

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาคตะวันออก* Relationships Between Family Factors And Behavioral Problems In Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Eastern Region

ดารุณี งามคำ (Darunee Ngamkum, M.N.S., RN)**

จินตนา ยูนิพันธุ์ (Jintana Yunibhan, Ph.D., RN)***

Abstract

The purposes of this descriptive research are: 1) to study the behavioral problems of children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), and 2) to study relationships between behavioral problems of children with ADHD and family factors such as the adequacy of family income, family relationship, psychological problems of parents or caregivers, family health routines and family function. Participants were 120 parents or caregivers of children with ADHD, aged 6-12 years, from outpatient department in hospitals, eastern region. Research instruments were 1) family income adequacy questionnaire, 2) family relationship questionnaire, 3) family health routines questionnaire, 4) family function questionnaire, and 5) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). All instruments were tested for content validity by a panel of 7 experts. The instruments' reliabilities were .95, .88, .87, .92 and .74, respectively. Correlation

analysis was done by Eta Coefficient and Pearson's Product - Moment Coefficient. Major findings were as follows:

1. The most common behavioral problem in children with ADHD was relationship with friends (70.00%). Behavioral problems that found in sequence were hyperactivity (62.50%), emotional related behaviors (54.20%), disruptive behaviors (34.20%), and behaviors related to social relationship (20 %).

2. The psychological problem of parents or caregivers was significantly and positively correlated with the behavioral problems of children with ADHD, at the .01 level. ($r=0.216$)

3. The family income adequacy, family relationship, family health routines, and family functions were significantly and negatively correlated with behavioral problems of children with ADHD, at the .01 level. ($r=-0.237, -0.277, -0.278, -0.355$)

Keywords: behavioral problems/ children with attention-deficit hyperactivity disorder/ family

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

*** Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
e-mail: yuni_jintana@hotmail.com

income adequacy/ family relationship/ family health routines, and family functions

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวซึ่งประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจกรรมสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี จำนวน 120 คนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ 2) แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว 3) แบบสอบถามปัจจัยด้านกิจกรรมสุขภาพครอบครัว 4) แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว 5) แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .95, .88, .87, .92 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์ Eta และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยที่สำคัญ คือ

1. เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาตามลำดับคือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกร และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม (ร้อยละ 62.5, 54.2, 34.2 และ 20 ตามลำดับ)

2. การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่หรือผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.216$)

3. ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจกรรมสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-0.237$, -0.277 , -0.278 และ -0.355)

คำสำคัญ ปัญหาพฤติกรรม / เด็กสมาธิสั้น / ความเพียงพอของรายได้ / ความสัมพันธ์ในครอบครัว / กิจกรรมสุขภาพครอบครัว / การปฏิบัติหน้าที่ครอบครัว

ความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD) เป็นความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาท ประกอบด้วย 3 อาการหลัก คือ สมาธิสั้นกว่าปกติ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทด้านการรับรู้และพฤติกรรมทั้งในโรงเรียน สังคม และภายในครอบครัว (Deault, 2009) และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมและการเรียนของเด็กวัยเรียนที่พบมาก จะเห็นได้จากการศึกษาวิจัยของเวลส์และคณะที่ศึกษาในเด็กสมาธิสั้น พบเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านทำลาย ร้อยละ 35-60 พบพฤติกรรมเด็กคือ ร้อยละ 30-50 และพบปัญหาความเครียดและความผิดปกติด้านอารมณ์ ร้อยละ 20-40 (วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 25-50 มีปัญหาขาดความ

สามารถในการควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าว (มาโนช อารมณ์สุวรรณ, 2550) และมีหลายรายงานที่สนับสนุนว่า มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยเด็กยังคงแสดงอาการเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น

ในเด็กวัยเรียน ครอบครัวถือว่ามีอิทธิพลที่สุด มีบทบาทสำคัญในการสร้างและหล่อหลอมพฤติกรรม ครอบครัวเป็นผู้สร้างบุคลิกภาพ ส่งเสริมการพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และปัญญา และจากแนวคิดสุขภาพครอบครัวของ Denham (2003) ที่อธิบายโครงสร้างของครอบครัวในลักษณะความเชื่อของครอบครัว คุณค่า ทศนคติ ข้อมูล ความรู้ แหล่งสนับสนุนและประสบการณ์ในอดีต นำไปสู่รูปแบบของพฤติกรรม โดยได้ศึกษาครอบครัวในลักษณะกิจวัตรของครอบครัว ที่คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของครอบครัว ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวมีศักยภาพในการคงไว้ รักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกและครอบครัวโดยรวม

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของนักเรียนได้แก่ รายได้ของครอบครัว ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับลักษณะของพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยภายในครอบครัวไทยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว พบว่าเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสุขของครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่มีพื้นฐานมาจากความรัก ความเข้าใจ และความผูกพัน ฟังฟังกันเป็นสายใยในการดำรงชีวิตร่วมกัน และความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของสมาชิกใน

ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของครอบครัวด้วย ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาครอบครัวในเขตภาคตะวันออก เนื่องจากลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวกึ่งชนบทกึ่งเมือง ซึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ครอบครัวยังเป็นแหล่งผลิตที่สำคัญ ยังต้องมีการพึ่งพาอาศัยกันภายในครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและกิจวัตรของครอบครัวยังมีอิทธิพลกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม มีการปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในพัฒนาการแต่ละขั้นตอนได้ และสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้อย่างกลมกลืนนำไปสู่การเติบโตของครอบครัว ดังนั้นการบำบัดรักษาจึงเน้นไปที่การช่วยเหลือครอบครัวทั้งระบบ โดยเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยและปัญหานั้นจะหมดไป

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงตัวแปรของปัจจัยครอบครัวที่สามารถอธิบายปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีหน้าที่ในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และให้การดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการรักษาพยาบาล รวมทั้งมีการสร้างเสริมสัมพันธภาพและความเข้าใจอันดีภายในครอบครัว โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาและมีบทบาทของผู้ให้การบำบัดครอบครัวที่ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและจิตใจ ทำให้ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาปัจจัยดังกล่าวข้างต้น เพื่อใช้ประกอบในการประเมินปัญหาพฤติกรรมในเด็ก

และครอบครัว เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นที่พบใน เด็กสมาธิสั้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาวัยรุ่นของเด็ก สมาธิสั้นได้แก่พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรม เกร พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านความ

สัมพันธ์กับเพื่อนและพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย ครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยความเพียงพอของ รายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหา ทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจกรรมสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหา พฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ปัจจัยด้านปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล

ปัจจัยด้านกิจกรรมสุขภาพครอบครัว : ด้านการดูแลสุขภาพ ตนเอง ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย ด้าน พฤติกรรมสุขภาพจิต ด้านการดูแลความเป็นครอบครัว ด้าน การดูแลครอบครัว และด้านการดูแลความเจ็บป่วย

ปัจจัยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว : ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการตอบสนองทาง อารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุม พฤติกรรม

ปัญหาวัยรุ่นของเด็ก สมาธิสั้น ซึ่งประกอบด้วย

1. พฤติกรรมด้านอารมณ์
2. พฤติกรรมเกร
3. พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง
4. พฤติกรรมด้านความ สัมพันธ์กับเพื่อน
5. พฤติกรรมด้าน สัมพันธภาพทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

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

วิธีดำเนินการวิจัย

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

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้นซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD 10 โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกรายซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือเป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เด็กสมาธิสั้นมีอายุระหว่าง 6-12 ปี และไม่มีปัญหาของระดับสติปัญญาหรือโรคร่วมอื่นๆ เช่น Learning disorders, Conduct disorder

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยสูตรของ Thorndike (1978) โดยคำนวณจาก $N \geq 10k + 50$ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษามีทั้งหมด 6 ตัว จากการคำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 110 ราย และพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Random Sampling) โดยสุ่มโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก จากการสุ่มโรงพยาบาลศูนย์ได้โรงพยาบาลระยองและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ โรงพยาบาลทั่วไปสุ่มได้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วและโรงพยาบาลพุทธโสธร จากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ให้ครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่มีทั้งหมด 7 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ *ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป* ได้แก่ สถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็ก เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลำดับการเกิดของเด็ก และรายได้รวมของครอบครัว *ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้* เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินของตนเองและครอบครัว ที่นำมาจากแบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ของกฤษณ์ชติ เพียรทอง (2547) *ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว* เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงต่อกันลักษณะความ

ใกล้ชิด การทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามถึงสัมพันธภาพการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล เป็นแบบสัมพันธภาพที่เป็นข้อความที่ถามเกี่ยวกับการมีอาการป่วยทางจิต ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีตัวเลือก 2 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสัมพันธภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับตัวแปรปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ที่สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตเวชสุขภาพครอบครัว ซึ่งใช้แนวคิดของ Denham (2003) มาเป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้าน มีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบรวมทั้งหมด 70 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่สร้างตามแนวคิดของ McMaster ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินจุฬาลงกรณ์แฟมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory, CFI) ซึ่งแปลย้อนกลับโดยอุมพร ตรังคสมบัติ (2546) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ปรับเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรก ปี 2543 โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล และแพทย์หญิงพรรณพิมล หล่อตระกูล เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรม มีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 25 ข้อโดยแบ่งเป็น 5 ด้าน เกณฑ์ในการให้คะแนน ด้าน 1-4 รวมกันเป็น 20 ข้อ (รวม 4 ด้าน ยกเว้นด้านสัมพันธภาพทางสังคม) เป็นคะแนนรวมที่แสดงถึงปัญหาพฤติกรรมใน

เด็ก (Total Difficulties score) คะแนนสูงแสดงถึงมีปัญหาพฤติกรรม ส่วนในด้านที่ 5 เป็นจุดแข็งของเด็ก (Strength score) คะแนนสูงแสดงถึงมีจุดแข็ง ซึ่งเครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ได้ค่าความตรงของแบบวัดเท่ากับ .97, .88, .99, .86, .99, .99 และ .99 ตามลำดับ ในการหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วน ที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับพ่อแม่หรือผู้ดูแลหลักในเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมพันธภาพความเพียงพอของรายได้ แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตเวชสุขภาพครอบครัว แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) เท่ากับ .95, .88, .87, .92 และ .74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลพุทธโสธรและโรงพยาบาลระยอง และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการ และระยะเวลา พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ Eta

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็กเป็นบิดา/มารดา คิดเป็นร้อยละ 72.50 รองลงมาคือ บุคคลอื่นๆ (ลุง/ป้า น้ำ/อา) คิดเป็นร้อยละ 16.70 และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.30 เป็นเพศชาย ร้อยละ 6.70 ซึ่งมีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.50 รองลงมา คือ อายุ ระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.83 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48.30 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาและอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 18.30 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 69.20 รองลงมาคือสมรสแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 24.20 ลักษณะครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 50.80 รองลงมาคือครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 40.80 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 – 6 คน คิดเป็นร้อยละ

62.50 รองลงมาคือ 7 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.00 ลำดับการเกิดส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก คิดเป็นร้อยละ 65.00 รองลงมาคือบุตรคนที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 35.00 และส่วนใหญ่มีบุตรคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา คือมีบุตรสองคน คิดเป็นร้อยละ 40.00 รายได้รวมของครอบครัวส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.40 รองลงมา คือน้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.20

2. จากการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น พบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นรายด้าน ระดับที่มีปัญหาคือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.06 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 และระดับเสี่ยงคือพฤติกรรมด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 และจากการจำแนกปัญหาพฤติกรรมรายด้าน พบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมา คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง คิดเป็นร้อยละ 62.50 และสรุปพฤติกรรมโดยรวมของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 120 คน พบเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับเป็นปัญหา จำนวน 78 คน คิดเป็น ร้อยละ 65.00 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับเสี่ยง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 10.83 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับ ปกติ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 24.17

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัจจัยด้านกวีตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (N=120)

ตัวแปร	r	p-value
การเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล	0.216*	0.01
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว	- 0.237	0.009
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	- 0.277	0.002
ปัจจัยด้านกวีตรสุขภาพครอบครัว	- 0.278	0.002
ปัจจัยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว	- 0.355	0.000

*สหสัมพันธ์แบบ point biserial .01

3. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กวีตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น พบว่าการเจ็บป่วยทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = 0.216$) และความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กวีตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = -0.237, -0.277, -0.278, -0.355$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น โดยรวม พบว่ามีปัญหาพฤติกรรม คิดเป็น

ร้อยละ 65.00 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าพฤติกรรมระดับที่มีปัญหามาก คือ พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 70.00 เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีปัญหาคือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เนื่องจากการควบคุมตนเองไม่ค่อยดี ไม่มีระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ฯลฯ ประกอบกับครอบครัวเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนการมีกฎระเบียบหรือกฎเกณฑ์ในครอบครัวค่อนข้างต่ำ จึงทำให้พฤติกรรมในด้านนี้เป็นปัญหามากขึ้น ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน อันดับแรกคือการให้สุขภาพจิตศึกษากับครอบครัวและญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับในพฤติกรรมของเด็ก เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการให้ความรู้ครอบครัวถึงวิธีการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการฝึกระเบียบวินัยของเด็กด้วย และระดับของพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ที่มี

ปัญหาระดับมากอีกข้อคือพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง เด็กจะมีอาการชุนมาก อยู่ไม่นิ่งและกระสับกระส่าย ที่เรียกว่า hyperactive และอาการเหล่านี้ทำให้เด็กมีปัญหาเมื่อเข้าโรงเรียน ซึ่งในเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ศึกษาพบได้ถึงร้อยละ 62.50 ในการพยาบาลเด็กกลุ่มนี้ พยาบาลควรให้ความรู้พ่อแม่หรือผู้ดูแลถึงการจัดกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานอย่างเหมาะสม และรวมทั้งการส่งเสริมให้เด็กได้ทำกิจกรรมที่เสริมสร้างการมีสมาธิ พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาระดับเสี่ยงคือพฤติกรรมด้านอารมณ์ พบได้ถึง ร้อยละ 54.17 ซึ่งเด็กสมาธิสั้นจำนวนมากมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ขี้โมโห และควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ทำให้เด็กมีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนและคนในครอบครัว เด็กหลายคนมีอารมณ์เศร้าและวิตกกังวลเนื่องจากประสบความล้มเหลวในด้านการเรียนและมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น เด็กบางคนมีอารมณ์เศร้าแบบเรื้อรัง บางคนมีอารมณ์หงุดหงิดแทนที่จะเป็นอารมณ์เศร้าตรงๆ บางคนมีความวิตกกังวลกลัวว่าตนเองทำได้ไม่ดีเท่ากับเพื่อนๆ เด็กบางคนอาจจะรู้สึกว้าวนั่นเองไม่มีคุณค่า ทำให้มีอาการเศร้าและกังวลมากขึ้น ซึ่งในการให้การพยาบาลควรเป็นการบำบัดที่ช่วยพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นที่เป็นปัญหาระดับเสี่ยงอีกข้อคือ ปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยว ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 34.17 ซึ่งปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยว คือไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ส่วนหนึ่งมาจากการของโรค และอีกส่วนหนึ่งมาจากการเลี้ยงดูที่มีการอบรมระเบียบวินัยอย่างไม่คงเส้นคงวาของครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่า การขาดทักษะ ไม่มีความมั่นใจในการเลี้ยงดู สามารถ

ทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้นหรือเป็นเด็กก้าวร้าวได้ (เบญจพร ปัญญาฯ, 2543) ดังนั้นการช่วยให้ครอบครัวอบรมเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ปัญหานี้น้อยลง ส่วนพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น ที่ทำการศึกษาค้นพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 69.17 และพบว่าอยู่ในระดับที่มีปัญหา เพียงร้อยละ 15.00 ซึ่งพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวและการมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านอื่นๆที่เหมาะสมขึ้น และเมื่อนำอัตราความชุกที่พบในเด็กสมาธิสั้นมาเปรียบเทียบกับการศึกษาความชุกของปัญหาพฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของวรรณวิไล กมลกิจวัฒนา (2544) ที่พบว่าในกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษามีปัญหาพฤติกรรม เพียงร้อยละ 46.4 และเมื่อจำแนกรายด้าน ก็พบว่า มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 20.60 มีปัญหาพฤติกรรมด้านความประพฤติ ร้อยละ 19.20 มีปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ ร้อยละ 17.30 มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 17.00 ซึ่งพบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีอัตราความชุกมากกว่าเด็กทั่วไปในทุกด้านซึ่งแสดงให้เห็นว่าอาการของโรคสมาธิสั้นส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

2. จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่าความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-0.237$) แสดงว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ที่สูง จะพบปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่าครอบครัวที่มี

การรับรู้ความเพียงพอของรายได้ระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) ที่ศึกษาปัจจัยภายในครอบครัวไทยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว พบว่า เศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสุขของครอบครัว และมีผลต่อสุขภาพจิตของครอบครัว เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวจึงต้องรับภาระการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่ารักษาอื่นๆ หากครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจจะส่งผลต่อการเลี้ยงดูและการส่งเสริมในด้านต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว ดังนั้นในการพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = -0.277$) จากการวิเคราะห์พบว่าครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวระดับสูง พบมีปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่าครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวระดับต่ำ ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีพื้นฐานมาจากความรัก ความเข้าใจ ความผูกพัน และมีความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของครอบครัว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Edwards, et. al. (2001) ที่ศึกษาวัยรุ่นที่มีอาการสมาธิสั้นพบว่าอาการต่อต้านทำทายเป็นความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นด้วย ความสัมพันธ์

ภายในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาทางจิตมากเท่ากับ หรือมากกว่าความขัดแย้งภายในใจของบุคคล (Lidz, 1992 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2546) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอย่างครอบคลุม โดยให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การพยาบาลจึงเน้นการส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และมีการบำบัดครอบครัวในกรณีที่มีความขัดแย้งในครอบครัวเกิดขึ้น

ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = 0.216$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Harris (2006) และ Johnston (1996) ที่พบว่าปัจจัยต่างๆ ของพ่อแม่ได้แก่ความผิดปกติด้านอารมณ์ของแม่ ความผิดปกติทางจิตของพ่อแม่ และการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองเป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวลและพฤติกรรมในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาวิจัยของ Edwards, et. al. (2001) ที่ศึกษาในวัยรุ่นที่มีอาการสมาธิสั้นพบว่าอาการต่อต้านทำทามาจากระดับความเครียดในครอบครัวและปัญหาทางจิตของพ่อแม่ (parental psychopathology) ดังนั้นการประเมินปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น หากปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นเกิดจากปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล การช่วยเหลือแก้ไขจึงควรมีการบำบัดพ่อแม่/ผู้ดูแลด้วย

ปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของ

เด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -0.278$) จากการวิเคราะห์พบว่าการมีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวที่เหมาะสม จะพบปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่า จากการที่ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่ทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพและขัดเกลาบุคลิกภาพของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนทำหน้าที่ดูแลสมาชิกทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันอันตราย การป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Johnston (1996) ที่เป็นการศึกษาปฏิสัมพันธ์ของเด็กและลักษณะพ่อแม่ในครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่ดื้อน้อยและดื้อมากกับเด็กที่ไม่มีปัญหา ซึ่งพบปัญหาพฤติกรรมสูงสุดในเด็กที่ดื้อมากและพบความแตกต่างในการเลี้ยงดูในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นซึ่งมีการตอบสนองในด้านลบ และมีการให้แรงเสริมทางบวกน้อยกว่าเด็กปกติ และจากการวิเคราะห์กิจวัตรสุขภาพครอบครัวพบว่า ปัจจัยด้านกิจวัตรสุขภาพครอบครัวรวมทุกด้านอยู่ในระดับเหมาะสม และเมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่าส่วนใหญ่ก็อยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่ยังมีกิจวัตรสุขภาพครอบครัว ด้านที่มีคะแนนค่อนข้างน้อย คือด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ความมีคุณธรรม ความสำเร็จในหน้าที่การงาน และการจัดการความเครียด ซึ่งอาจส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ และด้านอื่นๆ

ตามมา และมีกิจวัตรครอบครัวรายชื่อ บางข้อที่มีคะแนนไม่ค่อยดี เช่น การกินขนมถุง กรูบกรอบ น้ำอัดลม การแก้ไขปัญหโดยใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล การดื่มสุรา การโต้เถียงเพื่อเอาชนะ และการติดเกมส์หรืออินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นกิจวัตรครอบครัวที่ไม่เหมาะสมที่พบได้บ่อยในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่ทำการศึกษา ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงควรมีการส่งเสริมการมีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวในด้านต่างๆ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการลดปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น

ปัจจัยด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = -0.355$) จากการวิเคราะห์พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ดี จะมีปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ แมคมาสเตอร์ เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบว่ากระบวนการที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพจิต จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวครอบครัวยุคของเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีความเหมาะสม และจากการวิเคราะห์รายด้าน พบว่าด้านการควบคุมพฤติกรรมมีคะแนนค่อนข้างน้อย ซึ่งหมายถึงวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวหรือความไม่มีระเบียบไม่มีกฎเกณฑ์ในครอบครัว การที่ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กเด็กรู้สึกต่อต้าน และปฏิกิริยาต่อการควบคุมที่มากเกินไปนี้อาจออกมาในรูปของปัญหาทางอารมณ์เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า วิตกกังวล

หรือปัญหาพฤติกรรม เช่น คือต่อต้านและเกรง ดังนั้นการส่งเสริมให้พ่อแม่/ผู้ดูแล มีความรู้และทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งความรู้ในการปรับพฤติกรรมในเด็ก สมาชิกนั้นนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม

ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยครอบครัวที่ประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจกรรมสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นการให้ความสำคัญกับครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากกลไกการเกิดปัญหาทางพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ตามแนวคิดการเกิดปัญหาพฤติกรรมนั้น เกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ได้รับการเลี้ยงดู การดำรงชีวิต โครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ ซึ่งเป็นต้นแบบให้กับเด็กซึ่งในการพยาบาลสิ่งสำคัญคือทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นโดยเฉพาะในเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม จึงต้องให้ความสำคัญกับการประเมินเด็ก ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เพื่อการพยาบาลอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม โดยให้การดูแลช่วยเหลือเด็กทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ชุมชนที่จะมีผลกับพฤติกรรม และพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การใช้แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก

SDQ ผู้ใช้ต้องเข้าใจแนวคิดในการใช้แบบประเมิน และผู้ตอบแบบสอบถามต้องให้ข้อมูลของพฤติกรรมที่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถคัดกรองพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นได้ถูกต้อง

2. พยาบาลควรประเมินเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน เนื่องจากพบว่ามีปัญหาพฤติกรรมจำนวนมาก และเป็นปัญหาที่ควรใส่ใจ แก้ไขเพื่อช่วยลดปัญหาพฤติกรรมด้านนี้ในเด็กสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพื่อให้เกิด ความเข้าใจปัญหาที่แท้จริงในเด็กสมาธิสั้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรอื่นๆ ที่สามารถอธิบายตัวแปรตามได้ เพื่อความครอบคลุมในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณ์ชลิ เพียรทอง. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจพร ปัญญา. (2543). *คู่มือช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น*. กรุงเทพฯ: ศูนย์สุขวิทยาจิตกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.

- มาโนช อภรณ์สุวรรณ. (2550). *โรคสมาธิสั้น หลากหลายวิธีบำบัดเพื่อลูกรัก*. กรุงเทพฯ : รักลูกแฟมิลีกรุ๊ป.
- วรรณวิไล กมลกิจวัฒนา. (2544). *ความชุกของ ปัญหาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 จังหวัดสมุทรสงคราม*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและ สังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2550). *จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาพรเส.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *ลักษณะครอบครัว อีสานกับการส่งเสริมสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: โรงแรมแอมบาสเตอร์.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2546). *สร้างสมาธิให้ ลูกคุณ (ฉบับปรับปรุงใหม่)*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.
- Deault, L.C. (2009). 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 Human Development*, 41, 168-192.
- Denham, S.A. (2003). Family research reveals new practice model. *Holistic Nursing Practice*, 17(3), 143-151.
- Dillman, D.A. (2000). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*. New York : John Wiley and Sons.
- Edwards, G. et. al. (2001). Parent-adolescent conflict in teen-ages with ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 557-572.
- Harris, K. et. al. (2006). Comparison of psychosocial correlates in primary school age children with attention-deficit/hyperactivity disorder-combined type, with and without dysthymic disorder. *Child Psychiatric Human Development*. 36: 419-426.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of non problem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 85-104.
- Thorndike, M. R. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.