

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก
กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น*

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, CLINICAL FACTORS,
AND HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG CHILDREN
WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

มยุรา ชัยเดช, พยบ. (Mayura Chaiyadech, RN, BNS.) **

จินตนา ยูนิพันธุ์, Ph.D. (Jintana Yunibhand, Ph.D.) ***

สุนิสา สุขตระกูล, Ph.D. (Sunisa Suktrakul, Ph.D.) ****

Abstract

Objectives: 1) To study the personal factors, clinical factors and health related quality of life among children with ADHD, and 2) to study the relationships between personal factors and clinical factors and health related quality of life among children with ADHD.

Methods: This study was a descriptive research. Participants were 187 parents or caregivers of children with ADHD from outpatient services in hospitals or institutes of Mental Health Department. Research instruments were the SNAP - IV [Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire (Short Form)], Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), and CHIP-CE/PRF [Child Health and Illness Profile- Child Edition/Parent Report Form (Thai version)]. All instruments were tested for content validity

by a panel of experts. The reliabilities of the instruments were .92, .90, and .96 respectively. Correlational analysis was done by using Eta Coefficient and Pearson's Product-Moment Coefficient.

Results: The clinical factors as peer behavior problems, social behavior problems and severity of symptoms were significantly and negatively correlated ($r = -.270, -.507, -.398$) with health related quality of life among children with ADHD, at .01 level.

Keywords: Personal factors, Clinical factors, Health related quality Of life, ADHD

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก และคุณภาพชีวิต

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์

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

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา-มารดา หรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 187 คน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหรือสถาบันสังกัดกรมสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบวัดความรุนแรงของอาการ 2) แบบประเมินพฤติกรรม และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ฉบับภาษาไทย เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92, .90, และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์ Eta และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ปัจจัยทางคลินิก โดยพบว่าปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.270, -.507, -.398$) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เด็กสมาธิสั้น

ความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder-ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เกิด

จากความผิดปกติของสมองซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน (หรือการทำงาน) หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ อาการหุนหันพลันแล่น วู่วาม อาการซน อยู่ไม่นิ่ง อาจพบลักษณะอาการที่เด่นแตกต่างกันไป โดยเริ่มแสดงอาการดังกล่าวก่อนอายุ 7 ปี และแสดงอาการในสถานการณ์หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียน และที่บ้าน (American Psychiatric Association, 2000) โรคสมาธิสั้น ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางจิตเวชเด็ก พบร้อยละ 5-10 ในเด็กทั่วโลก โดยความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ในต่างประเทศ พบร้อยละ 5.29 (Polanczyk et al., 2007) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของโรคนี้ร้อยละ 3-10 โดยพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3-4 เท่า (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2550) อาการของเด็กสมาธิสั้นที่สำคัญได้แก่ อารมณ์หุนหันพลันแล่น ขาดสมาธิและซุกซน เป็นความยากลำบากหรืออุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อภาวะสุขภาพ ความเป็นอยู่ และการทำหน้าที่โดยรวม ในเด็กสมาธิสั้นจะมีอยู่ร้อยละ 50-60 ที่มีปัญหาการแสดงออกและการควบคุมอารมณ์ จนเด็กถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อนและคนรอบข้าง รู้สึกตนเองโดดเดี่ยว คุณค่าในตนเองต่ำ (Johnston, 2001) มีปัญหาพฤติกรรมในโรงเรียนและการเรียน จนนำไปสู่การถูกล่อออกจากโรงเรียน หากเด็กไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องหรือถูกปล่อยปละละเลย ก็จะมีพฤติกรรมเกรี้ยวกราดมากขึ้น และอาจนำไปสู่การพึ่งพายาเสพติด จากอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้น สะท้อนภาพปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ถูก

กล่าวถึงโดยไรลีย์ และคณะ (Riley et al., 2006) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความพึงพอใจ (satisfaction) 2) ด้านความสบาย (comfort) 3) ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ (resilience) 4) ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) และ 5) ด้านความสำเร็จ (achievement) สำหรับด้านความพึงพอใจ หมายถึง การรับรู้ถึงการเป็นอยู่ที่ดีและภาวะสุขภาพรวมทั้งการนับถือตนเอง ในเด็กสมาธิสั้นนั้นมักพบปัญหาในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ทำให้พ่อแม่หนักใจและบางครั้งมักว่ากล่าวตักเตือน หรือตำหนิบ่อยครั้งซึ่งมีผลต่อตัวเด็กเองเกิดความรู้สึกกดดัน เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจทำให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (Escobar et al., 2005) ด้านความสบาย หมายถึง ความรู้สึกด้านร่างกาย อารมณ์และข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย จะเห็นว่าอาการชักชู่และอาการหุนหันพลันแล่นที่พบในเด็กสมาธิสั้นนั้นบ่อยครั้งที่เกิดปัญหาในเด็ก เช่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ดี อดทนรอใครไม่ได้ มักไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคมซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากการภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (DuPaul et al., 2001) ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วมในครอบครัวและการรับรู้ถึงการส่งเสริมจากครอบครัว รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยพบว่า ในเด็กสมาธิสั้นมักไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ในการทำกิจกรรม เนื่องจากเด็กเหล่านี้ขาดทักษะส่วนตัวรวมทั้งทักษะทางสังคมในการคิดแก้ไขปัญห

ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (Alessandri, 1992) ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง หมายถึง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพและพัฒนาการ รวมทั้งพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสังคม ในเด็กสมาธิสั้นมักพบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง เช่น ก้าวร้าว รุนแรง คือไม่เชื่อฟัง การควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจระเบียบกฎเกณฑ์ ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและหันไปพึ่งพาอาศัยผิด (Connor et al., 2003) และด้านความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จด้านการเรียนและสัมพันธภาพ พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ บางรายอาจมีระดับสติปัญญาสูงก็พบได้บ่อย แต่เด็กมักพบความยากลำบากในการเรียนที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าเด็กที่มีระดับสติปัญญาเท่ากันในการทำใหสำเร็จ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2546)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบการศึกษาปัจจัยด้านเพศโดย เพศชายเมื่อเจ็บป่วยจะมีลักษณะอาการสมาธิสั้นที่รุนแรงกว่าเพศหญิง จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดีเท่าเพศหญิง (Klassen, 2004)) ปัจจัยด้านอายุ พบว่าอายุของเด็กสมาธิสั้นช่วงประถมวัยเป็นช่วงอายุที่พบบ่อย ซึ่งส่งผลต่อการเริ่มเรียนรู้ในห้องเรียน ก่อให้เกิดความบกพร่องในการเรียนรู้ทุกๆ เรื่อง รวมถึงการเรียนรู้ที่จะดูแลสุขภาพตนเองไปด้วย (Cunningham, 2002) ด้านการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหากสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะบิดา-มารดาอยู่ร่วมกัน จะร่วมกันเกื้อกูลแก้ปัญหาการดูแลเด็กซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ดีของเด็กด้วย (ลำเจียก คำธร และคณะ, 2550) ด้านการ

เจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัว หากบิดาหรือมารดาเครียด วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้าหรือป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ย่อมส่งผลให้การดูแลเลี้ยงดู การสนับสนุนเด็กเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลสุขภาพบกพร่องได้ (Olsson et al., 2003) ด้านปัญหากับเพื่อนเมื่อเด็กไม่สามารถควบคุมตนเอง กระทำพฤติกรรมรุนแรงขณะทำกิจกรรมกับเพื่อนอาจถูกเพิกเฉยการเข้ากลุ่มได้ ด้านปัญหาพฤติกรรมทางสังคมมักมีปัญหาการปรับตัว อาจแสดงพฤติกรรมรุนแรง ทะเลาะเบาะแว้ง เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุเป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพต่อไปได้ (Becker et al., 2006) และด้านความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย หากเด็กมีอาการมากทั้งหุนหันพลันแล่น ชุกชนยอมก่อให้เกิดความเครียดต่อปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่เกี่ยวข้องต่างๆ มากยิ่งขึ้น (Matza et al., 2004)

สำหรับประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงตัวแปรของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของเด็กสมาธิสั้นในการดำเนินชีวิตในสังคมที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กในครอบครัว ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล และการที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กที่สามารถช่วยเหลือ ดูแลเด็กและครอบครัวเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีได้นั้น จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่จัดกระทำต่อปัจจัย หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ทั้งความพึงพอใจ ความสุขสบาย ความสามารถในการฟื้นกลับ การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง และความสำเร็จ จึงจะสามารถวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล

ได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว) และปัจจัยทางคลินิก (ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น
2. การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น
3. ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ บิดามารดา หรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ International Classification of Disease/ ICD-10 เป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับบริการที่แผนก

ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและสถาบัน สังกัด กรมสุขภาพจิต และได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ บิดามารดา หรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 6-11 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามหลักเกณฑ์ การวินิจฉัยของ ICD-10 โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่ม ตัวอย่างทุกรายซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ บิดามารดา หรือผู้ปกครองที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ผู้ที่มี เวลาอยู่กับเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน ไม่รวมเวลาอนหลับของเด็ก เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปที่สามารถ อ่าน เขียน สื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย ที่ยินดีและ ให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยสูตรของ Thorndike (1978) โดยการคำนวณจาก $N > 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวน ตัวแปรที่ต้องการศึกษา) ในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปร ที่ศึกษามีทั้งหมด 12 ตัวแปร จากการคำนวณได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 ราย และพิจารณาเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างจริง ที่ศึกษา (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญเสีย ของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการวิจัย ครั้งนี้จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กสมาธิสั้น ทั้งหมดจำนวน 187 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่าง แบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยสำรวจ โรงพยาบาล ที่มีผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัด กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ และมีจิตแพทย์เด็ก ที่มี

จำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวนยอดผู้ป่วยที่มารับบริการ ต่อเดือนเฉลี่ยมากกว่า 150 ราย พบว่ามีโรงพยาบาล ที่ตรงตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล ยวประสาทไวทยโณดมภ์ และสถาบันสุขภาพจิต เด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ จากนั้นจึงเลือกกลุ่ม ตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนของ ประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ให้ครบตาม จำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ที่มีทั้งหมด 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1: แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับ บิดา-มารดา ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ลักษณะข้อคำถามมีทั้งคำถามปลายปิดมีคำตอบ ให้เลือก และคำถามปลายเปิด มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามความรุนแรงของ อาการ SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham IV Questionnaire) SNAP-IV (Short Form) โดย แบ่งเป็นความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ 9 ข้อ และความรุนแรงของอาการซุกซน/หุนหัน พลันแล่น 9 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ ที่สร้างขึ้น โดย Swanson and et al., (2001)

ส่วนที่ 3: แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) แปลเป็นภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล และ พรรณพิมล หล่อตระกูล ประกอบด้วยข้อคำถาม

เกี่ยวกับลักษณะพฤติกรรมของเด็ก จำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะของพฤติกรรมด้านบวก และด้านลบ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มเป็น กลุ่มพฤติกรรม 5 กลุ่ม แต่ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนของ สัมพันธภาพ กับเพื่อน และสัมพันธภาพทางสังคม มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4: แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ (CHIP-CE/ PRF Child Health and Illness Profile-Child Edition/ Parent Report Form) (Riley et al., 2006) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ กับเด็กสมาธิสั้นในทวีปยุโรปหลายประเทศ ทั้งนี้ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาได้ขออนุญาตแปลเป็น ภาษาไทยและใช้เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อ ได้รับอนุญาต จึงทำการแปลจากภาษาอังกฤษเป็น ภาษาไทย และแปลกลับ (Back translation) โดย อาจารย์สถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นผู้วิจัยได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณา เนื้อหา และความถูกต้องของภาษาและปริกษา หรือร่วมกับอาจารย์ผู้แปลจากสถาบันภาษา อีกครั้ง จากนั้นจึงนำมาใช้ในงานวิจัย ทั้งนี้ยังคง ให้ความหมายตรงกับต้นฉบับเดิม ประกอบด้วย 5 หัวข้อ รวม 76 ข้อ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการ วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการพิจารณาโดยผู้ทรง คุณวุฒิ 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ดัชนี ความตรงตามเนื้อหาของ แบบวัดความรุนแรง ของอาการ แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก และ แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เท่ากับ .99, .99, และ .90 ตามลำดับ ในการหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนที่ ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความ

ตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับ บิดามารดา หรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แล้วนำมา วิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความ รุนแรงของอาการ แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เท่ากับ .92, .90, และ .96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาล ยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ และให้การพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของ การวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการ และระยะเวลา พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการ เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีการทางสถิติ ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและ Eta

ผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีสถานะที่เกี่ยวข้องกับเด็กเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 64.70 และส่วนใหญ่มเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.90 เป็นเพศ ซึ่งมีอายุระหว่าง

31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 39 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 10.20 ความรุนแรงของอาการ จาก 187 คน ความรุนแรงของอาการขาดสมาธิ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.90 และความรุนแรงของอาการขาดสมาธิระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 26.20 ความรุนแรงของอาการซุกซน-อาการหุนหันพลันแล่นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.30 และความรุนแรงของอาการซุกซน-อาการหุนหันพลันแล่น ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.30 ปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของเด็กสมาธิสั้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.98 ($SD = 5.16$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยง ปัญหาพฤติกรรมรายด้าน ด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ($SD = 1.82$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 47.1 ส่วนปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.02 ($SD = 2.44$) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 77

2. จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 291.16 ($SD = 23.89$) ด้านความสุขสบาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 91.59 ($SD = 8.76$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 43.30 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความสามารถในการฟื้นกลับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.49 ($SD = 7.50$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 51.30 คุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.93 ($SD = 6.87$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 47.10 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความพึงพอใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.23 ($SD = 5.81$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 51.90 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความสำเร็จ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.75 ($SD = 5.64$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 53.50

3. จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดามารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว และปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น พบว่า เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัญหาพฤติกรรมทางสังคมและความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = -.507, -.398$) และปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = -.270$)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิกได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

ตัวแปร	r	p-value
1. ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน		
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-.270	.000
ด้านความพึงพอใจ	-.101	.169
ด้านความสุขสบาย	-.167	.023
ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ	-.131	.074
ด้านการหลีกเลี่ยงความเครียด	-.146	.047
ด้านความสำเร็จ	-.429	.000
2. ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม		
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-.507	.000
ด้านความพึงพอใจ	-.341	.000
ด้านความสุขสบาย	-.314	.000
ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ	-.407	.000
ด้านการหลีกเลี่ยงความเครียด	-.339	.000
ด้านความสำเร็จ	-.354	.000
3. ความรุนแรงของอาการ		
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-.398	.000
ความพึงพอใจ	-.121	.099
ด้านความสุขสบาย	-.256	.000
ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ	-.177	.015
ด้านการหลีกเลี่ยงความเครียด	-.455	.000
ด้านความสำเร็จ	-.373	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของเด็กสมาธิสั้น อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 291.16 (SD = 23.89) ทั้งนี้เนื่องจาก เด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กที่อยู่ในระหว่างการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล เฉพาะทาง ที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง จึงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีในระดับหนึ่ง และเมื่อพิจารณา

รายด้านพบว่า ด้านความสุขสบาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 91.59 (SD = 8.76) ทั้งนี้เนื่องจาก บิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นมองว่าเด็กมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีพลังมากมายในการทำกิจกรรมโดยเฉพาะในเรื่องของการเล่น ชุกชนตามลักษณะอาการที่พบเห็นโดยส่วนใหญ่ เด็กจะมีความสุขมากในการเล่นหรือการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่ได้อยู่ในกฎเกณฑ์ข้อบังคับ หรือภายใต้

เงื่อนไขข้อกำหนด ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในเด็กกลุ่มนี้คือ เด็กก็จะทำอะไรตามใจตัวเองเป็นส่วนใหญ่ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ทำอะไรไม่เป็นระเบียบ ชอบที่จะเล่นกับเพื่อนแต่ไม่เคารพกฎและกติกาที่วางไว้ (DuPaul et al., 2001) จากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมากมายของเด็ก จึงทำให้บิดา-มารดาประเมินว่าเด็กเหล่านี้มีความสุขสบายร่างกาย แข็งแรงสมบูรณ์ดี **ด้านความสามารถในการฟังกลับ** มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.49 (SD = 7.50) จากการศึกษาพบว่าเด็กกลุ่มนี้อยู่ร่วมกันกับบิดา-มารดาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทำให้มีช่วงเวลาที่เด็กมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน มีการพูดคุยถึงเหตุการณ์ระหว่างวันที่เด็กไปโรงเรียน รวมทั้งมีการรับฟังความคิดเห็นระหว่างเด็กและบิดา-มารดา แต่ในเด็กสมาธิสั้นเมื่อเด็กเกิดปัญหาจากการเล่นกับเพื่อน ตัวเด็กเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้เอง เนื่องจากเด็กเหล่านี้ขาดทักษะส่วนตัวรวมทั้งทักษะทางสังคมในการคิดแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (Alessandri, 1992) การอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวจะช่วยสนับสนุนให้เด็กได้พัฒนาทักษะต่างๆ และช่วยให้เด็กมีความสามารถในการฟังกลับที่ดี **ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง** มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.93 (SD = 6.87) ซึ่งอยู่ในระดับดี โดยจะเห็นได้ว่า แม้เด็กจะมีอาการหุนหันพลันแล่น ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงรูปแบบต่างๆ เช่น การเล่นที่เป็นอันตราย เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมก้าวร้าวแกล้ง เนื่องจากขาดการยั้งคิด นึกอยากจะทำอะไรก็ทำทันที โดยไม่ได้นึกถึงผลที่จะติดตามมา (Connor et al., 2003) แต่อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง

การได้รับการรักษาด้วยยาจะสามารถควบคุมอาการของเด็กได้ดีในระดับหนึ่ง อาการต่างๆ ของเด็กจึงสงบลง จึงเป็นไปได้ที่บิดา-มารดาของเด็กเหล่านี้จะเห็นว่าเด็กสามารถหลีกเลี่ยงจากความเสี่ยงได้ในระดับดี **ด้านสุขภาพด้านความพึงพอใจ** มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.23 (SD = 5.81) พบว่า เด็กสมาธิสั้นมักมองเห็นแต่ข้อเสียของตนเอง เนื่องจากถูกดูถูกว่า ถูกตำหนิ ถูกลงโทษจากทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน ซึ่งทำให้เด็กขาดความภาคภูมิใจตนเอง (Escobar et al., 2005) ขาดแรงจูงใจในการทำความคิด ขาดแรงจูงใจในการเรียน ผลการเรียนที่ไม่ดีทำให้เด็กขาดความมั่นใจในตนเอง เรียนไม่สนุก ไม่รู้เรื่อง เบื่อเรียน เด็กสมาธิสั้นมักมองไม่เห็นข้อดีของตัวเอง เช่น การใช้พลังที่มีในตัวเองนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการทำงานช่วยเหลือส่วนรวม และในที่สุดได้รับคำชมจากครู ได้การยกย่องยอมรับจากเพื่อน **ด้านความสำเร็จ** มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.75 (SD = 5.64) พบว่า ปัญหาใหญ่ของเด็กสมาธิสั้น คือ ปัญหาการเรียน เด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษามักมีผลการเรียนต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริงของสมอง ทั้งนี้เนื่องจากอาการสมาธิสั้นทำให้จดจ่อการเรียนหรือการทำงานได้ไม่นาน ทำให้เรียนไม่รู้เรื่อง เมื่อเรียนไม่รู้เรื่องจะขาดแรงจูงใจ เบื่อเรียน

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางคลินิก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยรวมของเด็กสมาธิสั้นที่ระดับ .01 ($r = -.270$, $p\text{-value} = .000$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านความสำเร็จ ที่ระดับ .01 ($r = -.429$, $p\text{-value} = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอนเนอร์และคณะ (Connor et al., 2003) ที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีปัญหาในการควบคุมตนเอง เพราะไม่สามารถที่จะบังคับตัวเองได้ทำให้มีพฤติกรรมที่รุนแรงขณะเรียนหรือทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อนและในที่สุดก็จะถูกปฏิเสธออกจากกลุ่ม สอดคล้องกับการวิจัยของเบกเกอร์และคณะ (Becker et al., 2006) ในเด็กสมาธิสั้นพบปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นด้านความสำเร็จ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อนในระดับมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 47.1 เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมเกรี้ยว ไม่เคารพกฎและกติกาของกลุ่มไม่ว่าจะเป็นการเล่น หรือการเรียน ทำให้เด็กไม่สนใจ และไม่ตั้งใจที่จะเรียนส่งผลให้การเรียนตกต่ำ ดังนั้นการพยาบาล คือให้ความรู้กับบิดามารดาหรือผู้ปกครองให้เข้าใจในเรื่องการฝึกเด็กให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี และรู้จักการควบคุมตนเองเพื่อเด็กจะได้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ถูก (ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน, 2550)

ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.507$, $p\text{-value} = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาของเบกเกอร์และคณะ (Becker et al., 2006) พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่มี Conduct disorder ร่วมด้วยมีแนวโน้มสูงที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกแบบอันธพาล เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

และมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันในหลายๆ ด้าน หรือการไม่เคารพกฎกติกาของสังคม ทำให้บิดามารดามีความยากลำบากในการดูแลและอาจใช้วิธีการดุด่า ลงโทษหรือจัดการด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นผลทำให้เด็กมีการปรับตัวได้ลำบากและอาจมีปัญหาวุฒิกรรมหรืออารมณ์อื่นๆ ตามมา รวมทั้งพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงหรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมเล็กๆ น้อยๆ ในวัยเด็กนั้นถือเป็นสัญญาณเตือนว่ามีความเสี่ยงสูงขึ้นในการที่จะเกิดพฤติกรรมต่อต้านสังคมในเวลาต่อมา

ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.398$, $p\text{-value} = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของคลาสเสนและคณะ (Klassen, 2004) พบว่าเด็กที่ขาดสมาธิ เด็กจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ส่งผลถึงด้านการเรียน การเข้าสังคม และความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะอาการรุนแรง และมีอาการดังกล่าวข้างต้นร่วมกันมากกว่า 2 อาการ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลงพบว่าเด็กสมาธิสั้นจำนวนมากกว่าร้อยละ 68 ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจร่วมด้วย อีกทั้งยังพบว่ามีปัญหาเรื่องการเรียนรู้ และปัญหาพฤติกรรมต่อต้าน

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของโนวิกและคณะ (Novik et al., 2006) ที่ศึกษาเด็กสมาธิสั้น อายุ 6-18 ปี พบว่าความแตกต่างของเพศหญิงและชาย คะแนนในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นโดยรวมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก ปัญหาที่พบในเด็ก

สมาธิสั้นที่บิดามารดานำมาพบแพทย์นั้น เป็นปัญหาในเรื่องของพฤติกรรม ที่รบกวนทั้งการเรียนและการดำรงชีวิตของเด็ก ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษา เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียน อายุ 6-11 ปี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.71 (SD = 1.64) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบาเซนและคณะ (Basen et al., 1996) พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในช่วงวัยเรียน 6-11 ปี มักพบปัญหาในเรื่องพฤติกรรมซุกซนและหุนหันพลันแล่น การทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองได้นั้นก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น มักพบในเด็กวัยเรียน

การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 76.5 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเอลลิและคณะ (Elli & Nigg, 2008) จึงอภิปรายว่าเด็กสมาธิสั้นที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน บิดามารดาช่วยเหลือลูกด้วยความเข้าใจรวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหายุติกรรม ที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้นเป็นสิ่งสำคัญ จะช่วยให้เด็กรับรู้ถึงความปลอดภัย ความผูกพันในครอบครัวที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็ก แต่ด้วยสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันนั้นพบว่า บิดามารดามีความเครียดจากการทำมาหากินจนไม่มีเวลาปรึกษาหารือ หรือช่วยเหลือลูก ซึ่งพบได้จากช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล บิดา หรือมารดา พาเด็กมาโรงพยาบาลแต่

เพียงผู้เดียว บางครั้งเป็นปู่ย่า ตายาย เป็นผู้พาเด็กมา เนื่องจากบิดามารดา เด็กต้องทำงาน จะกลับมาเจอกันช่วงเย็น ซึ่งเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ที่จะได้อยู่ด้วยกัน ดังนั้นการอยู่ร่วมกันของบิดามารดาหรือไม่อยู่ร่วมกันของบิดามารดา ก็ไม่แตกต่างกัน

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ไม่สอดคล้องกับ อนาสโทพอลอสและคณะ (Anastopoulos et al., 1992) ที่พบว่าครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่พ่อแม่มีภาวะเครียดมากในการเลี้ยงดูในเด็กสมาธิสั้น ทำให้พึ่งพาสุราและมีปัญหาครอบครัวตามมารวมทั้งภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจาก มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้การตัดสินใจที่ไม่ดีรวมถึงความขัดแย้งเกิดขึ้นในครอบครัวที่ในเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทยผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต มักจะได้รับการยกเว้นจากการทำบทบาทในการเลี้ยงดู จึงอยู่ในความรับผิดชอบของบิดา หรือมารดาที่ไม่เจ็บป่วยอีกคน ในครอบครัวคนไทยอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวขยาย มี ปู่ย่า ตายาย ที่ช่วยกันเลี้ยงดู หรือมีผู้ช่วยดูแลจึงทำให้ผลการวิจัยแตกต่างจากต่างประเทศ ดังนั้นการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว จึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ส่วนปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นความ

สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่เด็กจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนความรุนแรงของอาการก็น้อยขึ้น ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างด้วยกัน แต่สิ่งที่สำคัญ คือ การเลี้ยงดูเด็กด้วยความรักและเข้าใจ จากบิดามารดา หรือผู้ปกครองก็เป็นสิ่งที่ต้องตระหนักและเข้าใจถึงแนวทางการเลี้ยงดูอย่างถูกต้อง ในบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ต้องดูแลและช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้น โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการประเมินเด็ก ครอบครัวและสิ่งแวดล้อม เพื่อการพยาบาลอย่างครอบคลุม และใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวม โดยให้การดูแลช่วยเหลือเด็ก พร้อมกันทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ชุมชนที่จะมีผลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กตามวัย

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัย พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้นในด้านความสำเร็จอยู่ในระดับต่ำซึ่งหมายถึงความสำเร็จด้านการเรียน และสัมพันธภาพกับเพื่อนที่มักพบปัญหาในเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ในการใช้การบำบัดทางจิตสังคมต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษา การให้ สุขภาพจิตศึกษา ทั้งตัวเด็กและบิดามารดาหรือผู้ดูแลรวมทั้งครู
2. จากผลการวิจัย พบว่า ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อนอยู่ในระดับมีปัญหา ส่วนปัญหาพฤติกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปกติ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้เพียงพอในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม

เพื่อเด็กจะได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

3. จากผลการวิจัย พบว่า อาการความรุนแรงของอาการขาดสมาธิอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญของการประเมินอาการ และให้ความรู้คำแนะนำ กับบิดามารดา หรือผู้ปกครองในการรักษา และติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. ควรมีการนำผลการวิจัย ไปพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลและระบบบริการ เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามการดูแลและค้นหาเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้นในชุมชน รวมทั้งสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต

5. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น จากปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ปัญหาพฤติกรรมกับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมทางสังคม และความรุนแรงของอาการ

เอกสารอ้างอิง

- ชาญวิทย์ พรนภดล และพนม เกตุมาน. (2550). *คู่มือการรักษาโรคสมาธิสั้น*. กรุงเทพฯ: ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ลำเจียก กำธร และคณะ. (2550). ความผูกพันในครอบครัวความเชื่อที่ไร้เหตุผล และภาวะซึมเศร้าของเด็ก และเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน. *พยาบาลสาร*,

- 34 (1), 88-100.
- วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน. (2550). *จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธนาเพรศ.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2546). *สร้างสมาธิให้ลูกคุณ (ฉบับปรับปรุงใหม่)* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.
- Alessandri, S. M. (1992). Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 289-302.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 4th ed. Text review. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(5), 503-520.
- Basen-Engquist, K., Edmundson, E. W., & Parcel, G. S. (1996). Structure of health risk behavior among high school students. *Journal Consult Clinical Psychology*, 64, 764-775.
- Becker, A., Steinhausen, H. C., Baldursson, G., Dalsgaard, S., Lorenzo, M. J., Ralston, S. J., Döpfner, M., & Rothenberger, A., and the ADORE study group. (2006). Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. *Europe Child Adolescence Psychiatry*, 15(1), 56-62.
- Connor, D. F., Edwards, G., Fletcher, K. E., Baird, J., Barkley, R. A., & Steingard, R.J. (2003). Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *Journal American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 4, 193-200.
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal Abnormal Child Psychology*, 30, 555-569.
- Dillman, D.A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method*. New York: John Wiley and Sons.
- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 40, 508-515.
- Ellis, B., & Nigg, J. (2008). Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: new innings suggest partial specificity of effects. *Journal American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 41, 528-535.
- Escobar, R., Soutullo, C. A., Hervás, A., Gastaminza,

- X., Polavieja, P., & Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Journal American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 116, 364-369.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology*, 4, 183-207.
- Klassen, A. F. (2004). *Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder*. Pediatrics.
- Matza, L. S., Rentz, A. M., Secnik, K., Swensen, A. R., Revicki, D. A., & Michelson, D., Spencer, T., Newcorn, J. H., & Kratochvil, C. J. (2004). The link between health-related quality of life and clinical symptoms among children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal Development and Behavior Pediatric*, 25:166-174.
- Novik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Pereira, R. R., Lorenzo, M. J., & the ADORE study group. (2006). Influence of gender on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Europe ADORE. *Europe Child and Adolescence Psychiatry*, 15(1), 15-24
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Alan Pincus, H., & Weissman, M.M. (2003). Parental depression, child mental health problems, and health care utilization. *Medical Care*, 41, 716-721.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta regression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Riley, A. W., Spiel, G., Coghill, D., Dopfner, M., Falissard, B & Lorenzo, M. J., Preuss, U., & Ralston, S. J. (2006). Factors related to Health-Related Quality of Life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment. *Europe Child and Adolescence Psychiatry*, 15, 38-45.
- Swanson, J. M., Kraemer, H. C., & Hinshaw, S. P. (2001). Clinical relevance of the primary finding of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptom at the end of the treatment. *Journal American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 40, 168-179.