฉัยจาก  
จิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายซึ่งมีคุณสมบัติ  
ของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. เป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักในเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์

2. เป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น อายุ 6-12 ปี

3. เป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่มีปัญหาของระดับสติปัญญาหรือโรคร่วมอื่นๆ

4. เป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 20-50 ปี สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 120 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยเลือกการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากการสุ่มได้โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้ครบตามจำนวน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาคตะวันออกเฉียงใต้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ท่านโดยใช้แบบสอบถาม 7 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดาของเด็กสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็กลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลำดับการเกิดของเด็ก และรายได้ของครอบครัว ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ส่วนที่ 4 แบบสอบถามถึงสัมภาษณ์การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตเวชสุขภาพของครอบครัว ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับท่าน การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็ก นำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลที่มีคุณภาพและ แนวทางในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว ให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

7. ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับท่านในการวิจัยครั้งนี้ คือ

7.1 ท่านได้รับความรู้เรื่องปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

7.2 บุตรของท่านได้รับการคัดกรองปัญหาพฤติกรรม

7.3 เป็นแนวทางสำหรับทีมสุขภาพจิตในการออกแบบระบบการบริการและกำหนดแผนการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและพ่อแม่ หรือผู้ดูแล ทราบถึงปัจจัยในการเกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

7.4 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

7.5 สามารถนำมาเป็นแนวทางการพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรม

8. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่เบอร์โทร 089-5202151

9. ท่านมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน

10. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ท่าน

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์ สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147 โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th



## ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาค  
ตะวันออก

เลขที่ ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่  
พอใจจากผู้วิจัยชื่อ คารุณี งามขำ ที่อยู่ 10 หมู่ 4 ตำบลเทพราช อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่  
ติดต่อ โรงพยาบาลพุทธโสธร ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ถึงวัตถุประสงค์และ  
ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ จะถอนตัวออกจากการ  
วิจัยเมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มี  
ผลกระทบในทางใดๆแก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆที่  
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม  
ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และ  
ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....

สถานที่/วันที่

.....  
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่/วันที่

.....  
(นางคารุณี งามขำ)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

สถานที่/วันที่

.....  
(.....)

พยาน

ภาคผนวก จ  
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย





ภาคผนวก ฉ  
ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นจำแนกรายข้อ(N=120)

ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	$\bar{X}$	SD
1.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านการซื้อของใช้ที่จำเป็น	3.22	0.95
2.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านการซื้อยารักษาโรค	3.13	1.13
3.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านการเดินทางไปพบแพทย์	3.19	1.12
4.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านการท่องเที่ยวหรือร่วมงานประเพณี	2.82	1.22
5.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับการทำกิจกรรมทางสังคม	2.95	1.10
6.ครอบครัวของท่านมีเงินสำรองสำหรับใช้จ่ายเมื่อมีความจำเป็น	2.83	1.30
รวม	18.13	6.03

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.13 และจากข้อคำถามความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวแยกรายข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 1.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านการซื้อของใช้ที่จำเป็นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 รองลงมา คือ ข้อ 3.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านการเดินทางไปพบแพทย์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อ 4.ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายในด้านการท่องเที่ยวหรือร่วมงานประเพณีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.82

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น จำแนกรายข้อ(N=120)

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1.สมาชิกในครอบครัวมีการชื่นชมและให้กำลังใจกันและกันแม้ในสิ่งเล็กๆน้อยๆ	3.50	0.99	ปานกลาง
2.สมาชิกในครอบครัวมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด ปีใหม่ วันแห่งความรัก ครบรอบแต่งงาน	3.30	1.21	ปานกลาง
3.สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันเช่นการรับประทานอาหาร การซื้อของ การท่องเที่ยว	3.70	1.11	สูง
4.สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงความรักใคร่ห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน	3.92	1.11	สูง
5.สมาชิกในครอบครัวมีการปรึกษากันในเรื่องต่างๆ	3.68	0.95	สูง
6.สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน	3.39	0.90	ปานกลาง
7.สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	4.17	0.89	สูง
8.ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่น จากสมาชิกในครอบครัวเพียงพอ	4.23	0.87	สูง
9.ท่านให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอ	4.45	0.70	สูง
10.ท่านพึงพอใจในชีวิตครอบครัวปัจจุบัน	4.42	1.04	สูง
รวม	3.88	0.98	สูง

จากตาราง ที่ 12พบว่า จากข้อคำถามความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวน 10 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อ9.ท่านให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างเพียงพอมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ4.45รองลงมา คือ ข้อ10.ท่านพึงพอใจในชีวิตครอบครัวปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อ 2.สมาชิกในครอบครัวมีการให้ของขวัญกันและกันเนื่องในโอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันเกิด ปีใหม่ วันแห่งความรัก ครบรอบแต่งงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 สรุปความสัมพันธ์ภายในครอบครัวโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 ซึ่งอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัวของเด็ก  
สมาธิสั้น จำแนกรายด้าน และรายข้อ(N=120)

ข้อ	ปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัว	$\bar{X}$	SD
	<b>ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง</b>	<b>3.32</b>	<b>0.63</b>
1.	ในแต่ละวันคนในครอบครัวกินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ประกอบด้วย ข้าว แป้ง, เนื้อสัตว์ นม ไข่, ไขมัน, ผัก ผลไม้, และน้ำ	3.28	0.68
2.	ครอบครัวเราล้างสารเคมีและสิ่งสกปรกออกจากผักสดและผลไม้ก่อน รับประทาน	3.83	0.47
3.	คนในครอบครัวไม่กินเนื้อสัตว์ที่ดิบหรือปรุงสุกๆ ดิบๆ	3.73	0.60
4.	ครอบครัวเราซื้ออาหารสำเร็จ โดยคำนึงเรื่องผงชูรสหรือสารกันบูด	2.48	1.10
5.	ครอบครัวเราซื้ออาหารสดโดย ระวัง เรื่องสารปนเปื้อน เช่น สารเร่งเนื้อ แดง ยาฆ่าแมลง ฟอร์มาลิน เป็นต้น	2.79	1.19
6.	คนในครอบครัวไม่กินขนมถุงกรอบ น้ำอัดลม หรือผลไม้ดอง	2.01	0.73
7.	ในช่วงกลางคืน คนในครอบครัวนอนหลับต่อเนื่องหรือไม่มีหลับๆ ตื่นๆ	2.63	0.94
8.	คนในครอบครัวไม่กินยานอนหลับหรือยาแก้ปวดก่อนนอน	3.38	0.88
9.	คนในครอบครัวทำความสะอาดเล็บมือเล็บเท้าไม่ให้มีสิ่งสกปรกเกาะอยู่ ตามซอกเล็บ	3.67	0.47
10.	คนในครอบครัวสวมเสื้อผ้าที่สะอาดและไม่อับชื้น	3.78	0.79
11.	คนในครอบครัวล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	3.49	0.57
12.	คนในครอบครัวล้างมือเมื่อกลับเข้าบ้านหลังกลับจากทำงานหรือไปข้าง นอก	3.25	0.70
13.	คนในครอบครัวแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนเข้า นอน	3.82	0.39
14.	คนในครอบครัวออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	2.31	0.91
15.	คนในครอบครัวไม่หมกมุ่นกับหนังสือการ์ตูนซีดี ทีวี หรืออินเทอร์เน็ต ที่มีภาพโป๊เปลือย	3.95	0.22
16.	คนในครอบครัวไม่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการตั้งครรภ์ ที่ไม่ต้องการ	4.00	0.00
17.	คนในครอบครัวไม่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่สามีภรรยา	4.00	0.00



## ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อ	ปัจจัยด้านจิตเวชภาพครอบครัว	$\bar{X}$	SD
	<b>ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย</b>	<b>3.45</b>	<b>0.72</b>
18.	ครอบครัวเราใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารมากกว่า 1 คน	3.15	0.96
19.	คนในครอบครัวรักษาร่างกายให้อบอุ่นเมื่ออากาศเย็น	3.92	0.28
20.	คนในครอบครัวหลีกเลี่ยงไม่ให้ถูกยุงกัด	3.63	0.55
21.	ครอบครัวเรากำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงภายในและรอบๆบริเวณบ้าน	3.35	0.75
22.	ครอบครัวเราเปิดประตู หน้าต่างห้องนอนให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก	3.73	0.78
23.	ครอบครัวเรากำจัดขยะไม่ให้กองสุมอยู่ในบ้าน และรอบๆบริเวณบ้าน	3.96	0.20
24.	ครอบครัวเราวางของมีคมไว้เป็นที่เป็นทาง	2.38	1.26
25.	ครอบครัวเราตรวจเช็คเครื่องใช้ไฟฟ้า ยานพาหนะ ให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยต่อการใช้งาน	3.36	0.86
26.	ครอบครัวเราปิดวาวเตาแก๊สหรือดับไฟเตาถ่านให้สนิทหลังทำกับข้าวเสร็จแล้ว	3.88	0.32
27.	ครอบครัวเราางหญ้า หรือเก็บกวาดสิ่งของที่รกรุงรัง เพื่อไม่ให้เป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์มีพิษ	3.61	0.63
28.	คนในครอบครัวไม่มีเรื่องทะเลาะวิวาทกับบุคคลอื่น	3.58	0.74
29.	คนในครอบครัวไม่คบหากับเพื่อนที่ประพฤติตัวเกเร	3.83	0.46
30.	คนในครอบครัวไม่สูบบุหรี่	3.04	1.35
31.	คนในครอบครัวไม่ดื่มเหล้าเบียร์ หรือไวน์จินมึนเมา	3.07	1.01
32.	คนในครอบครัวไม่ใช้สารกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า ยาอี เป็นต้น	4.00	0.00
33.	คนในครอบครัวไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังขณะทำงาน	2.73	1.33
	<b>ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต</b>	<b>3.21</b>	<b>0.74</b>
34.	ครอบครัวเราให้สิ่งของของคนในครอบครัวต้องการอย่างสมเหตุผล	3.28	0.86
35.	เมื่อคนในครอบครัวมีปัญหาครอบครัวเราจะอยู่เคียงข้าง คอยปลอบใจ และให้กำลังใจกัน	3.48	0.58
36.	ครอบครัวเราแสดงความห่วงใยด้วยการถามไถ่ทุกข์สุขกันและกัน	3.25	0.78
37.	เมื่อคนในครอบครัวทำความดีหรือประสบความสำเร็จครอบครัวเราจะแสดงความชื่นชมยินดี	3.44	0.82

## ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อ	ปัจจัยด้านจิตสุขภาพครอบครัว	$\bar{X}$	SD
38.	ครอบครัวเราให้อภัยกัน เมื่อคนในครอบครัวทำความผิดหรือทำบาง สิ่งผิดพลาด	3.48	0.58
39.	ครอบครัวเราเปิดโอกาสให้คนในครอบครัวตัดสินใจเลือก หรือทำสิ่งที่ ตนเองต้องการด้วยตัวเอง	3.37	0.48
40.	ครอบครัวเราติดต่อกับ เยี่ยมเยียนพ่อแม่ ญาติพี่น้อง	3.53	0.58
41.	ครอบครัวเราตอบแทนบุญคุณพ่อแม่และผู้มีพระคุณ	3.82	0.39
42.	คนในครอบครัวให้ทาน บริจาคทรัพย์สินของ หรือทำกิจกรรม สาธารณประโยชน์	3.16	0.61
43.	คนในครอบครัวไม่ติดหนังสืออ่านเล่น เกมส์ หรืออินเทอร์เน็ต	2.53	0.94
44.	คนในครอบครัวไม่ขาดงานหรือขาดเรียน	2.89	0.84
45.	คนในครอบครัวไม่ไปทำงาน หรือไปโรงเรียนสาย	3.23	0.75
46.	เมื่อมีปัญหาครอบครัวเราไม่แก้ไขโดยใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล	2.66	0.84
47.	คนในครอบครัวไม่ผ่อนคลายความเครียดด้วยการดื่มสุรา	2.65	1.12
48.	คนในครอบครัวไม่ระบายความโกรธด้วยการโต้เถียงเพื่อเอาชนะ	2.65	1.12
	<b>ด้านการดูแลความเป็นครอบครัว</b>	<b>3.28</b>	<b>0.63</b>
49.	ครอบครัวเราทำกิจกรรมร่วมกันที่บ้านอย่างมีความสุข	3.27	0.72
50.	ครอบครัวเราหยอกล้อกันอย่างสนุกสนาน	3.42	0.63
51.	ครอบครัวเราช่วยกันทำกิจกรรมตามประเพณี	3.22	0.62
52.	ครอบครัวเราช่วยกันทำกิจกรรมทางศาสนา	3.20	0.56
	<b>ด้านการดูแลครอบครัว</b>	<b>3.69</b>	<b>0.51</b>
53.	ครอบครัวเราจัดหาอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของคนใน ครอบครัว	3.81	0.47
54.	ครอบครัวเราจัดหาเครื่องนุ่งห่มได้เพียงพอกับความต้องการของคนใน ครอบครัว	3.90	0.40
55.	ครอบครัวเราทำความสะอาดที่อยู่อาศัย	3.88	0.32
56.	ครอบครัวเราไม่ต้องกู้ยืมเงินผู้อื่นเพื่อใช้จ่ายภายในครอบครัว	2.98	1.02

## ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อ	ปัจจัยด้านจิตเวชสุขภาพครอบครัว	$\bar{X}$	SD
57.	ครอบครัวเรตักเตือนและแนะนำกันและกันเกี่ยวกับการกินอาหารที่ปลอดภัยและมีประโยชน์	3.67	0.47
58.	ครอบครัวเรตักเตือนและแนะนำกันและกันเกี่ยวกับการป้องกันโรค	3.58	0.50
59.	ครอบครัวเรตักเตือนและแนะนำกันและกันเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน	3.69	0.46
60.	ครอบครัวเรตักเตือนและห้ามปรามกันและกันเกี่ยวกับการดื่มเหล้าสูบบุหรี่ เสพยาเสพติด เล่นการพนัน หรือหมกมุ่นกับสื่อลามกต่างๆ	3.56	0.75
61.	ครอบครัวเรตักเตือนและแนะนำคนในครอบครัวเกี่ยวกับการคบเพื่อนที่ดีทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศ	3.53	0.71
62.	ครอบครัวเราสนับสนุนให้คนในครอบครัวช่วยเหลือและตอบแทนผู้มีบุญคุณ	3.90	0.30
63.	ครอบครัวเราส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีความซื่อสัตย์ขยัน อดทน	3.93	0.25
64.	ครอบครัวเราส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีจิตสำนึกเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ	3.72	0.52
65.	ครอบครัวเราส่งเสริมให้คนในครอบครัวช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อต่อเพื่อนมนุษย์	3.82	0.39
	<b>ด้านการดูแลความเจ็บป่วย</b>	<b>3.61</b>	<b>0.74</b>
66.	เมื่อเจ็บป่วย คนในครอบครัวไม่ปล่อยปละละเลยจนกระทั่งมีอาการรุนแรงจึงไปพบแพทย์	3.73	0.51
67.	ครอบครัวเราจะไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ทำการรักษา	3.68	0.85
68.	เมื่อคนในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวเราจะอยู่เป็นเพื่อนคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ปลอบโยน	3.72	0.68
69.	คนในครอบครัวที่เจ็บป่วยไม่ใส่ใจกินยาตามหมอสั่ง	3.18	0.98
70.	ครอบครัวเราดูแลคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล	3.73	0.67

จากตาราง ที่ 13พบว่า จากข้อคำถามปัจจัยด้านจิตเวชภาพครอบครัวจำนวน 70 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด คือ ข้อ 16.คนในครอบครัวไม่มีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ข้อ 17.คนในครอบครัวไม่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่สามีภรรยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 และข้อ 32.คนในครอบครัวไม่ใช้สารกระตุ้นประสาท เช่น ยาบ้า ยาไอ เป็นต้นมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00รองลงมา คือ ข้อ 15.คนในครอบครัวไม่หมกมุ่นกับหนังสือการ์ตูนซีดี ทีวี หรืออินเทอร์เน็ตที่มีภาพโป๊เปลือยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อ 6.คนในครอบครัวไม่กินขนมถุงกรอบกรอบ น้ำอัดลม หรือผลไม้ดองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 รองลงมา คือ ข้อ14.คนในครอบครัวออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 และข้อ 24.ครอบครัวเราวางของมีคมไว้เป็นที่ที่เป็นทางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38

**ตารางที่ 14** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นจำแนกรายด้าน(N=120)

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านบทบาท	3.35	0.80	ดีพอสมควร
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	3.29	0.78	ดีพอสมควร
ด้านการสื่อสาร	3.18	0.82	ดีพอสมควร
ด้านการแก้ปัญหา	3.05	0.68	ดีพอสมควร
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	3.00	0.87	ดีพอสมควร
ด้านความผูกพันทางอารมณ์	2.85	1.00	ดีพอสมควร
ด้านการควบคุมพฤติกรรม	2.75	0.89	ดีพอสมควร
รวม	3.07	0.83	ดีพอสมควร

จากตารางที่14พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดีพอสมควรเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ ด้านบทบาท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 อยู่ในระดับดีพอสมควร รองลงมาคือด้านการทำหน้าที่ทั่วไปมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 อยู่ในระดับดีพอสมควร ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือด้านด้านการควบคุมพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.75

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น จำแนกรายข้อ(N=120)

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>ด้านการแก้ปัญหา</b>	<b>3.05</b>	<b>0.68</b>	ดีพอสมควร
- สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้าน	3.25	0.51	ดีพอสมควร
- มีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธีแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่	3.23	0.49	ดีพอสมควร
- เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไรให้คุณมักแน่ใจว่าเขาจะทำให้	2.43	0.69	ดีเล็กน้อย
- เมื่อมีปัญหาเรามักปรึกษากันจะแก้ปัญหอย่างไร	3.14	0.60	ดีพอสมควร
- ครอบครัวของคุณเผชิญกับปัญหาต่างๆร่วมกันได้ดี	3.16	0.91	ดีพอสมควร
- ครอบครัวของคุณแก้ปัญหาคความไม่สบายใจระหว่างกันได้ค่อนข้างดี	3.11	0.87	ดีพอสมควร
<b>ด้านการสื่อสาร</b>	<b>3.18</b>	<b>0.82</b>	ดีพอสมควร
- บ่อยครั้งที่คุณสามารถพูดในสิ่งที่คุณคิดหรือรู้สึก	2.42	1.04	ดีเล็กน้อย
- ทุกคนสามารถพูดกันตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม	3.48	0.81	ดีพอสมควร
- คุณรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา	3.19	0.83	ดีพอสมควร
- ทุกคนมักพูดกันตรงๆแทนที่จะพูดผ่านอีกคนหนึ่ง	3.29	0.84	ดีพอสมควร
- คุณกล้าบอกคนในครอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่งที่คุณไม่ชอบ	3.53	0.56	ดีมาก
<b>ด้านบทบาท</b>	<b>3.35</b>	<b>0.80</b>	ดีพอสมควร
- ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ	3.45	0.91	ดีพอสมควร
- ครอบครัวของคุณไม่เคยขาดสิ่งจำเป็น เช่นอาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรคฯลฯ	3.58	0.72	ดีมาก
- แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง	3.03	0.77	ดีพอสมควร
<b>ด้านการตอบสนองทางอารมณ์</b>	<b>3.00</b>	<b>0.87</b>	ดีพอสมควร
- ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอแล้ว	3.04	0.68	ดีพอสมควร
- แต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย	3.30	0.83	ดีพอสมควร
- บางคนในครอบครัวไม่ค่อยแสดงอารมณ์หรือความรู้สึก	2.44	1.11	ดีเล็กน้อย

ตารางที่ 15 (ต่อ)

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ
- บางคนในครอบครัวไม่ค่อยแสดงอารมณ์หรือความรู้สึก	2.44	1.11	ดีเล็กน้อย
- คุณระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้	3.03	0.92	ดีพอสมควร
- ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก	3.19	0.80	ดีพอสมควร
<b>ด้านความผูกพันทางอารมณ์</b>	<b>2.85</b>	<b>1.00</b>	ดีพอสมควร
- คุณรู้สึกมีอิสระและเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว	3.27	0.85	ดีพอสมควร
- คนในครอบครัวจะสนใจคุณแม้เรื่องนั้นไม่เป็นเรื่องสำคัญสำหรับเขา	2.34	1.07	ดีเล็กน้อย
- คนในครอบครัวไม่ยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัดใจ	2.85	1.07	ดีพอสมควร
- ครอบครัวของคุณไม่ต่างคนต่างอยู่	3.33	1.02	ดีพอสมควร
- ผู้ใหญ่ในครอบครัวไม่เคยออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป	2.36	0.97	ดีเล็กน้อย
<b>ด้านการควบคุมพฤติกรรม</b>	<b>2.75</b>	<b>0.89</b>	ดีพอสมควร
- คนในครอบครัวไม่สามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องรับโทษ	2.83	1.00	ดีพอสมควร
- ครอบครัวของคุณ ห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน	3.73	0.73	ดีมาก
- ครอบครัวของคุณ ไม่มีลักษณะตามสบายไม่ยึดถือมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใดๆ	2.03	1.01	ดีเล็กน้อย
- ในครอบครัวของคุณไม่มีใครทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ	2.43	0.84	ดีเล็กน้อย
<b>ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป</b>	<b>3.29</b>	<b>0.78</b>	ดีพอสมควร
- ทุกคนเข้ากันได้เป็นอย่างดี	3.41	0.70	ดีพอสมควร
- สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน	3.36	0.79	ดีพอสมควร
- การตกลงเรื่องต่างๆ ร่วมกันเป็นไปได้ง่ายเพราะทุกคนเข้าใจกัน	2.74	1.02	ดีพอสมควร
- ทุกคนยอมรับว่า แต่ละคนมีแบบฉบับของตนเอง	3.58	0.56	ดีมาก
- ครอบครัวของคุณรักใคร่ปรองดองกันดี	3.42	0.86	ดีพอสมควร
- ขณะนี้ครอบครัวของคุณมีความสุขดีพอแล้ว	3.26	0.90	ดีพอสมควร
- ในยามวิกฤตคนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้	3.65	0.48	ดีมาก
- ในครอบครัวของคุณไม่มีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย	2.93	0.96	ดีพอสมควร
<b>รวม</b>	<b>3.08</b>	<b>0.82</b>	<b>ดีพอสมควร</b>

จากตารางที่ 15พบว่า จากข้อคำถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวจำนวน 36 ข้อ ข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 26.ครอบครัวของคุณ ห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 รองลงมา คือ ข้อ 35.ในยามวิกฤติคนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 และข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อ 27.ครอบครัวของคุณมีลักษณะตามสบายไม่ยึดถือมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใดๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.03 สรุปการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวโดยรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 ซึ่งอยู่ในระดับดีพอสมควร

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางดารุณี งามขำ เกิดวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ.2513 ที่อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันปฏิบัติงาน ที่กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก ผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้พยายามฆ่าตัวตาย และในปี พ.ศ. 2553 ได้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย