

ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่
ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดยาของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลาง
ตอนบน



นางนันทชา สงวนกุลชัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

RELATIONSHIPS BETWEEN FAMILY ENVIRONMENT-RELATIONSHIP DIMENSION,
PARENTING BEHAVIORS, MATERNAL DEPRESSION, PATERNAL ALCOHOL DEPENDENT
AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT
HYPERACTIVITY DISORDER, UPPER CENTRAL REGION



Mrs. Nantacha Sanguenkulchai

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้าน
สัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของ
แม่และภาวะติดยาของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็ก
สมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน

โดย

นางนันทชา สงวนกุลชัย

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

นันทชา สงวนกุลชัย : ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดยาของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน. (RELATIONSHIPS BETWEEN FAMILY ENVIRONMENT-RELATIONSHIP DIMENSION, PARENTING BEHAVIORS, MATERNAL DEPRESSION, PATERNAL ALCOHOL DEPENDENT AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER, UPPER CENTRAL REGION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, 161 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น 2) สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดยาของพ่อเด็กสมาธิสั้น 3) ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดยาของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือ พ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 6-12 ปี จำนวน 154 ครอบครัว ที่มารับบริการต่อเนื่องแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐในเขตภาคกลางตอนบน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ฉบับบิดามารดา 3) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและ 5) แบบประเมินปัญหาการติดยา เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86, .81, .81, .85, .90 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงบรรยาย และ สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมร้อยละ 69.5 โดยมีปัญหาพฤติกรรมด้านเกรงมากที่สุด รองลงมาคือปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมสัมพันธภาพทางสังคม และปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์ (ร้อยละ 80.50, 75.3, 56.5, 24.7 และ 15.6 ตามลำดับ)

2. สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพของเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.2 พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่โดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 86.4 ภาวะซึมเศร้าของแม่พบร้อยละ 18.8 และภาวะพ่อติดยาพบร้อยละ 8.4

3. สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพและ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.220$ และ $-.198$) ปัจจัยภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดยาของพ่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .394$ และ $.165$)

5477307236 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: ADHD / FAMILY ENVIRONMENT / BEHAVIORAL PROBLEMS / CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER / FAMILY ENVIRONMENT-RELATIONSHIP DIMENSION / PARENTING BEHAVIORS / MATERNAL DEPRESSION PATERNAL ALCOHOL DEPENDENT

NANTACHA SANGUENKULCHAI: RELATIONSHIPS BETWEEN FAMILY ENVIRONMENT-RELATIONSHIP DIMENSION, PARENTING BEHAVIORS, MATERNAL DEPRESSION, PATERNAL ALCOHOL DEPENDENT AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER, UPPER CENTRAL REGION. ADVISOR: ASSOC. PROF.JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., 161 pp.

The purposes of this descriptive research were to study: 1) behavioral problems of children with ADHD 2) family environment-relationship dimension, parenting behaviors, maternal depression, and paternal alcohol dependence 3) relationships between family environment-relationship dimension, parenting behaviors, maternal depression, paternal alcohol dependent and behavioral problems in children with ADHD. Subjects were 154 parents of children with ADHD (aged 6-12 years) who continually visited the out - patient department of governmental hospitals, upper central region of Thailand. Research instruments consisted of 1) Family environment scale – relationship subscale 2) Parents behavior scale (Parents version) 3) The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) 4) Hamilton Rating Scale for depression, and 5) Alcohol use disorder identification test (AUDIT). Content validity of all instruments were established by a panel of 7 experts. The instruments' reliabilities were .86, .81, .81, .85, .90, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's Product-Moment Coefficient.

The results could be summarized as follows: 1) Sixty-nine point five percent of children with ADHD had behavioral problems. Conduct problems was found most, followed by peer relationship problems, hyperactivity, social relationship problems, and emotional problems (80.5%, 75.3%, 56.5% , 24.7% and 15.6%), respectively. 2) Family environment-relationship dimension of the children with ADHD was at the good level (79.2%), parenting behaviors was at the moderate level (86.4%), maternal depression and paternal alcohol dependence was found in 18.8 % and 8.4% of the studied families. 3) Family environment-relationship dimension and parenting behaviors had significant negative relationship with behavioral problems at the .05 level ($r = -.220$ and $-.198$). Whereas, maternal depression and paternal alcohol dependence had significant positive relationship with behavioral problems at the .05 level ($r = .394$ and $.165$).

Field of Study: Mental Health and Psychiatric
Nursing

Student's Signature

Advisor's Signature

Academic Year: 2013

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดและชี้แนะแนวทางอย่าง ใกล้ชิด อีกทั้งให้ความรักความเมตตาและให้กำลังใจอันยิ่งใหญ่ ทำให้ผู้วิจัยเกิดพลังใจที่เข้มแข็ง ต่อสู้ฟันฝ่าอุปสรรค จนสามารถทำวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่าง ยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการ แก้ไขและปรับปรุงวิทยานิพนธ์ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 7 ท่าน ที่กรุณา ตรวจสอบความตรงเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอกราบ ขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำและช่วยเหลือมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช รวมทั้งบุคลากรที่ เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองเครื่องมือและดำเนินการทดลองจน สิ้นสุดกระบวนการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่ม งานจิตเวช ที่ให้ความสำคัญในการศึกษาและให้โอกาสได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมและช่วยเหลือ สนับสนุนข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณพี่น้องที่ร่วมงานที่เข้าใจและให้ความช่วยเหลือด้วยดี ตลอดมา

และที่สำคัญขอขอบคุณสามีที่คอยช่วยเหลือทั้งร่างกาย แรงใจและกำลังใจที่สำคัญยิ่ง รวมถึงลูก ๆ ที่เป็นกำลังใจให้เข้มแข็ง และสุดท้ายที่สำคัญคือมารดาที่รักยิ่ง ที่มอบความรักและความ ห่วงใยลูกเสมอมา

ผู้วิจัยจึงหวังว่าคุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์กับผู้ ปฏิบัติการพยาบาลและผู้ป่วยต่อไป ผู้วิจัยขออุทิศความดีแต่ผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างและผู้มีอุปการคุณ ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์พร้อมตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย	6
สมมุติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น	14
2. การพยาบาลและช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว	28
3. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น	36
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม.....	42
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	61
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	73
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	73
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	74
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	80
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	82
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	97
สรุปผลการวิจัย	100
อภิปรายผลการวิจัย	103
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	108
ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป	109
รายการอ้างอิง	110
ภาคผนวก.....	121
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	122
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	124
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่ม ประชากรหรือมีส่วนร่วมในการวิจัย	134
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรม	138
ภาคผนวก จ ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูล	144
ภาคผนวก ฉ ตารางแสดงความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	150
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	161

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้น จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับการเกิด จำนวนพี่น้อง จำนวน (N=154).....	86
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มแม่และพ่อ จำแนกตาม อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ลักษณะ ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลำดับการเกิดของเด็ก รายได้ของครอบครัว ความ เพียงพอของรายได้ (N=154).....	87
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของระดับปัญหาพฤติกรรม จำแนกตามระดับของปัญหา (N= 154).....	88
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละและ ค่าเฉลี่ย ของระดับสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ของ เด็กสมาธิสั้น (N=154).....	90
ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ระดับพฤติกรรมกำเริบของพ่อแม่ของเด็กสมาธิสั้น (N=154).....	91
ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับภาวะซึมเศร้าของแม่ (N= 154)	92
ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับการติดยาของพ่อ (N=154).....	92
ตารางที่ 8 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ กับปัญหาพฤติกรรมใน เด็กสมาธิสั้น	93
ตารางที่ 9 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกำเริบของพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น	94
ตารางที่ 10 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดยาของพ่อกับปัญหาพฤติกรรม ในเด็กสมาธิสั้น	95
ตารางที่ 11 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมกำเริบพ่อ แม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดยาของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น .	96
ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น	145
ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ.....	146
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกำเริบของพ่อแม่	147
ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของแม่	148
ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและภาวะติดยาของพ่อ	149

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity Disorder หรือ ADHD) จัดเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดที่สุดในวัยเด็ก ที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมที่แสดงออกซ้ำแตกต่างจากพัฒนาการเด็กปกติ จนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2551) มีอาการที่สำคัญ 3 อย่าง คือ ขาดสมาธิ ไม่สามารถจดจ่ออยู่กับการทำงานได้นาน ซี้ลึม ซุกซอนอยู่ไม่นิ่ง ไม่ใส่ใจการเรียน และหุนหันพลันแล่น ขาดการยับยั้งตนเอง (พนม เกตุมาน, 2548) เด็กบางคนอาจจะมีอาการชุน และอาการหุนหันพลันแล่น วู่วาม เป็นอาการเด่น ในขณะที่บางคนขาดสมาธิเป็นอาการเด่น โดยไม่มีอาการชุนหรือหุนหันพลันแล่นชัดเจน การศึกษาถึงความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลก พบว่ามีความชุกร้อยละ 5-12 (Freitag et al., 2012) ในประเทศไทยมีความชุกเท่ากับ 8.1 โดยพบเพศชาย มากกว่าเด็กหญิง 3.1 เท่า (ทวีศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ, 2555) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับสถิติ 3 ปีย้อนหลังในปี 2552-2554 ของผู้เข้ารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ มีจำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นทั้งผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าเท่ากับ 490, 566, 1826 รายตามลำดับ

โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทที่ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการควบคุมสมาธิและการแสดงออกทางพฤติกรรม จึงส่งผลกระทบต่อทำให้เด็กมีการแสดงออกไม่สมวัย มีการกระทำหรือการแสดงออกที่เบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติ ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม และพฤติกรรมเหล่านั้น มีความรุนแรงพอ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นไปในลักษณะ มีความยากลำบากในการควบคุมตนเอง ซนอยู่ไม่นิ่ง เกเร ก้าวร้าว มีปัญหาการเข้าสังคมกับเพื่อนและผู้อื่น ปัญหาทางด้านอารมณ์ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง หงุดหงิด โมโหง่าย ทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง จึงเรียกว่ามีปัญหาพฤติกรรม ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัวและสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมก้าวร้าว ดื้อต่อต้าน และพฤติกรรมต่อต้านสังคม ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 4-17 ปี ด้วยแบบสอบถาม SDQ-EX พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญในปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมต่อต้านสังคม และปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน (Strine et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของดารุณี งามขำ (2554) ที่ทำการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 150 ราย พบว่าเด็กสมาธิสั้นปัญหาพฤติกรรมร้อยละ 65 โดยแยกเป็นปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนร้อยละ 70 ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งร้อยละ 62.50 ปัญหาด้านอารมณ์ร้อยละ 54.17 และปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยวร้อยละ 34.17 และจากการศึกษาลักษณะทางคลินิกของเด็กสมาธิสั้น โดยการศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยสมาธิสั้นจำนวน 202 คน พบว่าปัญหาที่นำมาพบแพทย์บ่อยที่สุดคือปัญหาการเรียน 47% และประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นโดยตรง ในกลุ่มนี้ปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือพฤติกรรมก้าวร้าวและต่อต้าน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2008) จากการศึกษาติดตามเด็กสมาธิสั้นจนถึงวัยรุ่น พบปัญหาด้านการเรียน ปัญหา

ด้านการคิดวิเคราะห์ ปัญหาการควบคุมตนเองไม่ดี ปัญหาการเข้าสังคม และ 3/4 ส่วนของเด็กกลุ่มนี้มีอาการจนเข้าสู่วัยรุ่นและพบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนอื่น เช่นการทุบ ทำร้ายคู่สมรส ของตนเอง และใช้ความรุนแรงในครอบครัว (Straus & Kantor, 1994; Stubbe, 2005) ปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จะส่งผลทำให้เป็นปัญหาต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ที่พบบ่อยคือ ล้มเหลวในการทำงาน ติดสารเสพติด ติดสุรา ซึมเศร้า มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตายและเป็นอาชญากร (มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550; Chronis-Tuscano et al., 2010) นอกจากนั้นการมีเด็กสมาธิสั้นในครอบครัวส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม พบมารดาของเด็กสมาธิสั้นขาดงานบ่อย ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ามารดาเด็กปกติทั่วไป มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เกิดความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดู หรือมีปัญหาการหย่าร้าง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546)

จากการทบทวนพบว่าสมาธิสั้นมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับความผันแปรทางพันธุกรรม แต่ปัญหาการแสดงออกในสมาธิสั้นไม่ได้เกิดจากพันธุกรรมทั้งหมด (Fararone & Biederman, 2000) สภาพแวดล้อมครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ไม่ควรมองข้ามและควรให้ความสำคัญในการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นร่วมด้วย (Johnston & Mash, 2001; Mash & Johnston, 2005) ลักษณะของครอบครัวและเด็กมีการส่งผ่านถึงกันไปมา (Bronfenbrenner, 1986; Darling & Steinberg, 1993)

ครอบครัวแสดงบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเด็กและกำหนดการทำนายของโรค และการวิจัยเกี่ยวกับครอบครัวเด็กสมาธิสั้นที่ผ่านมา มักจะศึกษาเกี่ยวกับค่าน้ำเกี่ยวกับความแตกต่างของปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่และเด็ก ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆและปัญหาพัฒนาการ และพัฒนาการเด็ก (Bell & Harper, 1977) การอบรมเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม จะทำให้อาการของโรครุนแรงและคงอยู่ยาวนานขึ้นและทำให้ประสิทธิภาพการรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร (ชาญวิทย์ นพตล, 2546) ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญมากต่อระบบการพัฒนาทางด้านร่างกายและจิตใจเด็กที่มีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมและการอบรมให้เด็กเข้ากับสังคมได้ ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการแลกเปลี่ยน สิ่งที่สำคัญคือความรัก โดยเริ่มจากพ่อแม่เป็นผู้ให้ลูกเป็นผู้รับ ถ้าการแลกเปลี่ยนเป็นไปในบรรยากาศที่พึงพอใจ มีทั้งการให้และการรับอย่างเหมาะสม พัฒนาการของเด็กก็จะเป็นไปอย่างราบรื่น เกิดความไว้วางใจของคนในครอบครัว เอื้ออาหารกัน แต่ถ้าสิ่งเหล่านั้นเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม ก็จะก่อให้เกิดความทุกข์ใจ คับข้องใจ ความขมขื่นและความเกลียดชัง ความรู้สึกลบที่เกิดขึ้นในครอบครัว จะมีความรุนแรงยิ่งกว่าที่เกิดขึ้นจากสังคมอื่น ประสบการณ์ที่เด็กได้รับแต่ละวันภายในครอบครัวมีผลต่อสุขภาพจิตเด็กอย่างมาก ประสบการณ์อาจทำให้เด็กมีความสุขและความมั่นคง ในทางกลับกันเด็กจะเรียนรู้ความเกลียดชัง ความด้อยค่าของตนเอง ความสงสัยในตนเอง การถอยหนี และไม่กล้าเผชิญกับสิ่งใดรวมทั้งสิ้นหวัง ดังนั้นการแก้ไขปัญหาสังคมที่เกิดขึ้น จึงควรเริ่มจากการสร้างครอบครัวให้เข้มแข็งและปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) และสอดคล้องกับคำกล่าวของ อรพรรณ ลีอนุญชวรัชย์ (2554) ที่กล่าวว่าครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่มีความสำคัญของคุณคน ในการหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน โดยเฉพาะโครงสร้างเกี่ยวกับบุคลิกภาพของแต่ละคน การพัฒนาทางอารมณ์ความรู้ ครอบครัวสร้างความรู้สึกรักเป็นเจ้าของ สร้างความรัก ความอบอุ่น อันเป็นพื้นฐานสำคัญของสัมพันธภาพที่ดี และ

ความสามารถปรับตัวที่ดีในสังคม ในขณะที่เดียวกันครอบครัวที่มีปัญหาก็นำไปสู่ความเศร้าหมองได้เช่นกัน ซึ่งเด็กสมาธิสั้นวัย 6-12 ปีมักอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ เด็กวัยนี้เป็นวัยที่ดูดซับค่านิยม วัฒนธรรม และสิ่งต่างๆรอบตัว และเป็นวัยที่พัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ (Stage of industry) พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็กวัยนี้ ประกอบด้วย การให้ความหมายต่อตนเอง (Self concept) การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-esteem) การสร้างความสามารถทางจิตสังคม (Psychosocial competence) ที่เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมที่ทำให้ตนเองพึงพอใจและเป็นที่ยอมรับของสังคม ที่พัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมที่เหมาะสมของเด็กวัยนี้ จะนำไปสู่พัฒนาการที่ดีในช่วงวัยรุ่นต่อไป (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2549) ดังนั้นการมองแบบย้อนกลับโดยการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุของปัญหาต่าง ๆ โดยการศึกษาให้เข้าใจถึงปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนป้องกันปัจจัยเสี่ยงและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

จากการศึกษาของ Johnston and Mash (2001) และการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นระบบของ Deault (2010) จากงานวิจัยปี 2000-2008 เกี่ยวกับปัจจัยการเลี้ยงดูกับปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกและเก็บกดของเด็กสมาธิสั้น หลักฐานการวิจัยส่วนใหญ่แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องกับปัญหาการทำหน้าที่ของครอบครัว ความเครียดภายในครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิตของพ่อแม่ ปัญหาความขัดแย้งของสัมพันธภาพของพ่อแม่และลูก ที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาพฤติกรรมต่อ ต่อต้านและปัญหาเกราะที่เกิตร่วม

สภาพแวดล้อมในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น พบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ไม่เหมาะสมมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเกราะ ก้าวร้าว ต่อต้าน และทำนายผลลัพธ์ทางด้านลบ (Rey, 2000) ในเรื่องนี้ Biederman (2001) ได้ทำการศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ซึ่งรายงานว่าการคงอยู่ของพฤติกรรมเกราะ มักพบพื้นฐานในครอบครัวที่มีความขัดแย้งสูงและความสัมพันธ์กันต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Drabrick (2006) พบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่มีความขัดแย้งสูงและความสัมพันธ์กันต่ำและความพึงพอใจในชีวิตสมรสของพ่อแม่ต่ำสามารถทำนายปัญหาพฤติกรรมเกราะ และภาวะซึมเศร้าในเด็กชายสมาธิสั้นได้

พ่อแม่เด็กสมาธิสั้นมักแสดงพฤติกรรมการออกคำสั่ง ไม่ยอมรับ มีการให้รางวัลน้อย และมักเคร่งครัดในกฎระเบียบ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด ไม่มีความสุข นำสู่การบกพร่องของพฤติกรรมในระยะยาว และเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการรักษา การลดความเคร่งครัดในระยะยาวมีนัยด้านลบ พบว่ามีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการพัฒนาการที่ดีของเด็กสมาธิสั้น (Hinshaw, Owens & Wells, 2000; Johnston, 1996; Keown & Woodward, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnston and Mash (2001) พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างแม่และเด็กสมาธิสั้นมักมีการควบคุมสูง เป็นไปทางลบมากกว่าการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มักจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว เนื่องจากพ่อแม่มีปัญหาในการควบคุมและฝึกระเบียบวินัย และมักใช้วิธีการลงโทษในการอบรมเลี้ยงดู นอกจากนั้นพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทำให้ถูกมองว่าเป็นเด็กดี ชน ก้าวร้าว ไม่เชื่อฟัง ถูกว่ากล่าว ต่ำหนหรือได้รับการลงโทษด้วยความรุนแรง เข้มย่นตี บีบบังคับ หรือการเลี้ยงดูแบบการปล่อยปละละเลย การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบวินัย ไม่คงเส้นคงวา ทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ มีพฤติกรรมอึดอัด เกราะ คือ ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของครอบครัวและสังคม อารมณ์หุนหันพลันแล่น

ใจร้อน อดทนรอคอยไม่ได้ หงุดหงิด ก้าวร้าว มีความภาคภูมิใจต่ำและอารมณ์แปรปรวนมากขึ้น (พรทิพย์ วชิรติลก, 2552)

ภาวะสุขภาพจิตของแม่ พ่อแม่เด็กสมาธิสั้นมักมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์สูง มีความเครียดจากการเลี้ยงดู การรับรู้ในความสามารถในการเลี้ยงดูลดลง (Gau, 2007) จากการศึกษาพบว่าเป็นระบบพบว่าปัญหาสุขภาพจิตของแม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกดมากกว่าปัญหาสุขภาพจิตของพ่อ และมักพบว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นในแม่เด็กสมาธิสั้นแม่ที่มีภาวะซึมเศร้า มักแสดงลักษณะการเลี้ยงดูที่ให้ความอบอุ่นและความใกล้ชิดน้อย การฝึกระเบียบวินัยไปในทางลบและก้าวร้าวมาก (Kashdan et al. 2004; Chronis, 2003) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าของแม่ จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการทางด้านจิตใจของเด็ก (Burke, 2003) และเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมเกราะ ปัญหาทางด้านอารมณ์ และปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกและแบบเก็บกด (Elger et al., 2004; Cummings & Davies, 1999; Chronis & colleagues, 2007)

มักพบปัญหาการใช้สารเสพติดในพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นสูงเพิ่มขึ้น โดยพบว่าพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นดื่มสุรามากกว่าพ่อแม่เด็กปกติ ซึ่งภาวะติดสุรามีเกี่ยวข้องกับแสดงออกของอารมณ์การอบรมเลี้ยงดูทางลบและทำให้เด็กมีพฤติกรรมคล้ายสมาธิสั้น (Pelham & Lang, 1999) และพบว่าพ่อของเด็กชายสมาธิสั้นมีปัญหาการดื่มสุรามากกว่าพ่อของเด็กปกติ (Biederman et al., 1990)

จากการศึกษาพบว่าการรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันต้องอาศัยการช่วยเหลือหลายวิธีร่วมกันที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเพื่อลดอาการด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองและปรับตัวได้ดีขึ้น ร่วมกับการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ พ่อแม่ เด็กและการประสานงานกับทางโรงเรียนเพื่อให้การช่วยเหลือในชั้นเรียน ซึ่งได้ผลกว่าการรักษาเพียงวิธีเดียว

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า ได้มีการจัดโปรแกรมสำหรับฝึกสอนพ่อแม่ในการปรับพฤติกรรมเด็กซึ่งเป็นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่พ่อแม่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อให้พ่อแม่มีทัศนคติที่เป็นบวก ยอมรับ และเข้าใจข้อจำกัดต่างๆ ของเด็ก ให้เรียนรู้วิธีการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องและได้ผล โปรแกรมการสร้างเสริมทักษะทางสังคมเป็นการช่วยเหลือที่ตัวเด็กโดยตรง โดยการฝึกให้เด็กสังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลอื่น รู้จักการรอคอย รับฟัง หรือการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม การช่วยเหลือโดยการประสานกับโรงเรียนโดยให้ครูเข้าใจธรรมชาติของโรคสมาธิสั้น ยอมรับสภาพเด็ก การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน และการใช้เทคนิคที่ต่อการเรียนรู้ของเด็ก โดยรูปแบบการช่วยเหลือเหล่านี้ได้อาศัยพื้นฐานมาจากทฤษฎีและรูปแบบการบำบัดจากต่างประเทศ ซึ่งมีบริบทแตกต่างจากสังคมไทย ในด้านระบบการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขมียังการให้บริการที่จำกัดอยู่ในสถานบริการระดับใหญ่เช่น โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลประจำจังหวัด ส่วนโรงพยาบาลระดับชุมชนมีการให้บริการเฉพาะบางแห่งเท่านั้น รูปแบบการให้บริการมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับของสถานพยาบาล ในระดับตติยภูมิโดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์ได้มีการพัฒนาบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก มีการส่งเสริมป้องกันระดับปฐมภูมิในชุมชนและโรงเรียน มีทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยเหลือตามปัญหาของเด็กและครอบครัว โรงพยาบาลระดับจังหวัดจะมีรูปแบบแตกต่างกันไป ตามแต่ความสนใจของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีอยู่ในหน่วยงานนั้นๆ ในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนมากยังไม่มีรูปแบบการดูแลช่วยเหลือเลย มีเพียงบางส่วนที่

ให้บริการแบบตั้งรับในหน่วยบริการ สำหรับครอบครัวและชุมชนเป็นส่วนที่ไม่มีรูปแบบการดูแลช่วยเหลือที่ชัดเจน การดูแลเป็นไปตามธรรมชาติเป็นไปตามความรู้ ความเข้าใจเท่านั้น โดยส่วนใหญ่เน้นการดูแลเรื่องการรับประทานยา ความเจ็บป่วยทางกาย การดูแลด้านพฤติกรรมอารมณ์จิตใจ การเรียนซึ่งเป็นเรื่องพื้นฐานเหมือนเด็กทั่วไป (ทวิศิลป์ วิษณุโยธินและคณะ, 2555) จะเห็นได้ว่านอกจากขาดการเข้าถึงบริการของเด็กและครอบครัวเด็กสมาธิสั้นแล้ว การพยาบาลดูแลช่วยเหลือครอบครัวยังคงเป็นไปตามหลักฐานการวิจัยจากต่างประเทศ ขาดการส่งเสริมป้องกันปัญหาพฤติกรรมในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบทของครอบครัวไทย ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านสังคมและวัฒนธรรม พื้นฐานของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและโดยเฉพาะการป้องกัน แต่องค์ความรู้ในเกี่ยวกับบริบทของครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น ที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทยยังมีน้อย มักพบการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน อาจจะไม่สามารถนำมาอ้างอิงในบริบทของประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นมีเพียงเรื่องเดียว คือของ ดารุณี งามขำ (2554) ซึ่งศึกษาปัจจัยครอบครัวด้าน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจวัตรสุขภาพของครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่ และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาให้ได้คำตอบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยเริ่มจากครอบครัวและบุคคลที่มีความใกล้ชิดเด็กมากที่สุด คือพ่อแม่หรือผู้ดูแลซึ่งบทบาทสำคัญในการอบรมสั่งสอนและเป็นตัวแบบให้กับเด็ก การให้การพยาบาลโดยการจัดการกระทำกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างเดียวไม่อาจแก้ไขปัญหาโดยรวมได้ เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมที่เกิดเป็นการแสดงออกของเด็กต่อปัญหาเดิมที่ซ่อนอยู่ ปัญหาพฤติกรรมบางอย่างมักเกิดขึ้นมานาน จนทำให้ยากต่อการแก้ไข ดังนั้นการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จึงเปรียบเสมือนการป้องกันและช่วยเหลือในการลดผลลัพธ์ทางด้านลบ ที่จะช่วยให้บุคคลากรทางด้านสุขภาพสามารถหาแนวทางแก้ไขพร้อมทั้งวางแผนการส่งเสริมศักยภาพครอบครัวให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น และการนำผลการวิจัยไปสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาล ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กในเชิงป้องกันและส่งเสริมได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญของครอบครัวต่อปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ทำการคัดเลือกปัจจัยโดยยึดหลักที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถจัดการกระทำได้ ส่วนปัจจัยบางปัจจัยที่ไม่สามารถจัดการกระทำหรือไม่สามารถควบคุมได้และไม่มีความเหมาะสมกับสภาพสังคมในปัจจุบันผู้วิจัยจึงยังไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ปัจจัยครอบครัวที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้ เน้นสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่มีอยู่แล้ว โดยเลือกศึกษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเขตภาคกลางตอนบนจำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี ชัยนาท พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง เนื่องจากลักษณะของชุมชนดังกล่าวเป็นชุมชนกึ่งชนบทกึ่งเมืองที่มีการเติบโตที่รวดเร็ว ทำให้สภาพแวดล้อมในครอบครัวและการ

เลี้ยงดูที่มีลักษณะเฉพาะ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว จากการทำอาชีพเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ผู้หญิงเปลี่ยนบทบาทในการทำงาน เพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อครอบครัว โดยมีครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ครอบครัวขยายลดลง ลักษณะเหล่านี้ครอบครัวร่วมกับการต้องดูแลบุตรสมาธิสั้นซึ่งมีปัญหาด้านพฤติกรรม ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) ทำให้เกิดปัญหาตามมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง มีความขัดแย้งสูง เกิดการหย่าร้างได้ง่าย การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมปล่อยปละละเลย หรือเอาใจมากเกินไป ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คาดหวังว่าจะได้ทราบถึงปัจจัยครอบครัวด้านต่างๆที่มีความสัมพันธ์ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น และได้ทราบถึงสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะวิตกกังวลของพ่อ ของเด็กสมาธิสั้นว่าเป็นอย่างไร ผลลัพธ์การวิจัยที่ได้นี้คาดว่าจะนำไปใช้ในการออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดผลลัพธ์ในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างแท้จริง อันจะส่งผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้แก่ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม
2. เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะวิตกกังวลของพ่อของเด็กสมาธิสั้น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะวิตกกังวลของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี โดยใช้แนวคิดแบบจำลองนิเวศวิทยาเกี่ยวกับพัฒนาการของมนุษย์ (Ecological model of child development) ของBronfenbrenner เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยระบุถึงสิ่งแวดล้อมของบุคคลโดยแบ่งสิ่งแวดล้อมเป็นชั้นมี 4 ระบบที่ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมชั้นแรกระบบจุลภาค (Microsystem) ที่ใกล้ชิดเด็กและมีความสำคัญที่สุดต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการ ความเชื่อและพฤติกรรมของเด็ก คือครอบครัว ระบบปฏิสัมพันธ์ (Mesosystem) เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีขนาดกว้าง ที่บุคคลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ด้วย เช่น เด็กจะต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับโรงเรียน กลุ่มเพื่อนและเพื่อนบ้าน ระบบภายนอก (Exosystem) เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอก ที่ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อเด็กแต่เป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อ และระบบมหภาค (Macro system) คือระบบใหญ่ที่สุดของสังคม ประกอบด้วยบทบาท มาตรฐานของสังคมและหน้าที่ เกิดทัศนคติและจารีต และจากการทบทวนวรรณกรรม

เกี่ยวกับปัจจัยครอบครัวของ Jonhston and Mash (2001) ที่ได้ศึกษาทบทวนถึงครอบครัวเด็กสมาธิสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความยุ่งยากในครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัวถูกรบกวน ความเครียดที่เกิดจากการเลี้ยงดู และปัญหาสุขภาพจิตของพ่อแม่ จึงสามารถสรุปปัจจัยครอบครัว

ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาและ สามารถจัดกระทำได้ 4 ปัจจัย ดังนี้

สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ (Family environment-relationship dimension) เป็นลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างพ่อแม่และลูก และพี่น้อง ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน มีการสนทนาพูดคุยปรึกษาหารือกัน มีการแสดงออกต่อกัน เอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งอาจจะเป็นสัมพันธภาพทั้งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ ปัจจัยครอบครัวและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อปัญหาสมาธิสั้นและภาวะเกร่ ก้าวร้าวที่เกิดร่วม Johnston & Mash (2001) สภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ไม่ดีมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเกร่ ภาวะต่อต้านและบกพร่องการทำหน้าที่ (Rey, 2000) เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีความรักและความอบอุ่น จะเป็นเด็กที่มีความมั่นคงในอารมณ์สูง และสามารถปรับตัวได้ดีในสังคมทั่วไป ในขณะที่เด็กที่มาจากครอบครัวแตกแยก มักจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ ตลอดจนไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้อย่างเหมาะสม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Drabick et al. (2006) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรม โดยพบว่าครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่ำ และมีความขัดแย้งสูง มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเกร่อย่างมีนัยสำคัญ

พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ (Parenting behavior) เป็นการอบรมเลี้ยงดูหรือการแสดงออกของพ่อแม่ที่กระทำต่อเด็กโดยการอบรมสั่งสอนกฎระเบียบ การช่วยเหลือชี้แนะ ตลอดจนการอบรมขัดเกลาพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การเลี้ยงดูเด็กเป็นสิ่งแวดล้อมพื้นฐานในการสร้างบุคลิกภาพของเด็ก หากเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจากครอบครัว จะมีแนวโน้มที่ส่งผลให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณค่าในตนเอง พึ่งพอใจในชีวิต มีคุณภาพและมีประโยชน์ต่อสังคม (Olson & DeFrain, 2006) จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยของ Johnston and Jassy (2007) โดยทบทวนงานวิจัย 5 เรื่องที่มีติดตามในระยะยาวเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู พบว่าหลักฐานการสนับสนุนที่น่าเชื่อถือได้ว่าปัญหาการอบรมเลี้ยงดู สามารถทำนายการเกิดปัญหาพฤติกรรมต่อต้านและเกร่ในเด็กสมาธิสั้น ในระยะแรกปัญหาในการอบรมเลี้ยงดูเริ่มจากพฤติกรรมของเด็กเอง ระยะต่อมาปัญหาพฤติกรรมของเด็กและปัญหาการอบรมเลี้ยงดูต่างส่งกระทบกันและกัน จากปัญหาขาดสมาธิ หุนหันพลันแล่น และความต้องการที่หลากหลายของพ่อแม่ และความต้องการของเด็กที่มากขึ้นซึ่งไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม หรือได้รับการเลี้ยงดูที่แสดงออกมากเกินไป เช่น การแสดงอารมณ์อย่างรุนแรง รวมถึงการหลีกเลี่ยงหรือการทอดทิ้ง ทำให้เกิดความยากลำบากในอบรมการเลี้ยงดู ส่งผลทำให้เด็กพัฒนาไปสู่ปัญหาพฤติกรรมต่อต้านและเกร่ พบว่าแม่เด็กสมาธิสั้นมีการเลี้ยงดูด้วยการบีบบังคับ และไม่คงเส้นคงวา การเลี้ยงดูที่ไม่มีระเบียบวินัยหรือได้รับการเลี้ยงดูทางด้านลบ และการเลี้ยงดูแบบทอดทิ้งมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นโดยเฉพาะพฤติกรรมเกร่ (Drabick et al. 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบ การดูต่ำ ต่ำหนิ ประจาน การลงโทษมากเกินไป ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีอารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย มองตนเองไม่ดี มองโลกในแง่

ร้าย ขาดความภูมิใจในตนเอง ขาดความคิดริเริ่มในทางสร้างสรรค์ เกือบเกิดความโกรธ อารมณ์แปรปรวนและอาจป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2555)

ภาวะซึมเศร้าของแม่ (Maternal depression) เป็นภาวะความผิดปกติของอารมณ์ความคิดและพฤติกรรม แม่ที่มีอารมณ์เศร้าและหงุดหงิดง่าย มักจะมีปฏิกริยารุนแรงกว่าที่ควร เมื่อเด็กทำผิด ความหงุดหงิดของแม่และการลงโทษที่รุนแรงอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เด็กโกรธและมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) Fergusson et al. (1993) กล่าวว่ามีการวิจัยจำนวนมากที่รายงานว่ามีแม่ของเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกมีอัตราซึมเศร้าสูงกว่าเด็กปกติ ภาวะซึมเศร้าของแม่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการทางด้านจิตใจของเด็ก (Burke, 2003) และเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็ก (Brennan et al., 2000; Hay et al., 2003) โดยแม่ที่มีปัญหาซึมเศร้ามักเลือกแสดงความพอใจต่อพัฒนาการของเด็กในด้านอารมณ์และสังคมมากกว่าการพัฒนาการด้านการคิดหรือด้านสติปัญญา ซึ่งคิดว่าเปลี่ยนแปลงไม่ได้ จะส่งผลต่อการก่อตัวในแบบแผนพฤติกรรมชีวิตแบบซึมเศร้าเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ (Johnson, 1995 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2551) และอาจเกิดกลไกในการส่งผ่านภาวะซึมเศร้าจากพ่อแม่สู่เด็กได้ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าของแม่ทำให้แม่มักแสดงพฤติกรรมทางด้านบวกน้อย จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแม่และลูกเป็นไปในทางลบ ให้การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ไม่คงเส้นคงวา ขาดการสนใจสนับสนุนกับเด็ก ส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมตามมา จึงแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของแม่กับปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็กซึ่งเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการบกพร่องเรื่องการเลี้ยงดู การศึกษาในระยะยาวพบว่า ปัญหาซึมเศร้าของแม่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูของแม่และทำนายการเกิดปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น (Chronis et al., 2007; Chronis-Tuscano et al., 2012)

ภาวะติดสุราของพ่อ (Paternal alcohol dependence) เป็นการดื่มสุราจนเกิดความผิดปกติทางร่างกายพฤติกรรมและความคิดทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆบกพร่องไป เช่น การงาน ความขัดแย้งภายในครอบครัว ลูกขาดการควบคุมดูแล พ่อที่ติดสุราตั้งแต่ลูกยังเด็ก ส่งผลให้ลูกมีปัญหาพฤติกรรมวุ่นวาย (Disruptive behavior) พบว่าพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ด้านลบ เช่น การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการด้านเกรของเด็กละเลยและอาจส่งผลต่อพัฒนาการ การปรับตัวที่ไม่ดีของเด็กและการเกิดปัญหาทางจิตได้ (Loukas et al., 2003) นอกจากนี้ยังพบว่าพ่อที่ติดสุรามีปัญหาการควบคุมอารมณ์ แสดงความโกรธรุนแรงและพฤติกรรมก้าวร้าวกับเด็ก (Das Eiden & Leonard, 2000) ส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรม ในเด็กสมาธิสั้นที่พ่อติดสุราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะก้าวร้าว ขาดสมาธิ หุนพลันเล่น แต่ไม่แตกต่างด้านการอยู่ไม่นิ่ง และพบว่าพ่อแม่ที่มีลูกสมาธิสั้น มีอัตราการดื่มสุรามากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม (Johnston et al., 2001) จากหลักฐานการวิจัยยืนยันได้ว่าสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็ก

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งตัวกระตุ้นเด็กที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคสมาธิสั้นอยู่แล้วทำให้เกิดอาการปรากฏชัดขึ้น และส่งผลให้ปัญหาพฤติกรรมที่พบคงอยู่และมีอาการรุนแรงขึ้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น
2. พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น
3. ภาวะซึมเศร้าของแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น
4. ภาวะวิตกกังวลของพ่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว ได้แก่ สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะวิตกกังวลของพ่อกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะวิตกกังวลของพ่อ

ตัวแปรตาม คือ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกร พฤติกรรมอยู่นิ่ง พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. เด็กสมาธิสั้น หมายถึง เด็กที่มีอายุอยู่ในช่วง 6-12 ปี ที่มีอาการประกอบด้วย ขาดสมาธิ อยู่นิ่งไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นควบคุมตนเองไม่ได้ อาการจะปรากฏให้เห็นก่อน 7 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Classification of disease/ICD 10 ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคกลางตอนบน

2. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของเด็กที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าในลักษณะที่เป็นการกระทำหรือการแสดงออกที่แตกต่างหรือเบี่ยงเบนไปจากเด็กในวัยเดียวกันมีความยากลำบากในการควบคุมแสดงออกทางการกระทำของตนเองและทางอารมณ์ในลักษณะอยู่นิ่งชกเกร บางครั้งก้าวร้าวยากลำบากในการเข้าสังคมกับเพื่อนและผู้อื่น หงุดหงิดโมโหง่าย ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม อีกทั้งมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งตนเองและบุคคลรอบข้างตามแนวคิดของ Robert Goodman (2001) สามารถแบ่งพฤติกรรมปัญหาออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

2.1 พฤติกรรมด้านอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ที่ผิดปกติ เด็กสมาธิสั้นจำนวนมากมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ขี้โมโห และควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ได้ เวลาโกรธ ก็จะโกรธแรงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่นชกหน้าเพื่อน ตะโกนเสียงดัง อารมณ์หงุดหงิดง่าย ทำให้เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนและคนในครอบครัว เด็กสมาธิสั้นหลายคนมีอาการเศร้า และวิตกกังวลเนื่องจากประสบการณ์ล้มเหลวในด้านการเรียนและปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น เด็กบางคนมีอาการ

เศร้าแบบเรื้อรัง บางคนมีอาการหงุดหงิดแทนที่จะมีอาการเศร้าตรงๆ บางคนมีความวิตกกังวลกลัวว่าตนจะทำได้ไม่ดีเท่ากับเพื่อนๆ อาการเศร้าและกังวลนี้จะทำให้เด็กไม่มีสมาธิและวอกแวกมากขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546)

2.2 พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หมายถึง ลักษณะการแสดงออกที่อยู่ไม่สุข วุ่นวาย วอกแวกง่าย ต้องลุกเดินหรือขยับตัวไปมา ชอบปีนป่าย เล่นเสียงดัง เล่นผาดโผน หรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย มักประสบอุบัติเหตุบ่อย จากความซน และความไม่ระมัดระวัง พุดมากพูดไม่หยุด อาการนี้จะสังเกตเห็นเด่นชัด ในเด็กเล็กๆ เมื่อโตขึ้นอาการซนมักจะลดลงตามวัย จนเหลือแต่เพียงความรู้สึกกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจ เวลาต้องอยู่นิ่งๆ ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยรุ่น

2.3 พฤติกรรมเกร หมายถึง พฤติกรรมที่ละเมิดสิทธิของผู้อื่นหรือกฎเกณฑ์ของสังคม เช่นการขบถรังแกทำร้ายผู้อื่น ขโมยของบ่อยๆ ทำลายข้าวของ ต่อต้านกฎระเบียบ ชอบก่อการทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น โมโหร้ายไม่เชื่อฟัง มักจะไม่ทำตามผู้ใหญ่ต้องการ

2.4 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน หมายถึง การแสดงออกด้านพฤติกรรมในการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักจะซน ควบคุมตนเองลำบาก ทำให้อาจไปละเมิดเด็กอื่นได้ เช่นล้อเลียน แหย่ แกล้ง ทำให้คนอื่นไม่พอใจ จนมีการโต้ตอบกันไปมา ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียวไม่มีเพื่อนสนิทเป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนถูกเด็กคนอื่นล้อเลียน หรือรังแกเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าวัยเดียวกัน

2.5 พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม หมายถึง การแสดงออกด้านพฤติกรรมในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทั้งในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักขาดการควบคุมตนเอง ไม่รู้จักกาลเทศะ ทะเลาะก่อกวน ไม่รู้จักกฎเกณฑ์ และกระทำผิดได้ง่าย เด็กมักถูกปฏิเสธ รังแกไม่ให้เข้ากลุ่ม (อลิสตา วัชรสินธุ์, 2545) ในเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการรุนแรงจะมีผลเสียอย่างมากในการปรับตัวทางด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) พัฒนาการทางสังคมและความคิดความเข้าใจของบุคคล ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

ซึ่งปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสามารถวัดได้ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (The Strength and Difficulties Questionnaire: SDQ) 3. สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ (Family environment-relationship dimension) หมายถึง ลักษณะปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวระหว่างพ่อแม่ลูกและพี่น้อง ในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เอาใจใส่ดูแลกัน มีการสนทนาพูดคุยปรึกษาหารือกัน การมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวและการแสดงออกต่อกัน ซึ่งสัมพันธภาพนั้นมีทั้งด้านที่ดีและไม่ดี ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดีจะมีความรักใคร่ปรองดอง มีความห่วงใยซึ่งกันและกัน และปรึกษาหารือร่วมกันเมื่อมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้น ส่วนครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดีนั้น จะมีความห่างเหินและความขัดแย้งกัน ตามแนวคิดของ Moos & Moos (1986) ประกอบด้วย

3.1 ความสัมพันธ์ คือ ความผูกพันใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัวมีความอบอุ่นห่วงใย ได้รับการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ในด้านความผูกพันทางอารมณ์ ชอบเขตความสัมพันธ์ และใช้เวลาาร่วมกัน การช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว

3.2 การแสดงออก คือ การที่สมาชิกแสดงความรู้สึกของตนออกมาอย่างเปิดเผยของคนในครอบครัว

3.3 ความขัดแย้ง คือ ความรู้สึกนึกคิดหรือการกระทำที่ขัดแย้งกันทั้งภายนอกภายในระหว่างบุคคล และแสดงพฤติกรรมของความขัดแย้งนั้นออกมาอย่างเปิดเผย เช่น เมื่อมีความขัดแย้งกันของคนในครอบครัวสมาชิกในครอบครัวก็จะแสดงความโกรธอย่างเปิดเผย

สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพสามารถวัดด้วยแบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวของ Moos & Moos (1986)

4. พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ (Parenting Behavior) หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูหรือการแสดงออกของพ่อแม่ที่กระทำต่อเด็กโดยตรง ในการอบรมสั่งสอนกฎระเบียบ การช่วยเหลือชี้แนะแนวทาง ตลอดจนการอบรมขัดเกลาพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย

4.1 การเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก (Autonomy) เป็นลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่ ส่งเสริมเด็กให้มีความคิดสร้างสรรค์ มีอิสระในการคิดการตัดสินใจของตนอย่างเต็มที่ สนับสนุนให้เด็กมีความเป็นตัวของตัวเอง

4.2 การยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง (Child-centeredness) เป็นลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่ ให้เด็กมีส่วนร่วมในการตั้งกฎเกณฑ์ของครอบครัวและตัดสินใจร่วมกัน มีความตระหนักและเคารพในมุมมองของเด็ก

4.3 การเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ (Consistency) เป็นลักษณะการอบรมเลี้ยงดูที่พ่อแม่ให้ความเสมอต้นเสมอปลาย มีการวางระเบียบกฎเกณฑ์และขอบเขตที่แน่นอนอย่างสม่ำเสมอ

4.4 การไม่ควบคุมจนเกิดความละอาย (Control through guilt) เป็นลักษณะที่พ่อแม่เลี้ยงดูด้วยการไม่กำหนดกฎเกณฑ์ควบคุมและวางกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดให้เด็กเชื่อฟังอย่างเคร่งครัด

4.5 การไม่ทอดทิ้ง (Detachment) ลักษณะที่พ่อแม่เลี้ยงดูแบบไม่ทอดทิ้ง สนใจจะควบคุม สนใจที่จะอบรมสั่งสอนชี้แนะที่ถูกต้อง

พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ (The Parent's report Scale) สร้างขึ้นโดย Cohen et al. (1977) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ

5. ภาวะซึมเศร้าของแม่ หมายถึง ภาวะผิดปกติของความคิด ความรู้สึกพฤติกรรม และความแปรปรวนทางอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปของแม่ ทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งมีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์

ซึ่งภาวะซึมเศร้าของแม่เด็กสมาธิสั้น สามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นโดย Hamilton (1960) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดยมาโนช หล่อตระกูลและคณะในปี 2539

6. ภาวะติดสุราของพ่อ หมายถึง การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องและมีการเพิ่มจำนวนในการดื่มสุรามากขึ้นเรื่อยๆ มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคมของพ่อเด็กสมาธิสั้น ส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว ไม่สามารถยับยั้งตนเองได้ ถึงแม้จะทราบผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรา

ซึ่งภาวะติดสุราของพ่อ สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต (2547)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีแนวทางในการออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดผลลัพธ์ในการลดปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเพื่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและครอบครัว
2. เป็นแนวทางในการวิจัยพัฒนานวัตกรรมบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพการบริการในการดูแลเด็กสมาธิสั้นและครอบครัวในอนาคต



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะวิตกกังวลของพ่อเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อปัญหาพฤติกรรม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น
 - 1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น
 - 1.2 สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้น
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น
 - 1.4 แนวทางการตรวจประเมินและการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
 - 1.5 เครื่องมือในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น
 - 1.6 แนวทางการรักษาโรคสมาธิสั้น
 - 1.7 ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น
2. การพยาบาลและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กสมาธิสั้น
3. ครอบครัวเด็กสมาธิสั้น
4. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น
 - 4.1 ความหมายและความสำคัญ
 - 4.2 องค์ประกอบลักษณะของปัญหาพฤติกรรม
 - 4.3 การประเมินปัญหาพฤติกรรม
5. ปัจจัยครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม
 - 5.1 สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ
 - 5.2 พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่
 - 5.3 ภาวะซึมเศร้าของแม่
 - 5.4 ภาวะวิตกกังวลของพ่อ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

1.1 ความหมายของโรคสมาธิสั้น

วินัดดา ปิยะศิลป์ (2540) ได้ให้ความหมายของเด็กสมาธิสั้นว่า หมายถึง ความผิดปกติของพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่แสดงออกซ้ำๆ จนเป็นลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการในเรื่องการขาดสมาธิ ความหุนหันพลันแล่น ยับยั้งตัวเองไม่ค่อยได้ และหรือซุกซนไม่ยอมอยู่นิ่ง โดยที่อาการจะปรากฏให้เห็นก่อนอายุ 7 ขวบและมีความรุนแรงมากพอ จนทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและผู้เกี่ยวข้อง

นางพาง ลีสมสุวรรณ (2542) โรคสมาธิสั้น หมายถึง ความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่ง ที่ประกอบไปด้วยพฤติกรรมที่แสดงออกบ่อยๆ ซ้ำๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กับอายุและระดับพัฒนาการและได้แสดงออกต่อเนื่องยาวนานพอสมควร ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การขาดสมาธิ (Inattention) และ/หรือมีความซุกซนอยู่นิ่งกับความหุนหันพลันแล่น (Hyperactivity Impulsivity) อาการต้องปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และพฤติกรรมเหล่านี้รุนแรงพอที่ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

มณี ภิญญาพานิช (2542) คือการมีสมาธิสั้นและอาจมีหรือไม่มีอาการอยู่นิ่งและหุนหันพลันแล่นร่วมด้วย ในการวินิจฉัยดังกล่าวต้องคงอยู่เป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน เป็นผลเสียต่อการเรียน การเข้าสังคมและการดังกล่าวต้องเกิดก่อนอายุ 7 ปี

ชาตรี วิฑูรชาติ (2551) ได้กล่าวถึงโรคสมาธิสั้นว่า คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมที่ประกอบด้วยอาการสมาธิสั้น (Inattention) ซุกซนอยู่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) นานกว่า 6 เดือน ซึ่งไม่เป็นไปตามระดับพัฒนาการและมีความรุนแรงจนส่งผลเสียต่อต้านสังคม การเรียน หรือการทำงาน

จึงพอสรุปได้ว่าโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD) หมายถึง ความผิดปกติทางพฤติกรรม โดยมีลักษณะที่แสดงออกสำคัญ 3 ด้านคือ ขาดสมาธิ (Inattention) ซุกซนอยู่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และกระทำพฤติกรรมบ่อยๆ ซ้ำ ๆ โดยไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการแสดงออกนานกว่า 6 เดือน อาการจะปรากฏให้เห็นก่อน 7 ปี พฤติกรรมเหล่านี้รุนแรงพอที่จะทำให้มีผลกระทบต่อ พัฒนาการทางด้านจิตใจและบุคลิกภาพ การเรียน การเข้าสังคม การทำงาน หรือการใช้ชีวิตประจำวัน

1.2 สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้น

ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน แต่หลักฐานสนับสนุนที่สอดคล้องกันว่าน่าจะเป็นผลมาจากปัจจัยพันธุกรรม ความบกพร่องในการทำงานของสมอง และสภาพแวดล้อม

1.2.1. ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า อัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นในญาติสายตรงได้ถึง 5 เท่า ในลูกฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียว (Monozygotic twin) พบโรคร่วมกันได้สูงถึง 50-98% ในแฝดไข่คนละใบพบร้อยละ 33 (Dizygotic twin) เด็กที่พ่อแม่สมาธิสั้นมีโอกาสเสี่ยงเป็นสมาธิสั้นถึง 57% ในปัจจุบันยังไม่สามารถหาตำแหน่งความผิดปกติบนยีนที่ทำให้เกิดสมาธิสั้นได้แน่ชัด แต่เชื่อว่าน่าจะอยู่บนยีน Dopamine receptor D4 (DRD4) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความสนใจที่ต้องการเรียนรู้สิ่งใหม่ (Novelty seeking behavior) และพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และ Dopamine transporter gene (DAT) เป็นยีนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นในกลุ่มประชากร

ทั่วไปว่ามีการแสดงที่หลากหลาย (นงพงา ลี้มสุวรรณ, 2542; ชาญวิทย์ นภดล, 2545; ทศนวัต สมบุญธรรม, 2554)

1.2.2 พยาธิสภาพของสมอง ได้แก่

1) สารสื่อประสาท (Neurotransmitter system) พบว่ามีความไม่สมดุลของสื่อประสาทที่สำคัญ ได้แก่ dopamine พบความบกพร่องในโดปามีนรีเซปเตอร์ D2 และ D4 และพบความพร่องของยีนส่งโดปามีน (dopamine transporter) จากการที่เด็กสมาธิสั้นขาดสารโดปามีน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดยับยั้งในสมองส่วนหน้า ทำให้เกิดอาการไม่สามารถควบคุม ยับยั้งการสั่งงาน การแสดงออก และอาการอยู่ไม่นิ่งจนเป็นที่สังเกตได้ (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550) norepinephrine น้อยเกินไป จึงส่งผลต่อพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

2) ความผิดปกติของขนาดและการทำงานของสมองโรคสมาธิสั้น มีปริมาณเนื้อสมองส่วน Frontal และ temporal lobe น้อยกว่าเด็กปกติ และพบว่าสมองส่วน Frontal lobe ทำงานน้อยกว่าปกติ ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมความหุนหันพลันแล่น การจัดระเบียบ และการทำกิจกรรมแบบมีจุดมุ่งหมาย นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของสมองส่วนอื่นอีก เช่น prefrontal cortex, parietal cortex, basal ganglia, thalamus และ cerebellum ซึ่งบริเวณ prefrontal cortex เป็นบริเวณที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการยับยั้ง ตัดสมาธิ การใช้เหตุผล การวางแผน การทำงานตามขั้นตอน ในขณะที่ basal ganglia ทำหน้าที่ในการควบคุมการส่งกระแสประสาท (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550; นงพงา ลี้มสุวรรณ, 2542)

3) สมองถูกกระทำให้เสียหายการที่เนื้อสมองได้รับอันตรายหรือเสียหาย หรือเนื้อสมองถูกทำลายจากปัจจัยในสิ่งแวดล้อม เช่น การติดเชื้อในครรภ์มารดา เช่น หัดเยอรมัน การที่สมองขาดออกซิเจนในระหว่างคลอด สมองส่วนที่เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน เช่น caudate nucleus มีหน้าที่เกี่ยวกับสมาธิ การได้รับบาดเจ็บในระหว่างคลอด การบาดเจ็บทางศีรษะ มารดาดื่มสุราและสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ระยะการคลอดยาวนาน มารดาเครียดระหว่างตั้งครรภ์

4) การไหลเวียนของเลือดในสมองผิดปกติ โรคสมาธิสั้นพบมีการไหลเวียนของเลือดผิดปกติในสมองบางส่วน เช่น บริเวณ striatum ที่ head of caudate nucleus ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับสมาธิและพบที่บริเวณ posterior periventricular region (นงพงา ลี้มสุวรรณ, 2542)

5) คลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติ การศึกษา electroencephalography (EEG) คลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น พบมีความผิดปกติของ theta wave มากขึ้นใน frontal lobe ทำให้่วงนอนพบ beta wave ลดลง ในส่วน temporal lobe ทำให้เหม่อลอย ขาดสมาธิ (นงพงา ลี้มสุวรรณ, 2542)

1.2.3 ปัจจัยทางจิตสังคม การเลี้ยงดูสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม ปัญหาทางด้านจิตใจของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการโดยตรง แต่มีแนวโน้มทำให้เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น หรือมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการออกมาเด่นชัดและรุนแรงขึ้น (ชาญวิทย์ นภดล, 2545) ความวุ่นวายหรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงบ่อยๆและความไม่ราบรื่นของความผูกพันกับมารดาที่เกิดขึ้นกับเด็กวัย 3 ปีแรกของชีวิตจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเกิดอาการสมาธิสั้น

อาการอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และยับยั้งตนเองไม่ได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2551) ขาดการดูแลจากพ่อแม่ ขาดการฝึกวินัย (Rutter et al., 1993) หรือการอบรมเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบ ปล่อยให้เด็กทำอะไรตามใจชอบ ไม่เคยฝึกความอดทนหรือระเบียบวินัย จึงทำให้เด็กควบคุมตนเองไม่ได้ มีลักษณะอยู่ไม่นิ่ง และไม่มีสมาธิ (อุมาพร ตรังคะสมบัติ, 2546) ความเครียดทุกชนิดเป็นตัวเผาผลาญการใช้โดปามีนในสมองส่วนหน้าทำให้ปริมาณของโดปามีนในสมองส่วนหน้าลดลงอย่างมาก ดังนั้นความเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นให้อาการของโรคสมาธิสั้นเลวลง (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550)

1.2.4 ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษเช่น มีสารตะกั่วอยู่จำนวนมากในบรรยากาศ อาจก่อให้เกิดสมาธิสั้นได้ (ทัศนวัต สมบุญธรรม, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่าอาจเกิดจากการที่เด็กที่ได้รับสิ่งเร้ามากเกินไป เช่น เด็กที่ถูกกระตุ้นด้วยวิดีโอเกม โทรทัศน์ การจดจ่อกับหน้าจอมากๆ สมองของเด็กต้องหลั่งสารโดปามีนออกมาใช้งานมาก ทำให้สารโดปามีนที่มีอยู่น้อยในเด็กสมาธิสั้นลดน้อยลงอาหารที่มีผงชูรสสูงจะเพิ่มสารกลูตาเมต ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดกระตุ้นให้เพิ่มมากขึ้น ทำให้เด็กสมาธิสั้นซึ่งมีสารสื่อประสาทโดปามีนไม่พอ เกิดความไม่สมดุลมากขึ้นและเกิดอาการของโรคสมาธิสั้นกำเริบ (มาโนช อภรณ์สุวรรณ, 2550)

จึงสรุปได้ว่า โรคสมาธิสั้น ยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่ผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พอสรุปได้ว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านชีวภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่แตกต่างกันในแต่ละคน การเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อม ที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยเสริมทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นรุนแรงมากขึ้น

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นเป็นความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรม มีปัญหาการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุหรือระดับพัฒนาการ ซึ่งมีลักษณะของอาการที่สำคัญด้วยกัน 3 กลุ่ม ได้แก่

1.3.1 กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) เด็กไม่สามารถคงความสนใจหรือจดจ่อกับกิจกรรมที่ทำได้ตามระดับอายุ หรือความสามารถตามพัฒนาการของเด็ก (อนันญา สินรัชตานันท์, 2556) สมาธิของเด็กจะมีช่วงสั้น หรือไม่สามารถรักษสมาธิให้ยาวนานเท่าเด็กวัยเดียวกันได้ วอกแวกง่าย (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542) เด็กจะมีสมาธิไม่ดี ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญที่สุดของโรคนี้ ไม่สามารถตั้งสมาธิให้สนใจสิ่งกระตุ้นที่สำคัญแต่จะไปสนใจ สิ่งกระตุ้นที่ไม่สำคัญ เหม่อลอยช่างฝันอาการเหล่านี้ จะเห็นชัดเจนเมื่อเด็กต้องทำงานในสิ่งที่ ไม่ชอบ รวมทั้งงานที่น่าเบื่อหรือตั้งใจเวลานาน รวมถึงการเรียนหนังสือ ปัญหาที่ตามมาจากการ ที่สมาธิไม่ดีคือ เด็กไม่สามารถทำงานให้เสร็จเป็นชิ้นเป็นอัน จะทำอะไรครึ่งๆกลางๆ (อุมาพร ตรังคะสมบัติ, 2546)

ลักษณะที่บ่งว่าผู้ป่วยมีสมาธิสั้นมีดังต่อไปนี้

- 1) ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงาน เช่น การบ้าน งานจะมีลักษณะยุ่งเหยิงและขาดการไตร่ตรอง
- 2) ไม่สามารถมีสมาธิจดจ่อกับงานหรือการเล่น ดูเหมือนคนใจลอย ไม่สนใจหรือได้ยินว่าใครพูดอะไร
- 3) เปลี่ยนงานไปเรื่อย โดยที่งานเดิมยังไม่เสร็จ และไม่ปฏิบัติตามคำขอร้องหรือคำสั่งงานจึงไม่เสร็จตามเวลา

4) ไม่สามารถรวบรวมงานที่ทำให้เป็นระบบ things ของ เช่น สมุดและดินสอไว้ทั่ว และวิธีทำงานขาดระเบียบ

5) รู้สึกไม่สบายใจ และจะหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้สมาธิ

6) เสียสมาธิง่าย แม้มีเสียงดังรบกวนเพียงเล็กน้อย เช่น เสียงพูดเบา ๆ

7) ลืมกิจวัตรประจำวัน เช่น ลืมนัด ขณะพูดคุยกับคนอื่น จะเปลี่ยนเรื่องเร็ว ไม่ฟังผู้อื่น ใจไม่จดจ่ออยู่กับการสนทนา ไม่ติดตามรายละเอียดหรือกฎเกณฑ์ของการเล่น(สมภาพ เรื่อง ตระกูล, 2551)

1.3.2 อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) อาการนี้จะสังเกตเห็นได้ง่าย เนื่องจากเด็กจะมีลักษณะอยู่ไม่นิ่ง ซุกซน เคลื่อนไหวมากกว่าที่ควรจะเป็นสำหรับวัยหรือระดับพัฒนาการของเด็ก รบกวนผู้อื่น เคลื่อนไหวตลอดเวลา ไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542) เด็กจะเล่นผาดโผนไม่กลัวเจ็บ เมื่อได้รับบาดเจ็บก็ไม่รู้สึกเจ็บ แต่กลับเล่นแบบนั้นซ้ำๆ แสดงออกโดยลักษณะดังต่อไปนี้

1) อยู่ไม่นิ่ง ขยับเท้าไปมา

2) เมื่อถูกบังคับให้นั่งเฉยๆ เช่น ในห้องเรียนมักจะลุกจากที่นั่ง

3) มักวิ่งไปมา หรือปีนป่ายในสถานที่ที่ไม่ควรทำ

4) ไม่สามารถเล่นหรือกิจกรรมที่ให้ความเพลิดเพลินใจง่าย ๆ ได้

5) มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา หรือเหมือนติดเครื่องยนต์

6) พูดมาก

อาการนี้จะเห็นได้ชัดในเด็กเล็ก เมื่อโตอาการซนมักจะลดลงตามวัย จนเหลือแต่เพียงความรู้สึกกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจเมื่อต้องอยู่นิ่งๆ ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยรุ่น (มานิช อารมณ์สุวรรณ, 2550)

1.3.3 กลุ่มอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) เด็กมักมีความบกพร่องในการควบคุมตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจ อาการนี้เห็นได้ชัดในชีวิตประจำวัน มีลักษณะวู่วามใจร้อน ทำอะไรโดยไม่คิดล่วงหน้า อยากทำอะไรก็ทำโดยไม่คิดถึงผลที่ตามมาจากการกระทำของตน ขาดความระมัดระวัง รอคอยอะไรไม่ได้ เวลาอยู่ในห้องเรียน มักจะพูดโพล่งๆ โดยไม่ขออนุญาต มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่จบ พูดแทรกเวลาคนอื่นพูดคุยกันหรือกระโดดเข้าร่วมเล่นกับเด็กอื่นโดยไม่ขออนุญาต เวลาทำการบ้านมักรีบทำให้เสร็จ โดยไม่คำนึงว่างานจะเรียบร้อยหรือไม่เมื่อโตขึ้นความบกพร่องนี้แสดงออกมาในการทำงาน งานที่ต้องใช้การวางแผน กระยะหรือวัดความยาว รวมถึงงานที่ต้องใช้ความคิดและวางแผนเป็นขั้นเป็นตอนจะเป็นงานที่เด็กทำได้ไม่ดี (อุมาพร ตรังคะสมบัติ, 2546) ในเด็กเล็กอาการซุกซนและหุนหันพลันแล่นจะเห็นได้ชัดเจน เมื่อเด็กโตขึ้น พฤติกรรมซนจะเหลือแค่ยุกยิกอยู่ไม่นิ่ง แต่อาการหุนหันพลันแล่นใจร้อนยังคงอยู่ ทำให้บางครั้งจะเห็นลักษณะอารมณ์ ใจร้อน เอาแต่ใจ ระเบิดอารมณ์รุนแรงได้ อาการไม่จดจ่อ ขาดสมาธิที่ต่อเนื่องก็จะเห็นได้ชัดเจนมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (อนันญา สินรัชตานันท์, 2556)

ลักษณะอาการของเด็กสมาธิสั้นอาจจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุและระดับพัฒนาการ ดังนี้

ขวบปีแรก เด็กอาจจะเลี้ยงยาก นอนยาก ไม่อดทนหงุดหงิดง่าย ร้องกวนมาก แต่เด็กจะมีพัฒนาการที่ค่อนข้างเร็ว ไม่ว่าจะเป็นการตั้งไข่ คลาน ยืน เดิน หรือวิ่ง เมื่อเริ่มเดินก็จะชนอยู่ไม่ว่า วิ่งหรือปีนป่ายไม่หยุด พ่อแม่อาจคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดา เพราะเด็กวัยนี้ต้องชน แต่บางคนอาจจะเหนื่อยจนทนไม่ไหว และเกิดความเครียดอย่างมากในการดูแล

วัยเรียน ในห้องเรียนมักจะไม่มีสมาธิในการเรียน ชอบนั่งเหม่อ ชอบลุกจากเก้าอี้ รีบลงมือทำงานต่างๆที่ฟังคำสั่งยังไม่จบ ชอบคุยในห้องเรียน ชอบพูดแทรก ชอบแหย่และรบกวนผู้อื่น เมื่อครูสั่งให้เริ่มทำงานเด็กจะเริ่มต้นไม่ได้ต้องคอยถามเพื่อน มักทำงานไม่เรียบร้อย ทำงานไม่เสร็จตามกำหนดเวลา รีบๆทำงาน เพื่อจะได้ไปเล่น ทำให้ผิดพลาดได้บ่อย เช่น เขียนหนังสือตกหล่น ทำการบ้านผิด คิดเลขผิด เพราะสับสนแต่เมื่อครูให้ตอบคำถามปากเปล่าหรือให้คิดที่ละข้อกลับตอบได้ ชอบโวยวายและแย่งตอบก่อนที่ครูจะถามจบประโยค ที่บ้านโดยมากเด็กไม่ชอบอยู่บ้าน ชอบออกไปเล่นนอกบ้าน ชอบแหย่น้อง ไม่อดทน อยู่ไม่สุข ลูกลึกลุกลน ชอบพูด ชอบโวยวาย มักซุ่มซ่ามทำให้เกิดความเสียหายบ่อย ชนไม่อยู่หนึ่งทำให้เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย รีบๆทำงาน/การบ้าน เพื่อจะออกไปเล่นนอกบ้าน (ทำให้ดูเหมือนไม่รับผิดชอบ) บางครั้งเล่นรุนแรงทำให้เพื่อนๆไม่ค่อยชอบ และไม่ยอมเล่นด้วย หลายคนอาจมีเรื่องชกต่อยกับเพื่อนบ่อยๆ

วัยรุ่น อาการชนอยู่ไม่นิ่ง ในเด็กบางคนอาจลดลง แต่ความไม่มีสมาธิและขาดความยับยั้งชั่งใจของเด็กจะยังคงอยู่ ปัญหาการเรียนจะหนักขึ้น เพราะอาการขาดสมาธิที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ด้วยลักษณะที่ชอบความตื่นเต้น ทำหาย เบื่อง่าย ประกอบกับความล้มเหลวตั้งแต่เล็กและความรู้สึกวาตนเองไม่ดี เด็กอาจจะเกิดพฤติกรรมเกร่ รวมกลุ่มกับเพื่อนที่มีพฤติกรรมคล้ายกัน ชกชวนกันทำเรื่องฝ่าฝืนกฎของโรงเรียนจนอาจเลยเถิดจนไปใช้สารเสพติด

วัยผู้ใหญ่ จะแสดงออกในลักษณะใจร้อน ใจวู่วาม จัดระบบระเบียบการทำงานไม่ใคร่ดี ทำงานไม่เสร็จตามกำหนด เปลี่ยนงานบ่อย

1.4 แนวทางการตรวจประเมินและการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นใช้ clinical diagnosis โดยการสัมภาษณ์ประวัติและอาการทางคลินิกเท่านั้น ไม่ได้มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการใดๆ ที่นำมาใช้ในการวินิจฉัย

1.4.1 แนวทางการตรวจประเมินเด็กสมาธิสั้น

1) การซักประวัติ การซักประวัติผู้ปกครองมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการประเมินผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น การซักประวัติต้องครอบคลุมอาการของโรค ระยะเวลาอาการอายุที่เริ่มมีอาการ สถานที่ผู้ป่วยมีอาการ และผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่างๆ โดยเฉพาะการเรียนและสังคม และต้องครอบคลุมถึงประวัติการตั้งครมภ์ การคลอดและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ ประวัติโรคทางกายที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการคล้ายโรคสมาธิสั้น ลักษณะการเลี้ยงดูรวมทั้งอาการของโรคทางจิตเวชอื่นที่มักพบร่วมด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มปัญหาพฤติกรรม เช่น โรคดื้อ (oppositional defiant disorder) และโรคเกร่ (conduct disorder)

2) การสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมเด็ก การสัมภาษณ์เด็กมีความสำคัญมาก ผู้ป่วยเด็กเล็กอาจสัมภาษณ์ไปพร้อมกับผู้ปกครอง แต่ผู้ป่วยเด็กโตควรสัมภาษณ์แยกเป็นส่วนตัว การสัมภาษณ์เด็กต้องครอบคลุมอาการสมาธิสั้น ระยะเวลาของอาการที่เริ่มอาการ สถานการณ์

3) การใช้แบบสอบถาม ที่เฉพาะเจาะจงกับอาการของโรคสมาธิสั้น เช่น แบบสอบถาม ADHD Rating Scale-IV สามารถนำมาประกอบการวินิจฉัยได้ดีกว่าแบบสอบถามที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับอาการของโรคสมาธิสั้น

4) การตรวจร่างกาย ควรมีการตรวจร่างกายที่แยกโรคทางกายที่อาจเป็นสาเหตุ รวมทั้งการตรวจซีพีจร น้ำหนัก ส่วนสูง และการสอบการมองเห็น และการได้ยินเบื้องต้น โรคทางกายที่ผู้ป่วยอาจมีอาการคล้ายสมาธิสั้นเช่น lead poisoning thyroid disease, visual or auditory impairment เป็นต้น

5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมควรทำเฉพาะในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกเท่านั้น โดยไม่มีความจำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจคลื่นสมองหรือ การตรวจทางรังสีวิทยา หากไม่มีข้อสงสัย โรคทางกายจากการชักประวัติและการตรวจร่างกาย

6) การทดสอบทางจิตวิทยา มีความจำเป็นเฉพาะในกรณีที่สงสัยว่าเด็กมีภาวะสติปัญญาบกพร่องหรือ learning disorder ทั้งการส่งตรวจหลังจากที่ได้รับการให้อาการสมาธิสั้นดีขึ้น ก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ในการทำแบบทดสอบ

7) การซักประวัติข้อมูลจากครู มีความสำคัญมากในการวินิจฉัย ในการประเมินผู้ป่วย โดยอาจเป็นการสัมภาษณ์ครูโดยตรงถึงอาการสมาธิสั้น พฤติกรรมระหว่างการเรียนรวมถึงผลการเรียนและพฤติกรรมในโรงเรียน จุดเด่น จุดด้อยของเด็ก หรือให้ครูบรรยายพฤติกรรมของเด็กสั้นๆ ประมาณ 1-2 ย่อหน้า ก็จะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ในการวินิจฉัยหรือให้ครูตอบแบบสอบถาม ADHD Rating Scale-IV

ดังนั้นการซักประวัติอย่างละเอียดจากพ่อแม่ และขอข้อมูลจากทางโรงเรียนทุก ๆ ด้านเกี่ยวกับเด็กที่โรงเรียน รวมทั้งผลการเรียนจึงมีความสำคัญมาก รวมถึงการตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจทางระบบประสาทเพื่อแยกโรคทางกายที่อาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมคล้ายสมาธิสั้น ส่วนการตรวจวัด IQ และ Psycho education assessment มีข้อบ่งชี้ในรายที่มีปัญหาการเรียนอย่างรุนแรง เพื่อดูว่าเด็กมีปัญหาการเรียนรู้บกพร่องร่วมด้วยหรือไม่

1.4.2 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

การวินิจฉัยแยกโรคสมาธิสั้นแบ่งออกเป็น 2 ระบบใหญ่คือระบบของDSM (Diagnostic and statistical manual of Mental Disorder) ของเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา และระบบ ICD (The International Classification of diseases) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งทั้ง 2 ระบบนี้ใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยที่แตกต่างกัน (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542) ดังนี้

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revised (DSM-IV-TR) (2000) กล่าวคือ ระบุเกณฑ์การวินิจฉัยไว้ดังนี้ จะต้องมียมากกว่า 6 ข้อในอาการของ Inattention หรือ ในอาการของ Hyperactivity-impulsivity ระยะเวลาเกินกว่า 6 เดือน อาการเกิดก่อนอายุ 7 ปี

การวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก International Classification of diseases (ICD) WHO 1992 ได้ระบุเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ซึ่งถูกจำแนกในกลุ่มของ Hyperkinetic disorder ซึ่งจะต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ข้อ ของ Inattention และมากกว่า 3 ของอาการ Hyperactivity และมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อของอาการ Impulsivity ระยะเวลาานานกว่า 6 เดือน อาการเกิดก่อนอายุ 7 ปีและไม่มีอาการของภาวะ depression และ anxiety

เกณฑ์ในการวินิจฉัยตามโรคสมาธิสั้นตาม ICD -10 (International Classification of diseases) ขององค์การอนามัยโลก ถูกจัดไว้ในกลุ่ม Hyperkinetic disorder (HKD) F 90

การวินิจฉัย Hyperkinetic disorder

1) มีอาการ ≥ 6 ข้อในอาการขาดสมาธิ (Inattention) ดังนี้

- 1.1) ไม่สนใจรายละเอียดของงานที่ทำ หรือทำงานผิดพลาดเนื่องจากขาด
ความรอบคอบ
- 1.2) ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเล่น
- 1.3) ไม่สนใจคำพูดของผู้อื่น หรือดูเหมือนไม่มีเวลาฟังเวลาพูด
- 1.4) ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่ง ทำให้งานไม่เสร็จ
หรือผิดพลาด

1.5) ทำงานไม่เป็นระเบียบ

1.6) หลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความอดทน (เช่น การบ้าน)

1.7) ทำของใช้หรืออุปกรณ์การเรียนการเขียนหายบ่อย ๆ

1.8) วอกแวกง่าย

1.9) ขี้ลืมบ่อย ๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน

2) มีอาการ ≥ 3 ข้อในอาการซนไม่อยู่นิ่ง (Hyperactivity) มีอาการดังกล่าวติดต่อกมาเป็น
ระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 6 เดือน ดังนี้

2.1) ยุกยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา

2.2) ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียนหรือในสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งอยู่กับที่

2.3) มักวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ (ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่อาจเป็นเพียง
ความรู้สึก กระวนกระวายใจ)

2.4) ส่งเสียงดังเกินในขณะเล่น ไม่สามารถเล่นเงียบๆ หรืออยู่เงียบๆได้

2.5) ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาเหมือนติดเครื่องยนต์อยู่

3) อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) มีอาการ ≥ 1 ข้อ ดังนี้

3.1) มักจะพูดโพล่งคำตอบโดยไม่ฟังคำถามให้จบ

3.2) มักไม่ชอบการเข้าคิวหรือการรอคอย

3.3) มักขัดจังหวะหรือสอดแทรกผู้อื่น

3.4) พูดมาก พูดไม่หยุด

และอาการเหล่านี้ต้องเป็นติดต่อกันระยะเวลาานานกว่า 6 เดือน อาการต้องเกิดก่อนอายุ 7 ปีอาการปรากฏในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่ง ขึ้นไป เช่นที่โรงเรียนหรือที่ทำงานและที่บ้าน หรือที่โรงเรียนและสถานที่อื่นที่สามารถสังเกตได้ เช่น ที่คลินิกแพทย์ ซึ่งส่งผลการปรับตัวไม่ดีและไม่เป็นไปตามพัฒนาการในวัยเด็ก ก่อให้เกิดความบกพร่องในสังคมการเรียนรู้และการประกอบอาชีพ ความผิดปกติเหล่านี้ต้องไม่เข้าเกณฑ์ของพัฒนาการล่าช้าหลายด้านการเกิดอาการคลุ้มคลั่ง (manic episode) อาการซึมเศร้า (depressive episode) โรควิตกกังวล (anxiety disorder)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยตามโรคมาริสันตาม DSM-IV-TR

การวินิจฉัยโรคมาริสันตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์เด็กสหรัฐอเมริกา DSM-IV-TR ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ อาการต้องมาอาการในกลุ่มขาดสมาธิและ/หรือ พฤติกรรมอยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ใน 9 ข้อของอาการในกลุ่มนั้นๆ และอาการต้องมากกว่ากลุ่มระดับปกติและไม่เป็นไปตามพัฒนาการของเด็ก ได้แก่

1) อาการขาดสมาธิ

1.1) ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้ หรือทำผิดเนื่องจากขาดความรับผิดชอบ

1.2) ไม่มีสมาธิในการทำงานหรือการเล่น

1.3) ไม่สนใจฟังคำพูดผู้อื่น หรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาคุยด้วย

1.4) ไม่สามารถตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดของคำสั่ง ทำให้ทำงานไม่สำเร็จหรือผิดพลาด

1.5) ทำงานไม่เป็นระเบียบ

1.6) ไม่เต็มใจ หรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความคิด

1.7) ทำของใช้ส่วนตัว หรือของจำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายอยู่บ่อยๆ

1.8) วอกแวกง่าย

1.9) ขี้ลืมบ่อยๆในกิจวัตรประจำวันที่ทำเป็นประจำ

2) อาการชนอน้อยไม่นิ่ง

2.1) หยุกหยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือหรือเท้าไปมาหรือนั่งนิ่งๆไม่ได้

2.2) มักลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียน หรือในสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งอยู่กับที่

2.3) มักวิ่ง หรือปีนป่ายสิ่งต่างๆในที่ไม่ควรกระทำ(ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่อาจเป็นเพียงความรู้สึกระวนกระวายใจ)

2.4) ไม่สามารถเล่น หรือทำกิจกรรมอย่างเงียบๆได้

2.5) มัก “พร้อมที่จะวิ่งไป” หรือเหมือนมีเครื่องยนต์ที่เดินเครื่องอยู่ตลอดเวลา

2.6) พูดมาก พูดไม่หยุด อาการหุนหันพลันแล่น

2.7) มักโพล่งคำตอบโดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ

2.8) มักไม่ชอบการเข้าคิว หรือรอคอย

2.9) มักขัดจังหวะ หรือสอดแทรกเวลาผู้อื่น (ระหว่างการสนทนาหรือการเล่น)

และอายุที่เริ่มเกิดอาการ ต้องมีอาการที่ทำให้เกิดปัญหาก่อนอายุ 7 ปี แต่ในกลุ่มที่มีอาการเด่นเป็นลักษณะการขาดสมาธิ พ่อแม่/ผู้ปกครองและครูอาจสังเกตเห็นอาการหลังอายุ 7 ปี เนื่องจากพฤติกรรมเด่นไม่ก่อความวุ่นวายแต่จะสังเกตเห็นอาการหลังจากที่อาการส่งผลกระทบต่อผลเรียนรู้อย่างแล้ว ระยะเวลา ต้องมีอาการติดต่อกันนานอย่างน้อย 6 เดือน สถานการณ์ที่เกิดอาการ ต้องมีพฤติกรรมในสถานการณ์มากกว่า 2 สถานการณ์ขึ้นไป และผลกระทบ อาการต้องส่งผลกระทบต่อ การเรียน การเข้าสังคม หรือ การทำงาน หากมีอาการแต่ไม่ส่งผลกระทบก็ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น อาการไม่ได้เกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น pervasive developmental disorder, schizophrenia หรือ psychotic disorder อื่นๆ และอาการต้องไม่เข้าได้กับอาการของโรคทางจิตเวชอื่นๆ (เช่น mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder หรือ personality disorder)

ความแตกต่างระหว่าง ICD-10 และ DSM-IV (McDougall, T. and Ryan, N., 2009)

1. ICD-10 จะอธิบายลักษณะความผิดปกติแยกเป็นกลุ่มของอาการขาดสมาธิ อาการหุนหันพลันแล่นและอาการชนอนุ่ไม่นิ่ง ตรงข้ามกับ DSM-IV แบ่งตามชนิดย่อยของโรคสมาธิสั้นขึ้นกับความสมดุลของอาการแสดงของอาการขาดสมาธิและหรืออาการชนอนุ่ไม่นิ่งในการวินิจฉัย

2. ICD-10 มีความเข้มงวดในเกณฑ์การวินิจฉัยมากกว่า DSM-IV แต่ DSM-IV ให้คำจำกัดความว่าเป็นความบกพร่องทางสังคม การเรียน และการประกอบอาชีพ จากอาการสมาธิสั้นใน 2 สถานการณ์หรือมากกว่า ICD- 10 ต้องมีอาการครบและเกิดใน 2 สถานการณ์ (เช่น บ้านและโรงเรียน)

3. DSM-IV มุ่งเน้นอาการขาดสมาธิมากกว่าอาการชนอนุ่ไม่นิ่ง

4. ในขณะที่ ICD-10 วินิจฉัยพฤติกรรมเกร่ออยู่ไม่นิ่ง ในวัยยังการวินิจฉัยอื่นการวินิจฉัยเปรียบเทียบกับ DSM-IV ยอมรับการวินิจฉัยโรคร่วมกับสมาธิสั้นได้บ้างเล็กน้อย

1.5 เครื่องมือในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น

1) แบบสอบถาม ADHD rating scale – IV หรือ SNAP-IV เป็นแบบประเมินอาการโรคสมาธิสั้น ใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเด็ก เพื่อวินิจฉัยและติดตามอาการของโรคสมาธิสั้นได้ดี พัฒนาโดย Swanson , Nolan และPelham ในปี 1992 ฉบับภาษาไทยแปลและพัฒนาขึ้นโดย นายแพทย์ณัฏฐ์ ทิพย์รัตน์เสถียร (2551) มีค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถามเพื่อวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน เท่ากับ 0.927 มีความแม่นยำตรงกับการวินิจฉัย (predictive validation) อยู่ในระดับใช้ได้ ค่าความเที่ยงระหว่าง ผู้ประเมิน (interrater reliability) อยู่ในระดับปานกลาง เป็นแบบสอบถามที่ใช้ได้ทั้งพ่อแม่และครู แบบสอบถามประกอบไปด้วย 26 ข้อคำถาม ประกอบด้วยอาการของ โรคสมาธิสั้น 18 ข้อ อาการด้านสมาธิไม่ตั้งใจ (inattention) 9 ข้อ อาการ ด้านอยู่ไม่นิ่ง/ขาดความยับยั้งชั่งใจ (hyperactivity/impulsivity) 9 ข้อ และอาการของโรคคัดค้าน (Oppositional defiant disorder: ODD) 8 ข้อ ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV (1994) แต่ละข้อให้

ประเมินอาการตามความรุนแรง เป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเลยจนถึงมีอาการมาก (คะแนน 0-3 ตามลำดับ)

2) KUS-SI Rating Scales : ADHD/LD/Autism (PDDs) เป็นคัดกรองนักเรียนที่มีภาวะสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้และออทิซึม สร้างและพัฒนาโดย รศ.ดร.ดารณี อุทัยรัตนกิจ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์และผศ.นพ. ชาญวิทย์ พรนภดล และเพื่อใช้ในการคัดกรองนักเรียนตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 อายุระหว่าง 6-13 ปี 11 เดือน ที่มีภาวะสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD) บกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorders-LD) และออทิซึม (Autism and Pervasive Developmental Disorders-PDDs) มีข้อความที่บ่งบอกพฤติกรรมรวม 130 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ ด้านพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้น (ADHD) มีข้อความ 30 ข้อ ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการอ่าน ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการเขียน ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ด้านการคิดคำนวณ ด้านละ 20 ข้อและภาวะออทิสติก 40 ข้อ โดยครูอาจารย์สอนภาษาไทยและคณิตศาสตร์อย่างน้อย 2 ท่าน ที่รู้จักหรือมีโอกาสสอนนักเรียนอย่างใกล้ชิด มาแล้ว 1 ภาคการศึกษา เป็นผู้ตอบแบบคัดกรอง คุณภาพของแบบคัดกรอง KUS-SI Rating Scales : ADHD/LD/Autism (PDDs) ได้รับการยืนยันโดยค่าความเที่ยงและความตรงของแบบคัดกรองซึ่งอยู่ในระดับดีมากเป็นที่ยอมรับได้ ความสอดคล้องภายในมีค่าระหว่าง 0.97-0.98

3) Conner Teacher, Parent Rating Scale แบบประเมินพฤติกรรมโดยอาจารย์ และผู้ปกครอง (Conner's Teacher and Parent Rating Scales) ศาสตราจารย์แพทย์หญิง อุมพร ตรังคสมบัติ ได้แปลมาจาก Conner's Teacher Rating Scales (TRS-28) ของ C. Keith Conners และกัมปนาท บริบูรณ์ ได้ทำคุณสมบัติทางสถิติ และเกณฑ์ปกติกับเด็กไทย ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมนี้ใช้กับเด็กอายุตั้งแต่ 3-17 ปี แบบประเมินพฤติกรรมนี้สร้างขึ้นครั้งแรกโดย C. Keith Conner ในปี 1969 มีแบบประเมินพฤติกรรมโดยครู (Conner's Teacher Rating Scales : CTRS) ซึ่งถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและมีการพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมโดยพ่อแม่ ผู้ปกครองขึ้น (Conner's Parents Rating Scale: CPRS) แบบประเมินพฤติกรรม CTRS และ CPRS ได้มีการนำไปใช้เพื่อการประเมินพฤติกรรมเด็กโดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้นอย่างแพร่หลาย แบบประเมินพฤติกรรมในปัจจุบันมีการพัฒนาขึ้นมาใช้ 4 ชุด ได้แก่ CTRS- 39 และ CTRS-28 แบบประเมินพฤติกรรมสำหรับครู CPRS-93 และ CPRS- 48 แบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง

1.6 แนวทางการรักษาโรคสมาธิสั้น

สิ่งที่มีผลต่อการรักษามากที่สุดคือ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การรักษาภาวะที่พบร่วมด้วยการคำนึงถึงข้อเด่นข้อด้อยของเด็ก การช่วยเหลือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็กและการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด เป้าหมายของการดูแลรักษา คือ การเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในด้านต่างๆที่เด็กบกพร่องไม่ว่าเป็นด้านการศึกษา ด้านการเข้าสังคม กับเพื่อนฝูงหรือกับบุคคลในครอบครัว ให้เด็กมีความรู้สึกดีต่อตนเอง (ทัศนวัต สมบุญธรรม, 2554) จึงจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ปัจจุบันการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือการใช้หลายวิธีประกอบกันเรียกว่า multiple-modality approach ซึ่งจะเน้น ครอบครัว โรงเรียน และผู้ป่วย และการช่วยเหลือด้านจิตใจ การปรับสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยในการปรับตัวของเด็ก การช่วยเหลือด้านการเรียน การรักษาภาวะอื่นที่พบร่วมด้วย การใช้ยาเมื่อมีความจำเป็น และการติดตามผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้น

1.6.1 การรักษาด้วยการใช้ยา (Stimulant medication) การใช้ยาจะช่วยลดอาการหลักของโรค ทำให้เด็กควบคุมสมาธิของตนเองได้ดีขึ้น ตั้งใจเรียน ตั้งใจทำงาน ทำงานเสร็จ ควบคุมพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น เด็กจะเรียบร้อยขึ้น สงบนิ่งได้มากอย่างเห็นได้ชัดเจนทักษะทางสังคมดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เด็กมีภาพพจน์ที่ดีต่อตนเองและป้องกันการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้น แพทย์จะแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างละเอียด และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ในบางคน ให้ผู้ป่วยและพ่อแม่ทราบก่อนการเริ่มใช้ยา หลังจากนั้นจะมีการติดตามประเมินผลของการใช้ยาอย่างใกล้ชิด ที่สำคัญคือผู้ปกครองต้องตระหนักว่าการใช้ยาไม่สามารถทำให้เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นหายขาด โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 70-80 ของเด็กสมาธิสั้นจะมีอาการดีขึ้นหลังได้รับ การตัดสินใจที่จะให้ยานี้ อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม เช่น เมื่อเด็กมีวุฒิภาวะมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมที่โรงเรียนในทางที่ดีขึ้น เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เด็กต้องการยาในขนาดที่น้อยลงได้ ในขณะที่บางรายอาจต้องการขนาดยาที่เพิ่มขึ้น ยาจึงอาจเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด แต่ยาก็มีใช้การรักษาเพียงทางเดียวเท่านั้น เราต้องใช้การบำบัดด้านพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยเด็กด้วย แพทย์จึงควรเฝ้าติดตามทั้งอาการที่อาจเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยาด้วยอย่างสม่ำเสมอ และเพื่อป้องกันการใช้ยาเพื่อจุดมุ่งหมายที่ผิดด้วยยา (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550; ทศนวัต สมบุญธรรม, 2554) โดยจำแนกเป็น

1) ยาที่ควรใช้เป็นทางเลือกแรก (First line drug) กลุ่ม psychostimulates เป็นยาที่มีความปลอดภัยสูง มีผลข้างเคียงไม่มากและไม่รุนแรง ซึ่งออกฤทธิ์เพิ่มระดับของ Dopamine ในสมองส่วน prefrontal cortex ทำให้การทำงานในด้าน executive function ของสมองดีขึ้นและลดอาการของผู้ป่วยทั้งในด้านสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น โดยได้ผลการรักษาประมาณ 80% จัดเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภทสองมีเพียงตัวเดียวคือ methylphenidate/MPH ได้แก่

1.1) ชนิดออกฤทธิ์สั้นชื่อทางการค้าคือ Ritalin และ Rubifen ขนาด 10 มิลลิกรัมออกฤทธิ์เร็วภายใน 30 นาที และมีฤทธิ์อยู่ประมาณ 3-4 ชั่วโมง จึงต้องให้วันละ 2-3 ครั้ง เพื่อมีฤทธิ์ครอบคลุมอาการจนถึงช่วงเย็นมือสุดท้ายไม่ควรเกิน 17.00 น.ผลข้างเคียงที่พบบ่อยอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดปวดศีรษะและนอนไม่หลับ โดยเฉพาะเมื่อยาออกฤทธิ์จนถึงกลางคืนหรือยามือบ่ายถึงเกิน 17.00 น. ที่พบน้อย ได้แก่ อาการแปรปรวน ปวดท้อง ซึม แกะเกาผิวหนังหรือกัดเล็บ ซึ่งอาการมักไม่รุนแรงและลดลงหรือหายไปเมื่อใช้ยาได้ระยะหนึ่ง

ผลกระทบต่อส่วนสูงอาจทำให้อัตราส่วนการเพิ่มของส่วนสูงในระยะ 1-2 ปีแรกลดลง แต่เมื่อใช้ยาต่อเนื่องอัตราการเพิ่มจะเพิ่มสูงขึ้นและกลับเข้าสู่ระดับปกติ

ผลกระทบต่ออาการชัก ควรใช้ยาด้วยความระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีอาการชัก ผู้ป่วยที่ควบคุมการชักด้วยยากันชัก แล้วสามารถใช้ยาได้ตามปกติ

ผลกระทบต่ออาการ Tics สามารถใช้ยานี้ได้ แต่หากอาการรุนแรงขึ้นหลังได้ยา ควรมีการปรับลดขนาดยาหรือให้ยารักษาอาการ Tics ร่วมด้วย (อนัญญา สิริรัตนันท์, 2556)

1. 2) ชนิดออกฤทธิ์ยาวชื่อทางการค้าคือ concerta โดยฤทธิ์ของยาอยู่นาน 12 ชั่วโมง รับประทานวันละครั้งใช้รักษาเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป

2) ยาทางเลือกที่สอง (Secord line drug) กลุ่ม Atomoxetine มีชื่อการค้าว่า Strattera เป็นยากลุ่ม Norepinephine Reuptake Inhibitor ไปเพิ่มสารเคมีในสมอง ออกฤทธิ์ช้าใน เวลา 2-3 สัปดาห์จึงจะเห็นผล แต่ออกฤทธิ์ยาว 24 ชั่วโมง

3) ยากลุ่มอื่นเช่นยาต้านเศร้า และยารักษาโรคจิต เช่น risperidone, haloperidol, thioridazole ใช้ในกรณีที่มีความก้าวร้าวรุนแรง หรือมี conduct disorder ร่วมด้วย (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

การติดตามหลังการรักษาด้วยยา ควรมีการติดตามอาการในหัวข้อต่อไปนี้

- 1) อาการสมาธิสั้น ทั้งด้านซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และด้านขาดสมาธิ
- 2) อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังการรับประทานยา
- 3) น้ำหนักและส่วนสูงของเด็ก ทุกครั้งที่มาตรวจติดตาม
- 4) ความดันโลหิตและชีพจร ทุก 3-6 เดือน

หากผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้นภายใน 3- 6 เดือน หรือมีภาวะอื่นที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นรวมถึงผลข้างเคียงของยามาก ควรส่งต่อจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในการรักษาอื่นต่อไป

1.6.2 การปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral psychosocial) ประกอบด้วย

- 1) การสอนให้พ่อแม่เรียนรู้วิธีการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ผล (Parent management training)
- 2) การช่วยเหลือตัวเด็กโดยตรง (Child fogused intervention)
- 3) การช่วยเหลือประสานกับทางโรงเรียน (School- fogused intervention)

1.7 ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น

ส่วนใหญ่ผู้ปกครองจะสังเกตพบความผิดปกติของพฤติกรรมตั้งแต่วัยเพ็งเดินได้ แต่การวินิจฉัยช่วงนี้จะยาก โดยทั่วไปอาการชัดเจนมากขึ้นตอนเข้าเรียนชั้นประถม เนื่องจากเด็กต้องมีการปรับตัว เกี่ยวกับการใช้ชีวิต ในโรงเรียน อาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะค่อนข้างคงที่จนผ่านระยะวัยรุ่นตอนต้น และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) โดยพบว่าอาการซน และอาการสมาธิสั้นจะลดลง แต่อาการหุนหันพลันแล่นยังคงอยู่ ซึ่งอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

1.7.1 ผลกระทบโรคสมาธิสั้นต่อตัวเด็ก พบได้ดังนี้

1) ปัญหาการเรียนมีความบกพร่องในกระบวนการเรียนรู้ (Learning disabilities /LD) เด็กสมาธิสั้น มีปัญหา LD ร่วมด้วย ถึงร้อยละ 30-40 ในเด็กที่มีสองปัญหานี้ ความล้มเหลวในการเรียนและปัญหาทางอารมณ์จะยิ่งรุนแรงมากขึ้นกว่าเด็กที่มีปัญหาเพียงอย่างเดียว ความบกพร่องนี้อาจแสดงมาในรูปของการอ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ หรือคิดเลขไม่ได้ เป็นต้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษามักจะมีผลการเรียนที่ต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริงของสมอง เนื่องจากอาการสมาธิสั้นทำให้จดจ่อการเรียนหรือการทำงานได้ไม่นาน ทำให้เรียนไม่รู้เรื่อง (พนม เกตุมาน, 2548) มีการศึกษาพบว่าความล้มเหลวทางการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านสังคม (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

2) ปัญหาสติปัญญาเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญา (Intelligent quality/ IQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และบางรายอาจมี IQ สูงกว่าเฉลี่ยได้ ถึงแม้จะมี IQ ต่ำก็ตาม แต่ต้องใช้ความ

พยายามมากกว่าเด็กที่มี IQ เท่ากันในการทำงานให้เสร็จ ดังนั้น เด็กสมาธิสั้นยังมี IQ ต่ำด้วยแล้ว จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) เด็กอาจจะได้รับการศึกษาน้อยกว่าเพื่อน ๆ และไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551)

3) ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ซึ่งพบได้ร้อยละ 50 ของเด็กสมาธิสั้น เด็กจะเขียนหนังสือไม่สวย ทำอะไรไม่คล่องแคล่ว ดูเงอะงะรุ่มง่าม ส่งผลให้เด็กถูกล้อเลียน เกิดปัญหาทางอารมณ์ขึ้น (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) พบว่า เด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหาการประสานงานของกล้ามเนื้อไม่ดี (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

4) ปัญหาทางอารมณ์ เด็กสมาธิสั้นมักควบคุมตนเองไม่ได้ เวลาโกรธจึงแสดงออกอย่างรุนแรง ขาดการควบคุม(พนม เกตุมาน, 2548) และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น ขกหน้าเพื่อน ตะโกนเสียงดัง จากการที่เด็กมีอาการหงุดหงิดง่ายทำให้เด็กมีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนและคนในครอบครัว (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) มักมองตนเองในด้านลบมากกว่าด้านบวก มองตนเองไม่ดี บ้า ชุกชนและแปลก หมดกำลังใจ ขาดความเชื่อมั่นและมีความทุกข์จากถูกเพื่อนปฏิเสธ รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกเศร้าใจ แต่ถ้าเด็กสมาธิสั้นไม่สนใจปฏิกิริยาของคนรอบข้าง ก็จะนำไปสู่ภาวะการเป็นคนที่ยาบกระด้างทางจิตใจและมีท่าทีต่อต้านผู้อื่นและปกป้องตนเอง (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542) นอกจากนี้พบว่าเด็กมีอัตราการเกิดโรคต่อไปนี้สูง ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน โรคในกลุ่มกังวล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2551) ปัญหาคุณภาพชีวิตต่ำ

5) ปัญหาพฤติกรรม เช่นไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ปัญหาเหล่านี้บางส่วน มาจากการเลี้ยงดูที่ไม่อบรมระเบียบวินัย ไม่คงเส้นคงวา บางส่วนมาจากอาการของโรคเอง (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) บางรายมีพฤติกรรมคือ เกเร ก้าวร้าว (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550)

6) การติดตามเสพติด การศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ในช่วงวัยรุ่นและ วัยผู้ใหญ่ ผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้น จะมีอุบัติการณ์การติดตามเสพติดเพิ่มขึ้นกว่าบุคคลทั่วไป คือ สูงถึงร้อยละ 55 ในขณะที่คนทั่วไปมีโอกาส ร้อยละ 25 และในวัยผู้ใหญ่ระยะเวลาติดตามเสพติดนานกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น นอกจากนี้การศึกษายังพบอีกว่าการบำบัดรักษา โรคสมาธิสั้น จะช่วยป้องกันวัยรุ่น จากการใช้สารเสพติดลงร้อยละ 50 (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546)

7) ปัญหาความสัมพันธ์กับคนอื่น เด็กมักเข้ากับเพื่อนฝูงและคนในครอบครัว ไม่ค่อยได้ เพราะการควบคุมตนเองไม่ดี อดทนรอคอยไม่ได้ ไม่มีระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) เด็กมักขาดการควบคุมตนเอง ไม่รู้จักกาลเทศะ ทะเล้ง ก่อวุ่น ไม่รู้จักกฎเกณฑ์ และทำผิดได้ง่าย เด็กมักถูกปฏิเสธและรังเกียจไม่ให้เข้ากลุ่ม (อลิสา วัชรสินธุ, 2546)

8) ปัญหาด้านร่างกาย เด็กสมาธิสั้นมักจะมีปัญหาการได้รับบาดเจ็บมากกว่าเด็กปกติโดยอัตราการบาดเจ็บรุนแรง เช่นกะโหลกศีรษะแตก กระดูกหัก การบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 3.07 เท่า (Merrill, 2009) และจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าเด็กปกติ 2 เท่า (Guevara, 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กสมาธิมีปัญหาคคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (ไกรสร พงศ์วิไลรัตน์, 2548)

1.7.2 ผลกระทบต่อครอบครัว พบได้ดังนี้

1) ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นมักเกิดความเครียดหลายด้าน พ่อแม่จัดการไม่ได้ บางครั้งพ่อแม่โทษกันเองว่าอีกฝ่ายหนึ่งเป็นต้นเหตุหรืออบรมสั่งสอนลูกได้ไม่ดีพอ จึงทำให้ลูกขาดระเบียบวินัย ความเครียดที่เกิดขึ้นในครอบครัวอาจมาจนเกิดการหย่าร้าง หรือการทำร้ายร่างกายเด็ก (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของดลฤดี แดงน้ำคู้ (2549) ที่ศึกษาเรื่องความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น พบว่าร้อยละ 68.8 มีความเครียดในการดูแลเด็กในระดับรุนแรง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น คือระดับปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกตลอดเวลาอยู่ที่บ้าน (hyperactive) ความวิตกกังวลจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นส่งผลต่อการดูแลของผู้ปกครอง และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวสูงขึ้นได้

2) ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เช่นการกล่าวโทษซึ่งกันและกัน ระหว่างบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู โดยอาจกล่าวโทษว่าอีกฝ่ายหนึ่งเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยของเด็ก เกิดความขัดแย้งในวิธีการเลี้ยงดู หรือผลักดันให้เป็นภาระของอีกฝ่ายหนึ่ง

3) ปัญหาเศรษฐกิจ การดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อบิดามารดาบางรายในลักษณะต่างๆ เช่นต้องมีภาระด้านค่ารักษา และค่าเดินทางในการไปพบแพทย์ ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมทั้งภาระหนี้สินเดิม ซึ่งปัญหาด้านเศรษฐกิจยังเป็นปัญหาต่อการเข้ารับบริการโดยผู้ปกครองที่มีรายได้ของครอบครัวมาก จะให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมมากกว่าผู้ปกครองที่มีรายได้ต่ำ (มาศมณี วีระวงศ์, 2546) รวมถึงทำให้มารดาเสียโอกาสในอาชีพการงานเนื่องจากเสียเวลาในการดูแลเด็กมาก จากการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่ามารดาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะขาดงานเฉลี่ย 14 วันต่อปี ซึ่งมากกว่าเด็กปกติที่ขาดงานเฉลี่ย 6 วันต่อปี และยังมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง คิดเป็นการสูญเสียวันทำงาน 5 วันต่อปี (ภาสุรี แสงศุภวานิชและคณะ, 2554)

1.7.3 ผลกระทบต่อสังคม พบได้ดังนี้

จากการวิจัยพบว่าเมื่อเด็กโตเป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่จะมีบุคลิกแบบต่อต้าน มากกว่าประชากรทั่วไป (Barkley, 2004) พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การใช้สารเสพติด การลักขโมย พกพาอาวุธ ขายบริการ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในวัยผู้ใหญ่เพศชายมักพบปัญหาต่อต้านสังคมและก่ออาชญากรรมและ ถูกจับเนื่องจากกระทำผิดกฎหมาย และพบว่าผู้ใหญ่มีประวัติโรคนี มีประวัติจำคุกร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับคนปกติที่อัตราการจำคุก ร้อยละ 1 และปัจจัยเสี่ยงของการจำคุกในคนที่เป็นโรคสมาธิสั้น คือการมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมและการใช้สารเสพติด (Mannuzza, 2008)

2. การพยาบาลและช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว

ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่สำคัญมากต่อระบบการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจของเด็ก มีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของคน และอบรมให้เด็กเหล่านั้นเข้ากับสังคมได้ ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการแลกเปลี่ยน สิ่งที่สำคัญคือความรัก โดยเริ่มจากพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้ให้ ลูกเป็นผู้รับถ้าการแลกเปลี่ยนเป็นไปในบรรยากาศที่พึงพอใจ มีทั้งการให้และการรับอย่างเหมาะสม พัฒนาการของเด็กก็จะเป็นไปอย่างราบรื่น เกิดเป็นความรู้สึกไว้วางใจ คนในครอบครัว เอื้ออาทรต่อกัน แต่ถ้าสิ่งเหล่านี้เป็นไปอย่างไม่เหมาะสม ก็จะก่อให้เกิดความทุกข์ใจ คับข้องใจ ความขมขื่นและความเกลียดชัง ความรู้สึกลบที่เกิดขึ้นในครอบครัว จะมีความรุนแรงยิ่งกว่าที่เกิดขึ้นจากสังคมหน่วยอื่น ประสบการณ์ที่เด็กได้รับจากครอบครัวแต่ละวันภายในครอบครัว มีผลต่อสุขภาพจิตของเด็กอย่างมาก ประสบการณ์อาจทำให้เด็กเกิดความสุขและความมั่นคง ในทางกลับกัน เด็กจะเรียนรู้ความเกลียดชัง ความด้อยค่าของตน ความสงสัยในตนเอง การถอยหนี และไม่กล้าเผชิญกับสิ่งใด รวมทั้งสิ้นหวัง ดังนั้นแก้ปัญหาสังคมที่เกิดขึ้นจึงควรเริ่มการสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็งและปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสม (อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2544) จึงนับได้ว่าครอบครัวจึงเป็นสาเหตุที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเกิดและการคงอยู่ของพฤติกรรมทั้งด้านดีและด้านที่เป็นปัญหากับเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นการแก้ไขปัญหาลดพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น จึงควรทำความเข้าใจสภาพครอบครัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น และหาแนวทางแก้ไขพร้อมทั้งวางแผนการส่งเสริมศักยภาพครอบครัวให้สามารถทำหน้าที่ในการดูแลเด็กที่เหมาะสม

2.1 ครอบครัวเด็กสมาธิสั้น

สภาพครอบครัวเด็กสมาธิสั้น ได้รับการผลกระทบสูงมาก จากปัญหาพฤติกรรมของเด็กเกิดความเครียด ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูและการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม ทำให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง ใช้อารมณ์กับเด็ก การลงโทษต่าหนิติเตียน เด็กก็ยังเหมือนเดิม ทำให้พ่อแม่ยิ่งเกิดความรู้สึกในด้านลบต่อเด็ก และในเวลาเดียวกัน ท่าทีของพ่อแม่ก็ทำให้พฤติกรรมเด็กแย่ลงกลายเป็นวัฏจักร (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษา Jonhston and Mash (2001) พบว่าครอบครัวเด็กสมาธิสั้น มักมีความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่และเด็กมากกว่าครอบครัวปกติ ครอบครัวที่มีความขัดแย้งสูงและมีการแสดงออกทางอารมณ์มากเกินไป จะส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น (Tschan et al., 1996 อ้างในอุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2544) นอกจากนี้ เด็กสมาธิสั้นยังมีการรบกวนผู้อื่น ยากแก่การเลี้ยงดู ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางลบจากพ่อแม่ ทำให้เกิดการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมตามมา เช่น การเอาใจและตามใจมากเกินไป การดูต่ำว่ากล่าวลงโทษรุนแรง หรือการไม่เอาจริงปล่อยเด็กเกินไป ในที่สุดกลายเป็นปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ดังนั้นการให้ความสำคัญกับครอบครัวซึ่งเป็นบริบทที่สำคัญของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการมองปัญหาของผู้ป่วยที่รอบด้านมากยิ่งขึ้นแทนที่จะมองที่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว จึงเป็นการดูแลรักษาที่ครอบครัวครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู

2.2 การพยาบาลและการช่วยเหลือครอบครัวเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย

2.2.1 การพยาบาลเด็กสมาธิสั้น

การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นองค์ความรู้เชิงผสมผสานทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ช่วยเหลือ เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางจิต กิจกรรมการ

พยาบาลครอบคลุมการปฏิบัติตามขั้นตอนของกระบวนการทางพยาบาล ร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต การช่วยเหลือ บำบัดเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตอารมณ์ จิตวิญญาณของผู้ป่วยเด็ก และครอบครัว และการฟื้นฟูสภาพจิตเพื่อการดำรงชีวิตในครอบครัวที่เป็นสุขเป้าหมายของการรักษาพยาบาลคือช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขและลดปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรม ในการดูแลดังนี้ (McDougall, T. & Ryan, N., 2009)

1. ไม่เกิดอันตรายทางด้านร่างกาย
2. สามารถมีพฤติกรรมต่อบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม
3. พุดถึงตนเองด้วยความรู้สึกเชิงบวก
4. มีพฤติกรรมเรียกร้องลดลง
5. ให้ความร่วมมือในการรักษา

ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถใช้กระบวนการพยาบาล มาเป็นกรอบในการวางแผนให้การดูแลได้ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การกระทำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) และการประเมินผล (Evaluation) (จินตนา ยูนิพันธ์, 2551) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)

เป็นขั้นตอนที่พยาบาลรวบรวมข้อมูลของเด็กสมาธิสั้นจากครอบครัว โรงเรียนและตัวเด็กเอง โดยใช้ทักษะสำหรับการประเมิน ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์ประวัติจากครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีปัญหา โดยการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การสัมภาษณ์ทั้งจากตัวเด็ก ครอบครัวในเรื่องข้อมูลทั่วไป การประเมินปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมปัญหาการเรียน การปรับตัว รวมถึงปัจจัยความเครียดและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อเด็ก ความหวังของครอบครัวต่อการใช้บริการ การดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ของครอบครัว ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา การแก้ปัญหาครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อตัวเด็ก ครอบครัวและคนรอบข้าง ข้อมูลต้องครอบคลุมถึงทัศนคติ ความรู้ที่จะใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ รวมถึงการให้เด็กและครอบครัวระบุปัญหาด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลค้นหาปัญหาของเด็กและครอบครัว ในการตั้งข้อวินิจฉัยในการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาให้ตรง ข้อมูลที่พยาบาลต้องรวบรวมโดยการประเมินภาวะสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นที่สำคัญได้แก่

1. การสัมภาษณ์พ่อแม่หรือผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์ คือ (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

1) การสัมภาษณ์ต้องให้ความสัมพันธ์ที่ตระหว่างผู้สัมภาษณ์และพ่อแม่เพื่อจะได้รับความร่วมมือช่วยเหลือเด็กต่อไป

2) ให้ได้ภาพพจน์ของความสัมพันธ์ในครอบครัวและความเห็นของพ่อแม่ต่อปัญหาของเด็ก

- 3) ประเมินสุขภาพจิตพ่อแม่และผลกระทบอาการของเด็กต่อพ่อแม่

4) ประเมินความสัมพันธ์ของพ่อแม่กับเด็กโดยระหว่างสัมภาษณ์พ่อแม่อาจให้เด็กอยู่ด้วยเพื่อดูปฏิสัมพันธ์ต่อกันและเด็กอาจแสดงอาการของสมาธิสั้นให้เห็นได้

5) ให้พ่อแม่มาสนใจการแก้ปัญหาในปัจจุบันมากกว่าที่จะหาสาเหตุว่าทำอะไรผิดพลาดในอดีต

6) ให้พ่อแม่ระบายความเครียดความเดือดร้อนที่ได้รับจากปัญหาของเด็ก

7) เพื่อวินิจฉัยและวางแผนการรักษาต่อไป

2. การสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก ได้แก่

1) เหตุผลการพาเด็กมาตรวจและถามถึงปัญหาด้านอื่นๆของเด็กกว่ามีหรือไม่ เช่น ด้านร่างกาย การเห็น การรับรู้ การได้ยิน การใช้ภาษา การคิด การเรียน การช่วยเหลือตนเอง ระดับเซาว์ปัญญา เด็กมีปัญหาเป็นโรคTics หรือไม่

2) ความสัมพันธ์เด็กกับผู้อื่น เช่น คนในครอบครัว ทักษะของเด็กในการเข้าสังคม เด็กมีเพื่อนมากน้อยเพียงใด

3) การหาจุดเด่นจุดดีของเด็กเพื่อประโยชน์ในการช่วยเหลือเด็ก

4) ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์การคลอดประวัติการเจ็บป่วยที่รุนแรงการผ่าตัด เพราะถ้ามีประวัติผิดปกติต้องระมัดระวังยิ่งขึ้นถึงผลกระทบที่มีต่อเด็ก

5) ประวัติการได้รับการรักษาสมาธิสั้นมาก่อนหรือไม่ผลการรักษาเป็นอย่างไรเพื่อจะได้พิจารณาการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

3. การสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของเด็ก ได้แก่

1) สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวด้านอื่นประกอบไปด้วยข้อมูลพื้นฐานเฉพาะบุคคลของพ่อแม่ เช่นอายุ อาชีพ การศึกษาของพ่อแม่ รายได้ การใช้ชีวิตในบ้าน การเข้าสังคมของสมาชิกในครอบครัว

2) ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติทั้งครอบครัวของพ่อและแม่

3) ข้อมูลเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่

เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นเป็นปัญหาพฤติกรรมและการเรียนรู้บกพร่องจึงทำให้มีโอกาสสูงที่ปฏิสัมพันธ์ของเด็กและพ่อแม่เป็นไปในทางลบส่วนหนึ่งเกิดจากอาการของเด็กรบกวนผู้ใหญ่มาก อีกส่วนหนึ่งเกิดจากพ่อแม่ไม่เข้าใจเด็กไม่มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นจึงมีอารมณ์กับเด็กมาก

4. การสัมภาษณ์และตรวจสภาพจิตเด็ก

วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เด็กนั้นเช่นเดียวกับการสัมภาษณ์พ่อแม่ของเด็ก คือ ต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีดูความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ความเห็นของเด็กต่อปัญหาที่มีอยู่ ให้โอกาสเด็กได้แสดงออกซึ่งความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ประเมินสุขภาพจิตต่างๆไป การปรับตัวทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน และกับเพื่อนของเด็ก พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมด นำมาใช้ในการดูแลช่วยเหลือด้วยกระบวนการทางการแพทย์ต่อไปในขั้นตอนของการวินิจฉัยทางการแพทย์

การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Nursing Diagnosis)

เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนทั้งจากตัวเด็กและครอบครัว วิเคราะห์หาความหมายของข้อมูลและกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งเป็นข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของเด็กและของผู้ดูแล อาจจะเป็นปัญหาสุขภาพของเด็กหรือผู้ดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะโรคที่เกิดขึ้นแล้ว

หรือมีแนวโน้มที่จะเกิด พิจารณากำหนดปัญหาอย่างเป็นระบบคือพิจารณาให้ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นในบริบทครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา /ผู้ดูแลกับตัวเด็ก ปัญหาที่เกิดขึ้นกับพี่น้องและตัวเด็กเอง ทั้งในด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการส่วนบุคคล ทางร่างกาย ทางจิตอารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ และทำการจัดลำดับความสำคัญของสภาพความรุนแรงของปัญหาของแต่ละคน ตามข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นจากการประเมินผู้ป่วยและการซักประวัติ ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเป็นการอธิบายถึงภาวะสุขภาพหรือการตอบสนองของความเจ็บป่วยของเด็ก ข้อความที่เขียนอาจเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วหรือภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยอาจมีองค์ประกอบของการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคือ ปัญหา (Problem) ซึ่งเป็นการระบุที่แสดงถึงการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมหรือโอกาสหรือความเสี่ยงที่จะเกิดจากการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมได้ สาเหตุ (Etiology) หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่นสาเหตุจากด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ เป็นต้น และอาการ/อาการแสดง (Sign & Symptom) ซึ่งลักษณะการตอบสนองหรือการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย

ดังนั้นในเด็กสมาธิสั้นอาจให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ดังนี้

1. เสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดจากการบาดเจ็บ เนื่องจากพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดการเกิดอุบัติเหตุ จากอาการหุนหันพลันแล่นและไม่สามารถควบคุมตนเองได้
- 2.บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคมเนื่องจากพฤติกรรมที่วุ่นวายและไม่เหมาะสม
- 3.ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเกี่ยวข้องกับการสูญเสียหน้าที่ของครอบครัวและการตอบสนองทางด้านลบ
4. การทำงานไม่เสร็จตามที่คาดไว้เนื่องจากความอดทนต่ำและขาดสมาธิ
5. ไม่ยินยอมหรือต่อต้านเนื่องจากมีความคับข้องใจและสมาธิสั้น

การวางแผนการพยาบาล (Planning)

พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในกลไกการเกิดปัญหาของเด็ก ทั้งนี้เพราะความเข้าใจพฤติกรรม และความต้องการของเด็กเป็นพื้นฐานสำคัญ ในการยอมรับพฤติกรรมของเด็กอย่างไม่มีเงื่อนไข ความรัก ความเอื้ออาทร เข้าใจตนเองและเข้าใจเด็ก ส่งผลให้เด็กรู้สึกปลอดภัยไว้วางใจและมั่นใจต่อพยาบาลและสภาพแวดล้อมมากขึ้น พยาบาลจะต้องวางแผนให้สอดคล้องกับกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเด็ก เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ครอบครัว รวมทั้งจัดประสบการณ์ให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถในการช่วยเหลือดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยมุ่งหวังให้ครอบครัวสามารถเลี้ยงดู และช่วยเหลือในการลดความเครียดและความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากภาวะในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มีการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล กำหนดกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือ และบำบัดทางการพยาบาลที่สอดคล้องกันกับลักษณะปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การกระทำกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention)

ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่พยาบาลต้องปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ เป้าหมายในการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นคือเด็กสามารถปรับตัวใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขและลดปัญหาทางอารมณ์ และ เน้นหลักการที่สำคัญดังนี้

1) จัดสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้เด็กรู้สึกปลอดภัยไม่มีสิ่งที่เป็นอันตรายต่อเด็ก ควรมีที่ปรึกษาในการช่วยตัดสินใจ หรือกำหนด ควบคุม การทำกิจกรรมนั้นๆได้อย่างเหมาะสมและไม่ปล่อยให้เด็กอยู่ในสถานที่ที่อาจเกิดอุบัติเหตุ เพราะเด็กอาจมีการเคลื่อนไหวที่รวดเร็ว บางครั้งไม่สามารถควบคุมตนเองได้ รวมถึงการศึกษาและให้ความสำคัญถึงพฤติกรรมต่างๆของเด็ก เพราะบางพฤติกรรมอาจมีแนวโน้มที่ส่งเสริมต่อการเกิดอุบัติเหตุ

2) พยาบาลใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นกลวิธีสำคัญในการเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลดความถี่ของการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เด็กสมาธิสั้นมักมีพฤติกรรม ไม่นิยมหรือต่อต้านเนื่องจากมีความคับข้องใจและสมาธิสั้น จึงควรมีการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการทำกิจกรรม และจัดปัจจัยที่จะเบนความสนใจของเด็ก ควรให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้นแบบตัวต่อตัว เพราะเด็กขาดความสามารถในการจดจำข้อมูลหรือคำสั่งที่ซับซ้อน การถามให้เด็กตอบ เพื่อทบทวนคำสั่ง การถามซ้ำจะช่วยให้เด็กได้ทบทวนและมีความเข้าใจในคำสั่งมากขึ้นและ ควรให้คำชื่นชมเมื่อเด็กทำงานสำเร็จในแต่ละขั้นตอน การได้รับคำชมเชย จะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นส่วนส่งเสริมให้เด็กมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้ประสบความสำเร็จ รวมถึง ลดการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมลงทีละน้อย เมื่อมั่นใจว่าเด็กสามารถทำกิจกรรมนั้นๆได้เอง การให้เด็กทำงานที่ได้รับมอบหมายด้วยตนเอง จะช่วยให้เด็กรู้สึกมั่นใจในตนเอง

3) ด้านการบกรร่งในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคม พยาบาลใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรายบุคคล เพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ รวมทั้งช่วยให้มีการจำกัดพฤติกรรมเด็ก และช่วยให้เด็กเข้าใจพยาบาลยอมรับตัวเด็กควรมีดูแลจัดให้เด็กเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับเพื่อน เนื่องจากการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมักเกิดจากการเรียนรู้อารมณ์ที่หลากหลายทั้งด้านบวกและด้านลบ

4) ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ พยาบาลใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาความมีคุณค่าในตน (Self esteem) สูงขึ้น ซึ่งทำได้โดยเริ่มให้เด็กตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง วางแผนการดำเนินการสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายร่วมกับเด็กและผู้ดูแลที่สำคัญโดยวางแผนให้เด็กทำกิจกรรมที่ง่ายต่อการเกิดความสำเร็จ เมื่อความสำเร็จเกิดขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็เพิ่มขึ้นด้วยการคำชมเชยแก่เด็ก จะช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และสร้างแรงจูงใจเชิงบวก โดยให้คำชมเชยในทันที เมื่อเด็กทำกิจกรรมแล้วประสบความสำเร็จ จะช่วยยกระดับความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งอาจเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาด้านพฤติกรรมที่เหมาะสม การสื่อสารอย่างเปิดเผย สื่อสารให้เด็กทราบข้อมูลทันที ย้อนกลับเป็นข้อมูลทางบวกและข้อมูลทางลบ ทั้งนี้เมื่อเด็กพัฒนาความมีคุณค่าในตน เด็กจะรับจุดเด่นและข้อจำกัดของตนได้มากขึ้น

5) จัดกิจกรรมบำบัดทั้งที่เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างพัฒนาการของเด็กตามวัย และกิจกรรมที่จำเป็นในการเพิ่มพูนความสามารถทางสติปัญญา ให้มีการเรียนรู้ตามความจำเป็นในเด็กวัยเรียน การจัดกิจกรรมบำบัดในระยะแรกพยาบาลต้องคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด แต่ในระยะต่อมาจึงค่อยลดบทบาทลง เพื่อให้เด็กได้ร่วมกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้และการเข้าร่วมกับผู้อื่นด้วยตนเองต่อไปได้

6) ควรเลือกรูปแบบการบำบัดมีการฝึกการคิด ควบคู่กับการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมคือ การฝึกให้เด็กพูดความคิดของตนให้พยาบาลหรือผู้อื่นฟัง หรือการคิดต่างๆในการช่วยลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ยับยั้งตนเองไม่ได้ในเด็กกลุ่มนี้

7) เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มีปัญหาทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน การช่วยเหลือเด็กเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือ ทั้งจากผู้ปกครองและครู ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงต้องเข้าใจธรรมชาติของปัญหาและได้รับการสนับสนุนให้กำหนดฝึกริเวียให้แก่เด็กทั้งที่บ้านและโรงเรียนสอดคล้องกัน โดยพยาบาลควรให้การดูแลช่วยเหลือดังนี้

7.1) การให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่ครอบครัว (Counseling & Psycho-education) เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก เพื่อขจัดความเข้าใจผิดต่างๆ เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ทำให้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและมักจะถูกผู้ปกครองดูว่าหรือลงโทษ ดังนั้นจึงควรมีการแนะนำการปฏิบัติแก่ผู้ปกครองและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น และช่วยลดความเครียดของบิดามารดามีทัศนคติทางบวกยอมรับและเห็นอกเห็นใจในอาการและข้อจำกัดของเด็ก ให้คำปรึกษากับพ่อแม่เนื่องจากพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีผลต่อชีวิตสมรส พี่น้อง และสภาพอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว การให้ความรู้การให้คำปรึกษากับพ่อแม่จึงเป็นสิ่งจำเป็น การให้การช่วยเหลือพ่อแม่ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีใช้พฤติกรรมบำบัด ในการช่วยปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสม การปรับสภาพอารมณ์ของพ่อแม่ให้คงเส้นคงวา ไม่หงุดหงิดง่าย พยายามสงบ อย่าต่อล้อต่อเถียง การให้รางวัลหรือการทำโทษ การปรับสภาพบ้าน การฝึกเด็กให้รู้จักรอคอยและอื่นๆ การช่วยเหลือครอบครัวเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย

7.2) การฝึกสอนพ่อแม่ (Parental training) การจัดกลุ่มพ่อแม่ฝึก ให้มีทักษะ การสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูด หรือคำสั่งที่ชัดเจน ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การรักษากฎกติกา เรียนรู้เทคนิคการให้รางวัล พัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของพ่อแม่ โดยให้เรียนรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กอย่างถูกต้องที่ไม่ลดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) ของเด็ก โดยการให้รางวัลหรือคำชมเชยเมื่อมีพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือลงโทษตัดสิทธิเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมถือเป็นหัวใจสำคัญ แนะนำช่วยเหลือด้านการเรียน ให้มีโอกาสฝึกซ้อมหัดทำ ให้โอกาสซักถามข้อสงสัย (วินิตดา ปิยะศิลป์, 2550) พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดังนี้

7.2.1) การจัดสถานที่สงบเพื่อให้เด็กทำการบ้าน อ่านหนังสือ ไม่มีคนรบกวน หรือมีสิ่งที่ทำให้สมาธิเสีย เช่น โทรทัศน์ ของเล่น วิทยุไอเกม มาถึงความสนใจ ถ้าเด็กสมาธิสั้นมากๆ ควรอยู่ใกล้ๆ เพื่อควบคุมให้งานเสร็จ

7.2.2) จัดตารางเวลาให้ชัดเจน สำหรับกิจวัตรประจำวัน กำหนดเวลาการทำการบ้าน ทบทวนบทเรียนเริ่มตั้งแต่เวลาในการตื่นนอน หลังจากนั้นต้องทำอะไรบ้าง เช่น เก็บที่นอน แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น ในกรณีที่เด็กลืมหรือไม่ทำตามข้อตกลง ให้พ่อแม่เตือนสั้นๆครั้งเดียว ถ้าไม่มีทีท่าว่าจะทำ ให้พ่อแม่พาไปทำทันที วิธีนี้ได้ผลถ้าเริ่มฝึกตั้งแต่เด็ก เพราะเด็กเรียนรู้ว่าพ่อแม่เอาจริงและจะยอมรับในกติกา

7.2.3) จัดกฎระเบียบของบ้านให้ชัดเจน เช่น ห้ามดูโทรทัศน์ขณะทำการบ้าน ไม่พูดหยาบคาย พ่อแม่ต้องทำเป็นตัวอย่างและเป็นผู้ควบคุมกฎ

7.2.4) ให้รางวัลในกรณีที่ทำพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อเป็นแรงจูงใจในการทำต่อ เช่น คำชม ให้แต้มสะสม เป็นต้น และกำหนดโทษให้ชัดเจนเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ ควรใช้วิธีการจำกัดสิทธิต่างๆ เช่น การดูโทรทัศน์ การเล่นเกม การออกไปเที่ยว เป็นต้น หรือให้ทำงาน

ที่มากขึ้น เช่น ล้างจาน กวาดบ้าน เป็นต้น หรืออาจใช้การเตือนหรือตำหนิที่เน้นพฤติกรรม เช่น แม่ไม่ชอบการนอนตื่นสาย และไม่ควรใช้คำพูดที่ตำหนิที่ตัวเด็ก เช่น ลูกไม่ดีเลยที่นอนตื่นสาย เป็นต้น

7.2.5) ฝึกควบคุมอารมณ์ ทำให้บรรยากาศสงบ ให้กำลังใจเป็นระยะ หลีกเลี่ยงการดูว่าหรือบ่น เพราะทำให้เด็กเบื่อ ไม่สนใจสิ่งที่พ่อแม่พูด

7.2.6) การทำงานต่างๆ ควรมีการแบ่งงานเป็นชิ้นเล็กๆ เด็กมักท้อใจกับงานที่ตนเองไม่ชอบ ไม่สนุก ไม่ถนัด ดังนั้นพ่อแม่ควรแบ่งงานออกเป็นชิ้นเล็กๆ พอทำเสร็จในเวลาสั้น ให้มีกำลังใจทำต่อ ต้องเปิดโอกาสให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถหรือหยุดพักเป็นระยะ

7.2.7) เด็กมักมีจุดอ่อน คือทักษะในการวางแผนล่วงหน้า มักทำตามสิ่งเร้าที่ผ่านมามากกว่าสิ่งที่ได้คิดไว้ล่วงหน้า พ่อแม่ควรฝึกฝนให้เด็กเรียนรู้ที่จะหยุด คิดวางแผนตามขั้นตอน และฝึกการแก้ปัญหา เช่น ถามว่าพรุ่งนี้จะทำอะไรบ้าง การกระตุ้นให้วางแผนบ่อยๆ จะซึมซับเข้าไปในระบบความคิดจนกลายเป็นนิสัย หรือจัดตารางเวลาในแต่ละวันที่แน่นอน

7.2.8) พ่อแม่ต้องฝึกกำลังใจเป็นหนึ่งเดียว ความคิดเห็นของพ่อแม่ที่แตกต่างกัน ทำให้การแก้ปัญหาไปคนละทาง เด็กหลบหนีปัญหาไปอยู่กับคนที่ตามใจ ในที่สุดความแตกต่างทำให้เกิดความขัดแย้ง ดังนั้น พ่อแม่ควรพูดคุยตกลงกันก่อน เรื่องใดที่ยังไม่แน่ใจ ให้ชะลอการตัดสินใจจนกว่าจะตกลงกันได้

7.3) การทำกลุ่มบำบัด (Parental group support) โดยให้พ่อแม่และญาติที่มีเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นได้รู้จักกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เทคนิคในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคในการดูแลและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เรียนรู้เทคนิคการสร้างความสามารถและความมั่นใจในตนเอง และให้โอกาสระบายความรู้สึกคับข้องใจ ได้รับความเข้าใจ รวมถึงเปิดโอกาสให้กลุ่มพ่อแม่มีกิจกรรมร่วมกัน และเป็นประโยชน์กับเด็กสมาธิสั้นคนอื่น (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550)

7.4) เป็นที่ปรึกษาในการแก้ปัญหาด้านการเรียน การแนะนำช่วยเหลือทางการเรียน โดยประสานกับทางโรงเรียนให้มีการจัดการเรียนการสอนอย่างเหมาะสม มีการแนะนำครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน เกี่ยวกับและการให้คำแนะนำแก่ครู เป็นความจำเป็นที่ขาดไม่ได้ เพราะความบกพร่องของเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มักเกิดที่โรงเรียน ทั้งกับการเรียนและกับหมู่เพื่อน ครูจึงควรมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับตัวโรค ดูแลให้เด็กได้รับยาต่อเนื่อง รวมทั้งฤทธิ์และข้างเคียงของยา และการดูแลเด็กกลุ่มนี้ สิ่งที่ยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ครูในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

7.4.1 การจัดสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน เป็นสิ่งที่จะช่วยลดสิ่งกระตุ้นช่วยให้เด็กมีสมาธิในการเรียนมากขึ้นโดยมีการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่

1) ห้องเรียนไม่ควรมียาเด็กสมาธิสั้นมากกว่า 1 คน ถ้าจำเป็นต้องมีการรับมากกว่า 1 คน ควรมีการจัดที่นั่งมากกว่า 1 คน ควรจัดที่นั่งให้แยกห่างจากกัน

2) การจัดที่นั่งควรให้เด็กนั่งหน้าชั้นเรียนใกล้ครู โดยมีเด็กเรียบร้อยนั่งรอบข้างไม่ควรให้นั่งหลังห้อง ติดทางเดิน หรือริมหน้าต่าง เพราะเด็กจะสนใจเรื่องนี้

3) สิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ประดับไว้ในห้องควรมีน้อย เพื่อลดสิ่งกระตุ้นทางสายตา เช่น การแต่งกายของคุณครูควรเรียบร้อย ไม่มีเครื่องประดับมาก เพราะจะทำให้เด็กสนใจการแต่งกายของคุณครูจนไม่สนใจการเรียน

7.4.2 การเตรียมการเรียนการสอน และการมอบหมายงาน เช่น

1) ควรมีการสร้างใจในการเรียน ทำให้เรียนสนุก ตื่นเต้นท้าทายให้เด็กอยากติดตาม คอยดึงดูดความสนใจเด็กกลับสู่การเรียน เมื่อวอกแวก หรือขาดสมาธิ เช่น เดินมาเตะไหล่ หรือกระซิบเบาๆ ว่าเดี๋ยวก็เสร็จแล้วลูก หรือตั้งใจฟังครูพูดเพราะหนูเคยทำได้เป็นต้น ซึ่งในขณะที่พูดคุยกับเด็กต้องแน่ใจว่าเด็กกำลังไม่ได้สนใจสิ่งอื่นอยู่

2) จัดระบบการเรียนให้ชัดเจนและกำกับให้เด็กทำตามระบบอย่างสม่ำเสมอ โดยการแบ่งงานเป็นช่วงสั้นๆ พอทำเสร็จง่ายๆ กำกับให้ทำงานสำเร็จ มีจังหวะพักเป็นระยะ และชมเชยเด็กเมื่อทำเสร็จหรือพยายามทำ

3) งานบางอย่างที่เกินความสามารถของเด็กที่จะทำให้เสร็จทุกขั้นตอน ครูอาจให้เด็กแน่ใจว่าทำได้ โดยให้เด็กนำมาให้ครูตรวจเมื่อถึงขั้นที่เด็กไม่แม่นยำก่อนที่จะทำต่อไป

4) มีการสอนเสริมให้เด็กนอกเวลา เพื่อให้เด็กเรียนรู้บทเรียนให้ทันเพื่อน กรณีการสอบควรเพิ่มเวลาในการทำข้อสอบมากกว่าเพื่อน หรือครูอ่านข้อสอบให้เด็กฟังทีละข้อ เมื่อเด็กทำเสร็จจึงอ่านข้อต่อไป จนกว่าจะทำเสร็จทุกข้อ

5) ครูควรใช้คำพูดที่น้อยลง พูดช้าๆ ชัดเจน กระชับ ไม่ใช่คำสั่งที่คลุมเครือ ไม่บ่นหรือตำหนิเด็ก และควรวางเฉยกับอาการที่เด็กแสดงออก เช่น ยุกยิก อยู่ไม่สุข ลายมือไม่สวย เจ้าอารมณ์ เป็นต้น

7.4.3 หาทางระบายพลังงานหรือความก้าวร้าวออกมาเป็นกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น กีฬา ศิลปะ ดนตรี ตามความชอบ ความถนัดของเด็ก หรือให้เด็กเปลี่ยนอิริยาบถโดยไม่รู้ตัว เช่น ครูเมื่อยละ ช่วยลบกระดานให้ครูหน่อย หรือช่วยครูแจกสมุด ให้เพื่อนหน่อยนะคะ เป็นต้น

7.4.4 ช่วยฝึกทักษะต่างๆ ให้สอดคล้องกับที่บ้านโดยการติดต่อประสานงานกับพ่อแม่อย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามการบ้าน เมื่อเด็กลืมหรือไม่ส่งการบ้าน ให้แจ้งพ่อแม่ เป็นต้น

7.4.5 ควรบอกเพื่อนว่าๆ ของเด็กว่า โรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคน่าอาย ไม่ล้อเรียนกันในห้อง ควรช่วยเหลือเพื่อน เช่น ไม่ชวนคุย ชวนให้ตั้งใจเรียน ชวนให้ทำงานให้ครบ หรือเตือนเมื่อลืม เป็นต้น

ในกรณีที่จัดห้องเรียนเฉพาะเด็กสมาธิสั้นได้ ควรจัดชั้นเรียนให้มีเด็กเรียนไม่มาก สิ่งแวดล้อมสงบ ครูต้องเข้าใจโรคและแสดงให้เด็กทราบถึงความคาดหวังของคุณครูเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็ก หากไม่สามารถจัดชั้นเรียนพิเศษได้ ควรจัดให้เด็กได้รับการกวดวิชาเป็นกลุ่มเล็กๆ เพื่อช่วยให้เด็กและผู้ปกครองไม่ต้องกังวลด้านการเรียน และในกรณีที่เด็กอาการดีขึ้นสามารถเข้าเรียนในชั้นเรียนปกติ การช่วยเหลือดูแลเป็นพิเศษร่วมกับการได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ

7.5) การช่วยเหลือเด็ก ในเด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหาหลายด้านจากอาการของโรค ทำให้มีปัญหาการควบคุมตนเอง ขาดความอดทนในการรอคอย เอาแต่ใจตนเอง ต้องการความสนใจจากผู้อื่นมาก ขี้โมโห อารมณ์เสียง่าย เกิดปัญหาทะเลาะวิวาท ไม่มีสังคม เกิดปัญหาการเรียน มีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น เสียความภาคภูมิใจและเสียความเชื่อมั่น ทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมด้านต่างๆ ดังนั้นจึงควรให้การช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นดังนี้

7.5.1) การให้ข้อมูลคำปรึกษาแก่เด็ก (Counseling & Psycho-education) การสร้างสัมพันธภาพกับเด็ก โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ข้อจำกัดของตนเอง ผลของยา

ที่ได้รับและเข้าใจว่าปัญหาที่ตนมีนั้นไม่ได้เกิดการที่ตนเป็นคนไม่ดี จึงควรช่วยเหลือทางจิตบำบัดหรือให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขความรู้สึกลบที่มีต่อตัวเอง การปรับสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและครอบครัว

7.5.2) การปรับพฤติกรรมโดยใช้การเสริมแรงบวก ซึ่งพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะตอบสนองต่อการเสริมแรงบวก ที่รวดเร็วได้ดี แต่เพิ่มปัญหาได้ง่าย เมื่อใช้การเสริมแรงลบ ควรเน้นการฝึกในเรื่องของการรักษาเวลา การใช้เงิน การรอคอย เป็นต้น

7.5.3) การทำกลุ่มบำบัด (Children group support) เน้นการให้ข้อมูลผ่านกลุ่มเพื่อน ให้เด็กมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค และเข้าใจข้อจำกัดของตัวเอง พัฒนาทักษะทางกีฬาและการทำกิจกรรม การอยู่ร่วมกับคนอื่น

8) การช่วยเหลือด้านอื่น เช่น ในกรณีเด็กที่มีภาวะ Learning Disabilities (LD) ร่วมด้วย จำเป็นต้องออกไปรับรองความพิการเพื่อรักษาสิทธิในการรักษา และได้รับการ Individual education program จากทางโรงเรียน

ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Evaluation)

เมื่อพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมการบำบัดทางการพยาบาลแล้ว ต้องมีการประเมินผลการพยาบาล โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านพัฒนาการ พฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเด็ก และครอบครัว โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายและผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวังไว้ เช่น การแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาน้อยลง เด็กมีความปลอดภัยจากการบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุ ความรู้สึกการมีคุณค่าในตน และการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาสติปัญญา และพัฒนาการทางสังคมและด้านอื่นๆ เมื่อประเมินผลแล้ว ควรนำผลการประเมินมาเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตามวงจรการใช้กระบวนการทางการพยาบาลต่อไป

3. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

3.1 ความหมายและความสำคัญ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Schaefer and Martin (1969) ให้ความหมายของปัญหาพฤติกรรมว่าเป็นรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับหรือเบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาอาจมีสาเหตุทางจิตใจ สาเหตุทางระบบประสาท หรือสาเหตุร่วมกันทั้งสองอย่าง เด็กที่ความบกพร่องทางสมอง และประสาทเนื่องจากสมองถูกทำลายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้ อย่างไรก็ตาม เด็กที่มีความบกพร่องทางสมอง และประสาทบางคนก็ไม่จำเป็นต้องมีปัญหาพฤติกรรม

Skinner (1989) ได้แบ่งพฤติกรรมเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าและพฤติกรรมหรือการกระทำที่เกิดผลตามมา การตอบสนองขึ้นอยู่กับความคิด ทำให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึก และแสดงออกมา จะเห็นว่าทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เกี่ยวเนื่องกัน การกระทำหรือการแสดงออกที่ต่างจากปกติวิสัยของคนทั่วไปประพฤตินิสัย และการกระทำนั้นก่อให้เกิดปัญหาอื่นตามมาเรียกว่า ปัญหาพฤติกรรม

Kessler (1966 อ้างถึงใน กัลญา แก้วอินทร์, 2545) ได้เสนอว่าการที่จะตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดเป็นปัญหาหรือไม่ ให้มองในแง่ของความเหมาะสมของพฤติกรรมนั้นๆ ในแง่มุมของ เวลา สถานที่ และอายุของผู้แสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นหลัก โดยเสนอเกณฑ์ในการตัดสินใจ 7 ประการ คือ

1) อายุเด็กในอายุหนึ่ง ๆ จะมีพฤติกรรมเฉพาะอย่าง เช่น ปัญหาปัสสาวะรดที่นอน เกิดขึ้นในเด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี อาจถือว่าปกติ แต่หากสูงกว่า 4 ปี เด็กอาจมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังนั้นผู้ศึกษาหรือผู้ใช้เกณฑ์ ควรมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการปกติของเด็กเป็นอย่างดี

2) ความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรม ให้พิจารณาตามสภาพแวดล้อมของเด็กและพฤติกรรมนั้นๆ มีผลต่อตัวเด็กหรือผู้อื่นหรือไม่ เช่น เด็กคนหนึ่งทะเลาะวิวาทกับเพื่อนทุกวัน ทำให้เพื่อนเจ็บตัวและตนเองถูกครูทำโทษด้วย เป็นต้น ซึ่งการพิจารณาจะต้องอาศัย การสังเกตอย่างเป็นระบบ และใช้เวลานานพอสมควร

3) จำนวนของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เด็กมีปัญหาจะมีลักษณะของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นสัดส่วนมากกว่าพฤติกรรมรวมที่ปกติทั่วไป

4) การสูญเสียโอกาสในสังคม หากพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกนั้นทำให้สูญเสียโอกาสในสังคมก็จะถือว่าเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

5) การส่งผลต่อการเจ็บป่วยของตนเองหรือต่อผู้อื่น เช่น ความละอายใจ ความรู้สึกผิดหรือพฤติกรรมที่พบนั้น ทำให้เกิดความเจ็บปวดต่อผู้อื่น

6) พฤติกรรมเกิดในสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหา เด็กเรียนรู้พฤติกรรมบางอย่างจากสังคม เช่น การขโมย การชกต่อย การพูดปด เป็นต้น ทำให้เด็กไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมเหล่านี้ได้ หรือแก้ไขได้ยากและเกิดเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากขึ้น

7) บุคลิกภาพโดยทั่วไปของเขา โดยพิจารณาว่าพฤติกรรมของเขาขัดขวางการดำเนินชีวิตความสามารถในการปรับตัว ให้เข้ากับครอบครัวและโรงเรียนมากน้อยเพียงใด

สำหรับเกณฑ์การตัดสินว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือไม่นั้น ควรพิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วน เพราะเด็กแต่ละคนอาจจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างกันไป ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกัน การเข้าใจพัฒนาการปกติของเด็ก ระบบสังคมของกลุ่มจะช่วยให้เข้าใจและสามารถพิจารณาปัญหาของเด็กได้อย่างรอบคอบ

จันทร์เพ็ญ รัชสินพงษ์ (2552) ได้กล่าวว่าปัญหาพฤติกรรมหมายถึงเป็น รูปแบบของพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือเบี่ยงเบนไปจากเกณฑ์ปกติและพฤติกรรมนั้นเป็นที่สนใจแก่พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูหรือเป็นสิ่งที่กระทำแล้วก่อให้เกิดปัญหากับตัวเองหรือผู้อื่นทำในสิ่งที่ต้องการแยกตัวจากสิ่งแวดล้อมหรือเป็นอันตราย

จึงพอสรุปได้ว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นหมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของเด็กที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าในลักษณะที่เป็นการกระทำหรือการแสดงออกที่แตกต่างหรือเบี่ยงเบนไปจากเด็กในวัยเดียวกันมีความยากลำบากในการควบคุมแสดงออกทางการกระทำของตนเองและทางอารมณ์ในลักษณะอยู่ไม่นิ่ง ซนเกเร บางครั้งก้าวร้าว ยากลำบากในการเข้าสังคมกับเพื่อนและผู้อื่นหงุดหงิดโมโหง่าย ทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม อีกทั้งมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทั้งตนเองและบุคคลรอบข้างซึ่งการกระทำหรือการแสดงออกเหล่านี้เป็นที่สังเกตได้จากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง

สาเหตุของปัญหาพฤติกรรม

เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมนั้นอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ แต่การวินิจฉัยหาสาเหตุของพฤติกรรมนั้นค่อนข้างสลับซับซ้อน พฤติกรรมอย่างหนึ่ง อาจเนื่องมาจากสาเหตุหนึ่ง หรือ

หลายสาเหตุก็ได้ บุคคลเดียวกันอาจแสดงพฤติกรรม ออกมาหลายอย่างและย่อมเกิดจากสาเหตุหลายประการ แบ่งออกได้ดังนี้

1. ปัจจัยตัวเด็ก เด็กแต่ละคนมีแนวโน้มการเกิดปัญหาพฤติกรรมที่แตกต่างกันดังนี้

1.1 ความผิดปกติทางด้านชีวภาพและสารเคมีในร่างกาย พบว่าความไม่สมดุลของสารในร่างกายมีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ และพฤติกรรมบางอย่าง เช่นเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวอาจเนื่องมาจากสมองพิการหรือระบบประสาทได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง เด็กที่สมองได้รับความกระทบกระเทือนมีการติดเชื่อหรืออุบัติเหตุ จะมีอารมณ์หงุดหงิด รุนแรง และขี้ขลาดลงๆมีผลต่อความสามารถทางการเรียนรู้ บุคลิกภาพ และความสัมพันธ์กับผู้อื่น ในเด็กสมาธิสั้นมีการศึกษาพบว่าปริมาตรเนื้อสมองส่วน frontal และ temporal lobe น้อยกว่าปกติ และมีความผิดปกติของขนาดและการทำงานของสมองส่วนต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณ prefrontal cortex , parietal cortex basal ganglia thalamus และ cerebellum การศึกษาระบบสารสื่อประสาทพบว่ามีความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทที่สำคัญได้แก่ dopamine norepinephine และ serotonin (Fararone et al., 2005)

1.2 ปัจจัยทางจิต เด็กที่มีพื้นฐานอารมณ์เป็นเด็กเลี้ยงยากมีแนวโน้มเกิดปัญหาพฤติกรรมได้ง่าย ความขัดแย้งในตัวเด็กเอง ความต้องการทางใจที่ไม่สมหวังหรือเป็นไปตามคาดหวัง จะเกิดความคับข้องใจ และแสดงออกทางพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการศึกษาระยะยาวโดย Caspi (2000) พบว่า เด็กที่มีลักษณะเลี้ยงยาก หุนหัน พลันแล่น เจ้าอารมณ์หงุดหงิดง่าย จะสามารถทำนายความก้าวร้าว ความไม่รับผิดชอบและที่สำคัญถ้าเด็กที่มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและควบคุมสมาธิได้ต่ำ จะเป็นผู้ที่มีบุคลิกต่อต้านสังคม

1.3 ลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก เช่น อายุ เพศ ระดับเชาวน์ปัญญา โดยเฉพาะผลการเรียนมีผลต่อผลลัพธ์ของโรค เพศชายมักพบปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเพศหญิง เด็กสมาธิสั้นมักพบปัญหาพฤติกรรมเปลี่ยนไปตามระดับอายุและวัยที่เปลี่ยนไป

2. ปัจจัยครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของเด็กมาก ได้แก่

2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ เด็กที่มาจากฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีอาการของสมาธิสั้นที่รุนแรง (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

2.2 เด็กที่มาจากครอบครัวที่หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ อาจจะขาดความอบอุ่น รู้สึกว่าหวาดหวั่นที่พึ่งส่งผลให้เด็กมีปัญหาทางอารมณ์ การเรียนตกต่ำ นอกจากนั้นครอบครัวที่มีปัญหาความสัมพันธ์ความระห่างพ่อแม่ อาจเป็นสาเหตุทำให้เด็กไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการที่พอเพียงและมีคุณภาพ เด็กจะมีประสบการณ์ที่ไม่มีความสุข และถ้าความขัดแย้งที่รุนแรงยิ่งทำให้เด็กหวาดกลัว ไม่ไว้วางใจต่อบุคคล เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและ conduct disorder เพิ่มมากขึ้น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

2.3 การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบวินัย ไม่คงเส้นคงวาของครอบครัว อาจทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมเกร ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ นอกจากนั้นเด็กที่มาจากครอบครัวที่พ่อแม่ตามใจ ประคบประหมมจนเกินไป อาจจะกลายเป็นเด็กที่ทำอะไรไม่เป็น ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเสมอ เด็กที่มาจากครอบครัวที่พ่อแม่ เป็นคนเจ้าอารมณ์ ก็อาจมีพฤติกรรมไปในแนวทางเดียวกับพ่อแม่ นอกจากนั้นการเลี้ยงดูที่ควบคุมและเข้มงวดมากเกินไป จะทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ

เพราะความต้องการของเด็กมักถูกพ่อแม่ขัดขวาง หรือการตั้งกฎเกณฑ์มากเกินไป จนทำให้เด็กต่อต้าน รู้สึกว่าพ่อแม่ไม่รัก และอาจเปรียบเทียบกับครอบครัวของตนกับครอบครัวอื่น ปฏิบัติการควบคุมที่มากเกินไป อาจทำให้ออกมาในรูปของปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า วิตกกังวล หรือปัญหาพฤติกรรม เช่น ตื้อ ต่อต้าน และเกร (Dadds, 1987 อ้างถึงในอุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

2.4 ปัจจัยพยาธิสภาพทางจิตของพ่อแม่จะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดปัญหาทางอารมณ์ และปัญหาทางจิตเวชในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ความเครียด ปัญหาทางจิตของพ่อแม่และการปฏิบัติตัวของพ่อแม่เป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล การต่อต้านทำทนายของเด็กสมาธิสั้น (Johnston, 1996; Edward et al., 2001)

2.5 ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่สับสนหรือวุ่นวาย ครอบครัวที่ไร้ระเบียบ เด็กได้รับการกระตุ้นตลอดเวลาและเด็กไม่สามารถหาแบบอย่างที่ดี ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่มีจุดมุ่งหมาย จะทำให้เด็กขาดระเบียบวินัย ซึ่งอาการสมาธิสั้นจะดีขึ้น ถ้าจัดสิ่งแวดล้อมให้มีระเบียบกฎเกณฑ์ แต่ถ้าเด็กอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีตลอดระยะพัฒนาการที่สำคัญที่มีการหลอหลอม บุคลิกภาพของเด็ก อาจทำให้เป็นคนลักษณะนี้อย่างถาวร (Arnold & Jensen, 1995 อ้างถึงใน นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

3. ปัจจัยทางสังคม เมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียนต้องออกไปเผชิญกับสังคมภายนอก การได้เห็นรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายของคนในสังคม เด็กสมาธิสั้นมักจะมีปัญหาการเข้ากับเพื่อนไม่ได้ ถูกเพื่อนปฏิเสธ เนื่องจากควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ทำให้มีปัญหามนุษยสัมพันธ์ โดยเฉพาะกับเพื่อนๆ ไม่ดี อาจทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนบ่อยๆ เพื่อนไม่รัก ไม่มีสังคม ขาดการเรียนรู้ในด้านมนุษยสัมพันธ์อย่างมาก เสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียความเชื่อมั่น (ดุสิต ลักษณะพิชิตกุล, 2540) ปัญหาเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญมากในในการพัฒนาด้านสังคมและอารมณ์ การมีเพื่อนส่งเสริมให้เด็กมีความรู้สึกมั่นใจ เข้มแข็ง มีพลังอำนาจ มีพวก การยอมรับของเพื่อนจึงเสริมความภาคภูมิใจและเอกลักษณ์หรือภาพพจน์ตนเองที่ดี ถ้าขาดเพื่อนจะทำให้มีปมด้อย ขาดมนุษยสัมพันธ์ มีภาพพจน์ตนเองไม่ดีความคิดไปในทางลบ มีอารมณ์ซึมเศร้า และหันเข้าหายาเสพติดหรือประพฤติดื้อและมีโอกาสเป็นโรคจิตประสาทได้ (สินีพรรณ ปิยนราพร, 2545)

3.2 องค์ประกอบลักษณะของปัญหาพฤติกรรม

Achenbach (1991 อ้างถึงในกรมสุขภาพจิต, 2547) ได้แบ่งปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ปัญหาแบบที่มีการแสดงโดยตรงหรือไม่สามารถควบคุมได้ (Externalizing Problem) เช่น การชอบโต้เถียง ทำลายสิ่งของ ชอบอวด ชอบทำตัวตลก พฤติกรรมอึดปาลประพฤติดื้อกฏหมาย และปัญหาแบบเก็บกด (Internalizing Problem) ไม่แสดงออกตรงไปตรงมา หรือเปลี่ยนรูปเป็นอาการทางประสาทและอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย มักแสดงออกในรูปของความวิตกกังวล (Anxiety) ความกลัว (Fear) อาการทางกาย (Somatic Complaints) และการแยกตัวจากสังคม (Social withdrawal) เด็กที่ปัญหาในกลุ่มนี้ มักไม่ค่อยได้รับความสนใจเท่าที่ควร เนื่องจากไม่แสดงปัญหาเกี่ยวกับระเบียบวินัย

ตามแนวคิดของ Robert Goodman ได้แบ่งปัญหาพฤติกรรมออกเป็น 5 หมวด ได้แก่ พฤติกรรมเกร่ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและ พฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม

1) พฤติกรรมเกร่ เป็นปัญหาพฤติกรรมที่พบได้สูงในวัยรุ่นสมาธิสั้น พบประมาณ 20-30% เด็กอาจจะมีพฤติกรรมลักขโมย รังแกสัตว์ ชอบเล่นไฟหรือเล่นอะไรรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ร่วมกับมี พฤติกรรมโกหกหลอกลวง รังแกเพื่อน ขว้างปาของ ชอบก่อกวนเพื่อน เด็กสมาธิสั้นมีโอกาส กลายเป็นเด็กเกร่และต่อต้านสังคมหลังอายุ 16 ปีได้มากกว่าเด็กปกติ 3.5- 4 เท่า กลไกการเกิดนั้น ยังไม่ทราบชัด แต่จากพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ร่วมกับการเลี้ยงดูที่ไม่มีระเบียบวินัย หรือได้รับการ ปฏิบัติจากคนอื่นในทางลบ เช่น การดูต่ำว่ากล่าว หรือถูกตำหนิทำให้เด็กมีปัญหาก้าวร้าวเกร่ได้ การ วิจัยพบว่าเด็กที่มีพฤติกรรมดังกล่าว มักได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) การควบคุมที่ไม่เหมาะสม พ่อแม่ที่ควบคุมลูกมากหรือน้อยเกินไปอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเกร่ ได้ พ่อแม่ที่ไม่สามารถร่วมมือกันหรือมีความเห็นแตกต่างกันในการอบรม ลูกจะทำให้การฝึกวินัย เป็นไปอย่างลุ่มๆ ดอนๆ และทำให้เด็กเกิดความสับสน เมื่อลูกลังเลก็อาจจะมีปัญหาต่อไม่เชื่อฟังเพียง เล็กน้อย แต่เมื่อเข้าวัยรุ่นปัญหาจะมีความรุนแรงมากขึ้น ปัญหาขัดแย้งระหว่างพ่อแม่ การมี ปฏิสัมพันธ์ไม่เหมาะสม พ่อแม่ทะเลาะเบาะแว้งกันอย่างรุนแรง กฎระเบียบในบ้านมีลักษณะไม่คงเส้น คงวา

2) ปัญหาพฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิ หมายถึง พฤติกรรมไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิที่พบ ร่วมกับลักษณะอื่นของโรคสมาธิสั้น เด็กจะมีลักษณะ สนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งสั้นในหลากหลายสถานการณ์ ทำงานหรือเล่นไม่ได้นาน ไม่ตั้งใจฟังเวลาพูด ทำงานไม่เสร็จหรือเสร็จช้า ผลการเรียนตกต่ำ วอกแวก ง่าย ควบคุมตนเองได้ไม่ดี พลุ่พลุ่ พุดมาก พุดโพล่ง ยับยั้งตัวเองไม่อยู่ ทำอะไรรวดเร็ว รอคอยไม่ เป็น ชุ่มช้ำม ชุกชอนไม่เรียบร้อย การวางแผนการทำงานไม่ดี ซ้ำลิ้ม ในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น จะมี อาการสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่งอย่างมาก ร่วมกับลักษณะยังตัวเองไม่อยู่ เล่นรุนแรง อาการดังกล่าวเป็นทั้งที่ บ้าน โรงเรียน อาจพบร่วมกับความบกพร่องในทักษะการเรียน

3) ปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ พบได้ 1 ใน 8 ของเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาการควบคุมอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งเกิดได้จากความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากประสบการณ์ที่ ล้มเหลวในด้านกรเรียนและมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น เด็กบางคนมีอาการเศร้าเรื้อรัง บางคน หงุดหงิดง่ายแทนที่จะเป็นอารมณ์เศร้าตรงๆ บางคนมีความวิตกกังวลกลัวว่าตนเองจะทำดีไม่เท่า เพื่อนๆ อาการเศร้าและวิตกกังวลนี้ จะทำให้เด็ก ไม่มีสมาธิและวอกแวกมากขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ , 2546) ความวิตกกังวลเป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่มีความสุข กลัวไปล่วงหน้าจะต้องเจอกับสิ่งที่ทำให้ เครียดหรืออันตราย ความวิตกกังวลมีมากจะทำให้เกิดความทุกข์ใจ กระทบต่อความสามารถในด้าน ต่างๆ เช่น ไม่มีสมาธิในการเรียน ไม่ยอมไปโรงเรียน มีปัญหาการนอน เข้ากับเพื่อนไม่ได้ การเรียน ต่ำลง

4) ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เด็กสมาธิสั้นมักจะมีปัญหาการเข้ากับ เพื่อนไม่ได้ถูกเพื่อนปฏิเสธ เนื่องจากควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น ทำให้มีปัญหามนุษย สัมพันธ์โดยเฉพาะกับเพื่อนๆไม่ดี อาจทะเลาะเบาะแว้งกับเพื่อนบ่อยๆ เพื่อนไม่รัก ไม่มีสังคม

ขาดการเรียนรู้ในด้านมนุษยสัมพันธ์อย่างมาก เสียความภาคภูมิใจในตนเอง สูญเสียความเชื่อมั่น (ดุษิต ลิขนะพิชิตกุล, 2540)

5) ปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม เด็กสมาธิสั้น มักจะมีปัญหาการเข้ากับผู้อื่นและคนในครอบครัวไม่ค่อยได้ มักเอาแต่ใจตนเอง อดทนรอคอยไม่ได้ ไม่เคารพกติกา ทำอะไรไม่เป็นระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎ อดทนรอคอยไม่ได้ ไม่เชื่อฟังผู้อื่น พุดหรือกระทำต่างๆ ในเวลาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากความบกพร่องในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ หรือขาดการยับยั้งชั่งใจตนเอง โดยไม่มีระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ จึงนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมด้านสังคม (สมภพ เรืองตระกูล, 2545; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546)

3.3 การประเมินปัญหาพฤติกรรม

ในประเทศไทยมีแบบประเมินที่เป็นที่นิยมและมีการทดลองใช้ โดยผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วดังนี้

1) แบบสำรวจพฤติกรรมเด็กหรือ Thai Youth Checklist (TYC) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย สมทรง สุวรรณเลิศและวันชัย ไชยสิทธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2528 ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจาก Child Behavior Checklist (CBCL) ของ Thomas M. Achenbach ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมเด็ก 4-18 ปี ครอบคลุมปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่น มีการจัดจำแนกรูปแบบของปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ ปัญหาที่แสดงถึงการเก็บกดหรือความขัดแย้งภายในจิตใจ (internalizing problems) กับปัญหาที่แสดงออกอย่างตรงไปตรงมาหรือขาดการควบคุม (externalizing problems) โดยแบ่งหมวดหมู่พฤติกรรมกับกลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์กัน หรือเกิดขึ้นร่วมกันได้ 8 ด้าน ได้แก่ Withdrawn, somatic complains, anxious/depressed, social problem, thought problem, attention problem delinquent behavior และ aggressive behavior นอกจากนี้ยังสะดวกต่อการนำไปใช้ตามระบบ ICD

2) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (Strength and Difficulties Questionnaire-SDQ) เป็นแบบเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็ก พัฒนาจากต้นฉบับของ Robert Goodman จิตแพทย์เด็กชาวอังกฤษประกอบด้วยข้อความ 25 ข้อ ประยุกต์มาจากแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก Child Behavior Checklist-CBCL แปลและศึกษาความถูกต้องโดยนายแพทย์จอม ชุ่มช่วย และสุภาวดี นวลมณี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2545 แบบประเมินนี้ออกแบบมาใช้กับเด็กอายุระหว่าง 4-16 ปี และถูกนำมาใช้ในประเทศไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรพิมล มีการทดสอบค่าความเชื่อมั่นและความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Internal consistency = .73) พบว่า SDQ ให้ผลดีกว่า CBCL อย่างมีนัยสำคัญในการวัดปัญหาสมาธิสั้น ส่วนการวัดปัญหาด้านอารมณ์ดีเท่ากับ CBCL มีการศึกษาพบว่า SDQ แม้จะสั้นกว่า CBCL แต่ดีกว่าในการทำนาย Clinical diagnosis ของ hyperactivity disorder ด้านทางสถิติ SDQ มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบและคำถามที่แสดงถึงปัญหา 5 กลุ่ม คือ กลุ่มพฤติกรรมเกราะ กลุ่มพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง กลุ่มพฤติกรรมด้านอารมณ์ กลุ่มพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม โดยแบบประเมินมี 3 ชุด สำหรับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน สำหรับครูเป็นผู้ประเมิน และสำหรับเด็กเป็นผู้ประเมิน

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม

4.1 สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ

4.1.1 ความหมายความสำคัญและองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ

เล็ก สมบัติ (2549) ได้ให้ความหมาย สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความรัก ความเข้าใจ ความผูกพัน ฯลฯ ซึ่งเป็นอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ที่สมาชิกในครอบครัวมีให้ต่อกัน ความแน่นแฟ้นของระบบครอบครัว ก่อให้เกิดการเกื้อกูลและการช่วยเหลือซึ่งกันระหว่างสมาชิกอาจกล่าวได้ว่าเป็นการร่วมทุกข์และร่วมสุข

ศิริกุล อิศรานุรักษ์และคณะ (2546) ได้นิยามความหมายของ สัมพันธภาพในครอบครัวว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ ความใกล้ชิดคุ้นเคยกันตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะปรองดองรักใคร่กลมเกลียวกัน ถือว่าเป็นสัมพันธภาพที่ดี แต่ถ้าเป็นความขัดแย้งหรือรู้สึกไม่ติดต่อกัน ถือว่าเป็นสัมพันธภาพที่ไม่ดี

จิราภรณ์ ชมพิกุลและคณะ (2552) ได้ให้ความหมาย สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้อง หรือบุคคลอื่นๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีการปฏิสัมพันธ์ การพูดคุยการแสดงออกซึ่งความรักและทำกิจกรรมอื่นๆ ร่วมกัน ซึ่งมีทั้งสัมพันธภาพที่ดีและไม่ดี

วราภรณ์ ประทีปธีรนนต์ (2544) ได้กล่าวว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวหมายถึง ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว การช่วยเหลือเกื้อกูล ความรัก ความเข้าใจ การไว้วางใจซึ่งกันและกัน การถ่ายทอดตัวแบบจากสมาชิกในครอบครัว และความเพียงพอของปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต

บัณฑิต ศรีไพศาล, เสาวนีย์ พัฒนอและคณะ (2544) ได้กล่าวว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวหมายถึง สภาพความเป็นอยู่และความสัมพันธ์ต่างๆ ของบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์มีหลายลักษณะ แต่ละลักษณะย่อมมีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวแตกต่างกันไป ครอบครัวที่ให้ความห่วงใย ใกล้ชิดเด็กจะช่วยให้เกิดความอบอุ่น ปลอดภัย รู้สึกไว้วางใจในตัวพ่อแม่ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อสุขภาพจิตและบุคลิกภาพของเด็กในการปรับตัวของเด็กให้เข้ากับสังคมในภายหน้า

ครอบครัวเป็นหน่วยแรกที่สำคัญในการหล่อหลอมความเป็นบุคคลของแต่ละคน โดยโครงสร้างเกี่ยวกับบุคลิกภาพของแต่ละคน การพัฒนาการทางอารมณ์ ความรู้สึก ครอบครัวสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ ครอบครัวสร้างความรัก ความอบอุ่น อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ความสามารถในการปรับตัวที่ดีในสังคม ขณะเดียวกันครอบครัวที่มีปัญหาก็นำไปสู่ความเศร้าหมองได้เช่นกัน ดังนั้นการพัฒนาความครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะช่วยป้องกันปัญหาและส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ครอบครัวที่มีปัญหาเรื่องสัมพันธภาพจะส่งผลต่อบุตร เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่ทะเลาะเบาะแว้งกันทุกวัน จะมีความเครียดมากกว่าปกติ เด็กมีโอกาสเห็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ ทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่เลียนแบบพฤติกรรมนั้น ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าว วาจาหยาบคายไม่มีความอดทนอดกลั้น เด็กที่เติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่สัมพันธภาพของบิดามารดาไม่ดี จะทำให้เด็กเกิดความเครียด เกิดผลเสียกับเด็กมากกว่าครอบครัวที่ไม่แตกแยก เนื่องจากเด็กจะได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม คือได้รับการเลี้ยงดู

แบบให้ความรักและสนับสนุนน้อย ใช้เหตุผลน้อยกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2541)

Olson et al. (1989 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคมบัติ, 2544) ได้แบ่งสัมพันธ์ภาพใน เป็น 3 องค์ประกอบ

1. Cohesion คือ ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกมีต่อกัน Cohesion ที่อยู่ในระดับกลางทั้งแบบ Separated และ Connected นั้นเป็นสิ่งที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากบุคคลสามารถที่จะมีอิสระ และเป็นตัวของตัวเองได้ ขณะที่ยังผูกพันกับครอบครัว

2. Adaptability คือ ความสามารถของครอบครัวโดยเฉพาะระบบคู่สมรสในสิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างแห่งอำนาจ บทบาท รวมทั้งความสัมพันธ์ให้เหมาะสมเพื่อที่จะจัดการปัญหา และความเครียดที่เกิดขึ้น

3. Communication คือ การสื่อสารภายในครอบครัว

จากข้อความข้างต้น การทำหน้าที่ของครอบครัวนั้น หมายความว่าความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่ได้มาจากการพัฒนา และเรียนรู้วิธีการปรับตัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน เพื่อจะได้สามารถพึงปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัว

กุหลาบ รัตนสังขธรรม, วิไล สถิตเสถียรและพัชรี สุวรรณศรี (2541) ได้รวบรวมแนวคิดของนักจิตวิทยาและกล่าวว่าครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีจะต้องมีลักษณะดังนี้คือต้องเอาใจใส่และเอื้ออาทรกัน ต้องรู้จักคนที่เรารัก เคารพซึ่งกันและกัน มีความรับผิดชอบ มีความไว้วางใจกัน ให้กำลังใจกันและกัน ให้อภัยกันและกัน ต้องรู้จักสื่อสารในครอบครัว ต้องใช้เวลาอย่างมีคุณภาพ มีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว ต้องรู้จักภาระหน้าที่ในครอบครัวและมีความใกล้ชิดทางสัมผัส

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ (2542) กล่าวว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีหลายลักษณะ คือ สัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยา ระหว่างพ่อแม่และลูก ระหว่างพี่น้อง หรือระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยสัมพันธ์ภาพที่ดีของครอบครัวจะเกิดขึ้นได้จากปัจจัยพื้นฐาน ดังนี้

1. ชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัว
2. มีเวลาอยู่ร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน
3. มีพันธะต่อความสุขและสวัสดิภาพของคนในครอบครัวร่วมกัน
4. มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างดี
5. มีศรัทธาต่อศาสนา จะช่วยให้มีสติ อดทน ให้อภัย ระวังความโกรธ และช่วยเหลือ

สังคม

6. มีสมรรถนะในการจัดการกับวิกฤตการณ์ของครอบครัวได้ดีส่วนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคน ดังนี้

1. ขาดความสุขในครอบครัว ไม่มีความปรองดอง ขาดความเป็นมิตร ทำให้เกิดความห่างเหินนำไปสู่ความแตกแยกในครอบครัว

2. มีผลเสียต่อบุคลิกภาพและสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านกายและจิต เกิดความรุนแรงในครอบครัว และการกระทำทารุณกรรมต่อผู้หญิงและเด็ก

3. สมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น เทียวเตร่ ติดสารเสพติด และเล่นการพนัน เป็นต้น

จึงพอสรุปได้ว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพหมายถึง ลักษณะปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวระหว่างพ่อแม่ลูก และพี่น้อง ในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เอาใจใส่ดูแลกัน มีการสนทนาพูดคุยปรึกษาหารือกัน การมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวและการแสดงออกต่อกัน ซึ่งสัมพันธภาพนั้นมีทั้งด้านที่ดีและไม่ดี

4.1.2 การประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ

1) แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวมิติด้านสัมพันธภาพ เป็นแบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพตามการรับรู้ของแม่ ที่สร้างขึ้นโดย Moos & Moos (1986) ที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางหลายพื้นที่ทั่วโลก ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ปณินท์ สุกุลทอง (2531) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .75 ลักษณะของเครื่องมือ ประกอบด้วย 3 มิติคือ ด้านสัมพันธภาพ (Relationship Dimensions) ด้านการเจริญเติบโตของบุคคล (Personal Growth Dimensions) ด้านการคงอยู่ของระบบ (System Maintenance Dimensions) และแบ่งเป็น 10 ลักษณะย่อย การให้คะแนนตามแบบเฉลย

2) แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของ จริญญา แก้วสุกุลทอง (2552) มีค่าความเที่ยงเครื่องมือเท่ากับ .85 เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงต่อกันลักษณะความใกล้ชิด การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัวระหว่างบิดามารดาหรือผู้ดูแลหลัก เด็กสมาธิสั้นประกอบด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ ได้แก่ การชื่นชมคุณค่าและให้กำลังใจกัน การให้ของขวัญในโอกาสต่างๆเวลาที่มีให้กัน ความห่วงใยกัน การปรึกษาหารือกัน ความสนใจในศาสนา การดูแลหรือลักษณะการอบรมเลี้ยงดู การพึ่งพาอาศัยกัน การรับรู้ถึงความรู้สึกและความต้องการของกันและกัน ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัว

3) แบบประเมิน Chulalongkorn Family Inventory (CFI) เป็นแบบสอบถามที่สร้างตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ ซึ่งแปลย้อนกลับโดย อุมพร ตรังคสมบัติ (2540) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ปรับเพื่อให้มีความเหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ 7 ด้านประกอบด้วย ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป

4) แบบวัดทรัพยากรสำหรับการจัดการของครอบครัว (FIRM: Family Inventory of Resource for Management) สร้างโดย McCubbin & Comeau (1981) เพื่อใช้วัดทรัพยากรและการจัดการของครอบครัวทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งของครอบครัวด้านความนิยมนับถือ และการติดต่อสื่อสาร 2) ความเข้มแข็งของครอบครัวด้านการเอาชนะปัญหาและภาวะสุขภาพ 3) การได้รับแรงสนับสนุน ช่วยเหลือจากสังคมภายนอก 4) ความพร้อมด้านเศรษฐกิจ

5) แบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพครอบครัว ดัดแปลงมาจากประเมินสภาพครอบครัว (Family Attachment Changeability Index 8) ของ McCubbin and Comeau

(1996) ใช้ประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว ตัวชี้วัด คือความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน ความร่วมมือและการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ ด้านการแสดงออก และด้านความขัดแย้ง เนื่องจากมีโครงสร้างและเนื้อหาสอดคล้องกับประเด็นปัญหาการวิจัย

4.1.3 ความสัมพันธ์ของสภาพแวดล้อมในลุ่มครอบครัวด้านสัมพันธภาพกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของบุคคลในด้านพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิด พัฒนาการทางด้านอารมณ์ และการพัฒนาบุคลิกภาพ พฤติกรรมของเด็กสะท้อนให้เห็นสภาวะสัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่มีความขัดแย้งสูง มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ พ่อแม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อต้านสังคม ปัญหาครอบครัวยังส่งผลทำให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อเด็กสมาธิสั้น เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและ conduct disorder มากขึ้น (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

Pressman et al. (2006) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวและพ่อแม่ที่มีปัญหาทางจิตกับภาวะพร่องในสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นอายุ 5-18 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์กันมากระหว่างความพร่องของเด็กสมาธิสั้นและสภาพแวดล้อมในครอบครัว โดยพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นประเมินความขัดแย้งในครอบครัวสูงและระดับความสำเร็จและความมีระเบียบต่ำกว่าครอบครัวปกติ

Rey et al. (2000) ทำการศึกษาสภาพแวดล้อมของครอบครัวเด็กสมาธิสั้น พฤติกรรมต่อต้าน ทำทายเป็นพฤติกรรมเกราะ กลุ่มตัวอย่าง 233 คน ผลการศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมครอบครัวที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกราะและต่อต้านทำทายเป็นผลการทำนายที่ผลลัพธ์ทางด้านลบอื่น เช่น การเจ็บป่วย การใช้สารเสพติดและติดสุรา

4.2 พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ (Parenting Behavior)

4.2.1 ความหมายความสำคัญและองค์ประกอบของพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่

Diana Baumrind (1971) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมของบิดามารดาในการอบรมเลี้ยงดูบุตรว่าประกอบด้วย 2 มิติ คือ 1) มิติควบคุมหรือเรียกร้องจากบิดามารดา และ 2) มิติการตอบสนองความรู้สึกเด็ก จากการผสมผสาน 2 มิติ ทำให้ Baumrind จัดรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (ควบคุมและตอบสนองความรู้สึกเด็ก) 2) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (ควบคุมแต่ไม่ตอบสนองความรู้สึกเด็ก) และ 3) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจ (ไม่ควบคุมแต่ตอบสนองความรู้สึกเด็ก) ต่อมา Maccoby and Martin (1983) ได้เพิ่มเติมรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบที่ 4 คือ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง (ไม่ควบคุมและไม่ตอบสนองความรู้สึกเด็ก)

Dibble and Cohen (1974) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ หมายถึง รูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ที่มีต่อเด็กที่แสดงออกมา ตามการรับรู้ของแม่ ทั้งพฤติกรรมที่ดีและไม่ดี ความเด็ดขาดในการสั่งสอนการปฏิบัติตัว ตลอดจนสิ่งที่ทำให้เด็กมีความสุข ได้รับการดูแล ความ

สนใจและ ความต้องการ การวางกฎระเบียบที่ชัดเจน และติดตามการแสดงออกของเด็กเมื่อถูกลงโทษเมื่อกระทำผิดผิดกฎที่วางไว้

Kaczynski (2003) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรเป็นพ่อแม่ หมายถึง รูปแบบหรือการกระทำของพ่อแม่ในการปฏิสัมพันธ์กับลูก กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงและการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นประเด็นหลักในการเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่และเด็กและพ่อแม่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการเด็กอย่างไร นอกจากนี้ยังสามารถแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมของพ่อแม่ที่สำคัญต่อพฤติกรรมทางสังคมและสุขภาพพบว่าผู้ปกครองมีความสามารถที่จะ มีอิทธิพลต่อเด็กของพวกเขาไม่เพียง แต่ผ่านกลยุทธ์การดูแลเด็ก แต่ยังผ่านวิธีการอื่นใดตามบทบาทของผู้จัดการ ผู้อำนวยการความสะดวกและการจัดกิจกรรมทางสังคมต่างๆ นอกเหนือจากในสภาพแวดล้อมของครอบครัว

Drabick et al. (2006) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรเป็นพ่อแม่ หมายถึง รูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีต่อเด็กซึ่ง ประกอบด้วย การเลี้ยงดูที่ไม่เป็นมิตร การเลี้ยงดูแบบคงเส้นคงวา การมีระเบียบวินัย การปล่อยปละละเลยหรือทอดทิ้ง

การอบรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสร้างบุคลิกภาพของเด็ก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่วนบุคคลของเด็ก ในด้านความสามารถทางสังคม การปรับตัวทางอารมณ์และสังคม และด้านสุขภาพจิต (สุภาพรรณ โคตรจรัส และชุมพร ยงกิตติกุล, 2545) ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจากครอบครัว จะมีแนวโน้มที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณค่าในตนเอง พึงพอใจในชีวิต มีคุณภาพและมีประโยชน์ต่อสังคม (Olson & DeFrain, 2006)

Baumrind (1960 อ้างถึงใน อัจจรา ประเสริฐสิน , 2552) แบ่งลักษณะพฤติกรรมกรเลี้ยงดูเป็น 2 มิติคือ

1) การตอบสนองความต้องการ เป็นลักษณะของความรักความอบอุ่นหรือการตอบสนอง (Responsiveness) กับความห้ำหั่นหรือไม่ตอบสนอง โดยความอบอุ่นหรือการตอบสนองคือการที่บิดามารดาจะให้การตอบสนองความต้องการของเด็ก รับรู้ความต้องการและความคิดของเด็ก ชมเชย ให้ความรักความอบอุ่น ให้การเสริมแรงทางบวก หลีกเลี้ยงการลงโทษทางกายและจิตใจ ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่นมั่นคงปลอดภัย มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านความห้ำหั่นหรือไม่ตอบสนอง บิดามารดาจะไม่สนใจเด็กหรือบางครั้งต่อต้านและไม่เป็นมิตรกับเด็ก มักจะสนใจความต้องการของตนเองมากกว่าความต้องการของเด็ก ไม่มีเวลาให้กับเด็ก ไม่ค่อยใส่ใจกับอารมณ์เด็ก เมื่อเด็กไม่สบายใจก็ให้คำปลอบโยนเล็กน้อย จะทำให้เด็กขาดความรักความอบอุ่น ทักษะด้านการเรียนรู้ อารมณ์และสังคมมีความบกพร่อง

2) การมีข้อเรียกร้อง เป็นลักษณะของการควบคุมหรือมีข้อเรียกร้อง (Demandingness) กับการไม่ควบคุมหรือไม่มีข้อเรียกร้อง โดยการควบคุมหรือมีข้อเรียกร้องคือการที่บิดามารดา กำหนด มาตรฐานกฎระเบียบสำหรับเด็ก มีการออกคำสั่ง และควบคุมการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ของเด็ก บิดามารดา มีความคาดหวังให้เด็กเชื่อฟังและปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎระเบียบที่กำหนดขึ้นหากเด็กไม่ปฏิบัติตามจะให้การลงโทษทางกาย ด้านการไม่ควบคุมหรือไม่มีข้อเรียกร้องเด็กที่เลี้ยงดูแบบนี้ จะมีอิสระในการปฏิบัติทุกสิ่งทุกอย่าง ทำให้เด็กไม่มีความมั่นใจในตนเอง ก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้จากองค์ประกอบหลัก 2 องค์ประกอบ Baumrind (1971) ได้จำแนกรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1) การอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (Authoritative) มีลักษณะที่บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูปฏิบัติต่อเด็กแบบมีเหตุผล ให้ความรัก ความห่วงใย ดูแลเอาใจใส่ ใกล้ชิด สนใจและทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก ส่งเสริมสนับสนุน ให้เด็กเกิดการเรียนรู้ มีการสื่อสารและยอมรับความคิดเห็นของเด็ก เปิดโอกาสยอมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเด็กในการร่วมกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในครอบครัว สนับสนุนให้เด็กแสดงออก

2) การเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (Authoritarian) มีลักษณะที่บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูพยายามที่จะควบคุม กำหนดรูปแบบและประเมินพฤติกรรมเด็ก มีทัศนคติที่让孩子มีลักษณะตามมาตรฐาน บิดามารดาจะมีอำนาจเหนือกว่าเด็ก ชอบการออกคำสั่งให้เด็กปฏิบัติตาม ชอบกำหนดกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนต่าง ๆ ให้กับเด็กปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เมื่อเด็กไม่เชื่อฟังคำสั่งจะมีการลงโทษเด็ก ไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการฝึกหัดและปรับพฤติกรรมเด็ก

3) การเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive) มีลักษณะที่บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูปฏิบัติต่อเด็กโดยไม่มีการลงโทษใด ๆ ยอมรับสิ่งที่เด็กกระทำและปฏิบัติตามความต้องการของเด็กเป็นหลัก ปล่อยให้เด็กทำตามความต้องการทุกอย่าง ไม่มีการกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ กับเด็ก ไม่มีการสอนชี้แนะหรือลงโทษ ไม่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการฝึกหัดและปรับพฤติกรรมเด็ก

Maccoby and Martin (1983) ได้นำแนวความคิดการเลี้ยงดูของ Baumrind ที่ใช้อองค์ประกอบหลัก 2 องค์ประกอบ มาวิเคราะห์ จำแนกรูปแบบการเลี้ยงดูเด็ก ออกเป็น 4 ลักษณะ เป็นรูปแบบการเลี้ยงดูที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ได้แก่

1) การเลี้ยงดูแบบอำนาจนิยม (Authoritarian type) มีลักษณะที่บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเลี้ยงดูแบบกำหนดกฎเกณฑ์ควบคุมและวางกฎเกณฑ์ที่เข้มงวด เด็กต้องยอมรับคำพูดของพ่อแม่เป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม มักทำโทษ หรือสัมผัสด้วยความรุนแรง และให้เชื่อฟังคำสั่งอย่างเคร่งครัด คาดหวังให้เด็กยอมรับในคำพูดและเคารพในอำนาจ เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบนี้ จะขาดทักษะเชิงสังคม เข้ากับเพื่อนยาก มีความรู้สึกต่อคุณค่าตนเองในระดับต่ำ บางคนมีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีปัญหาการเรียน ส่งผลกระทบให้เด็กมีปมด้อย ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ

2) การเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive type) บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูจะมีลักษณะการเลี้ยงดูแบบยอมตามใจเด็ก ปล่อยให้เด็กแสดงความรู้สึกและอารมณ์อย่างเปิดเผย ทำสิ่งต่างๆโดยอิสระ ไม่มีขอบเขต หย่อนในเรื่องการควบคุมพฤติกรรมของเด็ก เด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบนี้ จะขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์เข้ากับเพื่อนยาก มักขาดความรับผิดชอบและไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ขาดความควบคุมตนเอง ไม่มีระเบียบวินัย ประสิทธิภาพทางการเรียนต่ำ เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด อาจมีแนวโน้มเป็นเด็กก้าวร้าวได้

3) การเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย (Authoritative type) มีลักษณะการเลี้ยงดูที่บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูสนับสนุนให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง มีส่วนร่วมในการตั้งกฎเกณฑ์ของครอบครัวและตัดสินใจร่วมกัน ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่จึงมีเหตุผลและมีความเป็นประชาธิปไตย มีความตระหนักและเคารพในมุมมองของเด็ก เนื่องจากเด็กถูกเลี้ยงดูด้วยความรักความอบอุ่นอย่างใกล้ชิด ในขณะเดียวกันเด็กอยู่ในความควบคุมดูแลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม เด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบนี้ จะมีความรู้สึกต่อคุณค่าของตนเองในระดับสูง มีทักษะทางสังคมสูง มีความเข้มแข็งทาง

คุณธรรม เข้ากับสังคมได้ดี และมักประสบความสำเร็จในการเรียนสูงส่งผลให้เด็กมีลักษณะเป็นคนมีความมั่นใจในตนเองและมีความรับผิดชอบ

4) การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย (Neglecting type) บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูจะเลี้ยงดูเด็กแบบทอดทิ้งไม่สนใจจะควบคุม ไม่สนใจที่จะอบรมสั่งสอนชี้แนะที่ถูกต้องกับเด็ก ทำให้เด็กมีแรงจูงใจต่ำ ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ มักมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมเมื่อโตขึ้น

จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ หมายถึง การอบรมเลี้ยงดูหรือการแสดงออกของพ่อแม่ที่กระทำต่อเด็กโดยในการอบรมสั่งสอนกฎระเบียบการช่วยเหลือชี้แนะแนวทาง ตลอดจนการอบรมขัดเกลาพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

4.2.2 การประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่

1) แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ (The parent's report scale) เป็นแบบสัมภาษณ์สำหรับแม่เพื่อประเมินลักษณะการปฏิบัติการเลี้ยงดูของแม่ต่อเด็ก สร้างขึ้นโดย Cohen et al. (1977) แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์และคณะและสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินกระบวนการแปลเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับจากฉบับภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ $= .65$ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นกลุ่มพฤติกรรมการเลี้ยงดูลูกของพ่อแม่ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก ด้านการยึดตัวเด็ก ด้านยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ ด้านการไม่ทอดทิ้ง ด้านการไม่ควบคุมจนละเลย

2) แบบสำรวจรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (Parenting Style Rating Scale) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Baumrind (1969, 1971) โดยพรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์และคณะ (2545) มีข้อวัด 99 ข้อ มีมาตรวัด 1-5 ประกอบด้วยข้อที่ประเมิน รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู 4 ดังนี้ 1) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (Authoritative) มีจำนวน 25 ข้อ 2) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (Authoritarian) มีจำนวน 26 ข้อ 3) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive) มีจำนวน 23 ข้อ 4) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง (Uninvolved) มีจำนวน 25 ข้อ

จากแนวคิดพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสำคัญต่อการสร้างบุคลิกภาพและพฤติกรรมแก่เด็ก โดยที่เด็กจะเรียนรู้ค่านิยม ทักษะคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมต่างๆ ที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์จากการอบรมสั่งสอนและชี้แนะของพ่อแม่เป็นส่วนใหญ่ วิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมย่อมทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือมีปัญหาได้ เช่น เด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมักมีสาเหตุมาจากการขาดความรัก ความเอาใจใส่ การอบรมสั่งสอน ความอบอุ่นในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้พัฒนาการตามวัยของเด็กหยุดชะงักหรือล้มเหลวได้ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่เป็น 5 ด้าน ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ดังนี้ ด้านการเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก ด้านยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ ด้านการไม่ควบคุมจนละเลยและด้านการไม่ทอดทิ้ง

4.2.3 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่กับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก

สมาธิสั้น

การอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของครอบครัวที่จะอบรมสั่งสอนปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ขัดเกลาความเป็นมนุษย์ ให้ความรักช่วยเหลือเกื้อกูล ถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสังคมให้กับสมาชิกในครอบครัว (สำนักงานส่งเสริมสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ในเด็กที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบมีเหตุมีผลหรือการอบรมเลี้ยงดูที่อบอุ่นตั้งแต่เล็ก จะเติบโตเป็นเด็กที่มีการปรับตัวสูง มีความสำเร็จทางการเรียน (Chen et al., 2000) พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ที่แสดงในการอบรมที่ขาดความอบอุ่น เช่น เข้มงวดเกินไป ปล่อยปละละเลย มีปฏิสัมพันธ์น้อย ใช้วาจาที่รุนแรง จะเติบโตเป็นเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Hudson & Rapee, 2001)

และมีการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีผลทำให้เด็กสมาธิสั้นเกิดปัญหาพฤติกรรมได้ (Drabick et al., 2006) การอบรมสั่งสอนด้วยวิธีการที่สุภาพ มีอารมณ์คงที่ ใช้เหตุผลกับเด็ก สอนระเบียบวินัยที่เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดีให้เด็กเห็น ไม่คาดหวังให้เด็กต้องทำสิ่งต่างๆ ได้เกินความสามารถจริงของเด็ก ให้อาหารอยู่ใกล้ชิดและให้ความสนใจมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเด็กเสมอ เปิดโอกาสให้เด็กได้มีสิทธิแสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นอย่างอิสระและคอยให้คำแนะนำปรึกษาอย่างเหมาะสม สร้างบรรยากาศครอบครัวอบอุ่น ปกป้องเด็กอย่างเหมาะสม ใช้การลงโทษที่เหมาะสมเมื่อจำเป็น ไม่ใช่อารมณ์และความรุนแรงในการลงโทษเด็ก ซึ่งความเหมาะสมในการเลี้ยงดูเด็กจะเกิดขึ้นเมื่อผู้เลี้ยงดูอยู่ในสภาวะพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากที่กล่าวมาข้างต้นเมื่อวิเคราะห์ลักษณะการเลี้ยงดูในแต่ละรูปแบบและผลลัพธ์ที่เกิดกับเด็ก สามารถสรุปได้ว่ารูปแบบการเลี้ยงดูที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กคือ การเลี้ยงดูที่เป็นประชาธิปไตย ส่วนการเลี้ยงดูแบบอื่นๆ เป็นการเลี้ยงดูที่ไม่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

4.3 ภาวะซึมเศร้าของแม่

4.3.1 ความหมายความสำคัญและองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าของแม่

Beck (1973) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเปื่อยเบนทางด้านอารมณ์ ความเปื่อยเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเปื่อยเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งในแต่ละด้านมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ ความเปื่อยเบนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความโศกเศร้าหดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเปื่อยเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริงขาดแรงจูงใจ หลีกหนี พฤติกรรมถดถอย มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดพึ่งพาผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเปื่อยเบนทางร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมทอดหนึ่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในทางที่เชิงซ้อนหรือกระวนกระวาย

กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม (2548) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการเกิดความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรมและร่างกาย โดยจะมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติอ่อนเพลีย มีความคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง มองโลกในแง่ร้าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ แยกตัวจากสังคม และอาจมีความคิดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้

นภสร แก้วนิลกุล (2551) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นผิดปกติทางจิตใจอารมณ์ ความรู้สึกเศร้าสร้อย วิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม เกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง สังคมและอนาคต ความตั้งใจในการทำสิ่งต่างๆ น้อยลงหรือหมดไป เกิดความเฉยชาต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งอาการต่างๆ เกิดขึ้นเป็นเวลาดำเนินไปเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

ธรมินทร์ กองสุข (2552) ได้ให้ความหมายโรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติเกี่ยวกับกระบวนการความคิด อารมณ์ เกิดอารมณ์เศร้า มองตน มองโลกในแง่ร้าย เก็บกด มีปัญหา ด้านสัมพันธ์สภาพทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง เกิดการสูญเสียการควบคุมตนเองไม่ได้ สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองเฉื่อยชา ยอมแพ้ หมดหวังในอนาคต

กรมสุขภาพจิต (2554) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ เศร้าหมองเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังไม่อยากมีชีวิตอยู่ ต่ำหนิตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้สูญเสียหน้าที่การงานชีวิตประจำวัน

ระดับของภาวะซึมเศร้า

เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับอาการ และอาการแสดง ที่แสดงถึงความแปรปรวนในด้านต่างๆ ของภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งออกได้ 4 ระดับตามความรุนแรง คือ ระดับปกติ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ เป็นภาวะความคิด ความรู้สึกของคนปกติทั่วไป ที่มีอารมณ์ไม่รู้สึกเศร้า ไม่ได้มองโลกในแง่ร้าย หรือไม่ท้อแท้เกี่ยวกับอนาคต ไม่รู้สึกล้มเหลวในชีวิต มีความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ไม่รู้สึกผิดหรือรู้สึกว่าตนเองถูกลดโทษ ไม่รู้สึกผิดหวังในตนเอง ไม่ได้คิดว่าตนเองเลวกว่าคนอื่น ๆ ไม่มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง ไม่ได้ร้องไห้มากกว่าปกติ ไม่รู้สึกหงุดหงิดง่าย มีความสนใจในคนอื่น ตัดสินใจได้ดี ไม่รู้สึกว่าตนเองไม่น่ามอง มีความสามารถทำงานได้ดี นอนหลับได้ดี ไม่รู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าปกติ รับประทานอาหารได้ดี น้ำหนักตัวไม่ได้ลดลง ไม่กังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และไม่ได้เปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบกับตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่อบุคลิกของตนเองในบางครั้ง ความตั้งใจในการทำงานต่างๆ เริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอดภัย การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น นอนหลับยากกว่าปกติหรือตื่นเช้ากว่าปกติ จะมีอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในด้านต่างๆ คือ

ด้านอารมณ์: มีอารมณ์เศร้า ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ ทั้งวัน มีช่วงเวลาที่อารมณ์เศร้าหายไป และมีอารมณ์สดชื่นแจ่มใส อารมณ์แจ่มใส อารมณ์เศร้าในระดับนี้สามารถลดลงได้ โดยการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยภายนอก บางครั้งอารมณ์เศร้านี้ก็เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุ รู้สึกผิดหวังในตนเอง สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง เช่น เรื่องตลก เหตุการณ์หรือสิ่งๆ ทำให้

เพลิดเพลนใจ การได้รับกำลังใจจากบุคคลอื่น เป็นต้น มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน หรือพึงพอใจกับสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อนการทำงาน ความกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่างๆ รวมถึงความรักความผูกพันต่อครอบครัว และเพื่อลดลง รื่องให้่ง่ายกว่าปกติ โดยเฉพาะในผู้หญิง อารมณ์ชั้นลดลง

ด้านความคิด: คิดว่าตนเองด้อยกว่า ผู้อื่น คิดว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจได้ช้า กลัวการตัดสินใจที่ผิดพลาด ต่ำหนิตนเอง ทนไม่ได้กับข้อผิดพลาดของตน มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนในทางลบ ไม่พอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง

ด้านแรงจูงใจ: ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถบังคับตนเองให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หลีกเลี้ยงหรือผัดผ่อนการทำงานกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองคิดว่าจะไม่น่าสนใจ หรือกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือกิจกรรมที่ไม่ได้ให้ความพึงพอใจอย่างทันทีทันใด ต้องความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นแม้ในเรื่องที่ตนเองเคยทำได้ มีความคิดเกี่ยวกับความตาย

ทางด้านร่างกายและพฤติกรรม: ความอยากอาหารลดลง นอนหลับยาก ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ในบางรายอาจนอนมากผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลงเล็กน้อย ในบางรายความต้องการทางเพศอาจสูงขึ้น เหนื่อยง่ายกว่าปกติเวลาทำงาน

3. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง โทษตนเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตนหรือเป็นเรื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้ ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย ซึ่งจะมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัวหน้าที่การงาน วิดกกังวลว่าร่างกายจะผิดปกติทั้งที่ยังไม่มีอาการใดเกิดขึ้น แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้สมบูรณ์นัก พฤติกรรมที่แสดงออก มีดังนี้

ด้านอารมณ์: เป็นผู้ที่มีความซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้ารุนแรงเป็นอาการสำคัญ และคงอยู่นาน มีอารมณ์เศร้ารุนแรงมากในตอนเช้า มีความรู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา เช่น อารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่าง ๆ มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลังใจ เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย รื่องให้่ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี รู้สึกไม่ชอบตนเองทำอะไรก็ไม่ถูกต้องไม่มีความภูมิใจในตนเอง หดหู่ รื่องให้้อย่างไม่มีเหตุผล ไม่แจ่มใส มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ มีความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง และฉุนเฉียวง่าย แทบจะไม่มีอารมณ์ขัน และจริงจังในทุก ๆ เรื่อง

ด้านความคิด: มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว มีความหมกมุ่นในเรื่องความบกพร่องของตนเอง มองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง สูญเสียความมั่นใจในตนเองมองอนาคตอย่างสิ้นหวัง โทษตัวเองแม้แต่เรื่องที่ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ หรือเป็นเรื่องที่ไม่สามารถควบคุมได้ ตัดสินใจไม่ได้แม้แต่เรื่องเล็กน้อย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นทั้ง ๆ ที่ยังไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้

ด้านแรงจูงใจ: ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถบังคับตัวเองหรือได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่นให้ทำได้ รู้สึกจำเป็นที่จะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ต้องการที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ หลีกเลี้ยงและยกตัวออกจากสังคม รู้สึกมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ

หรือคำแนะนำจากผู้อื่นเมื่อเผชิญกับปัญหา มีความต้องการที่จะตายรุนแรงและถี่ขึ้น มีความพยายามฆ่าตัวตาย

ด้านร่างกายและพฤติกรรม: ไม่อยากรับประทานอาหาร บางครั้งลืมรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท อาจมีสะดุ้งตื่นหลังจากนอนหลับได้ไม่นาน รู้สึกอ่อนเพลีย ตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย ความต้องการทางเพศลดลงอย่างชัดเจนต้องใช้สิ่งกระตุ้นอย่างมาก ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ

4. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นภาวะมีอาการเศร้าตลอดเวลา และเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ไม่สนใจตนเองดูแลตนเองไม่ได้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใด ๆ เลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมน การตัดสินใจเสียแม้เรื่องง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน นอนไม่หลับ หรือนอนหลับไม่สนิท อ่อนเพลียตลอดเวลา แทบจะไม่มีการเคลื่อนไหว มักจะนั่งอยู่เฉย ๆ กับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดิวนาน ๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เสียงซึ่ม ผู้ที่มีอาการเศร้าระดับนี้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง หมดความสนใจในเรื่องเพศ มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีความคิดหลงผิด หรือประสาทหลอน

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้แบ่งระดับของอารมณ์เศร้าตามความรุนแรง ดังนี้

1. อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว (transient symptoms) เป็นสภาพอารมณ์ที่เกิดได้กับมนุษย์ทุกคน เมื่อเผชิญกับความผิดหวัง เผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจ หรือกับการสูญเสีย อันเป็นสภาพที่พบได้ตลอดเวลา ทำให้บุคคลมีอาการซึมเศร้า แต่อารมณ์ที่เกิดมักจะหายไปได้เอง เมื่อเวลาผ่านไป หรือบุคคลปรับตัวปรับใจ จึงไม่พิจารณาว่าซึมเศร้าผิดปกติ อาการที่พบได้แก่

ด้านอารมณ์: หดหู่ เงา ผิดหวัง เสียใจ

ด้านพฤติกรรม: ร้องไห้

ด้านความคิด: อาจคิดถึงเรื่องที่ผิดหวังมาก หยุดคิดไม่ได้

ด้านร่างกาย: อ่อนเพลียเล็กน้อย ทำที่เหนื่อยล้า และไม่อยากทำอะไร

2. อารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) เป็นสภาพอารมณ์เศร้า ที่เป็นผลมาจากการที่บุคคลเผชิญกับการสูญเสียบุคคลสำคัญ สูญเสียทรัพย์สินที่มีค่า รวมถึงการสูญเสียความสามารถทางร่างกายของตนเอง ซึ่งการสูญเสียที่ยกตัวอย่างมานี้เป็นวิกฤติของชีวิต ที่บุคคลประสบได้ไม่บ่อยนักในการดำเนินชีวิต แต่เมื่อบุคคลต้องประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ สภาพจิตใจ ย่อมมีปฏิกิริยาโต้ตอบ ซึ่งอารมณ์เศร้าเป็นปฏิกิริยาที่พบได้มากที่สุด การเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในสภาพการณ์ เช่นนี้ ยังไม่พิจารณาว่าเป็นความผิดปกติ การวินิจฉัยอยู่ในกลุ่ม adjustment disorder และถ้าบุคคลนั้นปรับตัวได้ หรือสามารถจัดการกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อาการซึมเศร้านักลดลงและหายไป อาการของอารมณ์เศร้าซึมเศร้าของบุคคลในกลุ่มนี้ได้แก่

ด้านอารมณ์: วิตกกังวล โกรธ รู้สึกตนเองผิด ชีวิตดูไม่มีคุณค่า เงา หมดหวัง สิ้นหวัง ท้อแท้ หรือปฏิเสธความรู้สึก

มีอาการประสาทหลอนในรูปแบบต่างๆส่วนมากเป็นประสาทหลอนทางด้านการได้ยิน (auditory hallucination)

ด้านร่างกาย: การทำงานของระบบต่างๆในร่างกายช้าลง เช่น การย่อยอาหาร การขับถ่าย หมดสมรรถภาพทางเพศ ในเพศหญิงประจำเดือนไม่มาตามปกติ เบื่ออาหารและน้ำหนักลด ด้านการนอน มีนอนหลับยาก หรือนอนมากแต่ไม่หลับ หรือตื่นเร็วกว่าปกติ ซึ่งอาการต่างๆ โดยรวมแปรเปลี่ยนตามเวลา (diurnal variation) คืออาการมักจะรุนแรง หรืออาการเป็นมากในช่วงเวลาเช้า แต่พอในช่วงบ่ายๆอาการต่างๆ จะค่อยๆ ทุเลาลง

จึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าของแม่ หมายถึง ระดับภาวะผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของแม่มีความรู้สึกเศร้าหดหู เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องช้า ขาดสมาธิ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ซึ่งอาการต่างๆเกิดขึ้นเป็นเวลาดูติดต่อกันเป็นระยะ 2 สัปดาห์ โดยสามารถแบ่งระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน

4.3.2 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าได้มีผู้ที่พัฒนาการขึ้นในหลายรูปแบบ การประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้รับการประเมิน สามารถจำแนกได้ 2 ประเภท คือ การประเมินโดยผู้อื่น ด้วยการสัมภาษณ์และสังเกต (interviewer and observer rated scales) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ประเมินด้วยตนเอง (self-rating scales) ดังนี้

ประเภทที่ 1 จากการสัมภาษณ์และการสังเกต ได้แก่

1. แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) สร้างขึ้นโดย Hamilton (1960) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ ต่อมาในปี ค.ศ. 1967 ได้มีการปรับปรุง เพื่อตัดข้อคำถามที่เป็นอาการและอาการแสดงที่ไม่ค่อยพบออก แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะแรก ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ โดยประเมินในแง่ของอาการทางกาย การนอนไม่หลับ ความสามารถในการทำงานและความสนใจในกิจกรรมต่างๆ อารมณ์ ความรู้สึกผิด ความเชื่องช้าในการคิดและการพูด ความกระวนกระวาย ความวิตกกังวล และการรู้จักตนเอง ใช้ระยะเวลาการประเมิน 15 นาที ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมินหรือผู้สังเกต (interrator reliability) ของแบบประเมินระหว่าง .65 ถึง .90 (Rehm et al. cited in Burt & IsHak, 2002) และมีค่าความตรงของเครื่องมือโดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่าง HRSD กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอื่นที่ใช้ผู้สัมภาษณ์หรือสังเกตด้วยกันระหว่าง .80 ถึง .90 (APA cited in Burt & IsHak, 2002) ในแต่ละข้อได้แบ่งคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ ในการประเมินภาวะซึมเศร้า แต่ความตรงของเครื่องมือจะอยู่ในระดับต่ำลง เมื่อใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย (Linden et al. cited in Burt & IsHak, 2002) ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ มีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงในโรคซึมเศร้า ผู้ที่ใช้แบบประเมินนี้ ต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ สำหรับประเทศไทย นายแพทย์มานิช หล่อตระกูลและคณะได้นำมาแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย ในปี 2539

2. แบบประเมินซึมเศร้า Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นโดย Montgomery and Asberg (1979) แบบประเมินซึมเศร้านี้สร้างขึ้นโดยมี

จุดประสงค์ 2 ประการ คือ 1) เพื่อใช้วัดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 2) เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ที่เป็นทั้งจิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้ประเมินไม่ต้องผ่านการอบรม แบบประเมินนี้ได้มีการนำไปใช้มากในงานวิจัยด้านอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา แบบประเมินนี้มี 10 ข้อใช้เวลา 10 นาที และมีเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็น 4 ระดับคือ ระดับ 0, 2, 4 และ 6 คะแนน การให้คะแนนจะประกอบด้วย การสัมภาษณ์ และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้ป่วย เช่น อารมณ์โศกเศร้าจะแสดงออกทางคำพูดหรือสีหน้าและท่าทาง จากการทดสอบหลายครั้ง แบบประเมินมีค่าเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .76-.95 แบบประเมินนี้ให้ความสำคัญของอาการซึมเศร้าที่แสดงออกทางด้านความคิด ทำให้สามารถวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางร่างกายได้ค่อนข้างดีและมีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า ประโยชน์ของแบบประเมินนี้คือ เพื่อค้นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา การให้คะแนนแบบประเมินง่าย ข้อความในแบบประเมินสั้นและไม่น่าเบื่อที่จะใช้เวลาในการประเมิน ข้อจำกัดคือ แบบประเมินนี้ยังไม่ครอบคลุมนิยามภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันในปัจจุบัน และไม่กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการประเมินอาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดง

ประเภทที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินตนเอง

1. แบบประเมินซึมเศร้า Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นโดย Zung ในปี ค.ศ. 1965 แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินไม่สมดุล ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและจิตใจ (psychomotor disturbance) แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งข้อความด้านบวก 10 ข้อและด้านลบ 10 ข้อ คะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 20-80 คะแนน ใช้เวลาประเมิน 15-20 นาที แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่น .73 ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเอง และภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคมในระยะหลัง แบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

2. แบบประเมินซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) สร้างขึ้นโดย Rudolf ในปี ค.ศ. 1977 สร้างขึ้นมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 ภาวะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการแสดงตลอดเวลา แบบประเมินไม่ได้รวมอาการแสดงที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ในเรื่องรับประทานอาหาร หรือการหลับ ความกระวนกระวาย หรือความคิดจะฆ่าตัวตาย เป็นแบบทดสอบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ปรับปรุงและรวบรวมมาจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลายของ Beck, Raskin, Zung และ Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ซึ่งใช้ประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมิน ก็เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน โดยถามถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนวันหรือสัปดาห์ โดยสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่

เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

3. Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1967 แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า การใช้ในตอนแรกโดยการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้ถูกสัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำตอบ ต่อมาเพื่อตัดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ถูกสัมภาษณ์ จึงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ตอบเอง จึงใช้แบบสอบถามแทน เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกายและการทำกิจกรรมแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมนิยามความซึมเศร้าของ Beck ทั้งทางด้านอารมณ์ เนื้อหาความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม โดยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้น ในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ มีผู้นำไปใช้ในงานวิจัยมากกว่า 25 ปี สามารถใช้ง่ายและประเมินซ้ำได้ ใช้ได้ในคลินิกกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและในประชาชนปกติทั่วไป

4. Raskin Scale or Three-Area Severity of Depression Scale สร้างโดย Raskin ในปี ค.ศ. 1988 สร้างขึ้นเพื่อประเมินอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรที่คัดกรองให้เข้าร่วมในการศึกษาในกลุ่มใหญ่ ศึกษาในศูนย์การบำบัดด้วยยา ขณะเดียวกันก็ประเมินอาการวิตกกังวลไปด้วย แบบประเมินแบ่งประเมินสภาพของกลุ่มประชากรเป็น 3 อย่าง คือ ประเมินด้านประสบการณ์ ประเมินด้านพฤติกรรมที่แสดงออกถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิ และประเมินอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านทุติยภูมิ เช่น การเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกนึกคิด มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ 1 ถึง 5 คะแนน แบบประเมินมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 ในผู้ป่วยนอกจำนวน 86 ราย แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คัดคะแนนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาด้วยยา จึงเหมาะที่จะใช้ประเมินกับกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และยังสามารถใช้แบบประเมินนี้วัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการบำบัดรักษา แม้แบบประเมินนี้จะสั้นและมีความเที่ยงตรงสูง แต่ก็มีข้อจำกัด คือ ต้องมีข้อมูลด้านการทดสอบ และวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้

5. แบบประเมิน Thai depression Inventory (TDI) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ประเมินโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .858 แบบสอบถาม TDI ที่ได้พัฒนาขึ้นมาจึงมีความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย

ในการวิจัยนี้เลือกใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) เนื่องจากแบบประเมินนี้ คือ มีความไวต่ออาการที่เปลี่ยนแปลงในโรคซึมเศร้า และมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่จะศึกษา

4.3.3 ความสัมพันธ์ของ ภาวะซึมเศร้าของแม่กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตของแม่เด็กสมาธิสั้น พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้สูง ภาวะซึมเศร้าทำให้แม่เด็กสมาธิสั้นแยกตัว ขาดการควบคุมอารมณ์ มีความผูกพันกับลูกลดลง เด็กสมาธิสั้นที่มีแม่ซึมเศร้า มักพบความชุกของปัญหาความบกพร่องทางจิตเพิ่มมากขึ้น พบว่า 40-45% ของเด็กสมาธิสั้นที่แม่ซึมเศร้า ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Beardslee et al., 1983) แม่ที่ซึมเศร้าพบมีความสัมพันธ์อย่างมากกับปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกและแบบเก็บกดตลอดช่วงอายุของลูกหลาน รวมทั้ง ความผิดปกติทาง อารมณ์ พฤติกรรมชอนอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมก้าวร้าว (Cumplings & Davies, 1999; Elgar et al., 2004)

Chronis et al. (2007) ทำการศึกษาเด็กสมาธิสั้นอายุ 4-7 ปีจำนวน 108 คนที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของDiagnostic and Statistical Manual of mental Disorder (4th ed.) ในการติดตาม ในการติดตามประเมิน 2-8 ปี พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่สามารถทำนายการเกิดภาวะพฤติกรรมก้าวร้าว ในขณะที่การเลี้ยงดูเชิงบวกระหว่างพ่อแม่และเด็กมีผลการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่น้อยลง ในการศึกษาชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าของแม่เป็นปัจจัยเสี่ยง ในขณะที่การเลี้ยงดูเชิงบวกเป็นปัจจัยปกป้องของพัฒนาการของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิ

Shay et al. (2009) ทำการศึกษาความเกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าของแม่ การเลี้ยงดูและปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกในกลุ่มของแม่เด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 4-8 ปีจำนวน 134 ราย ที่มีปัญหาต่อโอกาสทางเศรษฐกิจ แม่ซึมเศร้านักจะมีอารมณ์ที่หงุดหงิดฉุนเฉียว และนำไปสู่ความรุนแรง การเลี้ยงดูเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การไม่คงเส้นคงวาซึ่งนำไปสู่พัฒนาการของเด็กเกเรก้าวร้าว

Lee et al. (2012) ทำการศึกษาแม่ซึมเศร้าและเด็กสมาธิสั้นที่เรียนในระดับเกรด 4-6 จำนวน 39 คู่ การศึกษาพบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มี เด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น มีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างแม่และเด็กลดลง เมื่อเทียบกับเด็กที่อยู่ในกลุ่มอื่นๆ จึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าของแม่ อาจมีบทบาทสำคัญต่อการแสดงออกทางด้านอารมณ์ของเด็กสมาธิสั้น

4.4 ภาวะติดสุราของพ่อ

4.4.1 ความหมายความสำคัญและองค์ประกอบของภาวะติดสุราของพ่อ

สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association, 2000) ได้ให้ความหมายการติดสุราหมายถึง ลักษณะของการเสพติดที่ร่างกายแสดงออกถึงความต้องการเพิ่มปริมาณการดื่มสุราเพื่อให้ได้ผลจากฤทธิ์ของสุราหรือมีอาการแสดงของการขาดสุรารายใน 4-12 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการหยุดดื่มได้ ทำให้มีการดื่มอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2005) ได้ให้ความหมายการติดสุราว่าหมายถึง ความผิดปกติของการดื่มสุรา ถือว่าเป็นความเจ็บป่วยชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณที่มากและเป็นเวลานาน รวมทั้งมีการเสพสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกเป็นจำนวนมาก แม้รู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราก็ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ธรมินทร์ กองสุข (2551) ให้ความหมายของโรคติดสุรา (alcohol dependence) ว่า เป็นการติ่มจนติดแอลกอฮอล์ ซึ่งการติดแอลกอฮอล์จะไม่เป็นเพียงรูปแบบการบริโภคแอลกอฮอล์แบบซ้ำๆ บ่อยๆ เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยความผิดปกติด้านพฤติกรรม ความคิด และทางร่างกายซึ่งมักจะเกิดขึ้นพร้อมๆ กันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยมีลักษณะสำคัญคือ ไม่สามารถที่จะควบคุมการใช้แอลกอฮอล์ได้ มีความรู้สึกอยากติ่มอย่างรุนแรง ให้ความสำคัญกับการติ่มแอลกอฮอล์มากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ (ในบางราย) และการที่ยังคงใช้แอลกอฮอล์ต่อไป แม้ว่า จะเกิดอันตรายขึ้นก็ตาม

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์และหทัยชนนี บุญเจริญ (2549) ให้ความหมายของโรคติดสุราว่า หมายถึง การติ่มจนมีผลกระทบต่อชีวิตในหลายๆ ด้าน ผู้ติ่มมักใช้เวลาส่วนใหญ่ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติ่ม ต้องการติ่มในปริมาณมากขึ้น ถ้าหยุดหรือติ่มน้อยลง จะเกิดอาการถอนพิษสุรา เช่น มือสั่น เหงื่อออก นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่ายจนถึงชักเกร็งได้ที่สำคัญคือผู้ติ่มไม่สามารถควบคุมการติ่มหรือไม่สามารถเลิกติ่มได้ และยังคงติ่มต่อไปทั้งๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ

มานิต ศรีสุรภานนท์ (2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า โรคติดสุราหมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการเสพสุราอย่างไม่เหมาะสม แสดงถึงการปรับตัวไม่ดี (maladaptive) ซึ่งนำไปสู่การเสื่อมเสียอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (clinically significant impairment) หรือรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress) มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ การงาน และความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง มีภาวะถอน (withdrawal) และภาวะดื้อต่อสุรา (tolerance) มีอาการแสดงอย่างน้อย 3 อาการ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คือ 1) ต้องเพิ่มปริมาณการติ่มมากขึ้น (อาการดื้อยา) 2) มีอาการทางกายเมื่อไม่ได้ติ่ม (อาการขาดยา) 3) ควบคุมการติ่มไม่ได้ 4) มีความต้องการเลิกติ่มได้ทำไม่สำเร็จ 5) หมกมุ่นอยู่กับการติ่มและหาสุรามาติ่มมากขึ้น 6) มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงาน 7) ยังคงติ่มอยู่ทั้งๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้น

จึงพอสรุปได้ว่าภาวะติดสุราของพ่อ (Paternal Alcohol Dependence) หมายถึง ระดับการติ่มสุราที่ไม่เหมาะสมของพ่อ ไม่สามารถควบคุมปริมาณการติ่ม ต้องการติ่มในปริมาณมากขึ้น และติ่มเป็นระยะเวลานาน จนกระทั่งเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิด เกิดภาวะขาดสุราเมื่อหยุดติ่มหรือลดปริมาณลง ทำให้ความรับผิดชอบในหน้าที่ต่างๆ บกพร่องไปทั้งหน้าที่ทางสังคมและครอบครัว

4.4.2 การประเมินภาวะติดสุรา

ในการคัดกรองปัญหาการติ่มสุรา มีเครื่องมือที่นำมาใช้ในการคัดกรองและเป็นที่ยอมรับดังนี้

1. MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) เป็นเครื่องมือคัดกรองที่เก่าแก่ที่สุด ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการติ่มและการรับรู้ต่อปัญหาการติ่มของตนเอง ใช้ได้ดีในการวินิจฉัยภาวะติดสุรา ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะของการติ่มที่รุนแรงน้อยกว่าไม่ตินักเนื่องจากไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ และรูปแบบการติ่มสุราของผู้ป่วย ไม่สามารถแยกระหว่างปัญหาการติ่มในอดีตและปัญหา ในปัจจุบัน MAST ได้พัฒนาเป็นฉบับย่อซึ่งมีคำถาม 12 ข้อ เครื่องมือชนิดนี้ถูกพัฒนาและทดสอบในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการติ่มสุราที่

ชัดเจนและรุนแรงแล้ว คือในผู้ที่ติดสุรา และไม่ได้มีวัตถุประสงค์สำหรับนำไปใช้ในผู้ที่ปัญหาการดื่มที่รุนแรงน้อยกว่า พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 68 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 78 ในประเทศไทย MAST นิยมใช้คัดกรองผู้ป่วยในสถานบริการทางคลินิก สามารถใช้ได้ดีในการวินิจฉัยภาวะติดแอลกอฮอล์ แต่ไม่นิยมใช้ในการคัดกรองกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่ผู้ป่วย (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2552)

2. CAGES เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้คัดกรองภาวะติดสุราเพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มใน 1 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ และสะดวกต่อการนำไปใช้ โดยตัวย่อของคำถามแต่ละข้อจะประกอบกันเป็นชื่อแบบสอบถาม ในประเทศไทย พบว่าแบบคัดกรองนี้ ไม่มีความไวและความจำเพาะที่เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยไทย จากการนำไปใช้แบบคัดกรอง CAGE เป็นเครื่องมือที่มีจุดอ่อนเหมือนแบบคัดกรอง MAST เนื่องจากเครื่องมือทั้งสองถูกพัฒนาขึ้นมาสำหรับวินิจฉัยภาวะติดสุราได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ และรูปแบบการดื่มสุราของผู้ป่วย ไม่สามารถแยกระหว่างปัญหาการดื่มในอดีตและปัญหาในปัจจุบันได้ ถูกพัฒนาและทดสอบในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มดังนี้

2.1 Cut down หมายถึง คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรจะลดปริมาณการดื่มสุราของคุณลงหรือไม่

2.2 Annoyed หมายถึง เคยมีคนสร้างความรำคาญให้กับคุณโดยการกล่าวเตือนหรือตำหนิคุณเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือไม่

2.3 Guilty หมายถึง คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือไม่

2.4 Eye-opener หมายถึง คุณเคยต้องดื่มสุราทันทีในตอนเช้าหลังจากตื่นนอน เพื่อถอนอาการเมาค้างหรือไม่

โดยถือเอาระดับคะแนน > 2 คะแนน เป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะติดสุรา สำหรับผู้ที่ตอบใช้ตั้งแต่สองข้อขึ้นไป ค่าความไวของ CAGE ในการคัดกรอง ภาวะการดื่มสุราแบบมี ปัญหา และภาวะติดสุรามีค่าตั้งแต่ร้อยละ 43 ถึงร้อยละ 94 และจากการทดสอบประสิทธิภาพของ CAGE ในประเทศไทย พบว่า CAGE ไม่มีความไวและความจำเพาะที่เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยไทย (สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย, 2552)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT)แบบประเมินนี้พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2005) สำหรับในประเทศไทยแบบประเมินนี้ได้รับการแปลโดย สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย ในปี พ.ศ. 2544 และนำมาใช้ในสถานบริการทุกระดับและบุคคลทั่วไป สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง มีค่าความไว (sensitivity) 96% และความจำเพาะ (specificity) 96% ในการตรวจพบการดื่มที่เป็นอันตราย และมีค่าความไว (sensitivity) 87% และความจำเพาะ (specificity) 81% เป็นเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราที่ประสิทธิผลในสถาบันบริการปฐมภูมิแบบง่ายและสั้นที่ใช้คัดกรองการดื่มสุราที่มากเกินไป ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ การดื่มหนัก อาการติดแอลกอฮอล์ และปัญหาจากการบริโภคแอลกอฮอล์ ช่วยในการค้นหาว่าบุคคลนั้นๆ ว่ามีปัญหาในการบริโภคสุรา แบบมีความเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติดหรือไม่ ช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถพิจารณาว่าควรให้การดูแลและช่วยเหลืออย่างไร แต่ละคำถามจะมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 ผู้ที่ได้คะแนน

ตั้งแต่ 8 ขึ้นไป โดยทั่วไปสามารถแบ่งพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ตามคะแนนการประเมินเป็น 4 ประเภท และมีแนวทางการดูแลรักษา ดังนี้

ประเภทที่ 1 การดื่มแบบเสี่ยงน้อย (Low risk drinking) คะแนนรวม 0-7 คะแนน ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา (alcohol education) และอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นหากดื่มในปริมาณที่มากเกินไป

ประเภทที่ 2 การดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) คะแนนรวม 8-15 คะแนน หมายถึงมีลักษณะการดื่มสุรา ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียหายตามมาทั้งต่อตนเองและผู้อื่น นอกจากนั้นยังมีความสำคัญในเชิงสาธารณสุขถึงแม้ว่าผู้บริโภคยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใดๆ ก็ตาม ดังนั้นควรให้คำแนะนำแบบง่าย (simple advice)

ประเภทที่ 3 การบริโภคแบบอันตราย (Harmful drinking) คะแนนรวม 16-19 คะแนน หมายถึง มีลักษณะการดื่มสุราที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและผลเสียต่อสังคม ดังนั้นควรให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง (continued monitoring)

ประเภทที่ 4 การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) คะแนนรวม ≥ 20 คะแนน หมายถึง มีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีก จนเกิดปัญหาต่อทางด้านพฤติกรรม สมองและปัญหาทางด้านร่างกาย อาการที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่มและมีความรู้สึกรออยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมได้ บริโภคจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ เป็นต้น ควรได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดแอลกอฮอล์หรือไม่ (ปริทรรศ ศิลปกิจและพันธุณภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2552)

4. AUI = Alcohol Use Inventory เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อทัศนคติ อาการแสดงที่เกิดจากการบริโภคสุรา เพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มใน 1 ปีที่ผ่านมา แบบสอบถามมีทั้งหมด 228 ข้อ

การศึกษาในครั้งนี้ได้เลือกใช้เครื่องมือประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา คือ AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) เนื่องจากเครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือและมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย มีข้อคำถามสั้น สามารถใช้ได้สะดวกทั้งการตอบด้วยตนเองและการสัมภาษณ์ รวมถึงมีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยภาวะตามระบบ ICD-10 แยกกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงน้อย (low-risk drinking) กลุ่มดื่มแบบอันตรายหรือเสี่ยง (hazardous drinking หรือ risky drinking) กลุ่มดื่มแบบมีปัญหา (harmful drinking) และกลุ่มดื่มแบบติด (alcohol dependence) ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการการดูแล บำบัดรักษารวมถึงหาแนวทางป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

4.4.3 ความสัมพันธ์ของภาวะติดสุราของพ่อกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในครอบครัวที่ติดสุรามีบรรยากาศในครอบครัวไม่ดี มีความขัดแย้งของพ่อแม่และความขัดแย้งระหว่างเด็กกับพ่อแม่สูง ส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัว สุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวทั้งโดยตรงและโดยอ้อม (Zucker & Gombert, 1986) ผลกระทบที่เกิดจากพ่อแม่ดื่มสุราที่มีต่อเด็กคือ ครอบครัวที่ติดสุราจะทำให้ เด็กขาดความรักความอบอุ่น การทำหน้าที่ของครอบครัวได้น้อยกว่าครอบครัวที่ไม่มีการบริโภคสุราในทุกๆ ด้านโดยเฉพาะในด้านบทบาทหน้าที่เนื่องจากผู้ที่ดื่มสุรา ส่วนใหญ่จะใช้เวลาอยู่ในวงเหล้าและช่วงทำให้สร้างเมา

ทำให้มีเวลาและความสนใจในการเลี้ยงดูเด็กน้อยลงหรือได้ไม่เต็มที่ (สุ่มัทธนา แก้วมา, 2545) เกิดความห่างเหินในครอบครัวเด็กถูกปล่อยปละละเลย ทอดทิ้งไม่ได้รับการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการอย่างที่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเองน้อยกว่าเด็กทั่วไปที่เติบโตในครอบครัวที่ไม่บริโภคนิสัย (กรมสุขภาพจิต, 2547) ทำให้เด็กขาดความรัก ความอบอุ่น มีความรู้ไม่มั่นคงปลอดภัย ซึมเศร้า ก้าวร้าวต่อต้านสังคม นอกจากนี้การตีมีสุราส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว เมื่อรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายทำให้เกิดความเครียด ทำให้สัมพันธ์ภาพและบรรยากาศในครอบครัวไม่ดี (สมศักดิ์ โกศัยสุข, 2550) ส่งผลต่ออารมณ์ของผู้เลี้ยงดูหากผู้เลี้ยงดูอารมณ์ไม่ดีจะดุร้ายและลงโทษเด็กด้วยการตีโดยไม่มีเหตุผลที่สมควร (จิราวรรณ แทนวันทนกุล, 2552) ซึ่งในการลงโทษบางรูปแบบหรือการลงโทษที่รุนแรงจะมีผลต่อจิตใจของเด็กเป็นอย่างมาก ทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ เกิดความโกรธ กลัว และไม่มีความมั่นใจในตนเองที่จะกระทำ ส่งผลให้เด็กเกิดการเรียนรู้ถึงประสบการณ์ของความล้มเหลว เกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถอยู่ในระดับต่ำหรือไม่มีความสามารถเลย เมื่อเติบโตขึ้นจะกลายเป็นเด็กที่เก็บกด หวาดกลัว ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์มีพฤติกรรมก้าวร้าว เกรง เพื่อเป็นการระบายอารมณ์และชดเชยการกระทำที่ตนได้รับจากพ่อแม่ (ทรงสุตา หมั่นไธสง, 2545)

Loukas et al. (2001) ศึกษาสมมุติฐานความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพ่อติดสุรา ร่วมกับมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมกับปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็ก ผลการศึกษาพบว่าพ่อติดสุรามีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของลูกชาย

Brent (2010) ทำการศึกษาภาวะพ่อติดสุราเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง การเลี้ยงดูที่ใช้ความรุนแรง ความรุนแรงในชีวิตคู่ ทำการศึกษาในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่พ่อติดสุรา 89 ราย และกลุ่มเด็กที่พ่อไม่ติดสุรา 94 ราย ผลการศึกษาพบว่าภาวะติดสุราและปัญหาสุขภาพจิตของพ่อไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อความรุนแรงในการเลี้ยงดูและปัญหาการใช้ความรุนแรงในชีวิตคู่ แต่เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการใช้ความรุนแรงในครอบครัวซึ่งส่งผลต่อการเลี้ยงดู ดังนั้นพ่อที่ได้รับการวินิจฉัยติดสุราเป็นหนทางหนึ่งในการเชื่อมโยงสู่การเลี้ยงดูที่รุนแรงและการใช้ความรุนแรงในครอบครัว

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในประเทศไทย

เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ (2549) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 22 ราย ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการใช้พฤติกรรมบำบัดสัปดาห์แรกน้อยกว่าก่อนการใช้พฤติกรรมบำบัด และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นหลังการทดสอบ 2 สัปดาห์น้อยกว่าหลังการทดลองสัปดาห์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น $p < .05$ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านอกจากเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงแล้วยังทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้ดีขึ้นและเป็นการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตัวเองให้เพิ่มมากขึ้น

เทพสิรินทร์ มากบุญศรี (2549) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ปกครองที่นำเด็กมารักษาโรคสมาธิสั้นที่แผนกจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 40 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เป็นกลุ่มที่รักษาตามปกติใน ร.พ.กลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มที่เข้าร่วมการอบรมโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นจำนวน 8 ครั้ง และทำการรักษาตามปกติคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้น ในแง่ของ Inattention-Hyperactivity/ Impulsivity ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยการประเมินพฤติกรรมในบ้าน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยการประเมินความเครียด จากการดูแลบุตรเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทดลองพบว่ามีระดับความเครียดลดลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยการวัดความรู้ความเข้าใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเพิ่มขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างทางด้านสถิติอย่างมีระดับนัยสำคัญที่ .05

ดลฤดี แดงน้ำคู้ (2549) ศึกษาความเครียดของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 96 คน เพื่อศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น โดยให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด 1) แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น 2) แบบสอบถามเพื่อประเมินความเครียดของผู้ปกครอง 3) แบบวัดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 68.8 มีความเครียดในการดูแลเด็กในระดับรุนแรง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดคือระดับของปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน ความรุนแรงของพฤติกรรมต่อต้าน การมีหรือไม่มีคนช่วยดูแลเด็ก และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

สุวรรณี พุทธิศรี, พัชรี พรรณนาพานิช, ธนิตา ปานทั้งทองและมนัส สูงประสิทธิ์ (2549) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น วัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาที่มีบุตรสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือกลุ่มมารดาของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามธิบดี ช่วงเดือนมิถุนายน 2544 มกราคม 2545 ทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็ก 2) แบบสอบถาม The Depression Inventory (TDI) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในมารดา และ 3) แบบสอบถาม Children Depression Inventory (CDI) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก ผลการศึกษา พบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มมารดาจำนวน 17 คน (ร้อยละ 34.70) แบ่งเป็นระดับซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลาง 15 คน (ร้อยละ 30.62) ระดับซึมเศร้ารุนแรง 2 คน (ร้อยละ 4.08) และพบ 2 ปัจจัยที่มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดา คือ ระยะเวลาหลังจากที่บุตรได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นนานกว่า 12 เดือน (OR=3.34, p=0.09) และสถานภาพสมรสของมารดาที่เป็นแบบแยกกันอยู่และหม้าย (OR=7.33, p=0.10)

วรรณิ ริมวิทยากร, สุนทรี ศรีโกสโย, และจักริน ปิงคลาศัย (2551) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครองต่อการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุระหว่าง 2-12 ปี ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาล

สวนปรุงระหว่างเดือน ธ.ค.2549 - มิ.ย. 2550 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัย กำหนดจำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 20 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ส่วนกลุ่ม ทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง 1) คะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็กของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสูง กว่าก่อนได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) คะแนน ความสามารถในการปฏิบัติ ตัวของผู้ปกครองต่อเด็กของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมการปรับพฤติกรรมเด็กสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

พรทิพย์ วชิรติลกและคณะ (2552) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้าง ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก สมาธิสั้น ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ปี2551 จำนวน 90 คนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่ม 1 เข้าโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการ ดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น กลุ่ม 2 เข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่ม 3 ได้รับการดูแลโปรแกรม เสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นสามารถลดอาการของโรค สมาธิสั้นในเด็ก ในระยะติดตาม 3 เดือน และสามารถพัฒนาความรู้ที่ตนคิด และทักษะในการดูแลเด็ก ที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ในระยะทดลอง และติดตาม 3 เดือน มากกว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่ม การดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่พบความแตกต่างเฉพาะด้านความรู้ ระหว่าง กลุ่มโปรแกรมฯ และกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา

ชมัยพร จันทศิริ (2553) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม การฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการ ปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษา ในกลุ่ม ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6 - 15 ปี จำนวน 10 ราย ที่มาบริการในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยได้รับความรู้เรื่องปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก การฝึกปฏิบัติการใช้เทคนิคการสื่อสาร การชม การให้รางวัล การลงโทษ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น ลดลง คะแนนความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01

ศิริเพ็ญ แก้วประดิษฐ์ (2552) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัว มีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลนภภลัย กลุ่มตัวอย่าง คือเด็กสมาธิสั้นที่มี พฤติกรรมก้าวร้าวที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลนภภลัยจำนวน 20 ราย พร้อม ด้วยบิดามารดาหรือผู้ดูแล แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน ทำกิจกรรมสัปดาห์ละครั้งๆละ 3 ชั่วโมง (2 สัปดาห์) โดยใช้พฤติกรรมบำบัด 1) การสร้างเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในเด็กด้วยการเสนอตัวแบบ 2) พฤติกรรมบำบัดในเด็กสมาธิสั้นขณะร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การใช้แรงเสริมทางบวกและการใช้ แรงเสริมทางลบ การนำออกไปสงบสติอารมณ์ ประเมินผลพฤติกรรมก้าวร้าวโดยให้ผู้ปกครองบันทึก แบบสังเกตพฤติกรรมก้าวร้าวขณะอยู่บ้านก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ร่วมกับให้ความรู้ให้ความรู้ กลุ่มผู้ดูแลหลัก 1 ครั้งจำนวน 1 วัน ถึงสาเหตุของโรคอาการการรักษา ปัจจัยพื้นฐานในการปรับ พฤติกรรมเด็ก เทคนิคการให้รางวัล การลงโทษอย่างถูกวิธีและพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาและแนว ทางการแก้ปัญหา เมื่อนำพฤติกรรมบำบัดไปใช้ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว

โดยรวมหลังเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดตามเงื่อนไขการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนเข้ากิจกรรมบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรทิพย์ วชิรติลกและคณะ (2555) ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู กลุ่มตัวอย่างเป็นครูที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนประถมศึกษาจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมอย่างละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนที่เน้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ฝึกสอนเทคนิควิธีการ ดูแลเด็กสมาธิสั้น การใช้ตัวแบบและการใช้เทคนิคการสื่อสารร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของครู พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ทักษะคิดและทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการแนะนำตามปกติและคู่มือไปศึกษาเอง เห็นได้ว่าการให้คำแนะนำแก่ครูในการให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นจะช่วยให้ครูสามารถดูแลเด็กได้ ทำให้เด็กได้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่างๆ ร่วมกับเพื่อนใน ชั้นเรียนได้ดี

ดารุณี นามขำ (2554) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว (Family Factors) กับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี จำนวน 120 คน ที่มารับบริการต่อเนื่องจากที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือที่ใช้เป็น 1) แบบประเมินความสัมพันธ์ในครอบครัว 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจกรรมสุขภาพครอบครัว 3) แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 4) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) 5) แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ ผลการวิจัยพบว่า 1) เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน, พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง, พฤติกรรมด้านอารมณ์, พฤติกรรมเกรและพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 70, 62.50, 54.20, 34.20, 20 ตามลำดับ 2) การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 3) ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว กิจกรรมสุขภาพครอบครัวและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วรารภรณ์ ประทีปธีรานันท์ (2544) ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาและสภาพแวดล้อมครอบครัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของนักโทษเด็ดขาด ตัวแปรที่ศึกษาคือ ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ บุคลิกภาพ (Personality) การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก (Child Rearing Practice) ทักษะทางสังคม (Social Skill) สภาพแวดล้อมในครอบครัว (Family environment) ได้แก่ สภาพแวดล้อมในครอบครัวทางกายภาพ สภาพแวดล้อมในครอบครัวทางบุคคล และพฤติกรรมความรุนแรงของนักโทษเด็ดขาด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ นักโทษเด็ดขาดในลักษณะความผิด 3 ประเภทคือ ลักษณะความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายลักษณะความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ลักษณะความผิดเกี่ยวกับเพศในเรือนจำเขต 7 ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 290 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) องค์ประกอบแต่ละด้าน ของการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กแบบควบคุมเข้มงวด แบบปล่อยปละละเลย แบบหลงโทษทางกายมากกว่าทางจิต และบุคลิกภาพ เป็นภาพรวมของปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมความรุนแรงของนักโทษเด็ดขาดได้ร้อยละ 20.10 2) การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กแบบควบคุมเข้มงวด สภาพแวดล้อมในครอบครัวทางบุคคล การอบรมเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย

สภาพแวดล้อมในครอบครัวทางกายภาพ เป็นองค์ประกอบย่อยของปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมความรุนแรงของนักโทษเด็ดขาด ได้ร้อยละ 22.60

ปณินท์ สกุลทอง (2531) ทำการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง: ศึกษาเฉพาะกรณีบุตรทหารในเขตกรุงเทพมหานคร วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นอายุ 13 - 21 ปี ที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง 50 รายและวัยรุ่นที่บิดาไม่ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังอีก 50 ราย ผลการศึกษาพบว่าในครอบครัวที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยของลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว ด้าน Conflict และ Control มากกว่า ครอบครัวของวัยรุ่นที่บิดาไม่ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ในด้าน Cohesion, Intellectual, Organization พบว่าครอบครัววัยรุ่นที่บิดาไม่ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า ครอบครัววัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้าน Independence พบว่าวัยรุ่นที่บิดาไม่ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เกี่ยวกับสุขภาพจิต เด็กวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาจากครอบครัวที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (50%) มากกว่าเด็กวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่บิดาไม่ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (8%) เด็กวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเด็กวัยรุ่นที่บิดาไม่ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง 11.5 เท่า มารดาของวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาจากครอบครัวที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (60%) มากกว่ามารดาวัยรุ่นที่บิดาไม่ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (10%) มารดาของวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่ามารดาวัยรุ่นที่บิดาไม่ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง 13.5 เท่า และในครอบครัวของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังพบว่า วัยรุ่นที่มารดามีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยรุ่นที่มารดาไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 2.25 เท่า

พูนศรี รังสีจี, นิรมล พัจนสุนทรและหทัยวัน สนั่นเอื้อ (2549) ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดยาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆ ได้แก่ dysthymic disorder โรคซึมเศร้าที่เป็นครั้งเดียว (single depressive disorders) หรือโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent depressive disorders) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดยาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผลการศึกษา มีคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดยาสมัครใจให้สัมภาษณ์ทั้งสิ้น 48 คน พบว่ามีโรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 85.42 ส่วนใหญ่เป็นภรรยาและได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ (recurrent depressive disorders) มากที่สุดร้อยละ 20.8 เพศเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .03$ (OR 9.5, 95% CI=1.4-63.7) จากการวิจัยพบว่าการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงในภรรยาของผู้ป่วยโรคติดยาและมักป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดกลับเป็นซ้ำ (recurrent depressive disorders) ซึ่งให้เห็นว่าปัญหาการติดยา นอกจากมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ดื่มเองแล้ว ยังมีผลกระทบต่อคู่สมรส และครอบครัวด้วย

มีทนา บุญสิงห์ (2554) ศึกษาบทบาทครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น: ศึกษาเฉพาะกรณี สมาชิกชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นและศึกษา

ปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร จำนวน 191 คน ผลการศึกษาพบว่า บทบาทครอบครัวด้านความรักความเอาใจใส่ การฝึกทักษะทางสังคม การอบรมเลี้ยงดู การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และด้านทัศนคติที่ต่างกันมีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับความรู้ความเข้าใจเรื่อง โรคสมาธิสั้นที่ต่างกันมีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นไม่แตกต่างกัน

ศลักษณ์ กิติทัศน์เศรษฐี (2009) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4 วัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดา กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ในโรงเรียนที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานนทบุรี เขต 1 จำนวน 382 คน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเลี้ยงดูของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขต และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17 ปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4 ได้แก่ รายได้ของครอบครัวประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา และความสัมพันธ์กับเพื่อน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการเรียนและการดำเนินชีวิตของเด็กวัยรุ่น ทำให้รู้สึกเศร้า เหงาโดดเดี่ยวอ้างว้าง และขาดความสุข และเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาที่มีผลต่อการพัฒนาการด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ถ้าเด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นบิดามารดาและผู้เกี่ยวข้องควรเห็นถึงความสำคัญในการปรับปรุงรูปแบบการเลี้ยงดูที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ฉันทนา แรงสิงห์ (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย วัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงราย 2) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2552 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดเชียงรายจำนวน 414 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนแบบประเมินการรับรู้การมีคุณค่าในตนเองและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศวาร์้อยละ 69.3 (ระดับเล็กน้อยร้อยละ 17.9 ระดับปานกลางร้อยละ 21.9 และระดับรุนแรงร้อยละ 29.5) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว ($r=-.235, p<.001$) นอกจากนี้การรับรู้การมีคุณค่าในตนเอง ($r=-.350, p<.001$) รูปแบบการอบรม

เลี้ยงดู ($p < .05$) และผลการเรียนรวมเฉลี่ย (GPAX) ($r = -.770, p < .001$) สามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 23.3

ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ (2556) ศึกษาเรื่องความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ วัตถุประสงค์และวิธีการ เป็นการสำรวจระดับชาติแบบภาคตัดขวาง 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรก คัดกรอง ด้วยแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SNAP-IV Rating Scale ฉบับภาษาไทย ขั้นตอนที่สองวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM-IV-TR ฉบับภาษาไทย โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จำนวน 7,188 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบ three-stages stratified cluster sampling จำแนกตามสังกัดการศึกษา จาก 10 จังหวัด ใน 4 ภาค รวมทั้งกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ค่าความชุกด้วยร้อยละ และ 95% confidence interval ผล ตัวอย่างจำนวน 521 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1 พบ สูงสุดที่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 9.7 โดยพบความชุกโรคสมาธิสั้นสูงสุดในภาคใต้ ร้อยละ 11.7 และต่ำสุดที่ภาคเหนือ ร้อยละ 5.1 จำแนกตามกลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้น พบสูงสุดคือ combined type ร้อยละ 3.8 inattentive type ร้อยละ 3.4 และต่ำสุด hyperactive/impulsive type ร้อยละ 0.9 สรุปความชุกของโรคสมาธิสั้นในการศึกษารั้งนี้เท่ากับร้อยละ 8.1 พบมากที่สุดในประเภท combined type ร้อยละ 3.8 ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาและส่งเสริมป้องกันโรคสมาธิสั้นต่อไป

ดารกา แสงสุกใส (2544) ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวบกพร่องทางสติปัญญา 6-11 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลราชานุกูล เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมและแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวบกพร่องทางสติปัญญา 6-11 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลราชานุกูลและความสัมพันธ์ปัจจัยบางประการกับปัญหาพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่าง 120 ราย เป็นผู้ปกครองของเด็ก เครื่องมือที่ใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (TYC) แบบสอบถามการอบรมเลี้ยงดู และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่าเด็กหญิงมีพฤติกรรมในระดับมีปัญหา (ร้อยละ 34.7) มากกว่าเด็กชาย (ร้อยละ 28.2) เด็กหญิงมีคะแนนพฤติกรรมแบบเก็บตกมากกว่าเด็กชายในด้านการแยกตนเองออกจากสังคม (ร้อยละ 28.6) และอาการเจ็บป่วยที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย (ร้อยละ 24.5) ในขณะที่เด็กชายมีคะแนนปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกสูงกว่าเด็กหญิงในพฤติกรรมเด็กกว่าวัย (ร้อยละ 59.2) พบว่าปัญหาการพูดและการขาดสมาธิ สนใจสิ่งใดได้ไม่นาน เป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขมากที่สุด ผู้ปกครองเลือกการอบรมแบบประชาธิปไตยร้อยละ 60 พบว่าปัจจัยพฤติกรรมแบบการอบรมเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทั้งทางบวกและทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนการอบรมเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเด็กชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนการการอบรมเลี้ยงดูแบบปกป้องคุ้มครองสัมพันธ์ทางลบกับอาการวิตกกังวลและอาการเจ็บป่วยที่ไม่พบความผิดปกติทางกายในเด็กหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Schroede V. M. (2008) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวและการเลี้ยงดูของพ่อแม่กับความสามารถในการแก้ปัญหาของกลุ่มเด็กสมาธิสั้นและเด็กปกติอายุ 6-12 ปี และผู้ปกครองจำนวน 134 ราย ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นรายงานว่าเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาการควบคุมพฤติกรรม ความสามารถในการตระหนักรู้ และสภาพแวดล้อมในครอบครัวมีความขัดแย้งสูง มีการจัดระเบียบภายในครอบครัวต่ำ พบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวและการปฏิบัติการณ์เลี้ยงดูไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมพฤติกรรมหรือความสามารถในการตระหนักรู้ของเด็กสมาธิสั้นในครอบครัวเด็กปกติพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเป็นระเบียบและการแสดงออกสูงและความขัดแย้งในครอบครัวต่ำมีความสัมพันธ์กับการควบคุมพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ และมีความสัมพันธ์ทางบวกความสามารถในการควบคุมการตระหนักรู้ของเด็กปกติ สภาพแวดล้อมในครอบครัวและการกำหนดกฎเกณฑ์ มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการแก้ปัญหาของเด็กสมาธิสั้น

Pressman et al. (2006) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมครอบครัวและพ่อแม่ที่มีปัญหาทางจิตกับภาวะพร่องในสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นอายุ 5-18 ปี ใช้แบบวัด การทำหน้าที่ของครอบครัวและสภาพแวดล้อมครอบครัว ส่วนในเด็กวัดด้วย clinical ratings of global functioning และ maternal rating of behavior พบว่ามีความสัมพันธ์กันมากระหว่างความพร่องของเด็กสมาธิสั้นและสภาพแวดล้อมครอบครัว โดยพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นประเมินความขัดแย้งในครอบครัวสูงและระดับความสำเร็จและความมีระเบียบต่ำกว่าครอบครัวปกติ พ่อแม่ที่มีปัญหาทางจิต มีความเกี่ยวพันทางอ้อมกับความขัดแย้งในครอบครัว

Edwards et al. (2001) ศึกษาวัยรุ่นที่มีอาการทำหยาจากระดับความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัว โดยมีอาการต่อต้านทำหยามากกว่าอาการสมาธิสั้น ซึ่งจะทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างแม่และลูก รายงานโดยแบบสอบถามของผู้ปกครองและเด็กเกี่ยวกับความขัดแย้งของครอบครัว จากการศึกษาผู้ปกครองของวัยรุ่นชายที่มีอาการสมาธิสั้นและการต่อต้านทำหยา พบว่าการสื่อสารที่มีคุณภาพต่ำ มีการขัดแย้งกันสูง เด็กที่มีอาการสมาธิสั้นและการต่อต้านทำหยา จะมีระดับความโกรธและความขัดแย้งสูง มีระดับคุณภาพด้านการสื่อสารต่ำ ส่วนเด็กที่มีความประพฤติผิดปกติ จะมีความขัดแย้งกับพ่อแม่บ่อยกว่าเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นอย่างเดียว

Rey et al. (2000) ทำการศึกษาสภาพแวดล้อมของครอบครัวเด็กสมาธิสั้น พฤติกรรมต่อต้าน ทำหยาและพฤติกรรมเกร กลุ่มตัวอย่าง 233 คน คัดเลือกจากคะแนนอาการแสดงของสมาธิสั้นสูงหรือต่ำ ที่ได้รับการทบทวนการวินิจฉัยตาม DSM IV ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และประเมินสภาพแวดล้อมครอบครัวด้วย Global Family environment (GFES) และรายงานข้อมูลจากพ่อแม่และแบบสำรวจพฤติกรรมสำหรับเด็ก ผลการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมครอบครัวที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกรและต่อต้านทำหยาและผลการทำนายที่ผลลัพธ์ทางด้านลบอื่น เช่น การเจ็บป่วย การใช้สารเสพติดและติดสุรา แต่คุณภาพของสภาพแวดล้อมครอบครัวไม่มีผลต่อวินิจฉัยและการเกิดสมาธิสั้น ถึงแม้ว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพสภาพแวดล้อมครอบครัวกับการวินิจฉัยสมาธิสั้นของวัยรุ่น แต่การเข้าใจถึงความเกี่ยวพันการเกิดพฤติกรรมเกรและการจัดกระทำเพื่อพัฒนาสภาพแวดล้อมครอบครัวตั้งแต่เริ่มแรก อาจจะเป็นการป้องกันปัญหาพฤติกรรมเกรได้

Gau (2007) การเลี้ยงดูและปัจจัยครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่ประเทศไต้หวัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพจิตของแม่ ปัญหาพฤติกรรมการเลี้ยงดู และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่และเด็กในครอบครัว ปัญหาพฤติกรรมที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้น จำนวน 375 คน ควบคุมด้วยเพศและอายุ พบว่าแม่ของเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาทางสุขภาพจิตจำนวนมาก และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามแม่ของเด็กสมาธิสั้น แสดงความรักต่อลูกน้อยลง แสดงการปกป้องและควบคุมมากกว่ากลุ่มควบคุม เด็กสมาธิสั้นมักมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่ต่ำ และแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงที่บ้าน ถึงแม้เด็กได้รับยาควบคุมสมาธิแล้วก็ตาม ยังคงมีปัญหาปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนและการสื่อสารซึ่งกันและกัน แสดงว่าการใช้ยาอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการจัดการกับปัญหาพฤติกรรม จึงต้องมีการพัฒนากระบวนการเลี้ยงดูของพ่อแม่ เนื่องจากมีประสิทธิภาพต่อปฏิสัมพันธ์ด้านลบระหว่างพ่อแม่และเด็ก เด็กและครอบครัวก็ยังคงประสบกับปัญหาปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ดังนั้นพ่อแม่จึงควรมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กสมาธิสั้นร่วมด้วย

Deault (2010) ทำการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับลักษณะการเลี้ยงดูของครอบครัวเด็กสมาธิสั้น โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความซับซ้อนซึ่งมีความต่างกันของกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลกระทบต่อการแสดงออกของพฤติกรรมและความแตกต่างของพัฒนาการ การทบทวนปัจจุบันเป็นการมองในมุมมองของพัฒนาการของจิตวิทยา มีแนวคิดเกี่ยวกับพยาธิจิตวิทยา พัฒนาการในการป้องกันความเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ซึ่งอาจจะมีการพัฒนารูปร่างและเส้นทางของอาการเด่นของโรคที่ต่างกัน โดยติดตามจากการศึกษาของ Johnston and Mash (2001) และการทบทวนอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัยปี 2000-2008 ที่ศึกษาตัวแปรการเลี้ยงดูที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น โดยมุ่งไปที่พัฒนาการภาวะโรคร่วมภายนอกและภายใน การบกพร่องการทำหน้าที่ด้านการเรียนและด้านสังคมของเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับปัญหาการทำหน้าที่ของครอบครัว รวมถึงปัญหาความเครียดในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่ที่สูงขึ้น และปัญหาความขัดแย้งด้านความสัมพันธ์ของพ่อแม่และลูก และพบว่าปัญหาทางจิตของแม่และความขัดแย้งในครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเกราะและก้าวร้าวมากกว่าอาการสมาธิสั้น

Johnston and Mash (2001) ทำการศึกษาทบทวนข้อมูลการวิจัยและประเมินสิ่งที่สำคัญเกี่ยวกับลักษณะของครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น จากหลักฐานแสดงให้เห็นว่าอาการของเด็กสมาธิสั้นมีความเกี่ยวข้องระดับการถูกระงับหรือไม่เป็นระเบียบในครอบครัวและการทำหน้าที่ของพ่อแม่สัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่และเด็ก โดยเฉพาะความตระหนักของแบบแผนความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กและการประสิทธิภาพการเลี้ยงดูของพ่อแม่ลดลง การเพิ่มระดับความเครียดจากการอบรมเลี้ยงดูและปัญหาทางจิตของพ่อแม่ โดยเฉพาะเมื่อเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมด้านเกราะร่วมด้วย แต่ทบทวนนี้ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอถึงความสัมพันธ์ของกลไกการพัฒนาของเด็กและความเชื่อมโยงลักษณะของครอบครัวที่มีอิทธิพลทำให้ความสัมพันธ์ที่ผิดปกติขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นที่มีอิทธิพลต่อเด็ก เช่น เพศ วัฒนธรรมและชนิดย่อยของสมาธิสั้น ซึ่งมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาธิสั้น

Soltanifar et al. (2009) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในมารดาของเด็กสมาธิสั้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือแม่ของเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยการสัมภาษณ์และส่งตัวเข้าที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของเมืองเชค (sheikh) ประเทศอิหร่าน จำนวน 2 กลุ่ม ๆละ 50 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มของแม่เด็กสมาธิสั้น และกลุ่มควบคุมเป็นแม่ของเด็กปกติ ใช้เครื่องมือแบบประเมินซึมเศร้าของ Beck และแบบประเมินบุคลิกภาพความวิตกกังวล พบว่า 20% ของแม่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง 10 % ในกลุ่มควบคุมพบ 6% มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 3% มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อหาความสัมพันธ์พบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของกลุ่มแม่เด็กสมาธิสั้นมีมากกว่ากลุ่มควบคุม

Drabick et al. (2006) ทำการศึกษาภาวะโรคร่วม พฤติกรรมเกรและภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นที่มารักษาในคลินิก จำนวน 203 คน อายุ 6-10 ปี โดยใช้เครื่องมือ 4 แบบ ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมพ่อแม่ แบบประเมินสภาพแวดล้อมครอบครัว แบบประเมินความรู้คิดและความสำเร็จ และแบบประเมินความสัมพันธ์กับเพื่อน พบว่าพฤติกรรมพ่อแม่แบบไม่เป็นมิตร ความไม่คงเส้นคงวา และการเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกรและภาวะซึมเศร้า สรุปได้ว่าพฤติกรรมพ่อแม่สามารถทำนายการเกิดปัญหาพฤติกรรมเกรและซึมเศร้า และลักษณะของสภาพแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กันต่ำ ความขัดแย้งสูง และความพึงพอใจของมารดาต่ำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกรและภาวะซึมเศร้าของเด็กสมาธิสั้น จึงสรุปได้ว่าสภาพแวดล้อมครอบครัว สามารถทำนายการเกิดปัญหาพฤติกรรมเกรและภาวะซึมเศร้าของเด็กสมาธิสั้น สามารถนำเอาปัจจัยด้านการเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมของครอบครัวมาวางแผนในการป้องกันภาวะโรคร่วมหรือปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวได้

Chronis et al. (2007) ทำการศึกษาเด็กสมาธิสั้นอายุ 4-7 ปี จำนวน 108 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder (4th ed.) ในการติดตาม ในการติดตามประเมิน 2-8 ปี พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่สามารถทำนายการเกิดภาวะพฤติกรรมก้าวร้าว ในขณะที่การเลี้ยงดูเชิงบวกระหว่างพ่อแม่และเด็กมีผลการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่น้อยลง ในการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าของแม่เป็นปัจจัยเสี่ยง ในขณะที่การเลี้ยงดูเชิงบวกเป็นปัจจัยปกป้องของพัฒนาการของพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิ พบว่าการเลี้ยงดูในเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเกร ดังนั้นการเลี้ยงดูเชิงบวก ด้วยการคำชม ยอมรับเด็กในระหว่างการเปลี่ยนแปลง จึงเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในการพัฒนาไปสู่ปัญหาพฤติกรรมเกร การเลี้ยงดูโดยการตอบสนองจนมากเกินไปและการตอบสนองต่ำทำนายการเกิดปัญหาต่อ ต่อต้าน/พฤติกรรมเกรของเด็กสมาธิสั้น แต่การตำหนิจะกระตุ้นการเกิดปัญหาพฤติกรรมต่อ ต่อต้าน/พฤติกรรมเกร

Shay et al. (2009) ทำการศึกษาความเกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าของแม่ การเลี้ยงดูและปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออก ในกลุ่มของแม่เด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 4-8 ปี จำนวน 134 รายที่มีปัญหาต่อโอกาสทางเศรษฐกิจ โดยตั้งสมมุติฐานว่าภาวะซึมเศร้าของแม่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็กสมาธิสั้น ภาวะซึมเศร้าของแม่มักจะมีอารมณ์ที่หงุดหงิดฉุนเฉียว และนำไปสู่ความรุนแรง การเลี้ยงดูเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม การไม่คงเส้นคงวาซึ่งนำไปสู่พัฒนาการของ

เด็กเกรงก้าวร้าว แต่พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่ ไม่สัมพันธ์กับอาการสมาธิสั้น อย่างไรก็ตามการภาวะซึมเศร้าของแม่ควรได้รับการดูแลรักษาเพื่อลดความเสี่ยงการพัฒนาการไปสู่ปัญหาพฤติกรรมเกรและก้าวร้าว

Lee et al. (2012) ทำการศึกษาแม่ซึมเศร้าและเด็กสมาธิสั้นที่เรียนในระดับเกรด 4-6 จำนวน 39 คู่แบ่ง 3 กลุ่มคือ เด็กสมาธิสั้นและแม่ซึมเศร้า จำนวน 10 คู่ เด็กสมาธิสั้นและแม่ไม่ซึมเศร้า จำนวน 13 คู่ และเด็กปกติและแม่ปกติจำนวน 16 คู่ เพื่อศึกษาผลกระทบภาวะซึมเศร้าของแม่ และ เด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพปฏิสัมพันธ์ของแม่ซึมเศร้าและเด็กสมาธิสั้น การศึกษาพบว่าแม่ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มี เด็กได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น มีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างแม่และเด็กลดลง เมื่อเทียบกับ เด็กที่อยู่ในกลุ่มอื่นๆ จึงสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าของแม่อาจมีบทบาทสำคัญต่อการ แสดงออกทางด้านอารมณ์ ของ เด็กสมาธิสั้น

Loukas et al. (2001) ศึกษาสมมุติฐานมีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพ่อติดสุราร่วมกับมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมกับปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็ก การขาดการควบคุมของเด็ก โดยนำตัวแปรพ่อแม่มีภาวะซึมเศร้า ความขัดแย้งของครอบครัวและความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่และเด็ก เข้าร่วม ทดสอบแบบปัจจัยทำนาย จากกลุ่มพ่อติดสุรา 125 ครอบครัว และครอบครัวพ่อไม่ติดสุรา 83 ครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าพ่อติดสุรามีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของลูกชาย ความขัดแย้งในครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมต่อต้านสังคมของพ่อและแม่ ความขัดแย้งของพ่อและลูกมีผลต่อพฤติกรรมต่อต้านสังคมของพ่อ ผลการศึกษากล่าวถึงในบริบทของการ ขัดเกลารากสังคมของพ่อแม่ที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม

Finger et al. (2010) ทำการศึกษาภาวะพ่อติดสุรา กับปัจจัยเสี่ยงการเลี้ยงดูที่ใช้ความรุนแรง ความรุนแรงในชีวิตคู่ โดยออกแบบการศึกษาในระยะยาว ทำการศึกษากลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่พ่อติดสุรา 89 ราย และกลุ่มเด็กที่พ่อไม่ดื่มสุรา 94 ราย โดยประเมินภาวะติดสุรา พฤติกรรมต่อต้านสังคมของพ่อ ประเมินภาวะซึมเศร้าของพ่อ ประเมินการใช้ความรุนแรงในครอบครัว และพฤติกรรม การเป็นพ่อแม่ ผลการศึกษาพบว่าภาวะติดสุราและปัญหาสุขภาพจิตของพ่อ ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อความรุนแรงในการเลี้ยงดูและปัญหาการใช้ความรุนแรงในชีวิตคู่ แต่เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการใช้ความรุนแรงในครอบครัวซึ่งส่งผลต่อการเลี้ยงดู ดังนั้นพ่อที่ได้รับการวินิจฉัยติดสุราเป็นหนทางหนึ่งในการเชื่อมโยงสู่การเลี้ยงดูที่รุนแรงและการใช้ความรุนแรงในครอบครัว

Ullebø AK (2011) ทำการศึกษาเครื่องมือ SDQ ชนิด 18 ข้อ SDQ เป็นเครื่องมือในการคัดกรองสุขภาพจิตเด็กที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลกซึ่งได้รับรายงานว่าเป็นเครื่องมือการคัดกรอง ที่ดีสำหรับเด็กสมาธิสั้น แบบสอบถาม SDQ มีความสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ได้รับการประเมินโดยผู้ปกครองและครูเป็น จำนวน 66% (N = 6,233) จากทั้งหมดของเด็กอายุ 7-9 ปี ในเมืองเบอร์เกน ประเทศนอร์เวย์ ในปี 2002 ที่คัดกรองด้วย SDQ ชนิด 5 ระดับของอาการนอนไม่นิ่งและขาดสมาธิของ DSM-IV SDQ ที่ประเมินพฤติกรรมนอนไม่นิ่งและขาดสมาธิ สามารถระบุความน่าจะเป็นหรือความเป็นไปได้ถึง 74% ของผู้ที่มีสมาธิสั้นชนิดย่อยรวมกัน แต่สามารถทำนายได้เพียง 22% ของสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิ SDQ ชนิด 5 ระดับมีข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นเครื่องมือทำนายที่มีความไวที่ยอมรับได้สำหรับสมาธิสั้นชนิดย่อยรวม แต่ความไวต่ำสำหรับผู้ป่วยสมาธิสั้นประเภทขาดสมาธิและสมาธิสั้นประเภทนอนไม่นิ่ง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive correlation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือน 1 พฤศจิกายน 2556 - 31 มกราคม 2557 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรการวิจัย ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 6-12 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Classification of disease/ ICD 10 ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ที่เข้ารับบริการต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคกลางตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 6-12 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคกลางตอนบน ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและพยาบาล ให้บริการอย่างต่อเนื่อง จำนวน 154 ครอบครัว มีคุณสมบัติตามการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. พ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 6-12 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของ ICD-10 และไม่มีประวัติปัญหาของระดับสติปัญญาและโรคร่วมอื่นๆ เช่น Learning Disorder, Conduct Disorder , Oppositional defiant Disorder โดยดูจากแฟ้มประวัติการการตรวจรักษาของแพทย์
2. อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และทำหน้าที่ในการปฏิบัติการดูแลเด็กโดยตรง
3. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจและตอบคำถามรู้เรื่อง
4. ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณ โดยสูตร $N \geq 10 K + 50$ (N =ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม K =จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา) (Thorndike, 1978) ซึ่งจำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษามีทั้งหมด 9 ตัว จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ $(10 \times 9) + 50$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ครอบครัว และพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 154 ครอบครัว

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. คัดเลือกโรงพยาบาลที่เปิดบริการคลินิกจิตเด็กและวัยรุ่น ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลและอื่นๆ ให้บริการอย่างต่อเนื่อง ในเขตภาคกลางตอนบน

1.1 สํารวจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของแต่ละจังหวัด มีทั้งหมดจำนวน 10 โรงพยาบาล จาก 8 จังหวัดในเขตภาคกลางตอนบน (จังหวัดชัยนาท จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดลพบุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดอ่างทอง) ได้แก่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลชัยนาท โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลอ่างทอง และโรงพยาบาลลพบุรี มีโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นให้บริการต่อเนื่อง จำนวน 6 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลสามโคก

1.2 ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเฉพาะทางจำนวน 2 แห่ง (โรงพยาบาลศรีธัญญาและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ) สุ่มได้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ส่วนโรงพยาบาลในระดับอื่นๆ นำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยยึดเกณฑ์ ระดับสถานพยาบาล ความแตกต่างของพื้นที่ และเปิดให้บริการคลินิกจิตเด็กและวัยรุ่น ระดับละ 1 โรงพยาบาล จึงได้โรงพยาบาลทั้งหมด 5 แห่ง ดังนี้ 1) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2) โรงพยาบาลอ่างทอง 3) โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 4) โรงพยาบาลสระบุรี และ5) โรงพยาบาลสามโคก

2. หาขนาดกลุ่มตัวอย่าง คัดตามตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาลดังนี้

ระดับสถานพยาบาล	โรงพยาบาล	จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย (ครอบครัว)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ครอบครัว)
โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลสามโคก	60	10
โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลสระบุรี	1,529	50
โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	1,003	54
โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลอ่างทอง	62	10
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	192	30
		รวม	154

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ กำหนดเป็นเปอร์เซ็นต์ จำนวนประชากรหลักร้อยละใช้กลุ่มตัวอย่าง 15% และส่วนโรงพยาบาลที่กลุ่มประชากรมากกว่า 1,000 คน ใช้แบ่งตามส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เหลือ

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ทำการสุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มผู้เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเด็กและวัยรุ่น ในวันที่ทางโรงพยาบาลแต่ละแห่งเปิดบริการ เวลา 8.00-12.00 น. ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2556 – 31 มกราคม 2557 จนครบจำนวนทั้งสิ้น 154 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย โดยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ส่วนที่ 1-5 สอบถามแม่ของเด็กสมาธิสั้น ส่วนที่ 6 สอบถามพ่อของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อแม่และเด็กสมาธิสั้น เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเอง จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นเรียน ลำดับการเกิดและจำนวนพี่น้อง ข้อมูลส่วนบุคคลของแม่ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรสของพ่อแม่ของเด็ก ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว รายได้รวมของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว และ ข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของพ่อ และอาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ โดยประเมินตามการรับรู้ของแม่ ที่สร้างขึ้นโดย Moos & Moos (1986) ซึ่งนิยมใช้กันอย่างกว้างขวางหลายพื้นที่ทั่วโลก แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ปณิณห์ สกุลทอง (2531) วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .75 แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงเป็นที่ยอมรับได้ และมีผู้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในการวิจัย เช่น บัณฑิต สรไพศาล (2544) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสของบิดา มารดาและสภาพแวดล้อมในครอบครัว กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 นอกจากนั้นยังนำมาใช้ประกอบการประเมินการประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวของผู้ใช้เสพติดของสถาบันัญลักษณ์ ในการวิจัยนี้เลือกประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ เนื่องจาก จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นพบว่า สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นสูงกว่าด้านอื่นๆ

เครื่องมือเป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ (Checklist) ใช้ผู้ตอบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 27 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้านๆละ 9 ข้อ คือ

1. ด้านความสัมพันธ์ (Cohesion) หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มี 9 ข้อคือ 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25
2. ด้านการแสดงออก (Expressiveness) หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวแสดงความรู้สึกของตนออกมาอย่างเปิดเผย มี 9 ข้อคือ 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26

3. ด้านความขัดแย้ง (Conflict) คือการที่สมาชิกในครอบครัวแสดงความโกรธอย่างเปิดเผยและมีความขัดแย้งกัน มี 9 ข้อ คือ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27

การให้คะแนนตามแบบเฉลยของ Moos & Moos (1986) โดยนับคะแนนข้อที่ผู้ตอบชี้ถูกตรงตามแบบเฉลย

ยกเว้นด้านความขัดแย้ง (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27) ไม่ได้คะแนนในข้อที่ความคิดเห็นตรงกับแบบเฉลย

การคิดคะแนนจะคิดรวม 3 ด้าน ตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 27 โดยคะแนนรวมทั้ง 3 ด้าน มีค่ารวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน แบ่งตามคะแนนเฉลี่ย ด้านความสัมพันธ์ ด้านการแสดงออกและด้านไม่ความขัดแย้ง คะแนนมากกว่า 4.5 คะแนน แสดงว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวในแต่ละด้านอยู่ในเกณฑ์ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ (The Parent's report Scale) เป็นแบบสอบถามแม่ของเด็กสมาธิสั้น เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูของแม่ต่อเด็ก สร้างขึ้นโดย Cohen et al. (1977) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ และสถาบันภาษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินกระบวนการแปลเป็นภาษาไทย (Forward translation) และแปลย้อนกลับจากฉบับภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (Backward translation) มีความเที่ยงเท่ากับ = .65 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ 5 ด้านๆละ 4 ข้อ ประกอบด้วย

พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่	จำนวนข้อ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ด้านการเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก	4	3, 12, 13, 18	-
ด้านการยึดตัวเด็กเป็นศูนย์กลาง	4	-	1, 8, 9, 14
ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ	4	4	5, 6, 19
ด้านการไม่ควบคุมจนละอาย	4		7, 15, 16 ,20
ด้านการไม่ทอดทิ้ง	4	11	2, 10, 17

แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ เครื่องมือเป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ (Likert Rating Scale) โดยให้คะแนนเป็น 0-6 คะแนน มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

ระดับความเห็น	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
ผู้ตอบปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ	6	0
ผู้ตอบปฏิบัติเกือบสม่ำเสมอ	5	1
ผู้ตอบได้ปฏิบัติอยู่บ่อยๆ	4	2
ผู้ตอบได้ปฏิบัติบางครั้ง	3	3
ผู้ตอบได้ปฏิบัตินานๆครั้ง	2	4
ผู้ตอบแทบจะไม่ได้ปฏิบัติเลย	1	5
ผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย	0	6

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละด้านจะอยู่ที่ระหว่าง 0-24 คะแนน คะแนนรวม

0-120 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึง พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ที่ดี คะแนนต่ำหมายถึง พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ที่ไม่ดี

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนแบ่งตามคะแนนเฉลี่ย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การวิเคราะห์จากสูตร ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

$$\text{ค่าพิสัย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(6-0)}{3} = 2$$

คะแนนเฉลี่ย 0-2 คะแนน แสดงว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.1-4 คะแนน แสดงว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 4.1-6 คะแนน แสดงว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (The Strength and Difficulties Questionnaire: SDQ) เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็นเครื่องมือในการคัดกรองปัญหาทางพฤติกรรม และปัญหาทางอารมณ์ที่เบี่ยงเบนซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต ทำให้ทราบถึงปัญหาตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่จะลุกลามจนยากต่อการแก้ไข ที่สร้างขึ้นโดย Robert Goodman (2001) แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดยนายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล ในปี พ.ศ. 2543 เป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับเด็กอายุ 4-16 ปี มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมของเด็กจำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ โดยจัดแบ่งกลุ่มพฤติกรรมเป็น 5 ด้าน

กลุ่มพฤติกรรม	จำนวนข้อ	ข้อ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ด้านอารมณ์	5	1-5	1, 2, 3, 4, 5	-
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	5	6-10	6, 8, 9, 10	7
พฤติกรรมเกร	5	11-15	11, 12, 13	14, 15
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	5	16-20	16, 19, 20	17, 18
สัมพันธ์ทางสังคม	5	21-25	21, 22, 23, 24, 25	

การให้คะแนนแบบประเมินโดยแบ่งเป็น 5 ด้านๆละ 5 ข้อ และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

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

ยกเว้น ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (21, 22, 23, 24, 25) เนื่องจากเป็นการประเมินจุดแข็งของเด็ก ดังนั้นจึงกลับค่าคะแนนให้เป็นไปในทางเดียวกับข้อความทางลบ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน แต่ละด้านจะอยู่ที่ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนรวม 5 ด้านจะอยู่ระหว่าง 0-50 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนรวมที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมในเด็ก (Total Difficulties score) โดยคะแนนสูง แสดงถึงมีปัญหาพฤติกรรม

การแปลผลค่าคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมเด็กฉบับผู้ปกครองประเมิน

เกณฑ์คะแนน	ปกติ	เสี่ยง	มีปัญหา
คะแนนรวม	0-13	14-16	17-50
พฤติกรรมด้านอารมณ์	0-3	4	5-10
พฤติกรรมเกร	0-2	3	4-10
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	0-5	6	7-10
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	0-2	3	4-10
สัมพันธภาพทางสังคม	0-4	5	6-10

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาโดย Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ.1967 ฉบับภาษาไทยได้พัฒนาโดย นายแพทย์มาโนช หล่อตระกูลและคณะในปี พ.ศ. 2539 ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรฐานที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่มีความแม่นยำ มีความไวเชื่อมั่นได้ ได้วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงเท่ากับ .73 โดยเป็นการประเมินในแง่ของ อาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน ในแต่ละข้อมีคะแนนสูงสุดไม่เท่ากัน แบ่งระดับคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็น ตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 คะแนน ข้อคะแนนสูงสุดของ HRSD-17 คือ 52

การแปลผลคะแนน เป็นการนำคะแนนมารวมกันทุกข้อ และแปลผลระดับภาวะซึมเศร่าดังนี้

ระดับค่าคะแนน	ระดับภาวะซึมเศร่า
0-7 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร่า
8-12 คะแนน	มีภาวะซึมเศร่าเล็กน้อย
13-17 คะแนน	มีภาวะซึมเศร่าระดับปานกลาง
18-29 คะแนน	มีภาวะซึมเศร่าระดับรุนแรง
30 คะแนนขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร่าระดับรุนแรงมาก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา ใช้แบบประเมิน Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต (2547) ในหลายรายงานการศึกษาผลพบว่าแบบประเมิน AUDIT ความเชื่อมั่นสูงเท่ากับ .86 สำหรับสัมภาษณ์พ่อเด็กสมาธิสั้นที่มีประวัติดื่มสุรา เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมทั้งหมด 40 คะแนน มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

ข้อที่ 1 ความถี่ในการบริโภคสุรา

- | | | | |
|---|-------|---------|------------------------------|
| 0 | คะแนน | เท่ากับ | ไม่เคยเลย |
| 1 | คะแนน | เท่ากับ | เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า |
| 2 | คะแนน | เท่ากับ | 2-4 ครั้งต่อเดือน |
| 3 | คะแนน | เท่ากับ | 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ |
| 4 | คะแนน | เท่ากับ | 4 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า |

ข้อที่ 2 ปริมาณในการดื่มสุรา (ดื่มมาตรฐาน) 1 ดื่มมาตรฐาน (1 Drink) หมายถึงปริมาณของแอลกอฮอล์ที่เท่ากันในสุราชนิดต่างๆ คือ ปริมาณแอลกอฮอล์เท่ากับ 10 กรัม

- | | | | |
|---|-------|---------|----------------|
| 0 | คะแนน | เท่ากับ | 1 หรือ 2 |
| 1 | คะแนน | เท่ากับ | 3 หรือ 4 |
| 2 | คะแนน | เท่ากับ | 5 หรือ 6 |
| 3 | คะแนน | เท่ากับ | 7 หรือ 9 |
| 4 | คะแนน | เท่ากับ | 10 หรือมากกว่า |

ข้อที่ 3 ความถี่ในการบริโภคสุรา (6 ดื่มมาตรฐาน)

- | | | | |
|---|-------|---------|---------------------------|
| 0 | คะแนน | เท่ากับ | ไม่เคยเลย |
| 1 | คะแนน | เท่ากับ | น้อยกว่าเดือนละครั้ง |
| 2 | คะแนน | เท่ากับ | เดือนละครั้ง |
| 3 | คะแนน | เท่ากับ | สัปดาห์ละครั้ง |
| 4 | คะแนน | เท่ากับ | วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน |

ข้อที่ 4-6 ภาวะติดสุราทางด้านร่างกายและจิตใจ

- | | | | |
|---|-------|---------|---------------------------|
| 0 | คะแนน | เท่ากับ | ไม่เคยเลย |
| 1 | คะแนน | เท่ากับ | น้อยกว่าเดือนละครั้ง |
| 2 | คะแนน | เท่ากับ | เดือนละครั้ง |
| 3 | คะแนน | เท่ากับ | สัปดาห์ละครั้ง |
| 4 | คะแนน | เท่ากับ | วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน |

ข้อที่ 7-8 ความถี่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการบริโภคสุราต่อตนเอง

- | | | | |
|---|-------|---------|---------------------------|
| 0 | คะแนน | เท่ากับ | ไม่เคยเลย |
| 1 | คะแนน | เท่ากับ | น้อยกว่าเดือนละครั้ง |
| 2 | คะแนน | เท่ากับ | เดือนละครั้ง |
| 3 | คะแนน | เท่ากับ | สัปดาห์ละครั้ง |
| 4 | คะแนน | เท่ากับ | วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน |

ข้อที่ 9-10 ความถี่พฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการบริโภคสุราต่อผู้อื่น

- | | | | |
|---|-------|---------|-----------------------|
| 0 | คะแนน | เท่ากับ | ไม่เคยเลย |
| 2 | คะแนน | เท่ากับ | เคยแต่ไม่ใช่ปีที่แล้ว |
| 4 | คะแนน | เท่ากับ | เคยเมื่อปีที่แล้ว |

คะแนนพฤติกรรมการติ่มสุราเป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้ง 10 ข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน สามารถแปลความหมายของคะแนนได้ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

0-7 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมการติ่มสุราที่มีความเสี่ยงน้อย

8-15 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมการติ่มสุราที่เสี่ยง

16-19 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมการติ่มสุราที่เป็นอันตราย

20 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า มีพฤติกรรมการติ่มสุราแบบติด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินปัญหาการติ่มสุรา ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมหลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน

พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก จำนวน 3 ท่าน

พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 2 ท่าน

เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสมบูรณ์ถูกต้องตามเนื้อหา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง กำหนดระดับการแสดงความเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ข้อความในข้อคำถามไม่ความสอดคล้องกับค่านิยาม

ระดับ 2 ข้อความในข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยามน้อย

ระดับ 3 ข้อความในข้อคำถามค่อนข้างสอดคล้องกับค่านิยาม

ระดับ 4 ข้อความในข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยามมาก

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) (Polit & Beck, 2008) โดยคำนวณจากผลการพิจารณาโดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้ง 6 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.81 ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเป็นพ่อแม่ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ส่วนที่ 6 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และกระชับ โดยพิจารณาร่วมกับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละตัวแปร เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยมีประเด็นการแก้ไขดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้ปรับแก้ไขดังนี้

เพิ่มข้อคำถาม เรื่องอาชีพของ บิดา มารดาและความเพียงพอของรายได้ครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ได้ปรับแก้ไขโดยปรับภาษาให้มีความเหมาะสม มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายขึ้น ในข้อที่ 2 ข้อที่ 4 ข้อที่ 13

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเป็นพ่อแม่

ปรับระดับความคิดเห็นเป็นสเกลตัวเลข เพื่อให้สะดวกสำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม เป็น 0-6 คะแนน (0= ไม่เคยเลย, 1= แทบจะไม่, 2= นานๆครั้ง, 3= บางครั้ง, 4= บ่อยๆ, 5= เกือบสม่ำเสมอ, 6= สม่ำเสมอ)

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน ที่ปรับปรุงแก้ไขและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง พ่อแม่ของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ที่คล้ายกับกลุ่มที่จะศึกษา แต่ไม่ใช่ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 30 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลพุทธเลิศหล้านภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม และนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นนำวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังนี้

แบบประเมินสภาพแวดล้อมในล้อมครอบครัวด้านสัมพันธภาพ เท่ากับ .86

แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการเป็นพ่อแม่ เท่ากับ .81

แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก เท่ากับ .81

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .85

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา เท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการทดลองวิจัยในมนุษย์ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์และแบบสอบถามที่จะใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงเสนอต่อคณะกรรมการการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของทั้งห้าโรงพยาบาล

1.2 หลังได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการประสานงานกับหัวหน้าส่วนงาน ที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาลทั้งห้าแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัย คุณลักษณะและจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการและประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิตเด็กในการเก็บข้อมูลโดยดำเนินการ ดังนี้

2.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2556-31 มกราคม 2557

2.1.1 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจะเก็บข้อมูลบางส่วนจากเอกสารทางราชการ ได้แก่ ทะเบียนประวัติผู้ป่วย

2.1.2 ในแต่ละวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามที่ต้องการ สร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง ถ้ามีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก

2.1.3 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบโดยละเอียด โดยชี้แจงให้ทราบว่าสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ เมื่อระหว่างการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการทำวิจัยต่อ สามารถบอกเลิกได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ

2.1.4 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง พร้อมลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองในส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราของพ่อ ใช้เวลาโดยรวมประมาณ 30-40 นาที ภายหลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

2.2 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 154 ฉบับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยคำนึงถึงความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่จะพึงได้รับ ประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย จะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างการวิจัยทราบทันที หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำมาทำการวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลของเด็กได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับการเกิดของเด็ก จำนวนพี่น้อง และข้อมูลของพ่อแลแม่ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัย สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ปัญหาพฤติกรรมเด็ก ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดสุราของพ่อ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์แต่ละด้านกับปัญหาพฤติกรรมเด็กเพื่อตรวจสอบสมมุติฐาน โดย การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และกำหนดเกณฑ์ สำหรับแปลผลระดับความสัมพันธ์ (Burns & Grove, 2001) ดังนี้คือ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r \geq .10- .30$ แสดงถึงความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r \geq .31- .50$ แสดงถึงความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r \geq .51$ ขึ้นไป แสดงถึงความสัมพันธ์กันในระดับสูง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ พฤติกรรมเกเร พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และ พฤติกรรมด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคม 2) เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์สภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อของเด็กสมาธิสั้น 3) เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์สภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะ ซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นที่อายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐ ที่มีจิตแพทย์เด็กให้บริการอย่างต่อเนื่อง เขต ภาคกลางตอนบน จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสามโคก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาล อ่างทอง โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งได้นำแบบสอบถามที่ สมบูรณ์จำนวน 154 ฉบับ นำมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อ แม่และเด็ก กลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับการ เกิดและจำนวนพี่น้อง

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อและแม่ ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ลักษณะ ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัวและความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 ปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกเร พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและพฤติกรรมด้าน สัมพันธ์สภาพทางสังคม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลตัวแปรต้น ได้แก่ สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์สภาพ พฤติกรรม การเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์สภาพ พฤติกรรมการ เป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเด็กสมาธิสั้น จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับการเกิด จำนวนพี่น้อง จำนวน (N=154)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	128	83.1
หญิง	26	16.9
อายุ		
6-9 ปี	86	55.8
10-12 ปี	68	44.2
ระดับชั้นเรียน		
ประถมต้น (ป.1-3)	86	55.8
ประถมปลาย (ป.4-6)	68	44.2
ลำดับการเกิด		
ลำดับที่ 1	86	55.8
ลำดับที่ 2 ขึ้นไป	68	44.2
จำนวนพี่น้อง		
1 คน	55	35.7
2 คน	68	44.2
3 คน	27	17.5
4 คน	4	2.6

จากตารางที่ 1 พบว่า เด็กสมาธิสั้นเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยแบ่งเป็นชาย เป็นเพศชาย 128 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.1 และเพศหญิงจำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.9 มีอายุระหว่าง 6-9 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมาอายุ 10-12 ปี จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.2 ระดับการเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมต้น (ป.1-3) จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมาอยู่ในระดับประถมปลาย (ป.4-6) จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.2 ลำดับการเกิดส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมาเป็นบุตรลำดับที่ 2 จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.2 และส่วนใหญ่มีจำนวนพี่น้อง 2 คน จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมาคือเป็นบุตรคนเดียว จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มแม่และพ่อ จำแนกตาม อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลำดับการเกิดของเด็ก รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ (N=154)

ข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อและแม่	ข้อมูลของแม่		ข้อมูลของพ่อ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
20-30 ปี	26	16.9	13	8.4
31-40 ปี	85	55.2	61	39.6
41-50 ปี	41	26.6	59	38.3
51-60 ปี	2	1.3	21	13.6
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	28	18.2	36	23.4
มัธยมศึกษา	74	48.1	60	39.0
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	25	16.2	27	17.5
ปริญญาตรี	24	15.6	27	17.5
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.9	4	2.6
อาชีพ				
ไม่มีอาชีพ	10	6.5	2	1.3
รับจ้าง	89	57.8	94	61.0
ค้าขาย	37	24.0	33	21.4
เกษตรกรรม	3	19.0	6	6.0
รับราชการ	9	5.8	14	14.0
อื่นๆ	6	3.9	5	3.2
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	97	62.0		
ครอบครัวขยาย	57	37.1		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
1-3 คน	37	24.0		
4-6 คน	93	60.3		
7 คนขึ้นไป	24	15.7		
รายได้ครอบครัว(บาท/เดือน)				
น้อยกว่า 10,000	16	10.4		
10,001-20,000	70	45.5		
20,001-30,000	27	17.5		
30,001-40,000	11	7.1		
40,001 บาทขึ้นไป	30	19.5		
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	92	59.7		
ไม่เพียงพอ	62	40.3		

จากตารางที่ 2 กลุ่มแม่ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 31- 40 ปี จำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.1 รองลงมาจบระดับประถมศึกษาจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างจำนวน 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.8 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขายจำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 24

กลุ่มพ่อส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31- 40 ปี จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 39 รองลงมาจบระดับประถมศึกษาจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 61 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขายจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.4

ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวจำนวน 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.1 และส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คนจำนวน 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.3 รองลงมาคือ 1-3 คนจำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 24 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทมากที่สุดจำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.50 รองลงมาคือ 40,001 บาทขึ้นไปจำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.5 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอจำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของระดับปัญหาพฤติกรรม จำแนกตามระดับของปัญหา (N= 154)

ระดับปัญหาพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาพฤติกรรมโดยรวม	$\bar{x} = 23.19$ SD = 5.74	ระดับมีปัญหา
ปกติ	21	13.6
เสี่ยง	27	15.5
มีปัญหา	106	68.8
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	$\bar{x} = 7$ SD=1.96	ระดับมีปัญหา
ปกติ	35	22.7
เสี่ยง	32	20.8
มีปัญหา	87	56.5
สัมพันธ์ทางสังคม	$\bar{x} = 5.60$ SD=2.10	ระดับเสี่ยง
ปกติ	72	46.8
เสี่ยง	44	28.6
มีปัญหา	38	24.7
พฤติกรรมเกร	$\bar{x} = 5.15$ SD =2.28	ระดับมีปัญหา
ปกติ	21	13
เสี่ยง	9	5.8
มีปัญหา	124	80.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ระดับปัญหาพฤติกรรม	จำนวน		ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	$\bar{x}=4.50$	SD=1.56	ระดับมีปัญหา
ปกติ		13	8.4
เสี่ยง		25	16.2
มีปัญหา		116	75.3
ด้านอารมณ์	$\bar{x}= 2.19$	SD = 2.24	ระดับปกติ
ปกติ		108	70.1
เสี่ยง		22	14.3
มีปัญหา		24	15.6

จากตารางที่ 3 ระดับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเรียงลำดับดังนี้ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีปัญหาจำนวน 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.8 รองลงมาคือ ระดับเสี่ยงจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.5 เมื่อวิเคราะห์แยกพิจารณาระดับปัญหาพฤติกรรมเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับจากด้านที่มีปัญหา มากไปหาน้อยได้ ดังนี้ ปัญหาพฤติกรรมเกรงจำนวน 124 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.50 ปัญหาพฤติกรรมความสัมพันธ์กับเพื่อนจำนวน 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.3 และปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งจำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.5 ปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมจำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.7 ปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.6 จำแนกตามค่าเฉลี่ยด้านที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.96 ปัญหาพฤติกรรมเกรงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.15 ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับ สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่
ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดยาของพ่อ

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละและ ค่าเฉลี่ย ของระดับสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ของ
เด็กสมาธิสั้น (N=154)

สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม	$\bar{X} = 5.39$	SD = 1.49
ดี	122	79.2
ไม่ดี	32	20.8
ด้านการแสดงออก	$\bar{X} = 5.44$	SD = 1.64
ดี	111	72.1
ไม่ดี	43	27.9
ด้านความสัมพันธ์	$\bar{X} = 6.53$	SD = 1.87
ดี	118	76.6
ไม่ดี	36	23.4
ด้านความไม่ขัดแย้ง	$\bar{X} = 5.39$	SD = 2.25
ดี	98	63.6
ไม่ดี	56	36.4

จากตารางที่ 4 พบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพอยู่ในระดับดีจำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.2 พิจารณาเป็นแยกเป็นรายด้าน พบว่า สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพในแต่ละด้านย่อยอยู่ในระดับดี เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านความสัมพันธ์ จำนวน 118 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.6 ด้านการแสดงออกจำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.1 และด้านความไม่ขัดแย้งจำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6 จำแนกตามค่าเฉลี่ยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านความสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.53 ด้านการแสดงออก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.44 ด้านความไม่ขัดแย้ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.39

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ระดับพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ของเด็กสมาธิสั้น (N=154)

พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่โดยรวม	$\bar{X} = 2.07$ SD=0.36	ระดับปานกลาง
สูง	5	3.2
กลาง	133	86.4
ต่ำ	10	10.4
ด้านยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง	$\bar{X} = 3.62$ SD=0.69	ระดับปานกลาง
สูง	39	25.3
กลาง	112	72.7
ต่ำ	3	1.9
ด้านเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก	$\bar{X} = 3.32$ SD=0.73	ระดับปานกลาง
สูง	24	15.6
กลาง	124	80.5
ต่ำ	6	3.9
ด้านไม่ทอดทิ้ง	$\bar{X} = 2.94$ SD=0.96	ระดับปานกลาง
สูง	13	8.4
กลาง	106	68.8
ต่ำ	35	22.7
ด้านเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ	$\bar{X} = 2.06$ SD=0.73	ระดับปานกลาง
สูง	0	0
กลาง	72	46.8
ต่ำ	82	53.2
ด้านไม่ควบคุมจนเกิดความล้าชวย	$\bar{X} = 1.21$ SD=0.73	ระดับต่ำ
สูง	0	0
กลาง	21	13.6
ต่ำ	133	86.4

จากตารางที่ 5 พบว่าพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่โดยรวมอยู่ระดับปานกลางจำนวน 133 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 พิจารณารายด้านพบว่าด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้คือ ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ด้านการเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 ด้านการทอดทิ้งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.09 ยกเว้นด้านการควบคุมจนล้าชวยอยู่ในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.21 ส่วนพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ด้านที่มีปัญหามากที่สุดคือด้านการไม่ควบคุมจนเกิดความล้าชวย คิดเป็นร้อยละ 98.1 ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบคิดเป็นร้อยละ 53.2 ด้านการไม่ทอดทิ้ง คิดเป็นร้อยละ 22.7

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับภาวะซึมเศร้าของแม่ (N= 154)

ระดับภาวะซึมเศร้าของแม่	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	125	81.2
มีภาวะซึมเศร้า		
ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง	27	17.5
ระดับรุนแรง	2	1.3
ระดับรุนแรงมาก	0	0

จากตารางที่ 6 พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่ของเด็กสมาธิสั้นมีจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8 โดยแบ่งเป็นระดับเรียงจากรุนแรงไปน้อย ดังนี้ ซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 รองลงมาเป็นภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.5 และแม่ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.2

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับการตีมีสุราของพ่อ (N=154)

ระดับการตีมีสุราของพ่อ	จำนวน	ร้อยละ
แบบความเสี่ยต่ำ	121	78.6
แบบมีความเสี่ย	12	7.8
แบบอันตราย	8	5.2
แบบตีมีสุรา	13	8.4

จากตารางที่ 7 พบว่า พ่อที่มีระดับการตีมีสุราแบบตีมีจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.4 ระดับการตีมีแบบอันตรายจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.2 ระดับการตีมีแบบมีความเสี่ยจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.8 และระดับการตีมีแบบเสี่ยต่ำจำนวน 121 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.6

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะวิตกกังวลของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ตารางที่ 8 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

สภาพแวดล้อมในครอบครัว	อารมณ์	พฤติกรรมเกร	อยู่ไม่นิ่ง	เพื่อน	สังคม	ปัญหาพฤติกรรม
ด้านความสัมพันธ์	-.076	-.167*	-.148	-.131	-.131	-.206*
ด้านการแสดงออก	.015	-.033	-.162*	.053	.043	-.008
ด้านความไม่ขัดแย้ง	-.017	-.237**	-.202*	-.032	-.126	-.214**
รวม	-.042	-.206*	-.221**	-.038	-.139	-.220**

* หมายถึง $p < .05$

จากตารางที่ 8 พบว่า สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมเกร ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.206, -.220$ และ $-.221$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม เมื่อพิจารณารายด้านของสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ

ด้านย่อยความสัมพันธ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมเกรและปัญหาพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.167$ และ $-.206$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ด้านย่อยการแสดงออก มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.162$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกร ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

และด้านย่อยความไม่ขัดแย้ง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมเกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.202, -.214$, และ $-.237$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ตารางที่ 9 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่	อารมณ์	พฤติกรรม เกร	ไม่อยู่ นิ่ง	เพื่อน	สังคม	ปัญหา พฤติกรรม รวม
ด้านเคารพความเป็นตัวตน ของเด็ก	-1.23	-.072	-.078	-.218**	-.220**	-.179*
ด้านเสมอต้นเสมอปลายใน กฎระเบียบ	-.033	-.103	-.104	-.162*	-.216**	-.152
ด้านยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง	.028	-.029	-.060	.029	.051	-.008
ด้านไม่ควบคุมจนเกิดความ ละอาย	-.023	-.140	-.025	-.213**	-.016	-.166*
ด้านไม่ทอดทิ้ง	-.104	-.132	-.120	-.103	.093	-.166*
รวม	-.079	-.136	-.119	-.189*	-.200*	-.198*

* หมายถึง $p < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่า พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.189, -.198$ และ $-.200$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกร ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

ด้านเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวม ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.179, -.218$ และ $-.220$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรและปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

ด้านเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.162$ และ $-.216$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรและปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

ด้านด้านยึดเด็กเป็นศูนย์กลางพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมทุกด้าน

ด้านไม่ควบคุมจนเกิดความละอาย มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวม และปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.166$ และ $-.213$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกร ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม

ด้านไม่ทอดทิ้ง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.166$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหา

พฤติกรรมเกรง ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ตารางที่ 10 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดยาของพ่อกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

ปัจจัย	อารมณ์	พฤติกรรม เกรง	อยู่ไม่นิ่ง	เพื่อน	สังคม	ปัญหา พฤติกรรม
ภาวะซึมเศร้าของแม่	.325**	.331**	.177*	.131	-.033	.394**
ภาวะติดยาของพ่อ	.087	.286**	-.047	.067	.0094	.165*

* หมายถึง $p < .05$

จากตารางที่ 10 พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรงและปัญหาพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .325, .331$ และ $.394$ ตามลำดับ) และความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .177$) แต่ไม่ความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

พบว่าภาวะติดยาของพ่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมเกรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .165$ และ $.286$ ตามลำดับ) แต่ไม่ความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ตารางที่ 11 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะวิตกกังวลของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปรที่ศึกษา	สภาพแวดล้อม ในครอบครัวด้าน สัมพันธภาพ	พฤติกรรม การเป็น พ่อแม่	ภาวะ ซึมเศร้า ของแม่	ภาวะติด สุราของ พ่อ
สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้าน สัมพันธภาพ	1			
พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่	.268**	1		
ภาวะซึมเศร้าของแม่	-.300**	-.168*	1	
ภาวะวิตกกังวลของพ่อ	-.140	-.023	.298**	1
ปัญหาพฤติกรรมโดยรวม	-.220**	-.198*	.394**	.165*

* หมายถึง $p < .05$

จากตารางที่ 11 พบว่า สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและภาวะซึมเศร้าของแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.220$ และ $-.300$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .268$)

พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของแม่และปัญหาพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.168$ และ $-.198$)

ภาวะซึมเศร้าของแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะวิตกกังวลของพ่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .298$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับกลางกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .394$)

ภาวะวิตกกังวลของพ่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .165$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัย สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น เขตภาคกลางตอนบน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม
2. เพื่อศึกษา สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อของเด็กสมาธิสั้น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

สมมุติฐานการวิจัย

1. สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น
2. พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น
3. ภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น
4. ภาวะติดสุราของพ่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ พ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี ซึ่งเป็นเด็กที่มีปัญหาประกอบด้วย ชาติสมาธิขุ่นอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นควบคุมตนเองไม่ได้ อาการจะปรากฏให้เห็นก่อน 7 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Classification of disease/ ICD 10 ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับบริการต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคกลางตอนบน

กลุ่มตัวอย่างคือ พ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปีที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคกลางตอนบน ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ประกอบด้วยจิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่นและพยาบาลให้บริการอย่างต่อเนื่องจำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสามโคก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 154 ครอบครัว และมีคุณสมบัติตามการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. พ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของ ICD-10
2. เด็กสมาธิสั้นไม่มีประวัติปัญหาของระดับสติปัญญาและโรคร่วมอื่นๆ เช่น Learning Disorder, Conduct Disorder, Oppositional defiant Disorder โดยดูจากแฟ้มประวัติการการตรวจรักษาของแพทย์
3. เป็นพ่อและแม่ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับเด็ก เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และทำหน้าที่ในการปฏิบัติการดูแลเด็กโดยตรง
4. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจและตอบคำถามรู้เรื่อง
5. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้มี 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2. แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ (Family environment scale) ของ Moos & Moos (1986) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย ปณิพันธ์ สกุลทอง (2531) จำนวน 27 ข้อประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านความสัมพันธ์จำนวน 9 ข้อ ด้านการแสดงออก จำนวน 9 ข้อ และความขัดแย้ง จำนวน 9 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ถ้าตอบตรงตามแบบเฉลย ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ตรงตามแบบเฉลยได้ 0 คะแนน โดยประเมินตามการรับรู้ของแม่เด็กสมาธิสั้น นำมาวิเคราะห์ความเที่ยง ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่ (The Parent's report Scale) ของ Cohen et al. (1977) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูลูก ซึ่งจัดกลุ่มพฤติกรรมเป็น 5 ด้านๆละ 4 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก 2) ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ 3) ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง 4) ด้านการไม่ควบคุมจนละเลย 5) ด้านการไม่ทอดทิ้ง แบบประเมินนี้ประเมินตามการรับรู้ของแม่เด็กสมาธิสั้น นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .81

ส่วนที่ 4 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก (The Strength and Difficulties Questionnaire : SDQ) สำหรับประเมินพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นอายุ 4-16 ปี ที่สร้างขึ้นโดย Robert Goodsman (2001) แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย นายแพทย์มานิช หล่อตระกูลและแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล ในปี พ.ศ. 2543 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะปัญหาพฤติกรรมเป็น 5 กลุ่มๆละ 5 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมความสัมพันธ์กับเพื่อน และปัญหาพฤติกรรมสัมพันธ์ทางสังคมรวมจำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ แต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน ประเมินโดยแม่เด็กสมาธิสั้น นำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .81

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression) ที่สร้างขึ้นโดย Hamilton แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย โดยนายแพทย์มานิช หล่อตระกูลและคณะในปี 2542 ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ โดยเป็นการประเมินในแง่ของอาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน ในแต่ละข้อมีคะแนนสูงสุดไม่เท่ากัน ได้แบ่งระดับคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 คะแนน โดยสัมภาษณ์แม่เด็กสมาธิสั้น นำมาวิเคราะห์ความเที่ยง ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85

ส่วนที่ 6 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol use Disorder Identification Test: AUDIT) แบบประเมินนี้พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2001) แปลเป็นไทยโดยกรมสุขภาพจิต ในปี 2547 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน นำมาวิเคราะห์ความเที่ยง ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90

การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมข้อมูลการวิจัยที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์ภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นเป็นรายด้าน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผลของการวิจัยสรุปได้ประเด็นสำคัญดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น

เพศ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยแบ่งเป็นชาย ร้อยละ 83.1 และเพศหญิงร้อยละ 16.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 6-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมาอายุ 10-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.2 ระดับการเรียนรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมต้น (ป.1-3) คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมาอยู่ในระดับประถมปลาย (ป.4-6) คิดเป็นร้อยละ 44.2 ลำดับการเกิดส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมาเป็นบุตรลำดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 44.2 และส่วนใหญ่มีจำนวนพี่น้อง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 รองลงมาคือเป็นบุตรคนเดียว จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.7

ข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อและแม่

กลุ่มแม่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 85 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.1 รองลงมาจบระดับประถมศึกษา จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2 ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.8 รองลงมาเป็นค้าขายจำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 24

กลุ่มพ่อส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 31-40 ปีจำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.6 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 39 รองลงมาจบระดับประถมศึกษา จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.4 ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 61 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขายจำนวน 33 รายคิดเป็นร้อยละ 21.4

ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 62 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3 รองลงมา คือ 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 24 รายได้ของครอบครัว อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.55 รองลงมา คือ 40,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.5 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 59.7

2. ในการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 68.8 รองลงมาคือ ระดับเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 17.5 วิเคราะห์แยกพิจารณาระดับปัญหาพฤติกรรมเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับจากด้านที่มีปัญหา มากไปหาน้อยได้ดังนี้ ปัญหาพฤติกรรมเกร คิดเป็นร้อยละ 80.50 ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 75.3 และปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง คิดเป็นร้อยละ 56.5 ปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 24.7 ปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 15.6 จำแนกตามค่าเฉลี่ยด้านที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.96 พฤติกรรมเกรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.15 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.50

3. ในการศึกษาปัจจัย สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์ภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดสุราของพ่อ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ อยู่ในระดับดี ($\bar{x}=5.79$) พิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับดี เรียงจากมากไปหาน้อยดังนี้ ด้านความสัมพันธ์ ($\bar{x}=6.53$) ด้านการแสดงออก ($\bar{x}=5.44$) ด้านความไม่ขัดแย้ง ($\bar{x}=5.39$)

3.2 พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่โดยรวม อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.07$) พิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับกลาง โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้คือ ด้านการยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ($\bar{x}=3.62$) ด้านการเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก ($\bar{x}=3.32$) ด้านการไม่ทอดทิ้ง ($\bar{x}=2.94$) ด้านการเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ ($\bar{x}=2.06$) ยกเว้นด้านการไม่ควบคุมจนเกิดความละอายเป็นระดับต่ำ ($\bar{x}=1.21$)

3.3 ภาวะซึมเศร้าของแม่ พบว่าแม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.5 และไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.2

3.4 ภาวะติดสุราของพ่อ ระดับการดื่มสุราแบบติดจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.4 ระดับการดื่มแบบอันตรายจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.2 ระดับการดื่มแบบมีความเสี่ยงจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.8 และระดับการดื่มแบบเสี่ยงต่ำมากที่สุดจำนวน 121 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.6

4. จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมเด็ก สมมติสันพบว่า สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมเกร่ ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.206, -.220$ และ $-.221$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม เมื่อพิจารณารายด้านของสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ

ด้านย่อยความสัมพันธ์ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมเกร่และปัญหาพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.167$ และ $-.206$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ด้านย่อยการแสดงออก มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.162$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกร่ ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

และด้านย่อยความไม่ขัดแย้ง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมเกร่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.202, -.214$, และ $-.237$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม

พฤติกรรมกำเป็นพ่อแม่ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับ ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.189, -.198$ และ $-.200$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับ ปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกร และ ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

ด้านเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวม ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.179, -.218$ และ $-.220$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรและปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

ด้านเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.162$ และ $-.216$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรและปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง

ด้านด้านยึดเด็กเป็นศูนย์กลางพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมทุกด้าน

ด้านไม่ควบคุมจนเกิดความละอายเป็นมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวม และปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.166$ และ $-.213$ ตามลำดับ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกร ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม

ด้านไม่ทอดทิ้ง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.166$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกร ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม

ภาวะซึมเศร้าของแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกรและปัญหาพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.325, .331$ และ $.394$ ตามลำดับ) และความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.177$) แต่ไม่ความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม

พบว่าภาวะติดสุราของพ่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมเกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .165$ และ $.286$ ตามลำดับ) แต่ไม่ความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 68.8 เมื่อจำแนกรายด้าน พบปัญหาพฤติกรรมเกร่มากที่สุดคือ คิดเป็นร้อยละ 80.5 เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มักมีปัญหาการถูกดูต่ำ ต่ำหนิ ประณาม ประจาน ลงโทษมากเกินไป ทำให้อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย มองตนเองไม่ดี มองโลกในแง่ร้าย ขาดความภูมิใจตนเอง ขาดความกล้าคิดริเริ่มในทางสร้างสรรค์ เก็บกดความโกรธความก้าวร้าว และอาจแสดงออกเป็นความก้าวร้าวต่อผู้อื่น อาจกลายเป็นพฤติกรรมเกรเมื่อโตขึ้น (พนม เกตุมาน, 2548) มักมีปัญหาพฤติกรรมคือ ไม่เชื่อฟัง เกร ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียน วุ่นวาย ก่อกวนเพื่อนและครูในชั้นเรียน หรือเข้าแถวรอคอยอะไรไม่ได้นาน มักมีเรื่องชกต่อย หรือเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง อันเนื่องมาจากความหุนหันพลันแล่น จนทำให้ถูกตีหรือถูกทำโทษรุนแรง นอกจากนี้เด็กจะมีอารมณ์หงุดหงิด โมโห ตอบโต้กลับอย่างรุนแรง ทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทกับคนอื่นบ่อยครั้ง จนใครๆ เข้าใจว่าพวกเขา เป็นเด็กเกรและเป็นที่โจทก์ของโรงเรียน ทางทฤษฎีเชื่อว่าเป็นผลตามหลังจากการที่พัฒนาการทางการสื่อสารมีความบกพร่อง ทำให้เข้าใจและสื่อสารได้ต่ำกว่าเด็กอื่น ร่วมกับสมาธิสั้น วู่วาม จึงไม่สามารถถ่ายทอดความต้องการ อารมณ์ความรู้สึก ผ่านทางคำพูดได้ดี เด็กจึงเลือกที่จะแสดงออกด้วยท่าทาง เช่น การร้องไห้ คร่ำครวญ โกรธเกรี้ยว อาละวาด

รองลงมาเป็นปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน 75.3 กล่าวคือเด็กสมาธิสั้นจำนวนมากมักมีอาการหงุดหงิด ควบคุมอารมณ์โกรธไม่ได้ เวลาโกรธแค้น และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น ชกหน้าเพื่อน ตะโกนเสียงดัง ทำให้เด็กมีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและคนในครอบครัว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ อลิสา วัชรสินธุ์ (2546) พบว่าเด็กมักขาดการควบคุมตนเอง ไม่รู้จักกาลเทศะทะเลาะง่าย ก่อกวน ไม่รู้จักกฎเกณฑ์ และทำผิดได้ง่าย เด็กมักถูกปฏิเสธและรังเกียจ ไม่ให้เข้ากลุ่ม

พบปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งร้อยละ 56.5 คืออาการซนมาก และอยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย อาการจะสังเกตเห็นได้ตั้งแต่ยังเล็ก เด็กจะเป็นคนที่มีพลังมาก เดินแก่ง วิ่งแก่งปีนป่ายไม่หยุดถ้าสั่งให้เด็กรั้งนั่งได้ประมาณ 5 นาที เด็กจะเริ่มขยับตัว ขยุกขยิก อาการนี้ทำให้เด็กมีปัญหาเมื่อเข้าโรงเรียน อาจลุกขึ้นขณะครูสอน หรือสะกิดเพื่อน ขวนเพื่อนคุยทำให้ครูมีทัศนคติเชิงลบต่อเด็กและทำโทษเด็ก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546) อาการอยู่ไม่นิ่ง จะต้องมึระดับมากกว่าที่ควรจะเป็นในเด็กปกติทั่วไป การอยู่ไม่สุขนี้ ไม่ใช่ความซุกซนธรรมดา ของเด็กแต่จะมีลักษณะเบี่ยงเบนออกจากที่เด็กควรจะเป็นอยู่หรือเบี่ยงเบนออกจากสิ่งที่เด็กควรจะทำอยู่ เช่นเวลาอยู่ที่โรงเรียนก็จะลุกจากที่นั่งบ่อยๆนั่งไม่ติด ละทิ้งงานที่กำลังทำอยู่ที่โต๊ะเรียนไป นอกจากนั้นๆมักเป็นที่รบกวนคนอื่น ทำให้เด็กอื่นเสียสมาธิ (นางพางา ลิ้มสุวรรณ, 2542)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดารุณี งามขำ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมโดยรวมร้อยละ 65 จะเห็นได้ว่าเด็กสมาธิสั้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาพฤติกรรมที่เกิดร่วมสูงในหลายด้าน ดังนั้นการตระหนักถึงปัญหาพฤติกรรมที่เกิดร่วมจึงมีความสำคัญโดยการประเมินรอบด้าน ร่วมกับการหาแนวทางป้องกันแก้ไขตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่รุนแรงและเรื้อรังในอนาคต การแก้ไขปัญหาพฤติกรรม ต้องกระทำโดยอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเริ่มจากครอบครัวซึ่งเป็น

หน่วยย่อยที่มีความใกล้ชิดเด็กมากที่สุด และนอกจากนั้นควรได้รับการช่วยเหลือจากทางโรงเรียน เนื่องจากเด็กกลุ่มเหล่านี้เป็นวัยเรียน จึงควรให้ความช่วยเหลือในเรื่องการเรียน การฝึกทักษะทางสังคม การควบคุมพฤติกรรม การยอมรับ การเห็นคุณค่าตนเอง และการคัดกรองส่งต่อเข้าสู่การรักษา (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2555) ซึ่งจะช่วยลดปัญหาทางจิตใจและสังคม มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างได้อย่างมีความสุข

2. จากการศึกษาลักษณะของปัจจัยครอบครัวของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ พบว่า

2.1 สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 5.79$) แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวเด็กสมาธิสั้นมีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองซึ่งกันและกันระหว่างเด็กและครอบครัว มีความรัก ความผูกพันช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการแสดงความรู้สึกออกมาอย่างเปิดเผย มีการวางแผนกิจกรรมร่วมกัน มีการวางแผนกฎระเบียบในชีวิตที่เหมาะสม และมีความขัดแย้งในครอบครัวต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์ธนี งามขำ (2554) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาคตะวันออก พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าถึงสภาพแวดล้อมในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นมักมีความขัดแย้งระหว่างพ่อแม่สูง มีความสัมพันธ์กันต่ำ ความเป็นระเบียบต่ำ มีการสื่อสารกันน้อย ขาดความผูกพันและการตอบสนองต่ำ (Pressman et al., 2006; Edwards et al., 2001) อาจเนื่องมาจากครอบครัวเด็กสมาธิสั้นที่ศึกษา ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอื่น เช่น มีความเพียงพอของรายได้และสภาพครอบครัวไม่แตกแยก และครอบครัวที่ศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์และการพยาบาลมาแล้วในระดับหนึ่ง จึงอาจทำให้พ่อและแม่ลดความขัดแย้งในครอบครัวลง และสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพอยู่ในเกณฑ์ดี

2.2 ผลการศึกษาพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ พบว่าพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่โดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.07$) และด้านที่เป็นปัญหาคือด้านการไม่ควบคุมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 1.21$) อาจเนื่องมาจากปัญหาพฤติกรรมของเด็ก จึงทำให้พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่เปลี่ยนแปลงไปทางด้านการควบคุมสูง พ่อแม่เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีการอบรมเลี้ยงดูด้วยการควบคุมมาก หรือเรียกร้องให้ทำพฤติกรรมที่เหมาะสมมาก พ่อแม่ควบคุมให้ลูกเป็นไปในแบบที่ตนต้องการ ทำให้เด็กถูกควบคุมสูง ซึ่งอาจส่งผลทำให้เด็กเกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gau et al. (2013) ที่ทำการศึกษารูปแบบการเลี้ยงดูของแม่เด็กสมาธิสั้น อายุ 11-18 ปี จำนวน 337 คน พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูของแม่เด็กสมาธิสั้นจะปกป้องและควบคุมมากกว่าแม่ของเด็กกลุ่มปกติ และจากการศึกษาของ Wolfson and Grant (2006) พบว่าเด็กที่ปัญหาพฤติกรรม ทำให้แม่มีรูปแบบการเลี้ยงดูที่ใช้อำนาจในการควบคุม และจากกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมด้านเกรี้ยวละ 80.50 จึงอาจทำให้พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ของเด็กสมาธิสั้นมีการควบคุมสูงตามด้วย

2.3 ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของแม่พบว่า แม่ของเด็กสมาธิสั้นมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.8 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ

ละ 1.3 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.5 สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณีย์ พุทศรี (2549) ที่ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในแม่ของเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชช่วงเดือนมิถุนายน 2544-มกราคม 2545 พบแม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.70 โดยอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลางร้อยละ 30.62 ระดับรุนแรงร้อยละ 4.08 เนื่องจากพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าของแม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพัฒนาการทางจิตวิทยาของเด็ก (Burke, 2003) โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออก (Hay et al., 2003) และมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ของเด็ก (Goodman et al., 2011) ดังนั้นในการพยาบาลเด็กสมาธิสั้น จึงควรมีการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าของแม่และให้การช่วยเหลือบำบัดไปพร้อมกัน เพื่อลดปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงมากขึ้นของเด็กสมาธิสั้น

2.4 ผลการวิเคราะห์ภาวะติดสุราของพ่อ พบว่าพ่อของกลุ่มตัวอย่างมีการดื่มแบบติด คิดเป็นร้อยละ 8.4 ดื่มแบบอันตราย คิดเป็นร้อยละ 5.2 และดื่มแบบมีเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 7.8 ผลการวิจัยพบว่าซึ่งพบว่าภาวะติดสุราของพ่อ ที่สูงกว่าความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ซึ่งพบกลุ่มที่ดื่มแบบติด เป็นร้อยละ 6.6 (บุญศิริ จันศิริมงคลและคณะ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Molina et al. (1997) พบว่าพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นดื่มสุราแบบเสี่ยงมากกว่าพ่อแม่เด็กปกติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรที่มีปัญหาพฤติกรรม

3. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ในเขตภาคกลางตอนบน สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายประเด็นสำคัญได้ดังนี้

3.1 ผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น พบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมเกร่ ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.206, -.220$ และ $-.221$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพดี จะมีแนวโน้มการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่าครอบครัวที่มีสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพไม่ดี เมื่อพิจารณาเฉพาะในแต่ละด้านพบว่า ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันต่ำ มีความขัดแย้งสูง จะมีแนวโน้มการเกิดปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกร่และปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Drabick et al. (2006) ได้ศึกษาภาวะโรคร่วมพฤติกรรมเกร่และภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นที่มารับรักษาในคลินิก จำนวน 203 คน อายุ 6-10 ปี พบว่า สภาพแวดล้อมครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันต่ำและความขัดแย้งสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกร่และภาวะซึมเศร้าของเด็กสมาธิสั้น และสอดคล้องกับการศึกษาของสมภพ เรื่องตระกูล (2545); ชาญวิทย์ พรนพดล (2546); Jester et al. (2005) สภาพแวดล้อมครอบครัวด้านสัมพันธภาพต่ำหรือไม่เหมาะสม มีปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว และปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างพ่อและแม่ มักจะส่งผลต่อพฤติกรรมด้านลบของเด็ก

และพบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม อาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมครอบครัวในครอบครัวมีความใกล้เคียงกัน ปัญหาพฤติกรรมโดยส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน จึงอาจทำให้ความสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพให้เพิ่มสูงขึ้นโดยการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและรับรู้เรื่องราวต่างๆ มีความรักความเข้าใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ย่อมส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นไปในทางบวก ป้องกันการเกิดปัญหาพฤติกรรมอื่นๆตามมา

3.2 จากการศึกษาความสัมพันธ์ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น พบว่าพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.189, -.198$ และ $-.200$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการการเป็นพ่อแม่ที่ดี หมายถึง การที่ไม่ควบคุมจนเกินไป ไม่ปล่อยปละละเลย การมีกฎระเบียบที่แน่นอน และการให้ความสำคัญกับเด็กได้แสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม เด็กสมาธิสั้นจะมีแนวโน้มการเกิดปัญหาพฤติกรรมลดลง มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและสัมพันธภาพกับทางสังคมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Drabick et al. (2006) ทำการศึกษาภาวะโรคร่วม พฤติกรรมเกรและภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นที่มารักษาในคลินิก จำนวน 203 คน อายุ 6-10 ปี พบว่า พฤติกรรมพ่อแม่แบบไม่เป็นมิตร ความไม่คงเส้นคงวา และการเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกรและภาวะซึมเศร้า สรุปได้ว่าพฤติกรรมพ่อแม่สามารถทำนายการเกิดปัญหาพฤติกรรมเกรและซึมเศร้า และเนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีอาการที่รบกวนผู้อื่น ยากแก่การเลี้ยงดู ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางลบจากพ่อแม่และครูมาก ทำให้เกิดการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมตามมา เช่น การดูค่วากกล่าว ลงโทษรุนแรงหรือการไม่เอาจริงปล่อยเด็กมากเกินไป ในที่สุดกลายเป็นปัญหาพฤติกรรมต่างๆ เช่น การเลี้ยงดูที่ตามใจเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กขาดการควบคุมตนเอง ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่วางแผนการที่เป็นระบบ เอาแต่ใจไม่ฟังใคร เอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง การช่วยเหลือเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กช่วยเหลือตนเองไม่เป็น ขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดทักษะการปรับตัว การเลี้ยงดูด้วยการดูต่ำ ต่ำหนิ ประจานหรือลงโทษมากเกินไป ทำให้อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย มองตนเองไม่ดี อาจแสดงความก้าวร้าวต่อผู้อื่น และอาจกลายเป็นพฤติกรรมเกรเมื่อโตขึ้น การเลี้ยงดูที่ปล่อยปละละเลยจนเกินไป ทำให้เด็กขาดระเบียบ ขาดการควบคุมตนเอง เอาแต่ใจ ตัดสินใจด้วยอารมณ์ไม่ปรับตัวเข้าหาผู้อื่น ไม่อยู่ในกรอบกติกาของสังคม (พนม เกตุมาน, 2548) จากการศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมการเป็นของพ่อแม่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่มีการเลี้ยงดูแบบควบคุมมากเกินไป การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุมมากเกินไป ส่งผลให้เด็กมักไม่ค่อยมีความสุข ชอบหลีกเลี่ยงสังคม มีความวิตกกังวลและรู้สึกไม่มั่นคงมีความคับข้องใจสูง และขาดความกระตือรือร้นไม่ค่อยมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ขาดความยืดหยุ่นอนุรักษนิยม เจ้าระเบียบจนเกินไป และมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ (Baumrind, 1991

อ้างอิงใน พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุษย์ และคณะ, 2545) จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่หรือการอบรมเลี้ยงดู มีผลต่อพฤติกรรมด้านต่างๆของเด็ก ดังนั้น ให้คำแนะนำให้กับพ่อแม่ให้เห็นถึงความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการอบรมเลี้ยงดูที่ส่งเสริมให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง ส่งเสริมให้เด็กมีอิสระในด้านความคิดและการกระทำ ไม่ปล่อยปละละเลย มีเวลาให้ความรักความอบอุ่นกับลูกอย่างเพียงพอ โดยหลีกเลี่ยงการอบรมเลี้ยงดูที่ควบคุมมากเกินไป ไม่ตั้งกฎเกณฑ์ต่างๆ และการบังคับให้บุตรปฏิบัติตามอย่าง

3.3 จากการศึกษาความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของแม่ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

ผลการวิเคราะห์พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกราะและปัญหาพฤติกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.325, .331$ และ $.394$ ตามลำดับ) และภาวะซึมเศร้าของแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.177$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cummings and Davies (1999); Elger et al. (2004) พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมแบบเก็บกดและปัญหาพฤติกรรมแบบแสดงออกของเด็กทุกช่วงวัยและรวมถึงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chronis et al. (2007) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแม่ที่มีภาวะซึมเศร้ากับการทำนายพฤติกรรมเกราะในอนาคตรของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งโดยอาการแสดงของภาวะซึมเศร้านั้น มักจะมีอารมณ์เศร้าท้อแท้ หดหู่ใจ รู้สึกเบื่อหน่ายสังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัว มีพฤติกรรมอยากเก็บอยู่คนเดียว หงุดหงิดอารมณ์รุนแรงง่ายได้เมื่อมีสิ่งรบกวน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนิตัวเอง รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์ไม่มีใครช่วย ซึ่งอาการจะรุนแรงมากขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค จึงอาจทำให้เด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่ที่ดี เท่าที่ควร หรือได้รับการลงโทษที่รุนแรง อาจถูกปล่อยปละละเลย ขาดความรัก ความอบอุ่น หรือการตอบสนองต่อความต้องการของเด็กสมาธิสั้นลดลง จนอาจส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึกและการแสดงที่ไม่เหมาะสมของเด็กสมาธิ ภาวะซึมเศร้าของแม่ส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพแม่และเด็ก มีความเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดูของพ่อแม่ลดลง มีความขัดแย้งและการตอบสนองด้านลบมากขึ้น รวมถึงการตอบสนองด้านบวกต่อเด็กน้อยลง (Goodman & Gotlib, 1999; Lovejoy et al., 2000)

แต่พบว่าภาวะซึมเศร้าของแม่ ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของแม่ซึมเศร้ามี่จำนวนน้อย นอกจากนั้นเด็กสมาธิสั้นและแม่ได้รับการรักษาพยาบาลรวมถึงการรักษาด้วยยามาแล้วจนอาการและอาการแสดงของโรคลดลงแล้ว จึงอาจทำให้ผลกระทบที่เกิดขึ้นค่อนข้างน้อย หรือไม่เห็นความแตกต่างในปัญหาพฤติกรรมในด้านดังกล่าว ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของแม่ซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะเรื้อรังในจำนวนที่มากขึ้น อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยจึงควรตระหนักถึงความสำคัญในปัญหาภาวะสุขภาพจิตของแม่เด็กสมาธิสั้นโดยควรมีการคัดกรองประเมินปัญหาภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพจิตของเด็กและทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.4 จากการศึกษาความสัมพันธ์ภาวะติดสุราของพ่อกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นพบว่า

ผลการวิเคราะห์พบว่าภาวะติดสุราของพ่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวมและปัญหาพฤติกรรมเกราะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .165$ และ $.286$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Loukas et al. (2003) พบว่าพ่อติดสุรามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มมากขึ้นของปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวเกราะ ในครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่ในภาวะติดสุราจะมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงในครอบครัวเพิ่มขึ้นถึง 3.84 เท่า (รณชัย คงสกนธ์, 2548) นอกจากนั้นส่งผลต่ออารมณ์ของพ่อแม่ไม่ดี จะดูดำและลงโทษเด็กด้วยการตีโดยไม่มีเหตุผลที่สมควร ซึ่งการลงโทษที่รุนแรงจะมีผลต่อจิตใจของเด็กเป็นอย่างมาก ทำให้เด็กเกิดความคับข้องใจ เกิดความโกรธ ไม่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เกราะ เพื่อเป็นการระบายอารมณ์และชดเชยการกระทำที่ตนได้รับจากพ่อแม่ (ทรงสุตา หมื่นไธสง, 2545) และพบว่าภาวะติดสุราของพ่อไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของพ่อที่ติดสุรามีจำนวนน้อย ซึ่งเพียง 8.4% จึงอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่างในปัญหาพฤติกรรมในด้านดังกล่าว ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพ่อติดสุราจำนวนมากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะติดสุราของพ่อยังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .298$) ซึ่งจะเห็นได้ว่าติดสุราของพ่อเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงไปสู่ได้ทั้งปัญหาพฤติกรรมของเด็กและภาวะสุขภาพจิตของแม่ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จึงควรมีการประเมินระดับการดื่มสุราของพ่อร่วมด้วย เพื่อให้ลดปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นการเกิดปัญหาพฤติกรรมร่วมกับการให้คำปรึกษากับพ่อที่ดื่มสุราควบคู่ไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยการนำผลการวิจัยที่ได้เกี่ยวกับปัจจัยด้าน สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์ภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะดื่มสุราของพ่อ มาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในผู้ปกครอง เพื่อป้องกันหรือแก้ไขการเกิดปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงอันเกี่ยวเนื่องจากครอบครัว ซึ่งจะทำการป้องกันและการช่วยเหลือครอบครัวและเด็กสมาธิสั้นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากขึ้น

2. การวิจัยครั้งเป็นการเสนอถึงปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรม ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน และลดความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยทั้งนี้ควรมีการประเมินสภาพปัญหาของครอบครัวและให้การช่วยเหลือไปพร้อมกันตามความเหมาะสมของสภาพปัญหา รวมถึงการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และการยอมรับ การเลี้ยงดูที่ถูกต้อง การส่งเสริมกำลังใจให้กับครอบครัว ซึ่งจะทำให้การกระบวนการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ ภาวะติ่มสุราของพ่อที่ส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบในรูปแบบการวิจัยเชิงปัจจัยทำนาย เพื่อให้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงวางแผนจัดและกระทำที่ถูกต้องเหมาะสม

2. ด้านการวิจัยทางการแพทย์เนื่องการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ ภาวะติ่มสุราของพ่อ ดังนั้นเมื่อทราบปัจจัยสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กกลุ่มนี้ จึงควรนำผลการวิจัยมาพัฒนาในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยการจัดกระทำกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆเหล่านี้ อันจะส่งผลให้มีการลดลงของปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นในระยะยาว



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กัลญา แก้วอินทร์. (2545). *ภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น*. โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุสุมา คำเกลี้ยง. (2551). การพัฒนาต้นแบบ: กิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดซาเทียนส์สำหรับพ่อแม่ของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3), 144-155.
- กุหลาบ รัตนสังขธรรม, วิไล สถิตเสถียรและพัชรี สุวรรณศรี. (2541). *รายงานการวิจัยเรื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวกับปัญหาเสพติดและพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไกรสร พงศ์วิรัตน์ อรรถพรณ เล่าห์เรณู เขาวนันทน์ ชาญศิลป์ และชาติรี วิฑูรชาติ. (2548). การศึกษาคุณภาพชีวิตเด็กสมาธิสั้น. *วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์*, 88(8), 1062-1066.
- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2552). *ปรับพฤติกรรมเด็กนั้นยากจริงหรือ*. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. Retrieved 1 มีนาคม 2556, from http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article_file/705_1.pdf.
- กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม. (2548). *ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภารรณ และคณะ. (2541). *รายงานการวิจัยเรื่อง รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เด็กเยาวชน และครอบครัวในประเทศไทยและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงวิจัย*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- จันทร์เพ็ญ รัชสินพงษ์. (2552). *คู่มือช่วยพ่อแม่แก้ปัญหาพฤติกรรมลูก*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปัยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- จำนงจิต สุขพิทักษ์. (2553). ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาต่อเด็กสมาธิสั้น. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 30(3), 25-37.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2551). *การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช Mental Health promotion and Psychiatric Nursing หน่วยที่ 8-15*. สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี สำนักพิมพ์: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิราภรณ์ ชมพิบูล, ปราวณี สุทธิสุนทร, เกรียงศักดิ์ ชื้อเถื่อน และคุณณี คำมี. (2552). *รายงานวิจัย สัมพันธภาพในครอบครัวไทย*. สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. แทนทอง ชินวัฒน์การพิมพ์.

- จิรวรรณ แทนวัฒนกุล. (2552). *การเลี้ยงดูเด็กหรือการทารุณกรรมและปล่อยปละละเลยเด็ก*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2554). ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงาน
 เขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย. *วารสารสภากาชาด*, 26(2), 42-56.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2546). *มารู้จักเด็กสมาธิสั้นกันเถอะ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเจนเซนซีแลค.
- ชาติรี วิฑูรชาติ. (2551). “โรคสมาธิสั้น” หนังสือ 10 ปี ทศวรรษเพื่อเด็กและภูมิปัญญาของครอบครัว.
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็ก และครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้ง
 แอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- ดลฤดี แดงคูน้า. (2549). *ความเครียดในของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารกา แสงสุกใส. (2544). *ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและแบบการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวบกพร่องทาง
 สติปัญญา 6-11ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลราชานุกูล*. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชา
 สุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารุณี งามขำ. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาค
 ตะวันออก*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ
 พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดุสิต ลักษณ์พิชิตกุล. (2540). โรคสมาธิสั้น. *วารสารสุขุทัยธรรมมาธิราช*, 10(1), 94-100.
- ทรงสุดา หมั่นไธสง. (2545). *ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูที่ใช้ความรุนแรงและความต้องการ
 ของเด็กและเยาวชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรติลก, รวิวรรณ ศรีสุชาติ, พัชรินทร์ วชิรติลก,
 ฉันทวรรณ บูรณสุขสกุล และคณะ. (2555). *รายงานการวิจัย การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้น
 แบบบูรณาการ ปีงบประมาณ 2555*. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
 กระทรวงสาธารณสุข.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรติลก, รวิวรรณ ศรีสุชาติ, พัชรินทร์ วชิรติลก,
 และฉันทวรรณ บูรณสุขสกุล. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่ง
 ประเทศไทย*, 21(2), 66-75.
- ทัศนวัต สมบุญธรรม. (2554). *โรคสมาธิสั้น*. ในทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพบรวัลย์, ชาศรียา
 อีร์เนตร, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์ และพงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์. (บรรณาธิการ). *ตำรา
 พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชศาสตร์ทั่วไป*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์
 จำกัด.
- เทพสิรินทร์ มากบุญศรี. (2549). *ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น*.
 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงพงา ถิมสุวรรณ. (2542). *โรคสมาธิสั้น*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- นภสร แก้วนิลกุล. (2551). *การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม*. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บัณฑิต ศรไพศาล, เสาวนีย์ พัฒนอมรและคณะ. (2544). *รายงานวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสของบิดา มารดาและสภาพแวดล้อมในครอบครัว กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมักกะสันพิทยา พ.ศ. 2536- 2538*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สุขวิทยาจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, มธุริน วงศ์คาปิน, วรวรรณ จุฑา, ธรณินทร์ กองสุข, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2554). *ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2551*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 19(2): 88-102.
- ปณินท์ สกกลทอง. (2531). *สัมพันธ์ภาพในครอบครัวและสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดาเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง: ศึกษาเฉพาะกรณีบุตรทหารในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ทานตะวันแปเปอร์ จำกัด.
- พนม เกตุมาน. (2548). *สุขใจกับเด็กสมาธิสั้น. คู่มือพ่อแม่และครูสำหรับฝึกเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท คัลเลอร์โอโมนี จำกัด.
- พรทิพย์ วชิรติลก, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และวรวิวรรณ ศรีสุชาติ. (2555). *โปรแกรมการดูแลช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียนสำหรับครู*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 20(2), 113-120.
- พรทิพย์ วรติลก, มนัสวี เมืองขวา และธนโชติ เทียมแสง. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 17(2), 77-90.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). *แนวเวชปฏิบัติการใช้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่: หจก.ไอแอมออเกโนเซอร์ แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัยชนนี บุญเจริญ. (2554). *คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ รูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ฉบับปรับปรุง*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พูนศรี รังสีจี, นิรมล พัจจนสุนทรและ หทัยวัน สนั่นเอื้อ. (2549). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(3),14.
- ภาสุรี แสงสุวานิช และคณะ. (2554). *รายงานการคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนในโรงเรียน.โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- มณี ภิญโญพานิชย์. (2542). *โรคที่มักให้การวินิจฉัยครั้งแรกในทารก, เด็กหรือวัยรุ่น.ในมานิตย์ ศรีสุภา นนท์ จำลอง ดิษยวณิช,บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.

- มัทนา บุญสิงห์. (2554). ศึกษาบทบาทครอบครัวต่อการพัฒนาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น: ศึกษาเฉพาะกรณี สมาชิกชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร. *วารสารราชานุกูล*, 26(3), 50-62.
- มานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- มาโนช อารณีสวรรณ. (2550). *โรคสมาธิสั้นหลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก*. กรุงเทพมหานคร: รักลูกแพมมิรี่กรุ๊ป.
- มาศมณี วีระณรงค์. (2546). *ความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รณชัย คงสกนธ์. (2548). *สุรากับปัญหาความรุนแรงในครอบครัวไทย*. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา: กรุงเทพฯ.
- วรรณิ์ ริมวิทยากร, สุนทรี ศรีโกสย, จักริน ปิงคลาศัย. (2551). *ผลของโปรแกรมการฝึกอบรม การปรับพฤติกรรมเด็กสำหรับผู้ปกครอง ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อเด็ก*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- วารภรณ์ ประทีปธีรานันต์. (2544). *ปัจจัยทางจิตวิทยาและสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงของนักโทษเด็ดขาด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วินิตดา ปิยะศิลป์. (2537). *คู่มือสำหรับพ่อแม่ตอนเด็กสมาธิสั้น*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- วินิตดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2550). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส จำกัด.
- ศลักษณา กิตติทัศน์เศรษฐี. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดา กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่ 4 ในโรงเรียนที่สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานนทบุรี เขต 1*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์. (2542). *หลักการวางแผนงานอนามัยครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. (2546). *รายงานการวิจัย โครงการพัฒนาระดับสติปัญญาเด็กวัยต่างๆ ของประเทศ*. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์. (2549). *พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมของเด็กวัย 6-12 ปี*. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 4(2), 89-100.
- ศิริเพ็ญ แก้วประเสริฐ. (2552). *การศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลนภาลัย*. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สนธยา มณีรัตน์. (2550). *ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2545). *ตำราจิตเด็กและวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2551). *ตำราจิตเด็กและวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์.
- สมศักดิ์ โกศัยสุข. (2550). *รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2550: สุราไทยไม่ใช่สินค้าธรรมดาที่กระทบต่อผู้ใช้แรงงาน.* กรุงเทพฯ: โวตา สตูดิโอ ศรีเอชเอ็น แอนด์ พลับริซซิ่ง.
- สาวิตรี อัจฉนากรชัยและคณะ. (2552). *การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย.* สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สินีพรรณ ปิยนราพร. (2545). *ปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กวัยรุ่นตอนต้น(อายุ12-15ปี ที่ป่วยด้วยโรคลมชัก).* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพรรณ โคตรจรัส และชุมพร ยงกิตติกุล. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและพฤติกรรมส่วนบุคคลของวัยรุ่นไทย. ในเอกสารประกอบการประชุมสัมมนา ครั้งที่ 2 เรื่อง วิกฤติความเครียดของสังคมไทย.* กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยวิทยาศาสตร์จิตวิทยาตะวันออก-ตะวันตก คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัทธนา แก้วมา. (2545). *การทำหน้าที่ของครอบครัวทหารที่มีสามีดื่มสุรา: กรณีศึกษาในครอบครัวทหาร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวรรณี พุทธิศรี, พัชรี พรรณนาพานิช, ธนิตา ปานทั้งทอง และ มนัส สูงประสิทธิ์. (2549). *ภาวะซึมเศร้าในมารดาเด็กสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 51(3), 60.*
- เสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ. (2549). *การศึกษาการใช้พฤติกรรมบำบัดต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- อนัญญา สิ้นรัชตานนท์ และธีรรัตน์ แทนขำ. (2556). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมาธิบกพร่อง ออทิสติกสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางการเรียน สำหรับเครือข่ายสาธารณสุข. โรงพิมพ์ฟาสต์บุคส์.*
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อลิสสา วัชรสินธุ. (2546). *จิตเวชเด็ก. พิมพ์ครั้งที่1.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉรา ประเสริฐสิน. (2552). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ อิทธิพลของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่มีต่อพฤติกรรมการรับสื่ออินเทอร์เน็ตของเด็กและเยาวชนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.*
- อำไพพรรณ ปัญญาโรจน์. (2545). *การอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน. กรุงเทพฯ: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.*
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2008). *ลักษณะทางคลินิกของโรคสมาธิบกพร่องในเด็กไทย. J. Med Asso Thai 91(12), 1894 -1899.*

- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2008). ลักษณะทางคลินิกของโรคสมาธิบกพร่องในเด็กไทย. *J. Med Asso Thai* 91(12), 1894-1899.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 1*. กรุงเทพมหานคร: ชันต้า.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพมหานคร: ชันต้า.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2546). *สร้างสมาธิให้ลูกคุณ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชันต้าการพิมพ์.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher K. (2004). Young adult flow-up of hyperactive children : antisocial activities and drug use. *J child Psychol Psychiatry*, 45(2), 195-211.
- Bauer, N.S., Gilbert, A.L, Carroll, A.E. & Downs, S.M. (2013). Associations of early exposure to intimate partner violence and parental depression with subsequent mental health outcomes. *JAMA Pediatr*, 167(4), 341-347.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on children. *Child Development*, 37(2), 887-907.
- Baumrind, D. (1971). Current Patterns of Parental Authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, 101-103.
- Beardslee, W.R., Bemporad, J., Keller, M.B. & Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major affective disorder: A review. *American Journal of Psychiatry*, 140, 825-832.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical experimental aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A.T. (1973). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Andersen, M. J., Bor, W., Najman, J. M. & Williams, G.M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36, 759-766.
- Brent Finger, Lorig Kachadourian, Danielle S. Molnar, Rina D. Eiden, Ellen P. Edwards, Kenneth E. & Leonard. (2010). Alcoholism, associated risk factors, and harsh parenting among fathers: Examining the role of marital aggression. *University at Buffalo, State University of New York, United States .Addictive Behaviors*, 35(6), 541-548.
- Bronfenbrenner. (1979). *Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15, 243-255.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2001). *The Practice of nursing research: conduct, critique & Utilization*. 4th ed. New York: W.B. Saunders.

- Johnston. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children. *J Abnorm Child Psychol*, 24, 85-104.
- Caspi, A. (2000). The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. *J Pers Soc Psychol* 78(1), 158-172.
- Chen, X., Liche, M. & Li, D. (2000). Parental warmth, control and indulgence and their relations to adjustment in Chinese children: a longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 14(3), 401-419.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E. Jr, Kipp HL, Baumann, B.L. & Lee, S.S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(12), 1424-1432.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E. Jr, Williams, S.H., Baumann B.L., Kipp H. and et al. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psycho*, 43(1), 70-82.
- Chronis-Tuscano, A., Molina, B.S.G., Pelham, W.E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M. and et al. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1044-1051.
- Cohen, D.J., Dibble, E. & Grawe, J.M. (1977). Parental Style Mothers' and Fathers' Perceptions of Their Relations With Twin Children. *Arch Gen Psychiatry*, 34(4), 445-451.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (1999). *Depressed parents and family functioning: Interpersonal effects and children's functioning and development*. In T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Danforth, J.S., Barkley, R.A. & Stokes, T.F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and Clinical implications. *Clin psychol Rev*, 11, 703-720.
- Das Eiden, R. & Leonard, K. E. (2000). Paternal alcoholism, parental psychopathology, and aggravation with infants. *Journal of Substance Abuse*, 11(1), 17-19.
- Deault, L.C. (2010). A Systemic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional impairment in Children with Attention-Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD). McGill university, Montreal, Quebec, Canada *Child Psychiatry Hum Dev*, 41, 168-192.

- Dibble, E. & Cohen, D.J. (1974). Companion Instruments for Measuring Children's Competence and Parental Style. *Arch Gen Psychiatry*, 30(6), 805-815.
- Drabick, A.G.D., Gadow, K.D. & Sprafkin, J. (2006). Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic – based sample of boys with ADHD. *Journal of child Psychology & psychiatry*, 47(8), 766-774.
- Edwards, G. and et al. (2001). Parent adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Parent adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD*, 29,(557-572).
- Elgar, F. J., McGrath, P. J. & Waschbusch, D. A. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 441–459.
- Faraone, S.V., Perlis R, Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A and et al. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiat*, 57, 1313–1323.
- Freitag CM, Ha'nig S, Schneider A, Seitz C, Palmason H. and et al. (2012). Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. *J Neural Transm*, 119, 81-94.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academic of child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106, 458-490.
- Guevara, J., Lozano, P., Wickizer, T. & Gephart, H. (2007). Utilization and health care services for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108(1), 71-78.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G.T. & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology*, 39(6), 1083-1094.
- Hudson, J.L. & Rapee, R.M. (2001). Parent and child interaction and anxiety disorder : an observation study. *Behavior Research and therapy*, 39(12), 1411-1427.
- Jester, J.M., Nigg, J.T., Adams, K., Fitzgerald F, H. E., I,L., Putter , Wong, M.M. & Zucke, R. A. (2005). Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Dev Psychopathol*, 17(1), 99–125.
- Johnson, B.S. (ed.). (1995). *Child health nursing : Care of the child and family*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children. *J Abnorm Child Psychol*, 24, 85-104.
- Johnston, C. & Mash E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendation for future research. *clin child Fam Psychol Rev*, 4(3), 183-207.
- Johnston, C., Murray,C., Hinshaw,S.P., Pelham,W.E. & Hoza B. (2002). Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD: Relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 30.
- Johnston, C. & Jassy, J.S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: links to parent-child interactions. *J. Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 16, 74-79.
- Joussemet, M., Koestner, R., Lekes, N. & Landry, R. (2005). A longitudinal study of the relationship of maternal autonomy support to children's adjustment and achievement in school. *Journal of Personality*, 73, 1215-1235.
- Loukas, A., Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E. & Krull, J.L. (2003). Developmental trajectories of disruptive behavior problems among sons of alcoholics: Effects of parent psychopathology, family conflict, and child undercontrol. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 119-131.
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O' Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: Meta-analytic review. *Clinical psychological Review*, 20, 561-592.
- Maccoby, E.E. & Martin, J.A. (1983). *Socialization in the context of the family: Parent-child interaction*. In Mussen, P.H., & Hetherington, E.M. (Eds.).*Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. New York: Wiley.
- Mannuzza, s. Klein, R.G. & Moulton, J.L. (2008). Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder : a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Res*, 160(3), 273-246.
- McCubbin, H.I, Thompson, A.I. & McCubbin, .M.A. (1996). *Family assessment: Resiliency,Coping and Adaption-Inventoties for research and practice*. Wisconsin: The University of Wisconsin.
- McDougall, T. & Ryan, N. (2009). *Nursing children and young people with ADHD*. New York Routledge.
- Merrill, R.M., Lyon, L.J., Baker, R.K. & Gren, L.H. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder and increased risk of injury. *Adv Med Sci*, 54(1), 20-26.

- Molina, B.S.G., Pelham, W.E. & Lang, A.R. (1997). Alcohol expectancies and drinking characteristics in parent of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Alcohol Clin Exp Res*, 21, 557-566.
- Moos, R. H. & Moos, B. S. (1986). *Family Environment Scale (FES)*. (2nd ed.). Palo Alto California: Consulting Psychologists Press Inc.
- Olson, D.H. & DeFrain, J. (2006). *Marriages and families: intimacy, diversity, and strengths*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Pei-chin Lee, Keh-chung Lin, Deborah Robson, Hao-jan Yang, Vincent Chin-hung Chen, & Wern-ing Niew. (2012). Parent-child interaction of mothers with depression and their children with ADHD *Research in Developmental Disabilities*, 34, 453-457.
- Rey, J.M., Walter, G., Plapp, J.M. & Denshire, E. (2000). Family environment in attention defiant and conduct disorder. *Aust. N Z J. Psychiatr*, 34, 453-457.
- Schaefer, H.H. & Martin, P.L. (1969). *Behavior therapy*. New York: MC-Hill.
- Schroeder, V.M. & Kelley, M.L. (2008). Associations between family environment, Parenting practice, and Executive functioning of children with and without ADHD. *J Child Fam Stud J Child Fam Stud*, 18, 227-235.
- Soltanifar, A., Moharreri, F. & Soltanifar, A. (2009). Depressive and anxiety symptoms in mothers of children with ADHD compared to the control group. *Iranian Journal of Psychiatry*, 4, 112-115.
- Straus, M. A. & Kantor, G. K. (1994). Corporal Punishment of Adolescents by Parents: A Risk Factor in the Epidemiology of Depression, Suicide, Alcohol Abuse. *Child Abuse and Wife Beating. Adolescence*, 29, 543-561.
- Strine, T.W, Lesesne, C.A., Okoro, C.A., McGuire, L.C., Chapman, D.P., Balluz, L.S. & Mokdad, A.H. (2006). *Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Preventing and chronic disease: Public health research, practice, and policy.
- Stubbe, D.E. (2005). *Attention Deficit Hyperactivity disorder*. In Cheng, K., Myers, K.M. *Child and Adolescent Psychiatry The essentials*. Lippincott: Lippincott.
- Ullebo, A.K., Posserud, M.B., Heiervang, E, Gillberg, C. & Obel, C. (2011). Screening for the attention deficit hyperactivity disorder phenotype using the strength and difficulties questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20(9), 451-458.
- Zucker, R. A. & Gomberg, E. S. L. (1986). Etiology of alcoholism reconsidered: The case for biopsychosocial process. *American Psychologist*, 41, 783-793.

Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E., Refior, S.K., Puttler, L.I., Pallas, D.M. & Ellis, D.A. (2000). *The clinical and social ecology of childhood for children of alcoholics: Description of a study and implications for a differentiated social policy*. In: Fitzgerald HE, Lester BM, Zuckerman BS, editors. *Children of addiction*. Research, health and policy issues. New York: Garland Press.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
แพทย์หญิงรัชณี ฉลองเกื้อกุล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สาขาจิตเวชศาสตร์ ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑
แพทย์หญิงทิพาวรรณ บุรณสิน	นายแพทย์ปฏิบัติการ สาขาจิตแพทย์เด็กและ วัยรุ่น สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์
นางสุภาวดี ชุ่มจิตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางสาว วิมล เนติวิธวรกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางพรทิพย์ วชิรดิolk	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
นางเสาวลักษณ์ ทรัพย์ประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นางสาวศิริเพ็ญ แก้วประดิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนากลาง



ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถาม

เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่
ภาวะซึมเศร้าของแม่ และภาวะติดยาของพ่อกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจง: แบบสอบถามใช้สำหรับการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย เนื้อหา 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัว
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ
- ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการเป็นพ่อแม่
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ฉบับผู้ปกครองประเมิน
- ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่
- ส่วนที่ 6 แบบประเมินปัญหาการติดยาของพ่อเด็กสมาธิสั้น

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามจนครบทุกข้อ ตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยข้อมูลที่ได้อาจการศึกษาถือว่าเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม และขอรับรองว่าไม่ผลต่อการรักษาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
นางนันทชา สงวนกุลชัย
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้เป็นการสอบถามข้อมูลของพ่อแม่และเด็กสมาชิกชั้น

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบ

ข้อมูลของเด็ก

1. เพศของเด็ก ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ชั้นเรียนของเด็ก.....
4. ลำดับการเกิดของเด็ก เป็นบุตรลำดับที่..... ของพ่อแม่
5. จำนวนพี่น้องทั้งหมด.....คน

ข้อมูลของแม่

6. อายุปี
7. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพของมารดา

- ไม่มีอาชีพ รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม รับราชการ อื่นๆ

9. สถานภาพสมรสของพ่อแม่ของเด็ก

- สมรสอยู่ร่วมกัน สมรสแยกกันอยู่
 หย่าร้าง หม้าย พ่อหรือแม่เสียชีวิต

10. ลักษณะของครอบครัว

- ครอบครัวเดียวหมายถึงครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก
 ครอบครัวขยายหมายถึงครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ปู่ย่า ตายาย หรือพี่น้อง
 ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวหมายถึงครอบครัวที่มี พ่อ หรือแม่ เลี้ยงดูลูกคนเดียว

11. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว.....คน

12. 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

13. ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว เพียงพอ ไม่เพียงพอ

ข้อมูลของพ่อ

14. อายุปี

15. ระดับการศึกษาสูงสุดของพ่อ

- ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

16.อาชีพของบิดา

- ไม่มีอาชีพ รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม รับราชการ อื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินเกี่ยวกับสภาพภาพแวดล้อมในครอบครัว(มิติด้านสัมพันธภาพ)

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อและโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด คำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ตรงกับท่านหรือคนส่วนใหญ่ในบ้านของท่านปฏิบัติตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันเพียงข้อเดียว แต่ละข้อไม่มีคำตอบถูกหรือผิด

คำถาม	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. คนในครอบครัวของท่าน มักจะช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน		
2. เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในครอบครัว คนในครอบครัวของท่านมักไม่พูดคุยกัน		
3. คนในครอบครัวของท่าน ทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย		
4. แม้นว่าคนในครอบครัวของท่าน มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในบ้าน แต่ต่างคนต่างอยู่		
5. คนในครอบครัวของท่าน สามารถคุยกันได้ทุกเรื่อง		
6. คนในครอบครัวของท่าน มักไม่แสดงความโกรธออกมาให้เห็น		
7. คนในครอบครัวของท่านต่างเสียสละช่วยกันทำงานบ้าน		
8. เวลาคนในครอบครัวของท่านโกรธ มักพาลคนอื่นภายในบ้าน		
9. เวลาคนในครอบครัวของท่านโกรธ เขามักจะขว้างปาสิ่งของ		
10. ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กัน		
11. เมื่อมีปัญหาส่วนตัว เรามักจะพูดคุยปรึกษาหารือกัน		
12. คนในครอบครัวของท่านไม่ค่อยอารมณ์เสีย หรือไม่ค่อยโมโห		
13. เวลาอยู่บ้าน คนในครอบครัวของท่าน ไม่ค่อยอาสาช่วยทำงานบ้าน		
14. เมื่อคนในครอบครัวของท่าน คิดอยากทำอะไรก็ทำเลย ไม่ต้องเตรียมตัวมาก่อน		
15. คนครอบครัวของท่าน ชอบวิพากษ์วิจารณ์กันบ่อย		
16. คนในครอบครัวของท่าน ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างจริงจัง		
17. ถ้าท่านบ่นโน่น บ่นนี่ คนบางคนในครอบครัวของท่านก็มักจะไม่พอใจ		
18. คนในครอบครัวของท่าน จะใช้กำลังหรือตบตีกันบ้างเป็นบางครั้ง		
19. คนในครอบครัวของท่าน รักใคร่กลมเกลียวกันน้อยมาก		
20. ในครอบครัวของท่าน มีการพูดเรื่องเงินหรือการใช้จ่ายอย่างเปิดเผย		
21. เมื่อมีเรื่องไม่ลงรอยกันหรือมีเรื่องขัดแย้งกัน เราพยายามที่จะทำให้มันผ่านไปอย่างสงบและเรียบร้อย		
22. คนในครอบครัวต่างเข้ากันได้ดี		
23. คนในครอบครัวของท่าน มักจะระมัดระวังคำพูด ไม่พูดให้สะเทือนใจกัน		
24. คนในครอบครัวของท่าน ต่างการแข่งขันหรือเอาชนะกันเสมอ		
25. คนในครอบครัวของท่าน มีเวลาเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมาก		
26. ในครอบครัวของท่าน มีเรื่องพูดคุยกัน โต้แย้งกันเป็นประจำ		
27. ในครอบครัวของท่าน การขึ้นเสียงดัง ไม่สามารถใช้ดึงดูความสนใจหรือเอาชนะผู้อื่นได้เลย		

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่า นับตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาจนถึงปัจจุบัน ท่านปฏิบัติกิจกรรมดังต่อไปนี้หรือไม่

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติจริงเพียงหนึ่งคำตอบเดียว โดยไม่ต้องคำนึงความถูกหรือผิด

- 0 ข้อความนี้ไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านปฏิบัติเลย
- 1 ข้อความนี้แทบจะไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านปฏิบัติเลย
- 2 ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านปฏิบัติมานานๆ ครั้ง
- 3 ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านปฏิบัติบางครั้ง
- 4 ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านปฏิบัติบ่อยๆ ครั้ง
- 5 ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเกือบสม่ำเสมอ
- 6 ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสม่ำเสมอ

คำถาม	สิ่งที่ฉันเป็นจริง ๆ						
	0	1	2	3	4	5	6
1. ฉันถามคนอื่น ๆ ว่าลูกทำอะไรบ้างตอนที่ลูกไม่ได้อยู่กับฉัน							
2. ฉันเลี้ยงที่จะพูดคุยกับลูกหลังจากที่ลูกทำให้ฉันไม่พอใจ							
3. ฉันตัดสินใจร่วมกับลูก							
4. ฉันคอยดูว่าลูกได้ทำในสิ่งที่ฉันบอก							
5. ฉันมองข้ามพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของลูก							
6. ฉันลืมกฎเกณฑ์ที่ได้ตั้งไว้							
7. ฉันจะบอกให้ลูกรู้เกี่ยวกับทุกสิ่งๆ ที่ฉันได้ทำให้เขาเวลาที่ฉันต้องการให้ลูกเชื่อฟัง							
8. ฉันตรวจสอบว่าลูกทำอะไรและพบใครบ้างในแต่ละวัน							
9. ฉันห่วงใยและใส่ใจลูกมาก							
10. ฉันเสี่ยงที่จะมองหน้าลูกเวลาที่ฉันผิดหวังในตัวเขา							
11. ฉันมีความสุขเวลาที่ได้ฟังลูกพูดและทำกิจกรรมร่วมกับลูก							
12. ฉันตระหนักถึงความต้องการความเป็นส่วนตัวของลูก							
13. ฉันให้ลูกช่วยฉันตัดสินใจในสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อตัวเขา							
14. ฉันกำหนดขอบเขตของกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับลูก							
15. ฉันคอยเตือนลูกเกี่ยวกับพฤติกรรมในอดีตที่ไม่ดีของเขา							
16. ฉันบอกให้ลูกรู้ว่า ถ้าเขาใส่ใจอย่างจริงจังเขาจะไม่ทำสิ่งๆ ที่จะทำให้ฉันกังวลใจ							
17. ฉันแยกตัวจากลูกเวลาที่เขาทำให้ฉันไม่พอใจ							
18. ฉันอนุญาตให้ลูกแต่งตัวตามแบบที่เขาต้องการ							
19. ฉันเปิดโอกาสให้ลูกปรึกษาฉันเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ							
20. ฉันบอกลูกว่าฉันกังวลเกี่ยวกับสิ่งๆ ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของลูก							

ส่วนที่ 4 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมเด็ก (SDQ) ฉบับผู้ปกครองประเมิน

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อและโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับลักษณะของเด็กมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง
1.	มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย			
2.	กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ			
3.	ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย			
4.	เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่สถานการณ์ที่ไม่คุ้นและขาดความมั่นใจในตนเอง			
5.	ซึ่กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย			
6.	มักจะอาละวาด หรือโมโหร้าย			
7.	เชื่อฟัง มักจะทำตามผู้ใหญ่ต้องการ			
8.	มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น			
9.	ชอบโกหก หรือซื่โกง			
10.	ขโมยของของที่บ้าน โรงเรียน หรือที่อื่น			
11.	อยู่ไม่นิ่ง นิ่งนิ่ง ๆ ไม่ได้			
12.	อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก			
13.	วอกแวกง่าย สมาธิสั้น			
14.	คิดก่อนทำ			
15.	ทำงานได้จนเสร็จ มีสมาธิในการทำงาน มีความตั้งใจในการทำงาน			
16.	ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว			
17.	มีเพื่อนสนิท			
18.	เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน			
19.	ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียน หรือรังแก			
20.	เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กวัยเดียวกัน			
21.	ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น			
22.	เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม ของเล่น ดินสอ เป็นต้น)			
23.	เป็นที่พึ่งได้ เมื่อผู้อื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ			
24.	ใจดีกับเด็กเล็กกว่า			
25.	ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่ ครู เด็กคนอื่น)			

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของแม่และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง: กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อและโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงของท่าน

5.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน (ทำเครื่องหมายถูก ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)

1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หมดหนทาง, ไร้ค่า)

- 0 ไม่มี
- 1 จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น
- 2 บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง
- 3 สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และมักร้องไห้
- 4 ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเองและภาษากาย

2. ความรู้สึกผิด

- 0 ไม่มี
- 1 ตีเถียนตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ
- 2 รู้สึกผิดหรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต
- 3 ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ มีอาการหลงผิดว่าตนผิด
- 4 ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประณาม และ/หรือเห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม

3. การฆ่าตัวตาย

- 0 ไม่มี
- 1 รู้สึกชีวิตไร้ค่า
- 2 คิดค่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง
- 3 มีความคิดหรือทำที่จะฆ่าตัวตาย
- 4 พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใด ๆ ที่รุนแรง ให้คะแนน 4)

4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น

- 0 ไม่มีปัญหาเข้านอนแล้วหลับยาก
- 1 แจ้งว่านอนหลับยากบางครั้ง ได้แก่ นานกว่า ½ ชั่วโมง
- 2 แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน

5. การนอนไม่หลับในช่วงกลาง

- 0 ไม่มีปัญหา
- 1 ผู้ป่วยแจ้งว่า กระสับกระส่าย นอนหลับไม่สนิทช่วงกลางคืน
- 2 ตอนกลางดึก หากมีลุกจากที่นอน ให้คะแนน 2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)

6. การตื่นตอนเช้ากว่าปกติ

- 0 ไม่มีปัญหา
- 1 ตื่นแต่เช้ามีด แต่นอนหลับต่อได้
- 2 นอนต่อไม่หลับอีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว

7. การงานและกิจกรรม

- 0 ไม่มีปัญหา
- 1 มีความคิดและความรู้สึกที่ตนเองไม่มีสมรรถภาพ อ่อนเปลี้ยหรือหย่อนกำลังที่จะทำกิจกรรม ต่าง ๆ : การงาน หรืองานอดิเรก

- 2 หมดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ:งานอดิเรกหรืองานประจำ ไม่ว่าจะทราบโดยตรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือทางอ้อมจากการไม่กระตือรือร้น ลังเลใจและเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะต้องกระตุ้นให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)
- 3 เวลาที่ใช้จริงในการทำกิจกรรมลดลง หรือผลงานลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ในการทำกิจกรรม(งานของโรงพยาบาลหรืองานอดิเรก (ยกเว้นหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล)
- 4 หยุดทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 4 ถ้าผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล หรือถ้าผู้ป่วยทำหน้าที่ประจำวันไม่ได้ หากไม่มีคนช่วย

8. อาการเบื้องต้น (ความช้าของความคิดและการพูดจา: สมาธิบกพร่อง, การเคลื่อนไหวลดลง)

- 0 การพูดจาและความคิดปกติ
- 1 มีอาการเบื้องต้นเล็กน้อยขณะสัมภาษณ์
- 2 มีอาการเบื้องต้นชัดเจนขณะสัมภาษณ์
- 3 สัมภาษณ์ได้อย่างลำบาก
- 4 อยู่นิ่งเฉยโดยสิ้นเชิง

9. อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ

- 0 ไม่มี
- 1 ง่วงงอน อยู่ไม่สุข
- 2 เล่นมือ เล่นผม ฯลฯ
- 3 เดินไปมา นั่งไม่ติดที่
- 4 บีบมือ กัดเล็บ ดึงผม กัดริมฝีปาก

10. ความวิตกกังวลในจิตใจ

- 0 ไม่มีปัญหา
- 1 รู้สึกตึงเครียดและหงุดหงิด
- 2 กังวลในเรื่องเล็กน้อย
- 3 การพูดจาหรือมีสีหน้ามีท่าที่ห้วนกลัว
- 4 แสดงความหวาดกลัวโดยไม่ต้องถาม

11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางร่างกาย

อาการร่วมด้านสรีรวิทยาของความวิตกกังวล เช่น :

ระบบทางเดินอาหาร : ปากแห้ง ลมขึ้น อาการไม่ย่อย ท้องเสีย ปวดเกร็งท้อง เรอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ใจสั่น ปวดศีรษะ

ระบบหายใจ : หายใจหอบเร็ว ถอนหายใจ

ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออก

- 0 ไม่มี
- 1 เล็กน้อย
- 2 ปานกลาง
- 3 รุนแรง
- 4 เสื่อมสมรรถภาพ

12. อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร

- 0 ไม่มี

1 ปื้ออาหาร แต่รับประทานโดยผู้อื่นไม่ต้องคอยกระตุ้น
- รู้สึกหิวในท้อง

2 รับประทานอาหารยาก หากไม่มีคนคอยกระตุ้น
- ขอหรือจำต้องได้ยากระบายหรือยาสำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร

13. อาการทางกาย อาการทั่วไป

0 ไม่มี

1 ตึงแขนขา หลังหรือปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หดแรง และอ่อนเพลีย

2 มีอาการใด ๆ ที่ชัดเจน ให้คะแนน 2

14. อาการทางระบบสืบพันธุ์ เช่น : หมดความต้องการทางเพศ ปัญหาด้านประจำเดือน

0 ไม่มีอาการ

1 เล็กน้อย

2 ปานกลาง

15. อาการคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย

0 ไม่มี

1 หมกมุ่นในตนเอง (ด้านร่างกาย)

2 หมกมุ่นเรื่องสุขภาพ

3 แฉงถึงอาการต่าง ๆ บ่อย ๆ เรียกร้องความช่วยเหลือ

4 มีอาการหลงผิดว่า ตนป่วยเป็นโรคทางกาย

16. น้ำหนักลด เลือกข้อ ก หรือ ข

ก. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

0 ไม่มีน้ำหนักลด

1 อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

2 น้ำหนักลดชัดเจน (ตามที่ผู้ป่วยบอก)

3 ไม่ได้ประเมิน

ข. เมื่อให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ

0 น้ำหนักลดน้อยกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

1 น้ำหนักลดมากกว่า 1 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

2 น้ำหนักลดมากกว่า 2 ปอนด์ใน 1 สัปดาห์

3 ไม่ได้ประเมิน

17. อาการหยั่งเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง

0 ตระหนักว่าตนเองกำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย

1 ตระหนักว่ากำลังเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับอาหารที่ไม่มีคุณค่า ดินฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ

2 ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

3 มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์

4 ไม่มี

5.2 ประวัติการเจ็บป่วย

ท่านเคยได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยการรับประทานยาต้านเศร้าหรือไม่

ไม่เคย

เคย จำนวนปีที่รักษา.....ปี

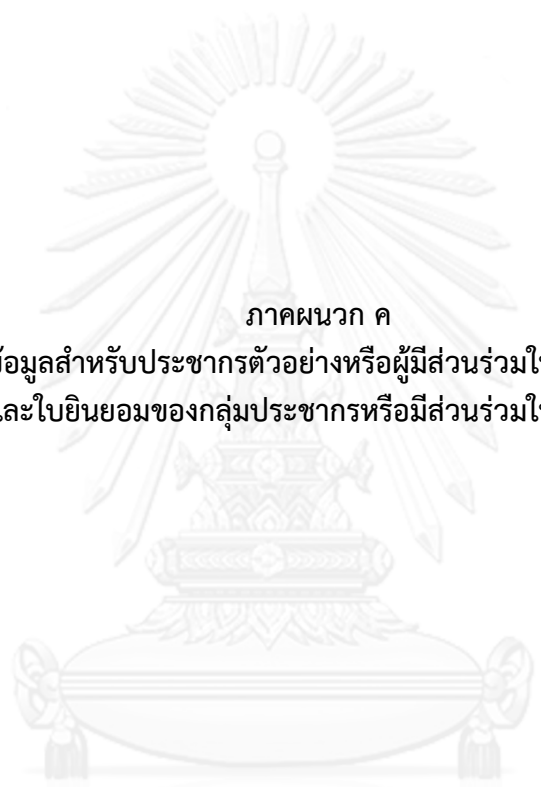
ส่วนที่ 6 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราของพ่อ

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มสุราในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สบาย ไวน์ เป็นต้น

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	คะแนน
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	2-4 ครั้งต่อเดือน	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่คุณดื่มสุราโดยทั่วไปแล้ว คุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวันหรือ	1-2 ดั้มมาตรฐาน	3-4 ดั้มมาตรฐาน	5-6 ดั้มมาตรฐาน	7-9 ดั้มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดั้มมาตรฐานขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เซียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดั้มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-1.5 กระป๋อง	2-3 กระป๋อง	3.5-4 กระป๋อง	4.5-7 กระป๋อง	7 กระป๋องขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แมงโขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดั้มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	¼ แบน	½ แบน	¾ แบน	1 แบน ขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดั้มมาตรฐานขึ้นไปหรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไปหรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
5. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
6. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
7. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำงานสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
8. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว	
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยเป็นต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว	

คะแนนรวม.....



ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบอนุญาตของกลุ่มประชากรหรือมีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participation Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน

ชื่อผู้วิจัยหลัก นางนันทชา สงวนกุลชัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 557/273 ตลาดไทยณรงค์ ถ.พหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กทม. 10220 โทร 090-9941953 E-mail address: Nantacha.sa@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

3.1 เพื่อศึกษา สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่ ภาวะติดสุราของพ่อและปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ พ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-12 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นที่มารับบริการต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคกลางตอนบน

กลุ่มตัวอย่างคือพ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 154 ครอบครัว เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion criteria)

1) พ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก

2) พ่อและแม่ของเด็กสมาธิสั้นที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และทำหน้าที่ในการปฏิบัติดูแลที่กระทำต่อเด็กโดยตรง

3) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาของระดับสติปัญญาหรือโรคร่วมอื่นๆ และยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ท่านโดยใช้แบบสอบถาม 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้นและพ่อ

แม่ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความเป็นพ่อแม่ ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแม่ ส่วนที่ 6 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราของพ่อ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับท่าน การนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

9. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

10. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมและสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่นางนันทชา สงวนกุลชัย หมายเลขโทรศัพท์ 090-9941953 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 วิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-21881147 โทรสาร 02-2188147 E-mail eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือมีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรม
การเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดยาของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น
ภาคกลางตอนบน

เลขที่ ประชากรหรือมีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ข้างล่างของหนังสือเล่มนี้ ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเป็นที่พอใจจาก
ผู้วิจัยชื่อนางนันทชา สงวนกุลชัย ที่อยู่ 557/273 แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร
สถานที่ติดต่อโรงพยาบาลสามโคก ตำบลบ้านปทุม อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ถึงวัตถุประสงค์
ลักษณะและแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบผลดี ผลกระทบ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้า
ได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นอย่างเรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและข้าพเจ้ามีสิทธิ จะถอนตัวออกจากการ
วิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวจากการวิจัยนั้น จะไม่มี
ผลกระทบใดๆกับข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ และข้อมูลใดๆที่
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าจะเก็บเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่ม
ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแล้ว

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่/วันที่

.....
(นางนันทชา สงวนกุลชัย)

.....
สถานที่/วันที่

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



ภาคผนวก ง
ผลการพิจารณาจริยธรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

18 ถนนเทศบาล 4
อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี



โทรศัพท์ 036-316555
โทรสาร 036-211624

เอกสารรับรองโครงการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี

หมายเลข 020/2013

ชื่อโครงการภาษาไทย : ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพพฤติกรรมการเป็นพ่อ
แม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดยาของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน

รหัสโครงการ : EC035/02/2013

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางนันทา สงวนกุลชัย

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลสระบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 22 ตุลาคม 2556

วันหมดอายุ : 22 ตุลาคม 2557

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทาง
หลังจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the
International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม 25 ตุลาคม 2556
(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ วัชรโรทาน) วันที่

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 25 ตุลาคม 2556
(นายแพทย์ชัชวาลย์ คาบ-องครักษ์) วันที่
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี



คณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ชื่อเรื่องวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดยาของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน (RELATIONSHIPS BETWEEN FAMILY ENVIRONMEN-RELATIONSHIP DIMENSION, PARENTING BEHAVIORS, MATERNAL DEPRESSION, PATERNAL ALCOHOL DEPENDENT AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER, UPPER CENTRAL REGION)

ผู้วิจัย นางนันทา สวงกุลชัย

หน่วยงาน นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติพิจารณาแล้ว อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้

ลงนาม..... *อภิสิทธิ์*

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ติลก ภิชัยโยทัย)
ประธานคณะกรรมการพัฒนากระบวนการวิจัยฯ

หมายเหตุ : ขอให้ส่งผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ จำนวน 1 ชุด



โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
206 หมู่ 6 ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2528-4567 ต่อ 1836

เอกสารเลขที่ 2/2557

เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

โดย

คณะกรรมการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

- โครงการวิจัยเรื่อง : ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรม
การเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรม
ในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน
- ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางนันทชา สวงกุลชัย
- สังกัดหน่วยงาน : นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เอกสารที่รับรอง : - โครงร่างวิจัย
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- วันที่รับรอง : 9 ธันวาคม 2556
- ผลการพิจารณา : เห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการฯ ที่เสนอได้

(นายวัชรินทร์ จันทร์เสม)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาคุณภาพและวิชาการ
ประธานคณะกรรมการพัฒนาทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า



ที่ ปท ๐๐๓๒.๓/๐๒/ ๓๕๐

โรงพยาบาลสามโคก ต.บ้านปทุม
อ.สามโคก จ.ปทุมธานี ๑๒๑๖๐

๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๖

เรื่อง อนุมัติการพิจารณาจริยธรรมให้นิติสดำเนินโครงการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๓๔๑ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิติสด คือ นางนันทา สงวนกุลชัย ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยในพ่อแม่และแม่ของเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ ๖ - ๑๒ ปี ที่มารับบริการต่อเนื่องจากผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสามโคกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโลก ICD ๑๐ และไม่มีโรคร่วมจำนวน ๓๐ ครอบครัว นั้น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคกในนามคณะกรรมการพิจารณา ขอรับรองว่าโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณา และอนุมัติให้นิติสดดังกล่าวสามารถดำเนินโครงการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในผู้ป่วยต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะวิตกกังวลของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นภาคกลางตอนบน

ชื่อผู้วิจัย นางนันทา สงวนกุลชัย

สังกัดหน่วยงาน นิติสดคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(นายศราวุธ ธานี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร ๐-๒๑๔๙-๓๗๙๖-๘ ต่อ ๑๑๒, ๑๒๔

โทรสาร ๐-๒๑๔๙-๓๗๙๕



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลอ่างทอง กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ที่ อภ ๐๐๓๒.๒๐๒/จว.๐๕ วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๕๗

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้รับผิดชอบโครงการวิจัย

ตามที่ นางนันทชา สวงกุลชัย นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง ความความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธ์ภาพ พฤติกรรมการเป็นพ่อแม่ ภาวะซึมเศร้าของแม่และภาวะติดสุราของพ่อ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ภาคกลางตอนบน เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการแล้วนั้น

การนี้ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอ่างทอง ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ได้รับรองวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๕๗ เลขที่ AEC ๐๐๕/๕๗


จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายแพทย์สมชาย สวมศักดิ์เกียรติ)

ประธานกรรมการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลอ่างทอง



ภาคผนวก จ
ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น	\bar{X}	SD
พฤติกรรมด้านอารมณ์	2.19	2.24
1. บ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือคลื่นไส้	0.51	0.65
2. มีความกังวลหลายเรื่อง ดูเหมือนกังวลบ่อย	0.54	0.61
3. ไม่มีความสุข เศร้าหรือร้องไห้บ่อยๆ	0.28	0.49
4. วิดกกังวลหรือติดแฉเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ เสียความมั่นใจง่าย	0.41	0.63
5. มีความกลัวหลายเรื่อง หวาดกลัวง่าย	0.45	0.65
พฤติกรรมเกร	5.15	2.28
6. แผลงฤทธิ์บ่อย หรืออารมณ์ร้อน	1.27	0.63
7. โดยปกติแล้ว เชื่อฟัง ทำตามที่คุณใหญ่บอก	1.15	0.63
8. มีเรื่องต่อสู้หรือรังแกเด็กอื่น	1.10	0.58
9. พุดปดหรือขี้โกงบ่อยๆ	0.95	0.56
10. ขโมยของของที่บ้าน โรงเรียน หรือที่อื่น	0.69	0.62
พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง	6.96	5.74
11. หยุกหยิกหรือเดินไปมาตลอดเวลา	1.45	0.58
12. อยู่ไม่สุขเคลื่อนไหวมากไม่สามารถอยู่นิ่งได้นาน	1.20	0.56
13. วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิ	1.36	0.55
14. คิดก่อนทำ	1.44	0.64
15. มีสมาธิในการติดตามทำงานจนเสร็จ	1.50	0.60
พฤติกรรมด้านสัมพันธ์กับเพื่อน	4.50	1.56
16. ก่อนข้างอยู่โดดเดี่ยว มักเล่นตามลำพัง	0.47	0.61
17. มีเพื่อนสนิท อย่างน้อยหนึ่งคน	1.08	0.54
18. โดยทั่วไปเป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน	1.14	0.63
19. ถูกเด็กคนอื่นแกล้ง หรือรักแกล	0.45	0.58
20. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเข้ากับเด็กอื่น	1.36	0.62
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	5.60	2.10
21. ใส่ใจความรู้สึกผู้อื่น	1.09	0.66
22. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เด็กอื่น (ขนม ของเล่น ดินสอ เป็นต้น)	1.12	0.598
23. ช่วยเหลือถ้ามีใครบาดเจ็บ ไม่สบายใจหรือเจ็บป่วย	1.05	0.57
24. ใจดีกับเด็กที่อายุน้อยกว่า	1.25	0.57
25. ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่ ครู เด็กคนอื่น)	1.11	0.64

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ

สภาพแวดล้อมในครอบครัว	\bar{X}	SD
ด้านความสัมพันธ์	6.53	1.87
1. คนในครอบครัวของท่าน มักจะช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน	0.81	0.39
2. แม้ว่าคุณในครอบครัวของท่าน มักจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในบ้าน แต่ต่างคนต่างอยู่	0.49	0.50
3. คนในครอบครัวของท่านต่างเสียสละช่วยกันทำงานบ้าน	0.66	0.47
4. ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กัน	0.81	0.39
5. เวลาอยู่บ้าน คนในครอบครัวของท่าน ไม่ค่อยอาสาช่วยทำงานบ้าน	0.54	0.50
6. คนในครอบครัวของท่าน ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างจริงจัง	0.73	0.44
7. คนในครอบครัวของท่าน รักใคร่กลมเกลียวกันน้อยมาก	0.77	0.42
8. คนในครอบครัวต่างเข้ากันได้ดี	0.77	0.42
9. คนในครอบครัวของท่าน มีเวลาเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมาก	0.65	0.47
ด้านการแสดงออก	5.44	1.62
1. เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในครอบครัว คนในครอบครัวของท่าน มักไม่พูดคุยกัน	0.66	0.47
2. คนในครอบครัวของท่าน สามารถคุยกันได้ทุกเรื่อง	0.84	0.36
3. เวลาคนในครอบครัวของท่านโกรธ มักพาลคนอื่นภายในบ้าน	0.68	0.47
4. เมื่อมีปัญหาส่วนตัว เรามักจะพูดคุยปรึกษาหารือกัน	0.73	0.44
5. เมื่อคนในครอบครัวของท่าน คิดอยากทำอะไร ก็จะทำเลย ไม่ต้องเตรียมตัวมาก่อน	0.49	0.50
6. ถ้าท่านบ่นโน่น บ่นนี่ คนบางคนในครอบครัวของท่านก็มักจะไม่พอใจ	0.39	0.48
7. ในครอบครัวของท่าน มีการพูดเรื่องเงินหรือการใช้จ่ายอย่างเปิดเผย	0.81	0.39
8. คนในครอบครัวของท่าน มักจะระมัดระวังคำพูด ไม่พูดให้สะเทือนใจกัน	0.40	0.49
9. ในครอบครัวของท่าน มีเรื่องพูดคุยกัน แสดงความคิดเห็นกันเป็นประจำ	0.45	0.50
ด้านความขัดแย้ง	5.39	2.25
1. คนในครอบครัวของท่าน ทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย	0.55	0.49
2. คนในครอบครัวของท่าน มักไม่แสดงความโกรธออกมาให้เห็น	0.40	0.49
3. เวลาคนในครอบครัวของท่านโกรธ เขามักจะขว้างปาสิ่งของ	0.65	0.47
4. คนในครอบครัวของท่านไม่ค่อยอารมณ์เสีย หรือไม่ค่อยโมโห	0.49	0.50
5. คนครอบครัวของท่าน ชอบวิพากษ์วิจารณ์กันบ่อย	0.61	0.48
6. คนในครอบครัวของท่าน จะใช้กำลังหรือตบตีกันบ้างเป็นบางครั้ง	0.64	0.48
7. เมื่อมีเรื่องไม่ลงรอยกันหรือมีเรื่องขัดแย้งกัน เราพยายามที่จะทำให้มันผ่านไปอย่างสงบและเรียบร้อย	0.77	0.42
8. คนในครอบครัวของท่าน ต่างการแค้นกันหรือเอาชนะกันเสมอ	0.88	0.32
9. ในครอบครัวของท่าน การขึ้นเสียงดัง ไม่สามารถใช้ดึงดูความสนใจหรือเอาชนะผู้อื่นได้เลย	0.40	0.49

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกรการเป็นพ่อแม่


พฤติกรรมกรการเป็นพ่อแม่	\bar{X}	SD
การเคารพความเป็นตัวตนของเด็ก	3.32	0.73
3. ฉันตัดสินใจร่วมกับลูก	4.04	1.36
12. ฉันตระหนักถึงความต้องการความเป็นส่วนตัวของลูก	3.87	1.34
13. ฉันให้ลูกช่วยฉันตัดสินใจในสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อตัวเขา	4.32	1.12
18. ฉันอนุญาตให้ลูกแต่งตัวตามแบบที่เขาต้องการ	4.39	1.29
การยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง	3.32	0.69
1. ฉันถามคนอื่น ๆ ว่าลูกทำอะไรบ้างตอนที่ลูกไม่ได้อยู่กับฉัน	4.45	1.05
8. ฉันตรวจสอบว่าลูกทำอะไรและพบใครบ้างในแต่ละวัน	4.27	1.36
9. ฉันห่วงใยและใส่ใจลูกมาก	5.08	1.07
14. ฉันกำหนดขอบเขตของกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับลูก	4.34	1.37
ความเสมอต้นเสมอปลายในกฎระเบียบ	2.06	0.73
4. ฉันคอยดูว่าลูกได้ทำในสิ่งที่ฉันบอก	4.10	1.24
5. ฉันมองข้ามพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของลูก	2.98	1.58
6. ฉันลืมกฎเกณฑ์ที่ได้ตั้งไว้	1.98	1.36
19. ฉันเปิดโอกาสให้ลูกปรึกษาฉันเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ	2.19	1.27
การไม่ควบคุมจนละอ้าย	1.21	0.73
7. ฉันจะบอกให้ลูกรู้เกี่ยวกับทุกสิ่งๆ ที่ฉันได้ทำให้เขาเวลาที่ฉันต้องการให้ลูกเชื่อฟัง	1.06	1.25
15. ฉันคอยเตือนลูกเกี่ยวกับพฤติกรรมในอดีตที่ไม่ดีของเขา	1.51	1.42
16. ฉันบอกให้ลูกรู้ว่า ถ้าเขาใส่ใจอย่างจริงจังเขาจะไม่ทำสิ่งที่จะทำให้ฉันกังวลใจ	1.25	1.19
20. ฉันบอกลูกว่าฉันกังวล เกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของลูก	1.03	1.02
การไม่ทอดทิ้ง		
2. ฉันเลี้ยงที่จะพูดคุยกับลูก หลังจากที่ลูกทำให้ฉันไม่พอใจ	3.54	1.70
10. ฉันเลี้ยงที่จะมองหน้าลูกเวลาที่ฉันผิดหวังในตัวเขา	3.03	1.99
11. ฉันมีความสุขเวลาที่ได้ฟังลูกพูดและทำกิจกรรมร่วมกับลูก	5.18	1.12
17. ฉันแยกตัวจากลูกเวลาที่เขาทำให้ฉันไม่พอใจ	2.92	1.72

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของแม่

ระดับภาวะซึมเศร้าของแม่	\bar{X}	SD
1.อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, ลึกลับ, หมดหนทาง, ไร้ค่า)	0.43	0.81
2. ความรู้สึกผิด	0.36	0.67
3. การฆ่าตัวตาย	0.50	0.23
4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น	0.19	0.48
5.การนอนไม่หลับในช่วงกลาง	0.16	0.46
6.การตื่นตอนเช้ากว่าปกติ	0.15	0.49
7. การงานและกิจกรรม	0.24	0.51
8.อาการเซื่องซึม (ความช้าของความคิดและการพูดจา : สมาธิบกพร่อง, การเคลื่อนไหวลดลง)	0.10	0.35
9.อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ	0.13	0.43
10.ความวิตกกังวลในจิตใจ	0.52	0.70
11.ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางร่างกาย	0.32	0.58
12.อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร	0.14	0.34
13.อาการทางกาย อาการทั่วไป	0.20	0.52
14.อาการทางระบบสืบพันธุ์ เช่น : หมดความต้องการทางเพศ ปัญหาด้านประจำเดือน	0.29	0.45
15.อาการคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย	0.06	0.31
16.น้ำหนัลด	0.13	0.42
17.อาการหยั่งเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง	0.08	0.42

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและภาวะติดสุราของพ่อ

ภาวะติดสุราของพ่อ	\bar{X}	SD
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	1.71	1.15
2. เลือกลงบเพียงข้อเดียว เวลาที่คุณดื่มสุร่าโดยทั่วไปแล้ว คุณดื่ม ประมาณเท่าไรต่อวันหรือ	0.60	1.12
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปหรือเปียร์ 4 กระบองหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไปหรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	0.71	1.31
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุด ดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว	0.51	1.2
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควร จะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุร่าเสีย	0.30	0.89
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุร่าทันที ในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจาก การดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	0.21	0.72
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุร่าเข้าไป	0.17	0.59
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นใน คืนที่ผ่านมา เพราะว่า คุณได้ดื่มสุร่าเข้าไป	0.15	0.61
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุร่าของ คุณหรือไม่	0.40	1.05
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้อง แสดงความห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุร่าของคุณหรือไม่	0.60	1.37



ภาคผนวก ฉ
ตารางแสดงความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบประเมินสภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.869	27

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
สัมพันธภาพ_1	.87	.346	30
สัมพันธภาพ_2	.97	.183	30
สัมพันธภาพ_3	.50	.509	30
สัมพันธภาพ_4	.90	.305	30
สัมพันธภาพ_5	.93	.254	30
สัมพันธภาพ_6	.73	.450	30
สัมพันธภาพ_7	.50	.509	30
สัมพันธภาพ_8	.80	.407	30
สัมพันธภาพ_9	.80	.407	30
สัมพันธภาพ_10	.90	.305	30
สัมพันธภาพ_11	.53	.507	30
สัมพันธภาพ_12	.50	.509	30
สัมพันธภาพ_13	.60	.498	30
สัมพันธภาพ_14	.57	.504	30
สัมพันธภาพ_15	.57	.504	30
สัมพันธภาพ_16	.83	.379	30
สัมพันธภาพ_17	.43	.504	30
สัมพันธภาพ_18	.83	.379	30
สัมพันธภาพ_19	.73	.450	30
สัมพันธภาพ_20	.93	.254	30
สัมพันธภาพ_21	.63	.490	30
สัมพันธภาพ_22	.83	.379	30
สัมพันธภาพ_23	.30	.466	30
สัมพันธภาพ_24	.80	.407	30
สัมพันธภาพ_25	.83	.379	30
สัมพันธภาพ_26	.53	.507	30
สัมพันธภาพ_27	.37	.490	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
สัมพันธ์ภาพ_1	17.87	27.706	.653	.859
สัมพันธ์ภาพ_2	17.77	30.047	.061	.870
สัมพันธ์ภาพ_3	18.23	27.220	.513	.861
สัมพันธ์ภาพ_4	17.83	28.902	.368	.866
สัมพันธ์ภาพ_5	17.80	29.200	.342	.866
สัมพันธ์ภาพ_6	18.00	27.310	.572	.859
สัมพันธ์ภาพ_7	18.23	27.289	.500	.861
สัมพันธ์ภาพ_8	17.93	27.995	.474	.863
สัมพันธ์ภาพ_9	17.93	29.375	.150	.871
สัมพันธ์ภาพ_10	17.83	28.971	.346	.866
สัมพันธ์ภาพ_11	18.20	27.614	.437	.864
สัมพันธ์ภาพ_12	18.23	27.082	.541	.860
สัมพันธ์ภาพ_13	18.13	28.189	.334	.867
สัมพันธ์ภาพ_14	18.17	26.282	.710	.854
สัมพันธ์ภาพ_15	18.17	32.006	-.361	.888
สัมพันธ์ภาพ_16	17.90	28.645	.348	.866
สัมพันธ์ภาพ_17	18.30	28.907	.192	.871
สัมพันธ์ภาพ_18	17.90	28.093	.489	.862
สัมพันธ์ภาพ_19	18.00	27.862	.450	.863
สัมพันธ์ภาพ_20	17.80	29.338	.291	.867
สัมพันธ์ภาพ_21	18.10	27.610	.457	.863
สัมพันธ์ภาพ_22	17.90	28.093	.489	.862
สัมพันธ์ภาพ_23	18.43	28.116	.378	.865
สัมพันธ์ภาพ_24	17.93	26.961	.728	.856
สัมพันธ์ภาพ_25	17.90	27.197	.724	.856
สัมพันธ์ภาพ_26	18.20	26.510	.657	.856
สัมพันธ์ภาพ_27	18.37	27.482	.483	.862

แบบประเมินพฤติกรรมกำรเป็นพ่อแม่

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.809	20

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
พฤติกรรม_1	4.73	.980	30
พฤติกรรม_2	3.47	1.795	30
พฤติกรรม_3	4.90	1.125	30
พฤติกรรม_4	5.27	.907	30
พฤติกรรม_5	3.90	1.989	30
พฤติกรรม_6	2.23	1.501	30
พฤติกรรม_7	.50	.731	30
พฤติกรรม_8	5.03	1.129	30
พฤติกรรม_9	5.17	.747	30
พฤติกรรม_10	3.50	1.717	30
พฤติกรรม_11	5.40	.855	30
พฤติกรรม_12	4.33	1.470	30
พฤติกรรม_13	4.87	1.008	30
พฤติกรรม_14	4.73	1.530	30
พฤติกรรม_15	.93	1.172	30
พฤติกรรม_16	1.77	1.695	30
พฤติกรรม_17	2.87	1.279	30
พฤติกรรม_18	4.80	1.495	30
พฤติกรรม_19	.83	1.392	30
พฤติกรรม_20	1.13	1.306	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
พฤติกรรม_1	65.63	148.654	.219	.808
พฤติกรรม_2	66.90	135.059	.397	.801
พฤติกรรม_3	65.47	139.223	.541	.794
พฤติกรรม_4	65.10	146.231	.356	.803
พฤติกรรม_5	66.47	134.878	.347	.806
พฤติกรรม_6	68.13	139.775	.361	.802
พฤติกรรม_7	69.87	151.154	.176	.809
พฤติกรรม_8	65.33	144.644	.329	.804
พฤติกรรม_9	65.20	143.062	.629	.795
พฤติกรรม_10	66.87	123.085	.757	.774
พฤติกรรม_11	64.97	144.309	.478	.799
พฤติกรรม_12	66.03	135.206	.512	.793
พฤติกรรม_13	65.50	142.534	.470	.798
พฤติกรรม_14	65.63	133.964	.524	.792
พฤติกรรม_15	69.43	145.357	.288	.806
พฤติกรรม_16	68.60	148.386	.087	.821
พฤติกรรม_17	67.50	136.603	.556	.792
พฤติกรรม_18	65.57	141.702	.307	.805
พฤติกรรม_19	69.53	153.016	-.003	.822
พฤติกรรม_20	69.23	136.461	.547	.792

แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.816	25

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
พฤติกรรมเด็ก_1	.63	.718	30
พฤติกรรมเด็ก_2	.60	.675	30
พฤติกรรมเด็ก_3	.23	.430	30
พฤติกรรมเด็ก_4	.53	.776	30
พฤติกรรมเด็ก_5	.57	.728	30
พฤติกรรมเด็ก_6	1.23	.728	30
พฤติกรรมเด็ก_7	1.17	.648	30
พฤติกรรมเด็ก_8	.93	.521	30
พฤติกรรมเด็ก_9	.97	.556	30
พฤติกรรมเด็ก_10	.90	.481	30
พฤติกรรมเด็ก_11	1.43	.626	30
พฤติกรรมเด็ก_12	1.30	.651	30
พฤติกรรมเด็ก_13	1.30	.535	30
พฤติกรรมเด็ก_14	1.67	.606	30
พฤติกรรมเด็ก_15	1.87	.507	30
พฤติกรรมเด็ก_16	.77	.430	30
พฤติกรรมเด็ก_17	1.03	.490	30
พฤติกรรมเด็ก_18	.97	.765	30
พฤติกรรมเด็ก_19	.47	.629	30
พฤติกรรมเด็ก_20	1.17	.648	30
พฤติกรรมเด็ก_21	1.07	.785	30
พฤติกรรมเด็ก_22	.83	.531	30
พฤติกรรมเด็ก_23	1.10	.548	30
พฤติกรรมเด็ก_24	1.30	.535	30
พฤติกรรมเด็ก_25	1.03	.615	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
พฤติกรรมเด็ก_1	24.43	40.530	.285	.813
พฤติกรรมเด็ก_2	24.47	39.499	.436	.805
พฤติกรรมเด็ก_3	24.83	42.213	.224	.814
พฤติกรรมเด็ก_4	24.53	40.533	.254	.815
พฤติกรรมเด็ก_5	24.50	40.328	.302	.812
พฤติกรรมเด็ก_6	23.83	36.557	.746	.788
พฤติกรรมเด็ก_7	23.90	38.093	.643	.796
พฤติกรรมเด็ก_8	24.13	39.637	.571	.801
พฤติกรรมเด็ก_9	24.10	40.507	.400	.808
พฤติกรรมเด็ก_10	24.17	39.592	.633	.800
พฤติกรรมเด็ก_11	23.63	41.206	.255	.814
พฤติกรรมเด็ก_12	23.77	39.909	.403	.807
พฤติกรรมเด็ก_13	23.77	40.944	.354	.810
พฤติกรรมเด็ก_14	23.40	39.972	.432	.806
พฤติกรรมเด็ก_15	23.20	40.855	.391	.808
พฤติกรรมเด็ก_16	24.30	42.217	.223	.814
พฤติกรรมเด็ก_17	24.03	41.068	.373	.809
พฤติกรรมเด็ก_18	24.10	39.610	.359	.810
พฤติกรรมเด็ก_19	24.60	41.352	.235	.815
พฤติกรรมเด็ก_20	23.90	42.093	.135	.819
พฤติกรรมเด็ก_21	24.00	40.828	.220	.817
พฤติกรรมเด็ก_22	24.23	40.944	.357	.809
พฤติกรรมเด็ก_23	23.97	42.378	.136	.818
พฤติกรรมเด็ก_24	23.77	41.151	.323	.811
พฤติกรรมเด็ก_25	24.03	41.413	.235	.815

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.852	17

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ซึมเศร้าของมารดา_1	.34	.721	29
ซึมเศร้าของมารดา_2	.45	.736	29
ซึมเศร้าของมารดา_3	.00	.000	29
ซึมเศร้าของมารดา_4	.21	.559	29
ซึมเศร้าของมารดา_5	.17	.384	29
ซึมเศร้าของมารดา_6	.14	.351	29
ซึมเศร้าของมารดา_7	.14	.351	29
ซึมเศร้าของมารดา_8	.00	.000	29
ซึมเศร้าของมารดา_9	.07	.258	29
ซึมเศร้าของมารดา_10	.48	.634	29
ซึมเศร้าของมารดา_11	.31	.541	29
ซึมเศร้าของมารดา_12	.07	.258	29
ซึมเศร้าของมารดา_13	.31	.471	29
ซึมเศร้าของมารดา_14	.14	.516	29
ซึมเศร้าของมารดา_15	.03	.186	29
ซึมเศร้าของมารดา_16_ก	.17	.539	29
ซึมเศร้าของมารดา_17	.10	.409	29

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ชิมเศร้าของมารดา_1	2.79	13.384	.786	.823
ชิมเศร้าของมารดา_2	2.69	13.293	.786	.823
ชิมเศร้าของมารดา_3	3.14	18.052	.000	.855
ชิมเศร้าของมารดา_4	2.93	14.495	.762	.827
ชิมเศร้าของมารดา_5	2.97	15.749	.706	.834
ชิมเศร้าของมารดา_6	3.00	16.643	.449	.845
ชิมเศร้าของมารดา_7	3.00	17.357	.195	.854
ชิมเศร้าของมารดา_8	3.14	18.052	.000	.855
ชิมเศร้าของมารดา_9	3.07	17.852	.061	.857
ชิมเศร้าของมารดา_10	2.66	14.091	.748	.826
ชิมเศร้าของมารดา_11	2.83	14.791	.713	.830
ชิมเศร้าของมารดา_12	3.07	17.067	.431	.847
ชิมเศร้าของมารดา_13	2.83	15.862	.525	.841
ชิมเศร้าของมารดา_14	3.00	18.071	-.065	.871
ชิมเศร้าของมารดา_15	3.10	17.739	.178	.854
ชิมเศร้าของมารดา_16	2.97	15.606	.506	.842
ชิมเศร้าของมารดา_17	3.03	16.249	.496	.843

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา

Reliability Statistics

bach's Alpha	N of Items
.909	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
การดื่มสุราของบิดา_1	1.33	1.398	30
การดื่มสุราของบิดา_2	.57	1.165	30
การดื่มสุราของบิดา_3	.77	1.455	30
การดื่มสุราของบิดา_4	.53	1.252	30
การดื่มสุราของบิดา_5	.27	.868	30
การดื่มสุราของบิดา_6	.17	.648	30
การดื่มสุราของบิดา_7	.10	.305	30
การดื่มสุราของบิดา_8	.07	.365	30
การดื่มสุราของบิดา_9	.40	1.102	30
การดื่มสุราของบิดา_10	.73	1.530	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
การคืบสุราของบิดา_1	3.60	48.731	.763	.894
การคืบสุราของบิดา_2	4.37	52.723	.680	.899
การคืบสุราของบิดา_3	4.17	45.385	.922	.881
การคืบสุราของบิดา_4	4.40	49.559	.820	.889
การคืบสุราของบิดา_5	4.67	56.920	.604	.904
การคืบสุราของบิดา_6	4.77	60.047	.510	.909
การคืบสุราของบิดา_7	4.83	62.420	.637	.911
การคืบสุราของบิดา_8	4.87	62.671	.480	.913
การคืบสุราของบิดา_9	4.53	51.844	.789	.892
การคืบสุราของบิดา_10	4.20	46.303	.814	.892

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนันทชา สงวนกุลชัย เกิดวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ.2511 จังหวัดสุพรรณบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ เมื่อปี พ.ศ. 2534 เข้ารับการศึกษาในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามโคก อำเภอสสามโคก จังหวัดปทุมธานี รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช งานยาเสพติด และงานเยี่ยมบ้าน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY