

การปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษา ในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

วรวรรณ พัฒนวรพงศ์*

ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร**

Pattanaworapong W, Pittayarattanasatarn N. Behavior modification by parents in children with attention deficit hyperactivity (ADHD) attending Child Psychiatric Unit at King Chulalongkorn Memorial Hospital and Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Chula Med J 2013 Mar - Apr; 57(2): 253 - 68

Background : *Thailand has many medical treatments of behavior modification in children with ADHD but there is still no research on behavior modification in ADHD children by their guardians. With these reasons the researcher has taken interest to study whether or not the guardian has roles in behavior modification in a child with ADHD or not since parents and guardians play important roles in preventing ADHD from developing into bad behaviors.*

Objective : *To study of behavior modification and factors related to behavior modification by parent in ADHD children which in this research behavior modification of the guardian means the guardian's actions that act against the ADHD in order to produce effect on improvement of ADHD's undesirable behavior.*

Research Design : *Cross – sectional descriptive design.*

* นิสิตปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Materials and Methods : *The subjects 211 parents of ADHD children who were attending their children at the Psychiatric Unit of King Chulalongkorn Memorial Hospital and Rajanagarindra Psychiatric Hospital during September to November, 2010 were requested to 4 questionnaires that cover. The general data, SNAP-IV short form in Thai for evaluation of behavior modification by parent in ADHD and source of ADHD information.*

Results : *The most prevalent behavior modification by parents of children with ADHD was of high level (74.9%), factors which were related to behavior modification by parent in ADHD children such as mother in ADHD, time to take care of child in ADHD on weekdays, time to take care of child in ADHD on weekends, guardian received information from psychologist, books, journals, and brochures ($P < 0.01$), medication compliance, the severity of the child with ADHD, female guardian, guardian received information from ADHD's guardian club and the internet ($P < 0.05$). In order to predict the factors of behavior modification in parents of children with ADHD such as guardians who received information from psychologists is the most common, time to take care of child in ADHD on weekends, medication compliance, ect..*

Conclusions : *Behavior modification by parents of children with ADHD who were attending their children at the Psychiatric Unit of King Chulalongkorn Memorial Hospital and Rajanagarindra Psychiatric Hospital, was of high level. Factors that related to behavior modification and prediction of behavior modification of the parents were such as being the mother of a child with ADHD, the severity of child with ADHD, guardian received information from psychologists, books, journals, and brochures, time to take care of children with ADHD during weekends and medication compliance were most common.*

Keywords : *Behavior modification, ADHD, parent.*

วรวรรณ พัฒนวรพงศ์, ณิชธร พิทยรัตน์เสถียร. การปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2556 มี.ค. - เม.ย.; 57(2): 253 - 68

- เหตุผลของการทำวิจัย** : ในประเทศไทยมีการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นค่อนข้างมาก แต่ยังไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าผู้ปกครองมีการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นมากน้อยเพียงใด เพราะพ่อแม่ ผู้ปกครองมีส่วนสำคัญมากในการป้องกันเด็กสมาธิสั้นไม่ให้มีพฤติกรรมที่ไม่ดีจนติดเป็นนิสัยไปจนโต
- เป้าหมาย/วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาการปรับพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น โดยการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองในงานวิจัยนี้หมายถึงการกระทำของผู้ปกครองที่กระทำต่อเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของเด็กสมาธิสั้น
- รูปแบบการวิจัย** : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง
- สิ่งตรวจและวิธีการทำวิจัย** : ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 211 คน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่รพ.จุฬาลงกรณ์และรพ.จิตเวช นครราชสีมาราชชนครินทร์ ในช่วงเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2553 โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. แบบสอบถามประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น SNAP-IV ฉบับภาษาไทย 3. แบบสอบถามประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และ 4. แบบ สอบถามเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

- ผลการศึกษา** : ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 74.9) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรม ได้แก่ ผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิง ($P < 0.05$), ผู้ปกครองมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ($P < 0.05$), มีความสัมพันธ์เป็นมารดาเด็กสมาธิสั้น ($P < 0.01$), เวลาในการดูแลเด็กวันที่เด็กเรียนหนังสือ ($P < 0.01$), เวลาในการดูแลเด็กวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ ($P < 0.01$), การได้รับยาและรับประทานยาสม่ำเสมอ ($P < 0.05$), ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ($P < 0.05$), ผู้ปกครองได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา และหนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับในระดับมาก ($P < 0.01$), ผู้ปกครองได้รับความรู้จากชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น และ อินเทอร์เน็ต ในระดับมาก ($P < 0.05$)
- สรุป** : ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษานในแผนกจิตเวชเด็กที่ รพ.จุฬาลงกรณ์ และรพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ส่วนใหญ่มีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับสูง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจัยทำนายในการปรับพฤติกรรม ได้แก่ ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เป็นมารดาเด็กสมาธิสั้น, เด็กสมาธิสั้นได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ, มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ, เวลาในการดูแลเด็กในวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ, ผู้ปกครองได้รับความรู้จากนักจิตวิทยาและหนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับในระดับมาก
- คำสำคัญ** : การปรับพฤติกรรม, ผู้ปกครอง, เด็กสมาธิสั้น.

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มเด็กวัยเรียน ซึ่งในประเทศไทยมีอัตราความชุกสูงถึงประมาณร้อยละ 6⁽¹⁾ ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราความชุกในสหรัฐอเมริกาที่พบโรคนี้ประมาณร้อยละ 3 - 10 ในเด็กวัยเรียน โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV⁽²⁾ โรคสมาธิสั้นนี้จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็กในด้านลดความสามารถในการเรียน มีปัญหาในการพัฒนาในด้านอารมณ์และสังคม^(3, 4) และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ยังเล็ก เมื่อโตขึ้นเด็กเหล่านี้จะมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบในแง่ลบต่อตัวเด็กในด้านต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ขาดทักษะทางสังคม มีปัญหาการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ติดสารเสพติด และการทำผิดกฎหมาย⁽⁵⁻⁹⁾

การรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นนั้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีภาวะพื้นฐานทางครอบครัวและโรงเรียนที่ต่างกัน โดยการรักษามุ่งเน้นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย บิดา มารดา และทางโรงเรียนเป็นหลักเพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษา คือ การเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในด้านต่าง ๆ ที่เด็กบกพร่องไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา ด้านการเข้าสังคมกับเพื่อน หรือกับบุคคลในครอบครัว ให้เด็กมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง (Self esteem) เพื่อผลดีต่อตัวเด็กในระยะยาว โดยทั่วไปการรักษาจะเน้นให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว โรงเรียน การเข้าสังคมกับเพื่อน ^(7, 10) โดยการรักษาได้แบ่งเป็นการช่วยเหลือทางพฤติกรรม (Behavioral interventions), การช่วยเหลือทางการศึกษา (Education interventions) และการใช้ยา (Medication)^(1, 6, 10)

วิธีที่ยอมรับกันทั่วไปว่าได้ผลดี คือ การให้ยาเพิ่มสมาธิร่วมกับฝึกเทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยและผู้ดูแล และปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยและผู้ปกครองต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรคนี้ให้เข้าใจอย่างกระจ่างแจ้ง เพื่อที่จะช่วยเหลือเด็ก ๆ เหล่านั้นให้ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เพราะการช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้น นอกจาก

แพทย์จะให้ยากินเพื่อให้มีสมาธิในการเรียนแล้ว พ่อแม่และครูมีส่วนช่วยอย่างมาก ในการฝึกทักษะหลายประการที่เด็กสมาธิสั้นยังขาดอยู่ โดยการปรับพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านั้น เพราะการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด คือการผสมผสานกันระหว่างการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral/Psychosocial intervention) กับการรักษาทางยา หรือที่เรียกว่า Multiple-modality approach⁽¹¹⁻¹³⁾

ในประเทศไทยมีการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นค่อนข้างมาก แต่ยังไม่มีการวิจัยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าผู้ปกครองมีการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นมากน้อยเพียงใด เพราะพ่อแม่ ผู้ปกครองมีส่วนสำคัญมากในการป้องกันเด็กสมาธิสั้นไม่ให้มีพฤติกรรมที่ไม่ดีจนติดเป็นนิสัยไปจนโต และการปรับพฤติกรรมต้องใช้เวลานาน ต้องอาศัยความอดทน ความเข้าใจใจ ความสม่ำเสมอ และความร่วมมือของพ่อแม่อย่างมาก จึงจะเห็นความสำเร็จชัดเจนขึ้นทีละน้อย โดยจะพบว่าเด็กมีพฤติกรรมที่ดีมากขึ้น และบอกรู้จักตนเองกลายเป็นนิสัยที่ดีที่สุดในที่สุด และกลายเป็นบุคลิกภาพที่ดีติดตัวอย่างถาวรเมื่อพ้นจากวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

การดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตาม DSM-IV และไม่มีโรคร่วม ที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ ในช่วงเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2553 ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักและสามารถประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นได้ถูกต้องตามความเป็นจริง และสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและเด็กสมาธิสั้นได้ และมีความเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 211 คน โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งสองโรงพยาบาลเป็นจำนวนเท่า ๆ กัน คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 106 คน และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ จำนวน 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเข้าร่วมการศึกษาโดยการสมัครใจ และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. แบบสอบถามประเมินความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire) (Short Form) ฉบับภาษาไทย แปลโดยณัทร พัทธรัตนเสถียร 3. แบบสอบถามประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และ 4. แบบสอบถามเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

แบบประเมินอาการพฤติกรรม SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire) (Short Form) ฉบับภาษาไทย แปลโดยณัทร พัทธรัตนเสถียร เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการวัดความเปลี่ยนแปลงของอาการสมาธิสั้นที่เป็นผลจากการให้การรักษาด้วยการวัดซ้ำได้ดี โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.927 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ มีการแปลผลตามระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น คือ 0 – 26 คะแนน มีความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ, 27 – 52 คะแนน มีความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นอยู่ระดับปานกลาง, 53 คะแนนขึ้นไปมีความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามประเมินการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากหนังสือและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง^(1, 2, 6, 7) ตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 50 คน แล้วดัดแปลงแก้ไขเครื่องมือตามความเหมาะสมและทำการทดสอบเครื่องมืออีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.863 ประกอบ

ด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 28 ข้อ มีการแปลผลตามระดับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น คือ 0 – 28 คะแนน มีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ, 29 – 56 คะแนนมีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลาง, 57 คะแนนขึ้นไปมีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับสูง และแบบสอบถามเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากหนังสือและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง^(1, 2, 6, 7) ตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 50 คน แล้วดัดแปลงแก้ไขเครื่องมือตามความเหมาะสมและทำการทดสอบเครื่องมืออีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.691 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 10 ข้อ มีการแปลผลตามระดับการได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น คือ 0 – 15 คะแนน ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ, 16 คะแนนขึ้นไป ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Pack for Social Science) เพื่อหาความชุกของการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น โดยการนำเสนอเป็นค่าความถี่ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น โดยวิเคราะห์ทางสถิติทดสอบค่าที่ (t – test), One way ANOVA การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis), ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Correlation) และหาปัจจัยทำนายการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น โดยการใช้การวิเคราะห์ความถดถอยแบบ Multiple Linear Regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ($P < 0.05$)

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 211 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์โดยเป็นมารดาของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีอายุระหว่าง 36 – 40 ปี มีสุขภาพแข็งแรงดี ผู้ปกครองส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในวันที่เด็กเรียนหนังสือ (วันจันทร์ – ศุกร์)

5 - 8 ชั่วโมงต่อวัน และในวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์) มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแลเด็กสมาธิสั้น ส่วนด้านการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	รวม		รพ.จุฬาฯ		รพ.จิตเวชโคราช	
	n = 211	ร้อยละ (%)	n = 106	ร้อยละ (%)	n = 105	ร้อยละ (%)
เพศ						
ชาย	44	20.90	17	16.00	27	25.70
หญิง	167	79.10	89	84.00	78	74.30
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี	38	18.00	14	13.20	24	22.90
36 – 40 ปี	84	39.80	43	40.60	41	39.00
41 – 45 ปี	40	19.00	22	20.80	18	17.10
มากกว่า 45 ปีขึ้นไป	49	23.20	27	25.00	22	20.90
ภาวะสุขภาพ						
แข็งแรงดี	165	78.20	78	73.60	87	82.90
มีโรคประจำตัว	46	21.80	28	26.40	18	17.10
ความสัมพันธ์กับเด็ก						
มารดา	147	69.70	76	71.70	71	67.60
บิดา	29	13.70	13	12.30	16	15.20
อื่นๆ (พี่, น้ำ, ป้า, ปู่, ย่า, ตา, ยาย)	35	16.60	17	16.00	18	17.10
การมีส่วนดูแลเด็กสมาธิสั้น						
ดูแลคนเดียว	46	21.80	23	21.70	23	21.90
มีคนช่วยดูแล	165	78.20	83	78.30	82	78.10
ระดับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง						
ระดับต่ำ	1	0.50	0	0.00	1	1.00
ระดับปานกลาง	52	24.60	25	23.60	27	25.70
ระดับสูง	158	74.90	81	76.40	77	73.30
เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กเรียน(วันจันทร์ – ศุกร์)						
1 – 4 ชั่วโมง	95	45.00	51	48.10	44	41.90
5 – 8 ชั่วโมง	104	49.30	51	48.10	53	50.50
มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป	12	5.70	4	3.80	8	7.60
Mean = 4.89, S.D. = 0.28, Min = 1, Max = 16						
เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์)						
1 – 4 ชั่วโมง	19	9.00	7	6.60	12	11.40
5 - 8 ชั่วโมง	50	23.70	26	24.50	24	22.90
มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป	142	67.30	73	68.90	69	65.70
Mean = 10.75, S.D. = 4.26, Min = 1, Max = 17						

ในเรื่องแหล่งความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นจากแพทย์ และพยาบาล รองลงมาคือ หนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับ นักจิตวิทยา และอินเทอร์เน็ต ส่วนแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับน้อยที่สุด คือแหล่งความรู้จากชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น การฟังบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น และครู/อาจารย์/โรงเรียน (ตารางที่ 2)

จากกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้น จำนวน 211 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 6 – 10 ปี มีสุขภาพแข็งแรงดี และกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่ทางโรงเรียนมีการดูแลช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มาพบแพทย์ต่ำกว่า 5 ครั้ง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นมาแล้ว 1 ปี โดยมีความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ได้รับยาและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ผู้ปกครองเป็นเพศหญิง ($P < 0.05$), ผู้ปกครองมีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ($P < 0.05$),

มีความสัมพันธ์เป็นมารดาเด็กสมาธิสั้น ($P < 0.01$), เวลาที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ใช้ในการดูแลเด็กวันที่เด็กเรียนหนังสือ (วันจันทร์ – ศุกร์) ($P < 0.01$), เวลาที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ใช้ในการดูแลเด็กวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์) ($P < 0.01$), การได้รับยาและรับประทานยาสม่ำเสมอของเด็กสมาธิสั้น ($P < 0.05$), ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ($P < 0.05$), ผู้ปกครองได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา และ หนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับในระดับมาก ($P < 0.01$), ผู้ปกครองได้รับความรู้จากชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น และ อินเทอร์เน็ต ในระดับมาก ($P < 0.05$) (ตารางที่ 4, 5, 6)

ปัจจัยทำนายการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เป็นมารดาเด็กสมาธิสั้น ($P < 0.05$), เด็กสมาธิสั้นได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ ($P < 0.05$), มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ ($P < 0.05$), เวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ ($P < 0.01$), ผู้ปกครองได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา และหนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับในระดับมาก ($P < 0.01$) (ตารางที่ 7, 8, 9, 10)

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละจำแนกตามแหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น	จำนวน(คน) n = 211	ร้อยละ (%)
(จากกลุ่มตัวอย่าง 211 คน และกลุ่มตัวอย่างเลือกได้มากกว่า 1 ตัวเลือก)		
ได้รับความรู้จากแพทย์	116	55.00
ได้รับความรู้จากพยาบาล	59	28.00
ได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา	50	23.70
ได้รับความรู้จากครู / อาจารย์ / โรงเรียน	25	11.80
ได้รับความรู้จากกิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง	32	15.20
ได้รับความรู้จากชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	20	9.50
ได้รับความรู้จากการฟังบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น	21	10.00
ได้รับความรู้จากหนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ	53	25.10
ได้รับความรู้จากรายการโทรทัศน์ วิทยู	27	12.80
ได้รับความรู้จากอินเทอร์เน็ต	37	17.50

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	รวม		รพ.จุฬาฯ		รพ.จิตเวชโคราช	
	n = 211	ร้อยละ (%)	n = 106	ร้อยละ (%)	n = 105	ร้อยละ (%)
เพศ						
ชาย	175	82.90	89	84.00	86	81.90
หญิง	36	17.10	17	16.00	19	18.10
อายุ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	11	5.20	3	2.80	8	7.60
6 - 10 ปี	135	64.00	68	64.20	67	63.80
11 - 15 ปี	61	28.90	32	30.20	29	27.60
16 - 20 ปี	4	1.90	3	2.80	1	1.00
ภาวะสุขภาพ						
แข็งแรง	166	78.70	75	70.80	91	86.70
มีโรคประจำตัว	45	21.30	31	29.20	14	13.30
การศึกษา						
อนุบาล	14	6.60	6	5.70	8	7.60
ประถมต้น	82	38.90	39	36.80	43	41.00
ประถมปลาย	90	42.70	48	45.30	42	40.00
มัธยมต้น	21	10.00	10	9.40	11	10.50
มัธยมปลาย	4	1.90	3	2.80	1	1.00
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น						
น้อยกว่า 1 ปี	34	16.10	18	17.00	16	15.20
1 - 2 ปี	90	42.70	34	31.10	56	53.30
3 - 4 ปี	43	20.40	24	22.60	19	18.10
5 - 6 ปี	26	12.30	16	15.10	10	9.50
มากกว่า 6 ปีขึ้นไป	18	8.50	14	13.20	4	3.90
Mean = 2.68, S.D. = 2.38, Min = 0, Max = 11						
จำนวนครั้งที่พบแพทย์						
น้อยกว่า 5 ครั้ง	57	27.00	24	22.60	33	31.40
5 - 10 ครั้ง	54	25.60	30	28.30	24	22.90
11 - 15 ครั้ง	23	10.90	6	5.70	17	16.20
16 - 20 ครั้ง	18	8.50	13	12.30	5	4.80
21 - 25 ครั้ง	22	10.40	12	11.30	10	9.50
26 - 30 ครั้ง	10	4.70	6	5.70	4	3.80
มากกว่า 30 ครั้งขึ้นไป	27	12.80	15	14.20	12	11.40
การได้รับยาและการรับประทานยา						
ไม่ได้รับยา	26	12.30	15	14.20	11	10.50
ได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ	138	65.40	68	64.20	70	66.70
ได้รับยาแต่ทานยาไม่สม่ำเสมอ	47	22.30	23	21.70	24	22.90

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	รวม		รพ.จุฬาฯ		รพ.จิตเวชโคราช	
	n = 211	ร้อยละ (%)	n = 106	ร้อยละ (%)	n = 105	ร้อยละ (%)
การช่วยเหลือของโรงเรียน						
มีการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ	53	25.10	26	24.50	27	25.70
มีการช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย	109	51.70	60	56.60	49	46.70
ไม่มีการช่วยเหลือ	49	23.20	20	18.90	29	27.60
ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น						
ระดับต่ำ	35	16.60	12	11.30	23	21.90
ระดับปานกลาง	141	66.80	77	72.60	64	61.00
ระดับสูง	35	16.60	17	16.00	18	17.10

ตารางที่ 4. ความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยทดสอบค่าที (t - test)

ปัจจัย	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	t	p-value
เพศของผู้ปกครอง					
ชาย	44	59.27	10.34	-2.332	.021*
หญิง	167	63.38	10.40		
ภาวะสุขภาพของผู้ปกครอง					
แข็งแรงดี	165	63.42	10.19	2.393	.018*
มีโรคประจำตัว	46	59.28	11.05		
แหล่งความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น					
นักจิตวิทยา					
ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย	104	60.59	10.19	-2.678	.008**
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก	107	64.40	10.50		
ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น					
ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย	173	61.86	10.37	-1.980	.049*
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก	38	65.55	10.67		
หนังสือ / นิตยสาร / แผ่นพับ					
ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย	86	60.20	10.95	-2.707	.007**
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก	125	64.12	9.90		
อินเทอร์เน็ต					
ไม่ได้รับความรู้/ได้รับความรู้เล็กน้อย	140	61.46	10.77	-2.084	.038*
ได้รับความรู้ค่อนข้างมาก/ได้รับความรู้มาก	71	64.62	9.66		

*P < .05 **P < .01 ***P < .001

ตารางที่ 5. ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันของตัวแปรต่าง ๆ กับคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ (r)	p-value
ชั่วโมงในการดูแลเด็กวันที่เด็กเรียนหนังสือ (วันจันทร์ – ศุกร์)	0.178	0.010**
ชั่วโมงในการดูแลเด็กวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์)	0.214	0.002**

** Correlation is significant at the .01 level. (2-tailed).

* Correlation is significant at the .05 level. (2-tailed).

ตารางที่ 6. ความแตกต่างของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น ทดสอบโดยใช้วิธี One way ANOVA

ปัจจัย	จำนวน (คน) n=211	Mean	S.D.	F	p-value
ความสัมพันธ์กับเด็ก					
มารดา	147	63.86	9.83	5.182	.006*
บิดา	29	57.38	10.60		
อื่น ๆ (พี่, น้อง, ป้า, ปู่, ย่า, ตา, ยาย)	35	61.14	11.85		
การได้รับยาและการรับประทานยา					
ไม่ได้รับยา	26	59.92	9.48	3.402	.035*
ได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ	138	63.88	9.71		
ได้รับยาแต่ทานยาไม่สม่ำเสมอ	47	59.98	12.54		
ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น					
ระดับต่ำ	35	66.91	9.13	3.923	.021*
ระดับปานกลาง	141	61.86	10.71		
ระดับสูง	35	60.80	10.00		

*P < .05 **P < .01 ***P < .001

ตารางที่ 7. การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์กับมารดา บิดาหรือผู้ปกครอง โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis)

ความสัมพันธ์	มารดา	บิดา	อื่น ๆ
มารดา	-	6.48*	2.72
บิดา	-6.48*	-	-3.76
อื่น ๆ	-2.72	3.76	-

*P < .05

ตารางที่ 8. การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องการได้รับยาและรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis)

การได้รับยา	ไม่ได้รับยา	ได้รับยาและทานสม่ำเสมอ	ได้รับยาแต่ทานไม่สม่ำเสมอ
ไม่ได้รับยา	-	- 3.95	- 0.06
ได้รับยาและทานสม่ำเสมอ	3.95	-	3.90*
ได้รับยาแต่ทานไม่สม่ำเสมอ	0.06	- 3.90*	-

*P < .05

ตารางที่ 9. การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้น กับปัจจัยเรื่องระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น โดยวิธีของ LSD (Post Hoc Analysis)

ระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ระดับต่ำ	-	5.06*	6.11*
ระดับปานกลาง	- 5.06*	-	1.06
ระดับสูง	- 6.11*	- 1.06	-

*P < .05 **P < .01 ***P < .001

ตารางที่ 10. แสดงผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุของตัวแปรที่สามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปร	R ²	B	S.E.	t	p-value
เวลาในการดูแลเด็กวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์)	0.046	0.489	0.159	3.066	0.002
การได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา (ระดับมาก)	0.092	3.747	1.363	2.748	0.007
การได้รับยาและทานยาสม่ำเสมอ	0.122	3.296	1.396	2.360	0.019
การได้รับความรู้จากหนังสือ/นิตยสาร (ระดับมาก)	0.170	3.693	1.360	2.716	0.007
ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ	0.195	4.643	1.836	2.529	0.012
Constant		50.902	2.308	22.057	<0.001

R² = 19.50 %

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ส่วนใหญ่มีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับสูง โดยผู้ปกครองที่มีเพศต่างกันมีความสัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรม โดยผู้ปกครองที่เป็นเพศหญิงมีการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นสูงกว่าผู้ปกครองที่เป็นเพศชาย ซึ่งอาจเนื่องมาจาก เพศหญิงเป็นเพศที่ละเอียดอ่อน มีสัญชาตญาณของความเป็นแม่ และในสมัยก่อนค่านิยมของสังคม สามีจะเป็นผู้หาเลี้ยงเพียงคนเดียว ส่วนภรรยาทำหน้าที่ดูแลบ้านและเลี้ยงลูก แต่ในปัจจุบันผู้หญิงออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้นและมีส่วนในการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ในปัจจุบันผู้หญิงและผู้ชายมีอำนาจค่อนข้างจะเท่าเทียมกัน และบทบาทของผู้หญิงไม่ตายตัวเหมือนเมื่อก่อน ถึงแม้ว่าผู้ชายจะเข้ามามีส่วนรับผิดชอบงานบ้านและดูแลลูกมากขึ้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ชายยังคงคาดหวังว่าภรรยาจะต้องรับผิดชอบงานบ้านทุกอย่าง มีการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่ทำงานนอกบ้านนั้นยังต้องทำงานบ้านถึงร้อยละ 80 ของงานทั้งหมด ซึ่งรวมถึงการเลี้ยงลูกด้วย⁽¹⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์ผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์เป็นมารดา มีการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นสูงกว่าบิดา แต่ไม่แตกต่างจากผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์อื่น ๆ ซึ่งได้แก่ปู่ ย่า ตา ยาย บ่า น้า อา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในปัจจุบันแม่ที่มีอายุน้อยต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดปัญหาขาดคนดูแลช่วงที่พ่อแม่ไปทำงาน เพราะรูปแบบของครอบครัวในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ มีการสำรวจในนักเรียนชั้นมัธยมทั่วประเทศ พบว่า ลักษณะครอบครัวมากที่สุดคือครอบครัวเดี่ยวซึ่งพบ ร้อยละ 68.9 รองลงมาคือ ครอบครัวขยาย ร้อยละ 18.6 ครอบครัวที่มีเฉพาะแม่-ลูก ร้อยละ 7.4 เฉพาะ พ่อ-ลูก ร้อยละ 2.3 และครอบครัวที่อยู่กันเฉพาะญาติพี่น้องโดยไม่มีพ่อแม่อยู่ด้วย ร้อยละ 2.8⁽¹⁵⁾ ซึ่งตามต่างจังหวัดมักพบว่า เป็นครอบครัวที่มีปู่ย่าตายายเป็น

ผู้เลี้ยงแทนพ่อแม่ เพราะผู้ปกครองเหล่านี้เป็นผู้สูงวัยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงมีเวลาในการดูแลเอาใจใส่เด็ก ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยเรื่องเวลาที่ผู้ปกครองใช้ในการดูแลเด็กวันที่เด็กเรียนหนังสือ (วันจันทร์ – ศุกร์) และวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ (วันเสาร์ – อาทิตย์) ยิ่งมากยิ่งมีแนวโน้มของการปรับพฤติกรรมที่มากขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องภาวะสุขภาพของผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงดีมีการปรับพฤติกรรมสูงกว่าผู้ปกครองที่มีโรคประจำตัว เพราะผู้ที่มีโรคประจำตัวมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน ทั้งไม่แน่ใจว่าถ้าตนเสียชีวิตไปแล้วใครจะเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กต่อไป ดังนั้นการเลี้ยงดูอาจเต็มไปด้วยความวิตกกังวลสูง ไม่คงเส้นคงวาหรือตามใจมากเกินไป⁽¹⁵⁾

เด็กสมาธิสั้นที่มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำมีการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองสูงกว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง เด็กสมาธิสั้นที่มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ อาจได้รับการรักษาแบบใช้การปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวก็เพียงพอ โดยแพทย์ไม่ได้จ่ายยาให้ เมื่อผู้ปกครองใช้การปรับพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับเด็กแต่ละคนก็สามารถช่วยให้เด็กมีอาการดีขึ้นได้อย่างมาก ซึ่งจะสังเกตเห็นได้จาก ผลการเรียน และพฤติกรรมต่าง ๆ ของเด็ก จึงทำให้ผู้ปกครองมีกำลังใจที่จะใช้การปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งก็คือผู้ปกครองที่มีการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นในระดับสูงและทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จนมีอาการสมาธิสั้นลดลงอยู่ในระดับต่ำ และที่สำคัญยังพบว่าการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรม โดยเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาและรับประทานยาสม่ำเสมอมีการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองสูงกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาแต่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบ MTA⁽¹³⁾ พบว่าการใช้ยา รวมไปถึงการปรับพฤติกรรมอย่างจริงจังเป็นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด ซึ่งยามีประโยชน์ในการลดอาการไม่มีสมาธิ

อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น เมื่อเด็กมีสมาธิเด็กก็จะสามารถที่จะเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนการปรับพฤติกรรมมีประโยชน์ในการลดอาการคือ ก้าวร้าว เพิ่มทักษะสังคม⁽²⁾ เมื่อผู้ปกครองมีการปรับพฤติกรรมอย่างจริงจัง สม่่าเสมอ ก็จะพบว่าเด็กมีพฤติกรรมดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทั้งในเรื่องพฤติกรรมชน อยู่ไม่นิ่ง การนับถือตัวเอง⁽¹²⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างเด็ก พ่อ แม่ และการเรียนประสบความสำเร็จมากขึ้น จึงทำให้ผู้ปกครองมีกำลังใจที่จะใช้การปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้น ส่วนเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาและรับประทานยาไม่สม่่าเสมอ เมื่อเด็กไม่ได้รับประทานยาก็จะยังคงมีอาการชน อยู่ไม่นิ่ง ไม่สามารถที่จะเรียนรู้สิ่งที่ผู้ปกครองสอนได้ดีเท่าที่ควร ผู้ปกครองอาจไม่เห็นผลจากการปรับพฤติกรรมที่ชัดเจน จึงทำให้ผู้ปกครองไม่มีกำลังใจที่จะปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นต่อ

จากการศึกษา พบว่าผู้ปกครองที่ได้รับความรู้จากนักจิตวิทยา, ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น, หนังสือ/นิตยสาร/แผ่นพับ และ อินเทอร์เน็ต ในระดับมากจะมีการปรับพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นสูงกว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้รับความรู้หรือได้รับความรู้เล็กน้อย เพราะเมื่อผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของเด็กได้อย่างถูกต้อง ได้รู้แนวทางการปฏิบัติตัวและการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแลและดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ยังจะช่วยให้ผู้ปกครองเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นกำลังใจ เป็นที่ปรึกษาแก่กันและกันได้ ครูก็เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญมากอีกอย่างหนึ่ง เพราะครูเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดกับเด็กรองจากผู้ปกครอง⁽²⁾ และมีจำนวนไม่น้อยเช่นกันที่ครูเป็นผู้สังเกตเห็นอาการผิดปกติต่าง ๆ ของเด็ก และเป็นผู้แนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กมาพบแพทย์ ซึ่งถ้าครูเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น วิธีการดูแลรักษา และเข้าใจธรรมชาติของเด็กสมาธิสั้น ก็จะช่วยให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เด็กไม่เกิดความรู้สึกผิด เศร้า ครูก็จะเปิดใจกว้างยอมรับเด็กมากขึ้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ที่ถูกต้องกับครู ทั้งเรื่องเกี่ยวกับโรคและอาการ

ของโรคสมาธิสั้น และควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวและทางโรงเรียนมีความเข้าใจที่ดีที่ถูกต้องต่อกัน ส่งเสริมให้มีการพูดคุยสอบถามถึงอาการของเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น

ข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นทั้งหมดได้ เนื่องจากผู้วิจัยทำการศึกษาเฉพาะผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่รับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม เท่านั้น ดังนั้นการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่นอกเหนือจากการศึกษาครั้งนี้ อาจมีความแตกต่างกัน รวมถึงช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ย่อมมีปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ได้แก่ภาวะเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยมและสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้มีผลกระทบต่ออาการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น แตกต่างกันด้วย

สรุป

การปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวชเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์อยู่ในระดับสูง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจัยทำนายในการปรับพฤติกรรม ดังนี้ ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เป็นมารดาเด็กสมาธิสั้น, เด็กสมาธิสั้นได้รับยาและทานยาสม่่าเสมอ, มีระดับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำ, เวลาในการดูแลเด็กในวันที่เด็กไม่เรียนหนังสือ, ผู้ปกครองได้รับความรู้จากนักจิตวิทยาและหนังสือ/นิตยสาร/ แผ่นพับในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นจากแพทย์ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์วิชาชีพอื่น ๆ ผู้ปกครองยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมค่อนข้างน้อย จึงควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

มีส่วนร่วมในการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นให้มากขึ้น เนื่องจากแพทย์อาจมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาที่จะให้คำแนะนำ เพราะแพทย์ต้องตรวจผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะเห็นได้จากผลการวิจัยว่า นักจิตวิทยาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในเรื่องการให้คำแนะนำ และบุคลากรทางการแพทย์ควรจัดให้มีการประเมินการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง

2. ควรจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มอบรมผู้ปกครอง ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น การจัดให้มีการฟังบรรยายพิเศษเรื่องเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของเด็กได้อย่างถูกต้อง ใ้รู้แนวทางการปฏิบัติตัวและการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังจะช่วยให้ผู้ปกครองเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นกำลังใจ เป็นที่ปรึกษาแก่กันและกันได้

3. ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวและทางโรงเรียนมีความเข้าใจที่ดีที่ถูกต้องต่อกัน ส่งเสริมให้มีการพูดคุยสอบถามถึงอาการของเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น

4. ส่งเสริมให้มีการพูดคุยระหว่างสมาชิกในครอบครัวให้ทำความเข้าใจและทำการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาเมตตาตลอดเวลาให้คำปรึกษาชี้แนะ ให้ข้อคิดในการทำการวิจัย ตรวจสอบบทความและวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจันทร์ทิตา พุกพานานนท์ แพทย์หญิงปรีชวัน จันทร์ศิริ และแพทย์หญิงดุขฎิ จิ่งศิริกุลวิทย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจแบบสอบถามการวิจัย ขอขอบคุณ ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่กรุณาแนะนำเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงาน อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และที่สำคัญยิ่งคือผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน งานวิจัยนี้ได้รับสนับสนุนเงินทุนวิจัยจากทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ (นางสาว วรวรรณ พัฒนวรรณพงศ์) จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างอิง

1. วินัดดา ปิยะศิลป์,พนม เกตุมาน. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพรส จำกัด, 2550.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM IV - TR). Washington, DC: American Psychiatric Association. 2004: 63 – 5.
3. Chilcoat HD, Breslau N, et al. Pathways from ADHD to early drug use. J Am Acad child Adolesc Psychiatry. 1999; 38: 1347 - 54
4. Pli szka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatry Clin North Am. 2000; 9: 520 - 40
5. วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2545.
6. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
7. อุมาพร ตรังคสมบัติ. สร้างสมาธิให้ลูกคุณ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชั้นนำการพิมพ์, 2546
8. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder : findings from multiplex families. Am J Psychiatry. 2005;

- 162: 1621.
9. Miller TW, Nigg JT, Faraone SV Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. *J Abnorm Psychol.* 2007; 116: 519.
 10. ชนาธิป ลีอวิเศษไพบุลย์ และคณะ. วารสารกุมารเวชศาสตร์ กรกฎาคม – กันยายน 2551. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2551.
 11. David, A., & Er,ic, J. Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents. New York : The Guilford Press. 2006.
 12. Fehling, D.L., Roberts, W., Humphries, T., & Dawe, G. Attention deficit hyperactivity disorder: Does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics.* 1991; 12: 223-228.
 13. The MTA Cooperative Group. A 14 – month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56: 1073 – 86
 14. อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว, 2545
 15. อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว, 2544