



ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง



พีรณัฐ พันธุ์ภักดี

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
ปีการศึกษา 2564  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
ปีการศึกษา 2564  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการ  
รับรู้ของผู้ปกครอง"

ของ พิรณช พันธุ์ภักดี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช โอบะ)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ โทจำปา)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก  
(นายแพทย์สำโรจน์ สันตยากร)

อนุมัติ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

<b>ชื่อเรื่อง</b>	ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง
<b>ผู้วิจัย</b>	พีรณัฐ พันธุ์ภักดี
<b>ประธานที่ปรึกษา</b>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์
<b>กรรมการที่ปรึกษา</b>	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ โทจำปา
<b>ประเภทสารนิพนธ์</b>	วิทยานิพนธ์ พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
<b>คำสำคัญ</b>	ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น, เด็กประถมศึกษาตอนต้น, ปัจจัยทำนาย

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ประกอบด้วย เพศ การถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง การเรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน และการอยู่อาศัย ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย ระยะเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลกเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 358 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็ก 3) แบบสอบถามปัจจัยด้านตัวเด็ก 4) แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค 0.827 5) แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค 0.906 และ 6) แบบประเมินพฤติกรรม SNAP IV ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 39.4 โดยมีอาการรุนแรงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.7 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ได้แก่ ครูเรียกพบผู้ปกครอง การเรียนซ้ำชั้น การจัดสรรรายได้ของครอบครัว ( $r = -.189$ ) และพฤติกรรมการติดสื่อ

เทคโนโลยี ( $r = .361$ ) ซึ่งสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 35.1 และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 72.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถเขียนเป็นสมการโลจิสติกได้ ดังนี้

$\text{Log}(\text{โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียน/โอกาสที่จะไม่เกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียน}) = -.899 + 4.052(\text{ครูเรียกพบผู้ปกครอง}) + 3.436(\text{เรียนซ้ำชั้น}) - .072(\text{การจัดสรรรายได้ของครอบครัว}) + .113(\text{พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี})$



<b>Title</b>	PREDICTIVE FACTORS FOR ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AMONG PRIMARY SCHOOL STUDENTS ACCORDING TO PARENT'S PERCEPTION
<b>Author</b>	PEERANUCH PUNPUKDEE
<b>Advisor</b>	Assistant Professor Worawan Tipwareerom, RN, Dr.P.H.
<b>Co-Advisor</b>	Assistant Professor Somsak Thojampa, RN, Ph.D.
<b>Academic Paper</b>	M.N.S. Thesis in Community Nurse Practitioner, Naresuan University, 2021
<b>Keywords</b>	attention deficit hyperactivity disorder risk, elementary school student, predictive factor

### ABSTRACT

The following is a description of the research conducted in this study. The purpose of this study was to determine the predictive ability of children, families, and environmental variables in predicting the risk of attention deficit hyperactivity disorder in early elementary school students, as seen by parents. The variables included kid characteristics such as sex, punished by teacher, the teacher called to meet the parents, repeating class, break from school, school transfer, and living. Factors affecting the family included love and care, upbringing, health care, and family income allocation. Environmental variables included the amount of time spent on technological media and the media addiction to technology. This survey enrolled 358 parents of students in the first grades 1-3 at schools administered by the Phitsanulok primary educational service area office 1 in Muang district, Phitsanulok province.

The questionnaire consisted of six sections: 1) parent information, 2) children information, 3) child factors questionnaire, 4) family factors questionnaire has cronbach's alpha reliability coefficients 0.827, 5) environmental factors questionnaire has cronbach's alpha reliability coefficients 0.906, and 6) SNAP IV ADHD risk screening form (short form), Thai version. Data were analyzed using

frequency statistics, percentage, mean, standard deviation, pearson's correlation, chi-square test, and binary logistic regression analysis.

The findings were as follows; The primary school students had a risk of ADHD was 39.4%, most of them were children who were hyperactivity, 34.7%. Factors related to the risk of ADHD in primary school students were the teacher called to meet the parent, repeat class, family income allocation ( $r = -.189$ ), and technology media addiction behavior ( $r = .361$ ) which was able to predict the risk of ADHD by 35.1% and the predictive efficiency was 72.1% with a statistical significance at the .05 level.

It may be expressed as the following logistic equation:

Log (child's likelihood of ADHD risk/likelihood child's of not having ADHD risk) =  $-.899 + 4.052(\text{the teacher called to meet the parent}) + 3.436(\text{repeat class}) - .072(\text{family income allocation}) + .113(\text{technology media addiction behavior})$



## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทัพย์วาริ รมย์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมศักดิ์ โทจำปา กรรมการที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาในการชี้แนะแนวทางในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้กำลังใจด้วยความห่วงใยเสมอมา

ผู้อำนวยการโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ทั้งหมด 10 โรงเรียน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ตลอดจน ครู และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยให้ดำเนินไปด้วย ความเรียบร้อย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอี่ยมพร หลินเจริญ และดร.นิตากร โพธิมาศ ที่กรุณาตรวจสอบ ข้อมูลสถิติวิจัย ให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปได้

คณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และ ประสพการณ์ รวมถึงให้คำแนะนำ ให้กำลังใจในการศึกษาจนผ่านมาได้ด้วยดี

ศาสตราจารย์ นพ.ศิริเกษม ศิริลักษณ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ อนุมัติทุนการศึกษา และให้สิทธิในการลาศึกษา จึงทำให้ข้าพเจ้าได้มีโอกาสศึกษาต่อในครั้งนี้

สมาชิกในครอบครัว คุณแม่จำเนียร สุปินะเจริญ, คุณพ่อไพโรจน์ สุปินะเจริญ และสามี ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.อรรถไกร พันธุ์ภักดี ที่ได้เปิดโอกาสให้ข้าพเจ้าได้ศึกษาเพิ่มพูนความรู้ ช่วยเหลืองาน บ้าน ช่วยดูแลบุตรทั้งสามคนเป็นอย่างดี รวมทั้งคอยปลอบโยนในเวลาที่ท้อแท้ และให้กำลังใจต่อสู้อมาได้ จนถึงทุกวันนี้

ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีได้เอยนามในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ติดตาม มา จนทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

คุณค่าจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขออุทิศให้ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้ศึกษา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการเกิดโรค สมานิสัน และเป็นแนวทางการศึกษาวิจัยสืบต่อไปในอนาคต

พินุช พันธุ์ภักดี



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของงานวิจัย.....	7
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
สมมติฐานของการวิจัย.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
พัฒนาการเด็กชั้นประถมศึกษาตอนต้น (อายุ 6 - 9 ปี).....	11
โรคสมาธิสั้น (Attention - deficit hyperactivity disorder).....	13
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37

กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	45
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	45
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย .....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	51
การทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	54
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	58
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง.....	58
ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก และความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น.....	60
ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม .....	62
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้าน สิ่งแวดล้อม กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตาม การรับรู้ของผู้ปกครอง.....	65
ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง .....	66
บทที่ 5 บทสรุป.....	69
สรุปผลการวิจัย.....	70
การอภิปรายผล .....	72

ข้อเสนอแนะ .....	80
บรรณานุกรม .....	81
ภาคผนวก.....	89
ประวัติผู้วิจัย .....	112



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงการสุ่มเลือกตำบล .....	49
ตาราง 2 แสดงการสุ่มเลือกโรงเรียน.....	49
ตาราง 3 แสดงการสุ่มตัวอย่างจากจำนวนนักเรียนของแต่ละโรงเรียน.....	50
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง (n=358).....	59
ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็ก (n=358).....	60
ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น จำแนกตามกลุ่มอาการของโรคสมาธิสั้น (n=141) .....	61
ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง จำแนกตามปัจจัยด้านตัวเด็ก (n=358) .....	62
ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยด้านครอบครัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง จำแนกตามความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น .....	63
ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง จำแนกตามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (n = 358) .....	64
ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง .....	65
ตาราง 11 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดินหน้า (Forward LR) ของปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง .....	66
ตาราง 12 แสดงตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง .....	99

ตาราง 13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ.....	101
ตาราง 14 แสดงค่า VIF และค่า Tolerance.....	102
ตาราง 15 แสดง Iteration History (Block 0: Beginning Block).....	103
ตาราง 16 แสดง Classification Table Step 0.....	104
ตาราง 17 แสดง Model Summary (Block 1: Method = Forward LR).....	104
ตาราง 18 แสดง Classification Table.....	105
ตาราง 19 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดิมน้ำ (Forward LR).....	106
ตาราง 20 แสดงตัวแปรอิสระที่ไม่เข้าสมการ.....	107



## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	44



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาของปัญหา

เด็กเป็นอนาคตของชาติ ควรได้รับการดูแล และส่งเสริมให้เหมาะสมตามวัย เพื่อให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไป เด็กที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา ถูกจัดว่าเป็นเจนเนอเรชันแอลฟา (Generation Alpha) มีคุณลักษณะสำคัญ คือ การเกิดและเติบโตขึ้นมาพร้อมกับเทคโนโลยี (Digital Natives) ยุคดังกล่าวมีความโดดเด่นเรื่องของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสารอย่างไร้พรมแดน จนสามารถตอบสนองความต้องการของมนุษย์อย่างรวดเร็วฉับพลัน อย่างไรก็ตามสื่อเทคโนโลยีหรือสังคมออนไลน์ เกมออนไลน์ หรือสื่อบันเทิงผ่านอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงสามารถส่งเสริม และสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ ขณะเดียวกันก็แฝงด้วยภัยที่อาจคุกคาม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ในโลกแห่งความเป็นจริงที่มีการสัมผัสได้จริงมีน้อยลง ขาดภูมิคุ้มกันทางสังคมที่นำไปสู่การไม่สามารถเลือกสิ่งดีๆ ได้ด้วยตนเอง เป็นต้น เด็กกลุ่มเจนเนอเรชันแอลฟาจึงกลายเป็นกลุ่มที่ตกอยู่ในภาวะเสี่ยงด้านปัญหาสุขภาพทางกาย จิตใจ และพฤติกรรม(สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) ในปัจจุบันประเทศไทยพบโรคหรือปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมมากขึ้น เช่น ปัญหาพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า โรคสมาธิสั้น การเรียนรู้บกพร่อง และโรคออทิสติก เป็นต้น

โรคสมาธิสั้น (Attention - deficit hyperactivity disorder: ADHD) จัดเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในเด็กเป็นอันดับหนึ่ง(คิดโซนของวัยทีน, 2561) เกิดจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติทางพฤติกรรมในด้านการควบคุมตนเอง โดยมีความผิดปกติที่สำคัญอยู่ 3 ด้าน คือ 1) การมีช่วงสมาธิที่สั้น หรือขาดสมาธิ (Inattention) 2) ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และ 3) อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) โดยมีอาการมากกว่าเด็กที่มีอายุในช่วงวัยเดียวกัน และมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมในสังคม (American Psychiatric Association, 2014)

ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นในเด็กนั้น จะส่งผลทำให้เด็กมีสมาธิสั้นที่หลายคนคาดไม่ถึง เช่น เด็กขาดการจดจ่อที่ไม่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการตามช่วงอายุ โดยผลลัพธ์จากโรคสมาธิสั้นที่พบบ่อยที่สุดในวัยเด็กนั้น คือ ความบกพร่องด้านการเรียนทางสังคม ความรู้วิชาการ และอารมณ์ (Uneri, Senses - Dinc, & Goker, 2015) เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้ตามปกติเหมือนเด็กปกติทั่วไป ทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่องด้านการเรียนรู้ช้ากว่าเด็กปกติ เด็กสมาธิสั้นมักจะรบกวนเพื่อนในชั้นเรียน เนื่องจากทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อน ทำให้เกิดรู้สึกเศร้า และอารมณ์



หงุดหงิด การเข้าสังคมกับเพื่อนไม่ได้ ไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้นจนนำไปสู่ปัญหาการไม่อยากไปโรงเรียน รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกตนเองไร้ค่า จนมีโอกาสเสี่ยงที่เด็กคนดังกล่าวจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ต่อไป (American Psychiatric Association, 2014) อาการของโรคสมาธิสั้นนั้นมักพบตั้งแต่ในวัยเด็ก และส่วนใหญ่มักมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการคัดกรอง เข้ารับการรักษา หรือช่วยเหลือที่เหมาะสม อาการความผิดปกติดังกล่าวมานั้น นอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย สุขภาพจิตและพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ยังจะส่งผลกระทบต่ออ้อมต่อทั้งผู้ป่วยเอง ในด้านของการเรียน การประกอบอาชีพ รวมถึงส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมต่อไป (วิสุธาณ บุญสิทธิ, 2555)

โทมัส, แซนเดอร์ส, ดัสต์, เบลเลอร์, และกลาสซิอู (Thomas, Sanders, Doust, Beller, & Glasziou, 2015) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta - analysis) จากผลการวิจัย 175 รายการทั่วโลกพบว่า ความชุก (prevalence) ของโรคสมาธิสั้นในประชากรอายุน้อยกว่า 18 ปี ถึงร้อยละ 7.2 ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการสำรวจสุขภาพแห่งชาติ (National Health Interview Survey: NHIS) โดยได้ศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในประชากรอายุ 4 - 17 ปี จำนวน 186,457 ราย ใน 20 ปีที่ผ่านมา (1997 - 2016) มีการศึกษาทุก 2 ปี พบว่า ความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 6.1, 6.5, 7.2, 7.3, 7.5, 8.1, 9.0, 9.6, 9.4 และ 10.2 ตามลำดับ (Xu, Strathearn, Liu, Yang, & Bao, 2018) แสดงให้เห็นว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นในสหรัฐอเมริกามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ขณะที่ในประเทศไทย ยังพบการศึกษาค่อนข้างน้อยมาก กรมสุขภาพจิตได้มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2556 กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จาก 10 จังหวัดใน 4 ภาค จำนวน 7,188 ราย พบว่ามีความชุกร้อยละ 8.1 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาในปีเดียวกัน (ร้อยละ 9.4) แต่ไม่พบผลการสำรวจความชุกในระยะยาวเหมือนในต่างประเทศ พบเพียงข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปี 2559 - 2562 เท่ากับ 8,550, 18,444, 99,619 และ 167,466 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข: HDC, 2557) ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่สามารถระบุช่วงอายุได้ แต่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีเพิ่มมากขึ้น และมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องจากประชาชนเริ่มมีการรับรู้และมีความสนใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น

ในจังหวัดพิษณุโลกพบว่ายังไม่มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้น พบเพียงข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเช่นกัน โดยเริ่มมีการรายงานข้อมูลในระบบ Health Data Center ในปี 2561 เท่ากับ 1,256 คน และ ปี 2562 1,764 คน และพบข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention - deficit hyperactivity disorder: ADHD และ Hyperkinetic disorder) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในปี 2559 - 2562 โดยพบผู้ป่วย 169, 215, 667 และ 688 คน ตามลำดับ (เวชสถิติโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร, 2562) ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

โรคสมาธิสั้นพบได้มากในเด็กช่วงวัยเรียนในระดับประถมศึกษาตอนต้นที่มีอายุ 6 - 9 ปี โดยพบมีการศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 4 - 18 ปี จำนวน 332 คนพบว่าเด็กที่อายุน้อยกว่า 10 ปีมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กกลุ่มช่วงวัยอื่นถึง 4 เท่า (Wamulugwa et al., 2017) การศึกษาในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้มีการศึกษาเมื่อปีพ.ศ.2556 ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จาก 10 จังหวัดใน 4 ภาค จำนวน 7,188 ราย พบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นมากสุดในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 9.7 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, 2556) และข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษา ณ คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรพบมากสุดในช่วงอายุ 6 - 9 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 54 ของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นทั้งหมด (เวชสถิติรพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2562) ซึ่งพบว่าเด็กเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง (บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ, และธารินทร์ เพ็ญวรรณ, 2562; พิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรดิถก, 2556; Malek, Amiri, Sadegfard, Abdi, & Amini, 2012; Wamulugwa et al., 2017) โดยพบเพศชายร้อยละ 12 และเพศหญิงร้อยละ 4.2 หรือเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 3:1 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, 2556)

สาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้นนั้น ยังไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่ามาจากสาเหตุใด แต่พบว่ามีคามผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ซึ่งจึงเกิดจากการทำงานของสมองที่ไม่เหมาะสม โดยพบผลการตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI brain) ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นนั้น มีความผิดปกติของสมองส่วน prefrontal cortex, basal ganglia และ cerebellum ที่มีขนาดเล็กแตกต่างจากเด็กปกติ (Mahone et al., 2011) และพบการทำงานที่ผิดปกติในวงจรที่เชื่อมต่อระหว่าง prefrontal cortex และ striatum ทำให้มีความบกพร่องด้าน executive function และ motivation ซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของสารสื่อประสาท dopamine และ noradrenaline (Krain, & Castellanos, 2006)

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นนั้น พบผลการศึกษาปัจจัยด้านตัวเด็กที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ได้แก่ เด็กที่มีปัญหาการเรียน เช่น การถูกครูทำโทษ พบว่าเด็กที่เคยมีประวัติถูกครูทำโทษนั้น มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็น 1.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคยถูกครูทำโทษ (บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ, และธารินทร์ เพ็ญวรรณ, 2562) ครูเรียกพบผู้ปกครอง การที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรม จนครูต้องเรียกพบผู้ปกครองนั้น พบว่าเด็กจะมีความเสี่ยงโรค

สมาธิสั้นเป็น 1.8 เท่าของเด็กที่ครูไม่ได้เรียกพบผู้ปกครอง (บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ, 2562) การเรียนซ้ำชั้น พบเด็กที่มีปัญหาการเรียนจนต้องเรียนซ้ำชั้นมีความสัมพันธ์กับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น (Sakboonyarat et al., 2018) โดยพบว่าเด็กที่มีประวัติเรียนซ้ำชั้นมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็น 1.9 เท่าของเด็กที่ไม่เคยเรียนซ้ำชั้น (พิศมัย พงศาธีรัตน์, และพรทิพย์ วชิรดิลก, 2556) การหยุดพัก การเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียนนั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (Sakboonyarat et al., 2018) การอยู่อาศัย พบว่าเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง อาจทำให้ขาดการอบรมเลี้ยงดู และเอาใจใส่จากผู้ปกครอง ทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นได้ (Sakboonyarat et al., 2018; ดารุณี งามขำ, และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2554; พิศมัย พงศาธีรัตน์, และพรทิพย์ วชิรดิลก, 2556)

ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวประกอบด้วย ความรักความเอาใจใส่พบว่าครอบครัวที่ขาดความรักความเอาใจใส่ต่อกันนั้น มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (Hurtig et al., 2007; Wustner et al., 2019) การอบรมเลี้ยงดู พบว่าการทำหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบกับเด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.355$ ) (ดารุณี งามขำ และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2554) และบิดามีประวัติติดยาเสพติด ซึ่งถือว่าเป็นตัวอย่างไม่ดีแก่บุตร ขาดการอบรมเลี้ยงดูบุตรนั้นส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็น 1.7 เท่า (บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ, 2562) การดูแลสุขภาพ พบว่าการที่ผู้ปกครองมีความรู้ไม่เพียงพอและมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ทำให้เด็กมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นและไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (Sakboonyarat et al., 2018) การจัดสรรรายได้ของครอบครัว พบว่าครอบครัวที่มีไม่มีจัดสรรรายได้ จะเกิดปัญหาการใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาหนี้สิน ทำให้พ่อแม่เกิดความเครียดจนกระทบกับตัวเด็กส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ (ดารุณี งามขำ และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2554; พิศมัย พงศาธีรัตน์, และพรทิพย์ วชิรดิลก, 2556)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันพบอิทธิพลของสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต เป็นต้น ที่เด็กสามารถเข้าถึงได้อย่างง่ายดาย เด็กมีการใช้สื่ออย่างเพลิดเพลิน ไม่สามารถควบคุมระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยีเองได้ ซึ่งยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยีนี้นั้นมีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น การศึกษาของบุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ พบว่าเด็กที่มีการใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมงต่อวันนั้นมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นเป็น 2.2 เท่า (บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ, 2562) ส่วนการศึกษาของปริญา สุริพล และคณะ พบว่าระยะเวลาในการเล่นโทรศัพท์มือถือในวันหยุดสุดสัปดาห์ 2 - 5 ชั่วโมงนั้นไม่เป็นความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้น (ปริญา สุริพล, สุนคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง, 2562) ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาข้อเท็จจริง นอกจากนี้ยังพบการศึกษา Meta - analysis จากงานวิจัยทั้งหมด 45 เรื่อง ว่าการใช้สื่อเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยง

โรคสมาธิสั้น (Nikkelen, Valkenburg, Huizinga, & Bushman, 2014) โดยเด็กที่มีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีนั้น มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (กันยา พาณิชยศิริ, และเบญจพร ตันตสูติ, 2559)

การคัดกรอง และการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตั้งแต่อายุยังน้อย หรือในระยะแรกที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน การรักษามีโอกาสจะได้ผลดีและค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่สูงมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยมีโอกาที่จะมีพัฒนาการในด้านต่างๆ เหมือนเด็กปกติได้ (ชาญวิทย์ พรนภดล, วินิตดา ปิยะศิลป์, และจิตรภรณ์ จิตรธร, 2554) ซึ่งการคัดกรอง การวินิจฉัยโรคนั้นต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ในสหรัฐอเมริกา American academy pediatric: AAP ได้มีการปรับแนวทางการวินิจฉัยโรค และการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก (ตั้งแต่อายุ 4 - 18 ปี) จากฉบับเดิมปี ค.ศ. 2011 เป็นฉบับปรับปรุงในปี ค.ศ. 2019 ภายหลังจากปี ค.ศ. 2011 มีการเผยแพร่งานวิจัยใหม่ๆสะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจและการยอมรับในเรื่องของความชุกและระบาดวิทยาของโรคสมาธิสั้นที่เพิ่มขึ้น พบปัญหาและอุปสรรคของระบบในการดูแลเด็กด้วยโรคสมาธิสั้น การไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในเรื่องของการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องและได้รับการดูแลไม่ทั่วถึงเนื่องจากมีบุคลากรที่จำกัด (American Academy Pediatric, 2019)

แนวทางทางการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กตั้งแต่อายุ 4 - 18 ปี ฉบับปัจจุบัน AAP ได้เน้นให้ความสำคัญไปที่การดูแลในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยกำหนดแนวทางเพื่อช่วยเอื้อต่อการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่เริ่มประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กตั้งแต่อายุ 4 - 18 ปี ที่มีปัญหาพฤติกรรมที่สำคัญ คือ ขาดสมาธิ ซนอยู่ไม่นิ่ง ไม่ตั้งใจ ไม่มีสมาธิ หุนหันพลันแล่น หรือมีปัญหาด้านการเรียน โดยการพิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM - 5 และแบบประเมินพฤติกรรมโดยครูหรือผู้ปกครอง (American Academy Pediatric, 2019)

ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เห็นความสำคัญในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น จึงมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่สถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ปกครอง และครู เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นให้ได้รับการคัดกรอง ปรับพฤติกรรม ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP - IV ในการคัดกรองความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (สมัย ศิริทองถาวร และคณะ, 2560) จากแนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นที่กล่าวข้างต้น จะเน้นที่การคัดกรองความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กให้พบโดยเร็ว เพื่อที่จะสามารถดูแลรักษาเด็กให้มีพัฒนาการใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด



ฉะนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยแยกโรค และการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมนั้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้น ปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นที่มีความสัมพันธ์และมีความสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง เพื่อจะได้นำผลการวิจัยและข้อเสนอแนะจากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้นในอนาคตต่อไป บนฐานความคิดที่ว่าเด็กเป็นอนาคตของชาติ ที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถพัฒนาประเทศชาติสืบต่อไปในอนาคต

### คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. ศึกษาความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง
2. ศึกษาปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง
4. เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

### ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นข้อมูลให้บุคลากรด้านสาธารณสุข และครูผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนัก เฝ้าระวัง และสังเกต ปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น
2. บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติการค้นหาและเฝ้าระวังการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็ก

## ขอบเขตของงานวิจัย

### 1. ขอบเขตของเนื้อหา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยการทำการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

### 2. ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ของการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ปกครองของนักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ป. 1 - 3) ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4,654 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของนักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลกเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้รับสุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร 4,654 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ คอแครน (Cochran, 1977) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 302 คน และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 20% (Attrition rate) รวมเป็นจำนวน 362 คน

### 3. ขอบเขตพื้นที่การวิจัย

พื้นที่ในการวิจัย คือ โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลกเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 51 โรงเรียน

### 4. ขอบเขตตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขต อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย

ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน การอยู่อาศัย

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมการใช้สื่อเทคโนโลยี

ตัวแปรตาม คือ ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น และกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

### ข้อตกลงเบื้องต้น

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลหลัก อาศัยอยู่ร่วมกับเด็ก และสามารถประเมินพฤติกรรมของเด็กได้ การประเมินผลความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจากแบบประเมินพฤติกรรม SNAP - IV (Short Form) ฉบับภาษาไทย (ฉันทธร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุรณะสุชสกุล, ดุชฎี จิงศิริกุลวิทย์ และทรงภูมิ เบญญากร, 2557) โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน และผู้วิจัยแปลผลตามเกณฑ์ของแบบประเมินพฤติกรรม SNAP - IV ที่กำหนดไว้ ซึ่งการแปลผลจะบอกได้เพียงว่ามีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นหรือไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเท่านั้น ไม่มีการตรวจกับแพทย์ และไม่มีการสรุปการวินิจฉัยโรคจากแพทย์

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น** หมายถึง พฤติกรรมที่บ่งชี้ หรือพฤติกรรมที่เป็นอาการของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อาการขาดสมาธิ อาการไม่อยู่นิ่ง ซน อาการหุนหันพลันแล่น ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ซึ่งประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรม SNAP IV (Short Form) ฉบับภาษาไทย (ฉันทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557) โดยผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน

**ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น** หมายถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเด็ก ทำให้เด็กมีอาการขาดสมาธิ อาการไม่อยู่นิ่ง ซน อาการหุนหันพลันแล่น ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านตัวเด็ก** ได้แก่ เพศ ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน และการอยู่อาศัย ประเมินตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**เพศ** หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงให้ใคร ๆ รู้ว่าบุคคลนั้น ๆ เป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของบุคคล ที่อาจส่งผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น แบ่งเป็น เพศหญิงและเพศชาย

**ถูกครูทำโทษ** หมายถึง การที่ครูกระทำต่อเด็กโดยการตำหนิ หรือมีคำสั่งให้เด็กทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นการทดแทนและให้เด็กได้สำนึกในสิ่งที่เด็กกระทำไม่เหมาะสมที่โรงเรียน ประเมินจากแบบสอบถามปัจจัยด้านตัวเด็กตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**ครูเรียกพบผู้ปกครอง** หมายถึง การที่ครูเชิญผู้ปกครองมาพูดคุยที่โรงเรียน หรือโทรศัพท์พูดคุยกับผู้ปกครองเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมไม่ตั้งใจเรียน คือ ซน ไม่เชื่อฟังครู พูดมาก พูดแทรกตอนครูสอน นั่งเรียนได้ไม่นาน ลุกจากที่นั่งโดยไม่ขออนุญาตตอนครูสอน ก้าวร้าว ทำงานไม่เสร็จ ไม่ส่งการบ้าน ประเมินจากแบบสอบถามปัจจัยด้านตัวเด็กตามการรับรู้ของผู้ปกครอง



**เรียนซ้ำชั้น** หมายถึง การที่เด็กมีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีปัญหาการเรียนไม่ผ่านตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ได้เลื่อนระดับชั้นเรียนตามความเหมาะสมตามช่วงวัย ประเมินจากแบบสอบถามปัจจัยด้านตัวเด็กตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**หยุดพักการเรียน** หมายถึง การหยุดเรียนระหว่างปีการศึกษาเป็นเวลานานมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ภาคเรียน เนื่องจากมีปัญหาพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีปัญหาการเรียนไม่สามารถเรียนตามปกติได้ ประเมินจากแบบสอบถามปัจจัยด้านตัวเด็กตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**เปลี่ยนโรงเรียน** หมายถึง การย้ายโรงเรียนในระหว่างปีการศึกษา เนื่องจากมีปัญหาการเรียน มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ประเมินจากแบบสอบถามปัจจัยด้านตัวเด็กตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**การอยู่อาศัย** หมายถึง การอยู่อาศัยของตัวเด็ก อยู่อาศัยร่วมกับบิดาและมารดา อยู่ร่วมกันคนเดียว การอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาคนเดียว หรืออยู่อาศัยกับญาติพี่น้อง เช่น ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น ประเมินจากแบบสอบถามปัจจัยด้านตัวเด็กตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**2. ด้านครอบครัว** ได้แก่ สถานภาพครอบครัว ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว

**ความรักความเอาใจใส่** หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัวแสดงพฤติกรรมให้คนในครอบครัวได้รับรู้ถึงความสนใจ ความห่วงใยต่อกัน มีการให้ความสนใจรับรู้เรื่องราวต่างๆของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการรับรู้ปัญหา การยอมรับ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัวเมื่อมีปัญหา มีการรับรู้ความต้องการของสมาชิก ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**การอบรมเลี้ยงดู** หมายถึง การที่ผู้ปกครองปฏิบัติการดูแลเด็ก ให้เด็กได้เติบโตอย่างเหมาะสมตามช่วงวัยของเด็ก ให้การดูแลที่ตอบสนองทางด้านร่างกายที่จำเป็นตามปัจจัยพื้นฐาน 4 ประการในการดำรงชีวิต คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค รวมทั้งความต้องการทางด้านจิตใจ สอนให้เด็กรู้จักการให้และรับความรัก ฝึกให้เป็นตัวของตัวเอง ฝึกระเบียบวินัย ความเป็นมิตรในหน้าที่ และการกระทำของตนเอง มีการทำโทษเมื่อทำผิดอย่างมีเหตุผล ไม่ใช่อารมณ์หรือการทำโทษที่รุนแรง และการให้รางวัลหรือคำชมเชยเมื่อประพฤติดี การสอนเด็กให้รู้จักการใช้เหตุผลไม่ใช่ อารมณ์ สอนว่าสิ่งใดควรทำและสิ่งใดควรละเว้น และปลูกฝังให้เด็กเป็นพลเมืองดีของชาติ ประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**การดูแลสุขภาพ** หมายถึง การที่ผู้ปกครองกระทำต่อเด็กเพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษา สภาพร่างกาย และจิตใจของเด็ก ทั้งในขณะสุขภาพดี และเจ็บป่วย ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารที่สะอาดครบ 5 หมู่ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพสะอาดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน

การปฏิบัติตามคำแนะนำการป้องกันการเกิดโรค การดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วยตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น ประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**การจัดสรรรายได้ของครอบครัว** หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีการวางแผนจัดสรรรายรับ และรายจ่ายในครอบครัว มีการประเมินรายได้ของครอบครัว การจัดสรรเงินในการใช้จ่ายของครอบครัวอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีการจัดหาสิ่งจำเป็นทางกาย และความต้องการขั้นพื้นฐานให้กับครอบครัว เช่น ค่าอาหาร ค่ายา ค่าเครื่องนุ่งห่ม ค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายในการท่องเที่ยว เป็นต้น และกิจกรรมด้านการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพ รวมทั้งการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การจัดสรรเงินไว้สำหรับตรวจสุขภาพ ค่ารักษาพยาบาล ประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**3. ด้านสิ่งแวดล้อม** ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี

**สื่อเทคโนโลยี** หมายถึง เครื่องมือ เครื่องใช้ หรือ สื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกิดจากความรู้และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ก่อให้เกิดผลประโยชน์ในการสื่อสาร การเรียนรู้ ส่งต่อข้อมูลต่าง ๆ และความเพลิดเพลิน เช่น โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต

**ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี** หมายถึง จำนวนระยะเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยีทุกชนิด เพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยรวมเฉลี่ยเวลาต่อวัน ประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

**พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี** หมายถึง อาการเสพติดทางพฤติกรรม ที่ส่งผลให้ 1) ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้สื่อให้เป็นไปตามที่กำหนดให้ 2) มีความคิดหรือหมกมุ่นกับการใช้งานมากจนเกินไป และ 3) ขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่หรือการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่น ๆ และมีแนวโน้มสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในชีวิตจริง ประเมินได้จากแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี

2. ปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. พัฒนาการเด็กชั้นประถมศึกษาตอนต้น (อายุ 6 - 9 ปี)
2. โรคสมาธิสั้น
  - 2.1 พยาธิสภาพของโรคสมาธิสั้น
  - 2.2 อาการของโรคสมาธิสั้น
  - 2.3 การคัดกรองโรคสมาธิสั้น
  - 2.4 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
  - 2.5 การรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น
  - 2.6 การป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้น
  - 2.7 ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น
  - 2.8 ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 3.1 ปัจจัยด้านตัวเด็กและด้านครอบครัวที่มีผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น
  - 3.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### พัฒนาการเด็กชั้นประถมศึกษาตอนต้น (อายุ 6 - 9 ปี)

พัฒนาการเด็ก หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆที่เกิดขึ้นกับบุคคลตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา แรกเกิด จนบรรลุนิติภาวะ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวหน้าขึ้นเป็นระยะ ๆ ส่งผลให้เด็กมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทิพวรรณ หรรษकुณาชัย, 2554; พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544; สุชา จันทน์เอม, 2542)

เด็กช่วงอายุ 6 - 9 ปี จัดอยู่ในวัยเด็กตอนกลาง หรือวัยเรียนตอนต้น เป็นวัยที่เริ่มต้นเข้าสู่การเรียนอย่างเต็มรูปแบบ แม้ว่าเด็กจะเคยศึกษาในระดับชั้นอนุบาลมาก่อนแล้ว ผ่านการแยกจากครอบครัว สามารถใช้ชีวิตในโรงเรียนโดยที่ไม่มีผู้ปกครองได้ แต่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เด็ก

จะต้องปรับตัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องมีการเรียนรู้ทางด้านวิชาการเพิ่มขึ้น หากเด็กได้รับการฝึกฝน พัฒนาการในด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคมมาก่อน จะช่วยให้เด็กมีความพร้อมที่จะปรับตัวได้ง่ายขึ้น (สุชา จันทน์เอม, 2542)

การศึกษาพัฒนาการของเด็กช่วงอายุ 6 - 9 ปี แบ่งเป็นพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญ 4 ด้าน คือ 1) พัฒนาการด้านร่างกาย 2) พัฒนาการด้านอารมณ์ 3) พัฒนาการด้านสังคม และ 4) พัฒนาการด้านสติปัญญา

#### **พัฒนาการด้านร่างกาย**

เมื่ออายุ 6 ปีจะมีอัตราการเจริญเติบโตของร่างกายช้าลง จะสูงขึ้น มากกว่าส่วนกว้าง ลำตัว จะแบน แขนขาจะยาวออก รูปร่างมีลักษณะคล้ายผู้ใหญ่มากขึ้น อวัยวะภายในร่างกาย เช่น ระบบทางเดินอาหาร ระบบไหลเวียนโลหิตมีการเจริญเติบโตเกือบเต็มที่ กระดูกยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ สายตา และมือยังคงเคลื่อนไหวประสานกันไม่สะดวก เด็กวัยนี้จะมีพัฒนาของกล้ามเนื้อได้ดี มีพลังงาน มากจึงมักจะไม่ว่าง สามารถทำกิจกรรมตามความชอบ และมักจะทำอย่างรวดเร็ว ไม่ระมัดระวัง ทำให้ประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544; สุชา จันทน์เอม, 2542)

#### **พัฒนาการด้านอารมณ์**

พัฒนาการด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกของความต้องการ ความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจ เด็กช่วงวัยนี้ต้องมีการเรียนรู้การปรับตัวในเข้ากับสภาพสิ่งแวดล้อมใหม่ๆที่โรงเรียน ทำให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ รู้จักการยับยั้งใจ ไม่แสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่ดี เด็กจะมีความต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและครู เด็กจะอยากเป็นที่หนึ่งหรือเป็นคนแรก จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เป็นที่ชื่นชมของครู และชอบพูดคุยโอ้อวด เปรียบเทียบกันอยู่เสมอเพื่อให้ตนเองเป็นที่ยอมรับ เมื่อผ่านช่วงวัยนี้ไปได้ระยะหนึ่งเด็กได้มีการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น มีความเข้าใจการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น โดยจะไม่ทำให้ผู้อื่นเกิดความเดือดร้อน มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เข้าใจว่าแต่ละคนมีความสามารถแตกต่างกัน และจะมีความคิดเป็นของตัวเอง เข้าใจตัวเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งความเข้าใจเหล่านี้จะทำให้เด็กสามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือผิดหวัง (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544; สุชา จันทน์เอม, 2542)

#### **พัฒนาการด้านสังคม**

เด็กได้เรียนรู้ทักษะการอยู่ร่วมกันกับเพื่อนและครูที่โรงเรียน มีการเรียนรู้วิธีการที่จะเล่นกับเพื่อน บางคนอาจขี้อาย กลัว หรือไม่รู้วิธีที่จะเล่นกับเพื่อน ซึ่งเด็กวัยนี้ก็สามารถที่จะเรียนรู้จากพฤติกรรมจากเด็กคนอื่นและสามารถเข้าไปเล่นกับเพื่อนได้ เด็กวัยนี้มักจะเอาแต่ใจตัวเองและต้องการเป็นผู้ชนะหรือเป็นที่หนึ่งเสมอจนอาจเกิดปัญหาทะเลาะหว่างเพื่อนได้ ครูและผู้ปกครองมีบทบาทในการช่วยสอนให้เด็กได้รู้จักการแพ้ชนะ เมื่อเวลาผ่านไปเด็กก็จะได้เรียนรู้การยอมรับจากเพื่อนโดย

การรู้จักแพ้ชนะและสามารถอยู่ร่วมกันกับเพื่อนได้ (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2544; สุชา จันทน์เอม, 2542)

### พัฒนาการด้านสติปัญญา

พัฒนาการด้านสติปัญญา เป็นความสามารถของเด็กในการคิด และทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ตนเองต้องการ เด็กวัยนี้ในระยะแรกจะเริ่มเรียนรู้จากการสังเกตสิ่งต่างๆรอบตัว ดังนั้นตัวอย่างที่ดีมีความสำคัญมากสำหรับเด็กวัยนี้ เด็กจะมีการเรียนรู้และจดจำสิ่งต่างๆ สามารถจดจำภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร และคำศัพท์เพิ่มขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ภาษาในการแสดงความคิด ความรู้สึกได้เป็นอย่างดี เด็กจะเริ่มมีความรู้สึกถูกผิดทางด้านจริยธรรม ความซื่อสัตย์ และความรับผิดชอบ เด็กจะมีการพัฒนาด้านสติปัญญาอย่างต่อเนื่องจนถึงช่วงปลายของระยะนี้อายุ 9 ปี เด็กจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญาให้เห็นชัดเจน คือ จะมีจินตนาการ มีความคิดสร้างสรรค์เป็นของตนเอง สามารถคิดและสร้างผลงานด้วยตัวเอง มีความเข้าใจเรื่องเวลา ความสัมพันธ์ระหว่างเวลาและเหตุการณ์ประจำวัน รู้เวลาตื่นนอน รู้เวลาทานอาหาร แต่อายุยังไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง ผู้ปกครองอาจต้องตื่นอยู่ รวมทั้งมีความเข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรมมากขึ้น (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2544; สุชา จันทน์เอม, 2542)

พัฒนาการแต่ละช่วงวัยของเด็กมีความสำคัญ โดยจะทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรม ความสนใจต่าง ๆ ที่จะส่งผลถึงการวินิจฉัยความผิดปกติของเด็กทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต หากไม่ทราบพัฒนาการที่ปกติของเด็กตามช่วงวัย อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคได้ หากเด็กมีพัฒนาการที่ผิดปกติไปจากช่วงวัยจำเป็นต้องหาสาเหตุของความผิดปกติในแต่ละด้านนั้น ๆ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุจากความผิดปกติทางระบบประสาทหรือเป็นเพียงการขาดการกระตุ้นหรือส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมเท่านั้น โดยโรคที่พบที่มีความผิดปกติของพัฒนาการ ได้แก่ โรคสมองพิการ โรคออทิสติก โรคสมาธิสั้น เป็นต้น

### โรคสมาธิสั้น (Attention - deficit hyperactivity disorder)

โรคสมาธิสั้นหรือ Attention - deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นอาการผิดปกติของการพัฒนาระบบประสาทที่พบมากในวัยเด็ก มักจะวินิจฉัยได้ตั้งแต่เด็กและอาจมีอาการต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020) การพัฒนาของระบบประสาทที่ผิดปกติส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ไม่มีสมาธิ ขาดความตั้งใจจดจ่อ (inattention) 2) อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ซึ่งมีอาการมากกว่าเด็กที่มีอายุอยู่ในช่วงวัยเดียวกัน มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการทำกิจกรรมในสังคม (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555)



## 1. พยาธิสภาพของโรคสมาธิสั้น

การเกิดโรคสมาธิสั้นยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคที่แน่ชัด แต่พบว่ามี ความผิดปกติ ทางด้านพฤติกรรม ซึ่งจึงเกิดจากการทำงานของสมองที่ไม่เหมาะสม โดยพบผลการตรวจเอกซเรย์ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI brain) ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นนั้น มีความผิดปกติ ของสมองส่วน prefrontal cortex, basal ganglia และ cerebellum ที่มีขนาดเล็กแตกต่างจากเด็ก ปกติ (Mahone et al., 2011) และพบการทำงานที่ผิดปกติในวงจรที่เชื่อมต่อกันระหว่าง prefrontal cortex และ striatum ทำให้มีความบกพร่องด้าน executive function และ motivation ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การทำหน้าที่ของสารสื่อประสาท dopamine และ noradrenaline (Krain, & Castellanos, 2006)

## 2. อาการของโรคสมาธิสั้น

อาการของโรคสมาธิสั้นแสดงออกมาให้เห็นเป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่ผิดปกติ อันเนื่องมาจากความผิดปกติของสมองทำให้ไม่สามารถยับยั้งตนเองได้, ขาดความสามารถในการจดจำ ข้อมูลหลายอย่างในเวลาเดียวกันได้, ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจได้ด้วยตนเอง (self - motivation) และ ไม่สามารถวางแผนการทำกิจกรรมต่างๆอย่างเป็นขั้นตอนได้ (Tripp, & Wickens, 2009) ซึ่ง รูปแบบพฤติกรรมที่ผิดปกติของโรคสมาธิสั้นมี 3 รูปแบบ ดังนี้

2.1 ขาดสมาธิ (inattention) เด็กจะไม่ตั้งใจ ขาดการจดจ่อ ไม่ใส่ใจรายละเอียดใน การทำงาน การเรียน หรือกิจกรรมอื่นๆ ไม่มีสมาธิในการทำกิจกรรม หรือการเล่น เบื่อง่าย แม้ว่าเพิ่ง เริ่มเล่น หรือทำกิจกรรมไม่กี่นาที เรียบเรียงขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรมไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรม ได้บรรลุเป้าหมาย นั่งทำการบ้านไม่เสร็จ ขี้ลืมทำของหายบ่อย ๆ ทำท่าไม่ได้ยิน หรือดูเหมือนไม่ฟัง เวลาพูดด้วย เหม่อ เชื่องช้า และสับสนง่าย ประมวลข้อมูลได้ช้า และไม่มีประสิทธิภาพ เมื่อเทียบกับ เด็กในวัยเดียวกัน ไม่สามารถทำตามคำสั่ง หรือแนวทางที่ให้ไว้ แต่จะสามารถทำกิจกรรมที่ตนเอง ชอบได้นาน เช่น เล่นเกมคอมพิวเตอร์ ดูการ์ตูนในโทรทัศน์ เป็นต้น (จิรพันธ์ วีรกุล, 2557; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555)

2.2 ซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) พฤติกรรมซุกซนมากกว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน ชอบ ปีนป่าย เล่นแรง เล่นส่งเสียงดังออกแรงมาก มีลักษณะยุกหยิก บิดตัวไปมาหรือขยับแขนขาดลอด นั่งอยู่กับที่ไม่ได้นาน ซนเพื่อนคุย มีพฤติกรรมก่อกวน รู้สึกกระวนกระวายใจตลอดเวลา ไม่สามารถ เล่น หรือทำกิจกรรมเงียบ ๆ ได้ ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะดีขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555)

2.3 หุนหันพลันแล่น (impulsivity) ใจร้อน ไร้ความ ขาดการยั้งคิด อดทนรอคอยไม่ค่อย ได้พูดแทรกในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนากันอยู่ เข้าไปแย่งของเล่น หรือแทรกคิวเพื่อนเล่น พูดขัดจังหวะด้วยคำพูดที่ไม่เหมาะสมขณะครูพูด ตอบคำถามโดยไม่รอครูพูดจบ แสดงความรู้สึกโดย ไม่เก็บอาการ รอคอยไม่เป็น ชอบแซงคิว (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555)

### 3. การคัดกรองโรคสมาธิสั้น

การดูแลรักษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นตั้งแต่อายุยังน้อย หรือในขณะที่ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนจะเป็นผลดีต่อตัวเด็ก และเสียค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก เด็กมีโอกาสที่จะพัฒนาตัวเองเหมือนเด็กปกติได้ การคัดกรองโรคสมาธิสั้นจึงมีความสำคัญอย่างมาก ในต่างประเทศจึงให้ความสำคัญกับการคัดกรอง (screening) หรือการตรวจแรกเริ่ม (early diagnosis) โดยได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการคัดกรอง และวินิจฉัยโรคเบื้องต้นหลายชิ้นในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ตัวอย่างเครื่องมือที่มีมาตรฐานและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ได้แก่ Conners Rating Scales - Revised (CRS - R) - Teacher and Parent Form, Swanson, Nolan and Pelham - IV (SNAP - IV), ADHD Symptom Checklist - 4 (ADHD - SC - 4), ADHD Rating Scale - IV, IOWA Conners Rating Scale และ Attention Deficit Disorders Evaluation Scale, third Edition (ADDES - 3) (ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์ และจิตราภรณ์ จิตรธร, 2554)

สำหรับในประเทศไทยพบแบบสอบถามที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย ดารณี อุทัยรัตนกิจ และคณะในปี พ.ศ. 2549 เป็นแบบคัดกรองนักเรียนที่มีโรคสมาธิสั้น บกพร่องทางการเรียนรู้ และออทิสซึม มีชื่อเรียกว่า KUS - SI Rating Scale: ADHD/LD/Autism (KUS - SI) มี 30 ข้อคำถามใช้ประเมินในเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 โดยครูเป็นผู้ประเมิน แบบคัดกรอง KUS - SI มีค่าปกติระดับประเทศ (national norms) จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง 4,848 ราย จากโรงเรียนต่างๆ ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ (สมัย ศิริทองถาวร และคณะ, 2560) หลังจากที่ได้มีการนำ KUS - SI Rating Scales ไปใช้จริง พบว่าเกิดประโยชน์อย่างมาก และเกิดความตื่นตัว ในหมู่ผู้ปกครองและครูอาจารย์ในระดับชั้นอื่นที่นอกเหนือจากชั้นประถมศึกษา เช่น ระดับชั้นอนุบาล ระดับชั้นมัธยมศึกษา และระดับอาชีวศึกษาที่มีความต้องการคัดกรองนักเรียน นักศึกษาในความดูแลว่ามีภาวะเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นหรือไม่ แต่เนื่องจาก KUS - SI Rating Scales ถูกออกแบบสำหรับการใช้ในกลุ่มเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาเท่านั้น จึงไม่สามารถนำ KUS - SI Rating Scales ไปใช้ในระดับชั้นอื่น ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, และจิตราภรณ์ จิตรธร จึงได้พัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3 - 18 ปี ขึ้นมา

ในปี 2554 มีการพัฒนาการแบบคัดกรองอาการสมาธิสั้นชื่อ Thai ADHD Screening Scale - Thai ADHDSS (THASS) มีค่าความเชื่อถือได้และค่าความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี และมีค่าความไวและจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง หากใช้ฉบับตนเอง ฉบับผู้ปกครอง หรือฉบับครูฉบับใดฉบับหนึ่งเพียงฉบับเดียวในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น แต่ THASS จะมีความไวและความจำเพาะสูงขึ้น หากใช้ทั้ง 3 ฉบับพร้อมกัน (ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, และจิตราภรณ์ จิตรธร, 2554)



แบบประเมิน SNAP - IV เป็นถาดชนิด narrow - band ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1992 โดย Swanson, Nolan และ Pelham ซึ่งมีความสอดคล้องของข้อความในแบบสอบถาม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM - IV เพื่อใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น จาก ฉบับดั้งเดิมความยาว 43 ข้อ ได้มีการตัดทอน SNAP - IV ให้สั้นลงเหลือ 26 ข้อเพื่อใช้เป็นตัววัดหลักในการศึกษาขนาดใหญ่ การคัดกรองโรคสมาธิสั้น การประเมินประสิทธิภาพของการรักษาซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายทั่วโลก SNAP - IV ได้รับการแปลออกมาหลายภาษาและนำไปใช้ โดยเป็นแบบสอบถามที่เปิด ให้นำไปใช้ได้ ฟริการทดสอบค่า psychometric properties พบว่า เป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงไม่ว่า ผู้ตอบ แบบสอบถามจะเป็นผู้ปกครองหรือครู (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557)

ในปี 2557 ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ มีการนำแบบประเมินพฤติกรรม SNAP - IV (Short form) มาแปลเป็นฉบับภาษาไทยเพิ่มทดสอบคุณสมบัติและการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 4 - 16 ปีจำนวน 231 ราย ที่มารับการตรวจที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยประเมินแบบคัดกรอง SNAP IV เป็นผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยจำนวน 231 คน และครูของเด็กที่ป่วย จำนวน 190 คน และเปรียบเทียบกับผลการตรวจ และวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยไม่ทราบผลของแบบคัดกรอง พบว่าแบบสอบถาม SNAP - IV เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงสำหรับใช้คัดกรองโรคสมาธิสั้นเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยที่ถูกต้องและการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557)

กรมสุขภาพจิตได้มีศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ (สมัย ศิริทองถาวร และคณะ, 2560) ภายหลังจากวิจัยได้จัดทำคู่มือในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งการคัดกรองอาการหรือการประเมินพฤติกรรมเด็กที่สงสัยโรคสมาธิสั้นนั้น ได้นำแบบประเมิน SNAP IV มาใช้เป็นหลักในการประเมินทั้งในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ ครู และผู้ปกครอง

#### 4. การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่อายุ 7 ปี แต่อาจมีการแยกแยะได้ยาก เนื่องจากธรรมชาติของเด็กวัยนี้มีความซุกซนและไม่นิ่งอยู่แล้ว เมื่อเด็กอายุ 6 ปี เริ่มเข้าสู่วัยเรียนเด็กจะเริ่มมีพฤติกรรมที่อยู่นิ่งมากขึ้น ทำให้เห็นพฤติกรรมของเด็กที่ผิดปกติได้ชัดเจนมากขึ้น การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเป็นการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ จากการประเมินประวัติ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งพบพฤติกรรมที่มีปัญหานั้นอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป และส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคม การเรียน การทำงาน โดยอาการเกิดก่อนอายุ 12 ปี และไม่ได้เป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

American Academy of Pediatrics: AAP (2019) ได้เสนอแนะแนวทางการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดยเน้นให้มีการคัดกรองประเมินอาการเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ มีการระบุแนวทางเพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถคัดกรองอาการและวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นได้ มีกำหนดเกณฑ์การประเมินตามคู่มือการวินิจฉัยโรค DSM - 5<sup>®</sup> (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) (American Academy Pediatric, 2019) ซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา มีรายละเอียด ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2014)

1. มีอาการขาดสมาธิ และ/หรือ ขนไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น อาการเกิดต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หรือพัฒนาการ โดยมีอาการตามข้อ 1) และ/หรือ ข้อ 2) ดังนี้

1.1 อาการขาดสมาธิ (Inattention) มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ข้อเป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาการดังกล่าวไม่เหมาะสมตามระดับพัฒนาการ และส่งผลกระทบต่อการเข้าสังคม และการเรียน/การทำงาน

หมายเหตุ: อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมการดี ต่อต้าน ก้าวร้าว หรือไม่เข้าใจคำสั่ง สำหรับอายุ 17 ปีขึ้นไป จะต้องมีอาการอย่างน้อยอย่างน้อย 5 ข้อ

1.1.1 ขาดความตั้งใจ ไม่รอบคอบเวลาทำงานที่โรงเรียน ที่ทำงาน หรือระหว่างทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น สะเพร่า ทำงานผิดพลาด

1.1.2 มักจะไม่สามารถควบคุมสมาธิในการทำกิจกรรม หรือเล่น เช่น ไม่มีสมาธิในการเรียน การสนทนา หรือการอ่านนาน ๆ

1.1.3 มักจะดูเหมือนไม่ได้ฟังเวลาพูดด้วย เช่น เหม่อลอย เมื่อไม่มีสิ่งอื่นมาเบี่ยงเบนความสนใจ

1.1.4 มักจะทำตามคำสั่งได้ไม่ครบ และทำงานในห้องเรียน งานบ้าน หรืองานในที่ทำงานไม่สำเร็จ เช่น เริ่มต้นทำงานได้ไม่นานก็หมดสมาธิ

1.1.5 มักจะมีปัญหาในการวางแผนการทำงาน ทำงานไม่เป็นระเบียบ เช่น ไม่สามารถทำงานตามขั้นตอน ทำงาน หรือเข้าของไม่เป็นระเบียบ บริหารเวลาไม่ได้ ทำงานไม่เสร็จทันตามเวลาที่กำหนด

1.1.6 มักจะเลียง ไม่ชอบ หรือไม่เต็มใจทำงานที่ต้องใช้ความพยายาม เช่น งานในห้องเรียน การบ้าน สำหรับวัยรุ่นและผู้ใหญ่จะเป็นการทำรายงาน การตรวจสอบเอกสาร หรือ ทบทวนเอกสารที่ยาวมากๆ

1.1.7 มักจะทำของใช้ที่จำเป็นในการเรียน หรือการทำกิจกรรมหาย เช่น อุปกรณ์การเรียน ดินสอ หนังสือ เครื่องมือ กระเป๋าตังค์ กุญแจ เอกสาร แว่นตา โทรศัพท์มือถือ

1.1.8 มักจะวอกแวกง่ายจากสิ่งเร้าภายนอก ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่อาจรวมถึงการคิดเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้อง

1.1.9 มักจะลืมทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน การทำธุระ ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่จะเป็นการลืมโทรศัพท์ การชำระค่าบริการ ลืมการนัดหมาย

1.2 อาการอยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น (Hyperactivity and Impulsivity) มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ข้อ นานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยอาการดังกล่าวไม่เหมาะสมตามระดับพัฒนาการ และส่งผลกระทบต่อการศึกษา/การทำงาน

หมายเหตุ: อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมกระตุ้นต่อต้าน ก้าวร้าวหรือไม่เข้าใจคำสั่ง สำหรับอายุ 17 ปีขึ้นไป จะต้องมีอาการอย่างน้อยอย่างน้อย 5 ข้อ

1.2.1 มักจะอยู่ไม่นิ่ง ขยับมือ หรือเท้า หรือนั่งไม่นิ่ง

1.2.2 มักจะลุกจากที่นั่งอย่างไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น ลุกจากที่นั่งขณะเรียน หรือขณะทำงาน

1.2.3 มักจะวิ่ง หรือปีนป่าย ในสถานที่ที่ไม่เหมาะสม ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่อาจเป็นอาการกระวนกระวายใจเมื่อต้องอยู่นิ่ง ๆ

1.2.4 มักจะเล่นหรือทำกิจกรรมเบาๆไม่ได้

1.2.5 มักจะ “พร้อมที่จะวิ่งไป” เปรียบเหมือน “ขับเคลื่อนโดยเครื่องจักร” รู้สึกไม่สบายเมื่ออยู่เฉยๆ เป็นเวลานานๆเช่น ในร้านอาหาร ห้องประชุม

1.2.6 มักจะพูดมากเกินไป

1.2.7 มักจะแทรกตอบก่อนที่จะฟังคำถามจบ เช่น พูดต่อประโยคของผู้อื่นยังพูดไม่จบ ไม่สามารถรอจนถึงลำดับตนเองพูด

1.2.8 มักจะมีปัญหาในการเข้าคิวรอ เช่น ขณะเข้าแถวต่อคิว

1.2.9 มักจะขัดจังหวะ หรือพูดแทรกผู้อื่น เช่น พูดแทรกขณะผู้อื่นกำลังสนทนาทำกิจกรรม หรือกำลังเล่นกันอยู่ หยิบของใช้ของผู้อื่นโดยไม่ขออนุญาต ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ อาจเป็นการเข้าไปก้าวก่ายในงานของผู้อื่น หรือแย่งผู้อื่นทำงาน

2. อาการขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ต้องเกิดขึ้นก่อนอายุ 12 ปี

3. พบอาการขาดสมาธิ หรืออาการอยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง เช่น ที่โรงเรียน ที่ทำงาน หรือที่บ้าน กับเพื่อน ญาติ หรือในกิจกรรมอื่น ๆ

4. มีหลักฐานชัดเจนว่าอาการเหล่านี้มีผลต่อการเข้าสังคม การเรียน หรือการทำงาน

5. อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นระหว่างทำการรักษาโรคทางจิตเวช และไม่ได้เกิดขึ้นจากอาการของโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder, personality disorder, substance intoxication หรือ withdrawal

## 5. การรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน (multimodal management) (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2561) ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลเด็กแก่ผู้ปกครองและครู การปรับพฤติกรรมเด็ก และการใช้ยา โดย American Academy of Pediatrics ได้แนะนำแนวทางการรักษาสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 4 - 6 ปี ให้สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ควรมีการฝึกผู้ปกครองในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก หรือการปรับพฤติกรรมเด็กในห้องเรียนก่อน อาจพิจารณาการใช้ยา Methylphenidate ในเด็กที่มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งมีอาการต่อเนื่องและมีผลกระทบต่อการศึกษา สำหรับเด็กประถมและมัธยมต้น (อายุ 6 - 12 ปี) สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ควรพิจารณาสำหรับเด็กสมาธิสั้นพร้อมด้วยการฝึกผู้ปกครองในการจัดการปัญหาพฤติกรรมเด็ก การปรับพฤติกรรมเด็กในห้องเรียน การสนับสนุนการเรียนการสอนเป็นรายบุคคล รวมถึงสภาพแวดล้อมของโรงเรียน การจัดชั้นเรียน การจัดตารางการเรียนการสอน และการสนับสนุนแผนฟื้นฟู (American Academy Pediatric, 2019)

กรณี que เด็กมีอาการไม่มาก อาการอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง การใช้วิธีการปรับพฤติกรรมและการแก้ปัญหาก็จะเป็นผลดี แม้ว่าแพทย์จะให้ยาในการรักษาตั้งแต่แรก แต่ในปัจจุบันพบว่าการรักษาสมาธิสั้นที่ได้ผลดีควรทำแบบผสมผสานทั้งการปรับพฤติกรรม การช่วยเหลือด้านการเรียน การช่วยเหลือด้านจิตใจ และการใช้ยา ซึ่งจะให้ผลดีมากกว่าการใช้ยาอย่างเดียวหรือการปรับพฤติกรรมอย่างเดียว อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาอย่างเดียว หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเดียวก็ให้ผลที่ดีกว่าการไม่รักษาใดๆ เลย (Catalá - López et al., 2017)

### การรักษาโดยไม่ใช้ยา

เป็นวิธีการรักษาโรคสมาธิสั้นโดยไม่ใช้ยา แต่ใช้วิธีการบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมเด็ก การสร้างเสริมความมีคุณค่าในตัวเองแก่เด็ก การให้คำปรึกษาครอบครัว การประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ โรงเรียน และครอบครัว ดังนี้

#### 1. การปรับพฤติกรรม

เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหลักอยู่ 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมซนไม่นิ่ง, ขาดสมาธิ และหุนหันพลันแล่นไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาการเหล่านี้เป็นปัญหาที่กระทบต่อการเรียนรู้ และการทำกิจกรรมในสังคม เป็นสาเหตุให้เด็กรู้สึกด้อยคุณค่าในตัวเอง ผลการเรียนรู้ไม่ดี ขาดแรงจูงใจในการเรียน มีพฤติกรรมต่อต้านหรือก้าวร้าว มีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งการกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมจึงควรปรับพฤติกรรมให้ครบทั้ง 3 ด้าน โดยออกแบบรูปแบบกิจกรรมนั้นให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์

หลักในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น (สมัย ศิริทองถาวร และคณะ, 2560)

1. ความสม่ำเสมอ
2. หนักแน่นแต่ไม่ก้าวร้าว
3. ทำมากกว่าพูด
4. ชมเชยเมื่อทำได้ดี
5. เริ่มทำทีละน้อย

แบ่งการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การปรับพฤติกรรมที่บ้าน และการปรับพฤติกรรมที่โรงเรียน

#### 1) การปรับพฤติกรรมที่บ้าน

- 1.1) จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เป็นระเบียบ
- 1.2) จัดสถานที่สำหรับการและอ่านหนังสือในสงบไม่มีสิ่งที่รบกวนสมาธิ
- 1.3) กำหนดเวลาสำหรับทำกิจกรรมต่าง ๆ และกิจวัตรประจำวันให้ชัดเจน
- 1.4) แบ่งงานที่มาก หรือที่เด็กเบื่อให้ทำทีละน้อย ช่วยกำกับจนกว่าจะเสร็จ
- 1.5) พูดหรือมอบหมายงานให้เด็กทำขณะที่เด็กตั้งใจฟัง เรียกให้เด็กมองหน้า และใช้คำพูดที่กระชับ และชัดเจน
- 1.6) ควรบอกล่วงหน้าให้ชัดเจนถึงสิ่งที่ต้องการให้เด็กปฏิบัติ และชื่นชมทันทีเมื่อเด็กสามารถปฏิบัติได้ ไม่ตำหนิเด็กหากเด็กทำไม่ได้
- 1.7) หากเด็กมีพฤติกรรมก่อนนอน ให้ใช้วิธีการพูดเตือนให้รู้ตัวหรือเบี่ยงเบนความสนใจให้เด็กทำกิจกรรมอย่างอื่นแทน หากเด็กยังไม่หยุดอาจแยกให้อยู่ในมุมสงบเพียงลำพัง
- 1.8) ให้เด็กได้ใช้พลังงาน โดยการช่วยเหลืองานบ้าน และให้การชื่นชม เพื่อให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง
- 1.9) พ่อแม่ควรเป็นตัวอย่างที่ดี และช่วยฝึกความมีวินัย อดทนรอคอย การบริหารเวลาและจัดระเบียบในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 1.10) ประสานความร่วมมือกับครูที่โรงเรียน เพื่อช่วยเหลือด้านการเรียน

#### 2) การปรับพฤติกรรมที่โรงเรียน

- 2.1) ให้เด็กนั่งใกล้ครู เพื่อจะได้คอยกำกับเด็กให้มีความตั้งใจในการทำงาน
- 2.2) ไม่ควรให้เด็กนั่งหลังห้อง หรือใกล้ประตู หน้าต่าง เพราะอาจมีสิ่งกระตุ้นให้เด็กเสียสมาธิได้
- 2.3) วางกฎระเบียบ และกำหนดตารางเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ชัดเจน
- 2.4) ให้การชื่นชมทันทีที่เด็กตั้งใจทำงาน หรือ ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์



- 2.5) เมื่อเด็กเบื่อหน่าย หรือเริ่มหมดสมาธิ ควรหาวิธีเตือน หรือเรียกให้เด็ก กลับมาสนใจบทเรียนโดยไม่ทำให้เด็กอับอาย
- 2.6) ดูแลเด็กทำงานให้เสร็จและตรวจสอบ เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กจดงานได้ครบ
- 2.7) ฝึกการจัดระเบียบวางแผน แบ่งเวลาทำงาน และตรวจทบทวนผลงาน
- 2.8) เมื่อเด็กมีพฤติกรรมก่อกวน อาจใช้วิธีพูดเตือน เบนความสนใจให้ทำ กิจกรรมอื่น หรือแยกให้อยู่สงบตามลำพังประมาณ 5 นาที ควรหลีกเลี่ยงการตำหนิ หรือ ลงโทษรุนแรงซึ่งเป็นการรื้อให้เด็กเสียการควบคุมตัวเองมากขึ้น
- 2.9) ช่วยเหลือเป็นพิเศษทางการเรียน เช่น การสอนเสริมแบบตัวต่อตัวหรือ เป็นกลุ่มเล็ก ๆ ในรายที่มีความบกพร่องในทักษะด้านการเรียน
- 2.10) มองหาจุดดีของเด็ก ส่งเสริมให้เด็กแสดงความสามารถ และช่วยทำให้ เพื่อนยอมรับ
- 2.11) ติดต่อกับผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอเพื่อวางแผนการช่วยเหลือเด็ก

## 2. การให้คำปรึกษาครอบครัว

การให้คำปรึกษาครอบครัวเป็นการให้ความช่วยเหลือด้านครอบครัว เพื่อให้เกิด ความร่วมมือในการแก้ไขพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ให้ผู้ดูแลยอมรับในความบกพร่องของเด็ก ชมและตำหนิด้วยความระมัดระวัง อธิบายการเกิดอาการของโรคให้เด็กเข้าใจ และคอยเป็นกำลังใจให้ เด็กในการที่จะเอาชนะปัญหาต่าง ๆ การให้ความรู้กับบุคคลในครอบครัวให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับ ธรรมชาติของโรคสมาธิสั้นว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งให้ความรู้กับผู้ปกครองในการช่วยเหลือด้านการเรียน ของเด็กที่บ้าน การฝึกอบรมผู้ดูแลให้เรียนรู้วิธีปรับพฤติกรรมให้ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ดูแลควรเข้าใจ และมีทัศนคติที่เป็นบวก ยอมรับและเห็นใจในอาการ และข้อจำกัดต่าง ๆ ของเด็ก ซึ่งหลักในการปรับ พฤติกรรมมุ่งเน้นลดความถี่ของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มความถี่ในพฤติกรรมที่เหมาะสม จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าหลังจากที่ให้คำและนำทางด้านการดูแล เด็กสามารถมีพัฒนาการในการ ปรับตัวอยู่กับเพื่อนได้ดีขึ้น สามารถเรียนหนังสือได้ดี มีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิม และมีพฤติกรรมก้าวร้าว เข้าสังคมที่ดี (สมัย ศิริทองถาวร และคณะ, 2560)

### การรักษาด้วยยา

การใช้ยาในการรักษาโรคสมาธิสั้นไม่ได้ทำให้โรคหาย แต่เพียงช่วยควบคุมอาการให้ เด็กอยู่หนึ่งในช่วงที่ยาออกฤทธิ์เพียงเท่านั้น เมื่อเด็กหมดฤทธิ์ยา หรือไม่ได้ทานยาก็จะมีอาการ เหมือนเดิม จึงควรรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยาควบคู่ไปด้วย ยาที่ใช้ในการรักษาโรคมียาหลายกลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม stimulant, norepinephrine reuptake inhibitors, alpha adrenergic agonist, ยาอื่น ๆ เป็นยาใหม่ เช่น bupropion, modafinil (จิรนนท์ วีรกุล, 2557) ในประเทศไทยมีการรองรับให้ใช้ รักษาในเด็กสมาธิมีเพียง 2 กลุ่ม ดังนี้

Stimulants เป็นยาหลักกลุ่มแรกที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น ยกตัวอย่างยากลุ่มนี้ ได้แก่ methylphenidate, dextroamphetamine มีทั้งแบ่งออกฤทธิ์ระยะสั้น ต้องรับประทานวันละหลายๆครั้ง และออกฤทธิ์ระยะยาว รูปแบบยาเป็นเม็ด ยาน้ำ และแผ่นแปะผิวหนัง ให้ผลการรักษาใกล้เคียงกัน แต่ในประเทศไทยมีเพียงรูปแบบยาเม็ด (methylphenidate) เท่านั้น ซึ่งมีรับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2561, น. 12) การปรับขนาดยาขึ้นอยู่กับอาการของเด็ก (จิรนนท์ วีรกุล, 2557, น.70) ผลข้างเคียงจากการใช้ยากลุ่มนี้ ที่พบได้บ่อย ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด ปวดศีรษะ (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2561, น. 13; จิรนนท์ วีรกุล, 2557, น. 70) อาการดังกล่าวจะลดลงหากทานร่วมกับอาหาร

Norepinephrine reuptake inhibitors ได้แก่ atomoxetine (Strattera®) เป็นยาที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาให้ใช้รักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป พบว่าตัวยาทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น อาการชุนและสมาธิสั้นลดลง รวมทั้งผลการรักษาและอาการข้างเคียงไม่แตกต่างจากยาหลัก (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2561, น.14; จิรนนท์ วีรกุล, 2557, น. 70)

## 6. การป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้น

วิทยาศาสตร์การแพทย์ยังไม่พบวิธีในการป้องกันโรคสมาธิสั้นที่แน่ชัด มีการวิจัยในต่างประเทศพบว่า การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ทานผัก และผลไม้ และการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ช่วยป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญ (San Mauro Martin et al., 2018) และพบว่าระดับ HDL ของมารดาขณะตั้งครรภ์ที่ต่ำกว่า 60 mg/dL จะมีผลความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น ถือเป็นเป้าหมายในอนาคตในการป้องกันโรคสมาธิสั้น (Ji et al., 2017) และการควบคุมการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆ โดยการกำหนดระยะเวลาในการใช้สื่อออนไลน์ในเด็ก โดยกำหนดระยะเวลาการใช้น้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน หรือ การไม่ใช้ Instagram การไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อแบ่งปันข้อความ/รูปภาพ และการไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อลิ้มความทุกข์ (กันยา พาณิชัยศิริ และเบญจพร ตันตสุติ, 2559)

การป้องกันโรคสมาธิสั้นแบ่งเป็น 3 ชั้น ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention), การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) และการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) (Halperin, Bedard, & Curchack - Lichtin, 2012)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ โดยการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ การระวังเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ สารพิษจากสิ่งแวดล้อมพวกตะกั่วและปรอท ซึ่งอาจไม่ได้ป้องกันการเกิดโรคที่ชัดเจนแต่สามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นได้



2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะแรก โดยเป็นการประเมินอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นหรือมีอาการของโรคสมาธิสั้นในระดับเล็กน้อย สามารถปรับพฤติกรรมโดยไม่ต้องรักษาด้วยยา

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการป้องกันใช้ระยะที่มีการรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการที่รุนแรงมากขึ้น โดยการฝึกอบรมผู้ปกครองในการดูแลบุตรสมาธิสั้น หรือการให้เด็กเข้ารับการบำบัด

เชินเฟลเดอร์, และคอลลินส์ (Schoenfelder, & Kollins, 2016, p. 735) ได้มีการทบทวนเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น พบว่าโรคสมาธิสั้น (ADHD) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่เพิ่มขึ้น เช่นการใช้สารเสพติดการดื่มสุรา และโรคอ้วน และพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ได้สรุปแนวทางและวิธีการคัดกรองที่มีศักยภาพจะช่วยค้นหาเด็กโรคสมาธิสั้น ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่มีความเสี่ยงสูง 3 วิธี ประการแรกเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นควรได้รับการตรวจสอบอย่างเป็นระบบ มีการประเมินหรือคัดกรองอาการทุกครั้งที่นัดติดตามอาการ ประการที่สองเด็กที่ยังไม่เข้าเกณฑ์เต็มรูปแบบสำหรับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ยังคงมีความเสี่ยงสำหรับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการควบคุมตนเองและการกระตุ้นจากผู้ปกครองของเด็ก ประการที่สามการส่งเสริมการประเมินการวินิจฉัยสำหรับเด็กที่แสดงอาการสมาธิสั้น ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการตระหนักถึงความเสี่ยง และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งถือว่าการศึกษานี้เป็นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ

เวดจ์ (Wedge, 2015) ได้เสนอแนะวิธีป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้น ดังนี้

1. การให้เด็กรับประทานอาหารเช้าที่ดีต่อสุขภาพทุกเช้า เป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง ได้แก่ เนยถั่ว, โยเกิร์ต, นม, ซีส และไข่ อย่าให้เด็กกินซีเรียลอาหารเช้าที่มีน้ำตาลก่อนไปโรงเรียน น้ำตาลจะทำให้เด็กตื่นตัวสูง ขัดขวางความสามารถในการเรียนรู้
2. ให้เด็กเดินไปโรงเรียนตอนเช้าเพราะการเดิน 20 นาที จะช่วยให้เด็กสงบสติอารมณ์ และมีสมาธิเรียนในห้องเรียนได้
3. จัดสถานที่เงียบ ๆ ให้เด็กทำการบ้าน โดยไม่มีสื่อเทคโนโลยีรบกวน
4. ให้เด็กหยุดพัก 30 นาทีหลังเลิกเรียนเพื่อผ่อนคลายและเล่นก่อนเริ่มทำการบ้าน
5. ให้ออกกำลังกายโดยการเดินป่า ปีนเขา หรือปั่นจักรยาน การปั่นจักรยานจะช่วยให้เด็กมีสมาธิขณะเรียนได้ขึ้น
6. ฟังลูกพูดด้วยความตั้งใจ ปิดโทรทัศน์ โทรศัพท์ และอุปกรณ์ต่างๆที่รบกวน
7. เด็ก ๆ มีพลังงานจากธรรมชาติมาก ควรส่งเสริมให้เด็ก โดยเฉพาะเด็กผู้ชาย ให้เล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล, ซอฟต์บอล, มวย, เทนนิสหรือว่ายน้ำ
8. ส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมที่ใช้ความคิดสร้างสรรค์ เช่น ดนตรี ยิมนาสติก หรือศิลปะ

9. กำหนดกฎระเบียบ และตารางเวลาทำกิจกรรมต่างๆให้ชัดเจน
10. หลีกเลี่ยงการทะเลาะวิวาทและความขัดแย้งในครอบครัว ต่อหน้าบุตร เพราะเด็กจะเกิดความรู้สึกกลัวและกังวลใจ
11. สร้างบรรยากาศ และรักษาสัมพันธภาพในครอบครัว เพราะครอบครัวที่มีความสุข เด็กก็มีความสุข มีสุขภาพจิตที่ดี
12. ควรให้เข้าเรียนหลังอายุ 5 ขวบ เพราะเด็กที่มีอายุมากจะมีโอกาสในด้านวิชาการ และสังคมได้ดีกว่าเด็กที่อยู่ในกลุ่มที่อายุน้อยที่สุด
13. อ่านฉลากอาหารอย่างระมัดระวัง เพราะเด็กบางคนเป็นโรคภูมิแพ้หลังจากกิน วัตถุกันเสียและสีผสมอาหารปลอม
14. ไม่ควรให้เด็กขี่เครื่องตีหมูกำลัง
15. มีการศึกษาของออสเตรเลีย พบว่าพ่อแม่โน้มเอียงที่จะดูแลพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ของลูกชายได้ดีกว่า
16. ดูแลเรื่องสภาพจิตใจเด็กที่โรงเรียน สังเกตว่าเด็กมีความอ่อนไหวต่อสถานการณ์ใน โรงเรียน หรืออยู่ภายใต้ความกดดันที่โรงเรียนมากเกินไปหรือไม่ หรือเด็กได้รับการสนับสนุนที่เขา ต้องการหรือไม่
17. ทำความเข้าใจและยอมรับว่าเด็กต้องผ่านช่วงพัฒนาการแต่ละวัย และเติบโตมาใน ที่สุด หากเด็กมีอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติแสดงออกมา ให้ผู้ปกครองพยายามหาสิ่งที่จะทำให้ เด็กเกิดความเครียด เช่น การถูกรังแก มีปัญหากับเพื่อน มีปัญหากับครู หรือมีปัญหาในครอบครัว เป็นต้น
18. จำกัดเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี วิดีโอเกม แล็บท็อป โทรศัพท์มือถือ และแท็บเล็ต
19. เด็กบางคนมีความกระตือรือร้น และหุนหันพลันแล่นโดยธรรมชาติ ผู้ปกครองต้อง มีความเข้าใจในลักษณะบุคลิกภาพของเด็ก
20. เปิดโอกาสให้เด็กเลือก และตั้งกฎระเบียบภายในบ้าน
21. เปิดโอกาสให้เด็กได้มีกิจกรรมร่วมกับธรรมชาติ
22. ผู้ปกครองต้องเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว เช่น ความเจ็บป่วย หรือ การเสียชีวิตในครอบครัวอาจส่งผลต่ออารมณ์พฤติกรรม และความสามารถในการจดจ่อของเด็ก
23. ดูแลให้เด็กได้รับน้ำมันโอเมก้า หรือ "กรดไขมันจำเป็น" ในอาหารเพราะมีความ จำเป็นต่อการทำงานของสมอง และพัฒนาการของเส้นประสาท
24. ดูแลให้เด็กนอนหลับเพียงพอในตอนกลางคืน (9 - 10 ชั่วโมง) การอดนอนจะทำให้ ไม่ตั้งใจ ความหุนหันพลันแล่นและความหงุดหงิด
25. ส่งเสริมให้เด็กได้อ่านหนังสือ เพราะช่วยให้เกิดความสงบ โดยเฉพาะก่อนนอน

26. จำกัดอาหารหวาน น้ำตาลมีผลกระทบต่ออารมณ์ของเด็ก ๆ
27. ให้เด็กได้เล่นอย่างสร้างสรรค์
28. บอกรักลูกทุกวัน และชื่นชมเด็ก ๆ เมื่อทำผลงานได้ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคสมาธิสั้นพบว่ามี การแบ่งการป้องกันออกเป็น 3 ชั้น คือ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ตรงกับการป้องกันในระดับทุติยภูมิ ซึ่งเน้นไปที่การคัดกรองโรคเพื่อค้นหาจำนวนผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น และศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นโดยการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ระหว่างกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น และกลุ่มที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

## 7. ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

ความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้น เป็นการแสดงพฤติกรรมของเด็กที่มีลักษณะอาการของโรคสมาธิสั้น โดยในปัจจุบันมีการสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นอย่างหลากหลายและเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ได้แก่ Conners Rating Scale - Revised (CRS - R), SNAP - IV, ADHD Symptom Checklist - 4 (ADHD - SC - 4), ADHD Rating Scale - IV, IOWA Conners Rating Scale และ ADDES - 3 (ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, และ จิตรราภรณ์ จิตรธร, 2554)

ในประเทศไทยมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็ก ดังนี้

1. KUS - SI Rating scale พัฒนาขึ้นโดยดารณี อุทัยรัตนกิจ และคณะ ในปีพ.ศ.2549 มีข้อคำถาม 30 ข้อ เป็นเครื่องมือที่มีค่าปกติระดับประเทศ (national norms) ใช้ประเมิน ADHD, LD, Autism ช่วงอายุ 6 - 13 ปี ใช้ครูเป็นผู้ประเมินเท่านั้น (สมัย ศิริทองถาวร และคณะ, 2560)
2. SNAP - IV ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ ในปี พ.ศ. 2557 โดยแปลจาก SNAP - IV ต้นฉบับของต่างประเทศซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก และมีการอนุญาตให้ใช้อย่างเสรี มี 26 ข้อ ทดสอบค่า psychometric properties มีความตรงและความเที่ยงไม่ว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะเป็นครูหรือผู้ปกครอง ใช้ประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น และโรคคือ ต้อต้วน ช่วงอายุ 4 - 16 ปี (ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557)
3. Thai ADHD Screening Scales (THASS) พัฒนาขึ้นโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ ในปีพ.ศ.2557 มีค่าความเชื่อถือได้และค่าความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี ใช้คัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุ 3 - 18 ปี มีทั้งสิ้น 7 ฉบับ (S, P1, P2, P3, T1, T2, T3) ประเมินโดยตนเอง ผู้ปกครองหรือครู

จากการพิจารณาคุณสมบัติของเครื่องมือการประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมิน SNAP - IV(short form) ฉบับภาษาไทย (ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557) เนื่องจากเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในไทยและต่างประเทศ จำนวนข้อคำถาม

เหมาะสมสอดคล้องกับการนำไปใช้ สามารถใช้ประเมินได้ในช่วงอายุ 4 - 16 ปี โดยครูหรือผู้ปกครอง ผู้ประเมินก็ได้ และเป็นเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงแล้ว

เด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น สามารถประเมินได้จากแบบประเมิน SNAP - IV (short form) ฉบับภาษาไทย (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557) จำนวน 26 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการ ได้แก่

1. อาการขาดสมาธิ (Inattentive symptom) (ข้อ 1 - 9) เด็กมักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงาน จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เป็น มักทำการบ้านไม่เสร็จหรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้ มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ ทำของหายบ่อย ๆ ดูเหมือนไม่คอยฟังเวลามีคนพูดด้วย วอกแวกง่าย และ ซ้ำลิ้ม

2. มีอาการซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/impulsivity symptoms) (ข้อ 10 - 18) เด็กจะมีอาการอยู่ไม่นิ่ง มือเท้ายุกยิก นั่งบิดไปมา นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียน หรือจากที่ที่ควรจะนั่ง เรียบร้อย ชอบวิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปจนไม่รู้กาลเทศะ เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบ ๆ ไม่เป็น พูดมาก ชอบพูดแทรกผู้อื่นขณะกำลังสนทนากัน มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ และ ไม่ชอบรอคิว

3. อาการดื้อ/ ต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) (ข้อ 19 - 26) มีอารมณ์เสียง่าย โกรธบึ้งตึงเป็นประจำ เจ้าคิดเจ้าแค้น ขี้รำคาญ ชอบโต้เถียงกับผู้ใหญ่ ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้ใหญ่สั่งหรือวางกฎเกณฑ์ไว้ มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด และมีพฤติกรรมจงใจก่อวุ่นผู้อื่น

ซึ่งเด็กที่มีอาการแสดงเหล่านี้ ไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทุกด้านแต่หากผู้ปกครองประเมินแล้วว่าเด็กมีพฤติกรรมเหล่านี้ และประเมินตามเกณฑ์คะแนนแต่ละด้านตามแบบประเมิน SNAP IV (short form) ฉบับภาษาไทย (ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557) ด้านขาดสมาธิมีคะแนน  $\geq 16$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน ด้านซนอยู่ไม่นิ่งมีคะแนน  $\geq 13$  จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน และด้านดื้อต่อต้านมีคะแนน  $\geq 15$  คะแนน จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน หากมีคะแนนถึงเกณฑ์เพียงด้านใดด้านหนึ่งแสดงว่าเด็กมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

## 8. ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการโรคสมาธิสั้นที่ชัดเจน ประมาณร้อยละ 75 - 80 ไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน (จิรนนท์ วีรกุล, 2557, น. 66) แบ่งประเภทปัจจัยส่งเสริมการเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นออกเป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม

1. **ด้านตัวเด็ก** พบว่าอาจเกิดจากความผิดปกติของการพัฒนาระบบประสาทและสมอง มีความผิดปกติของยีนต์หลายตัว (จิรนนท์ วีรกุล, 2557, น. 66) แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นด้านตัวเด็ก ดังนี้



**1.1 เพศ** เพศเป็นปัจจัยหนึ่งของความแตกต่างระหว่างบุคคล เพศหญิงกับเพศชายแตกต่างกันหลายอย่างด้วยกัน เด็กอายุ 6 - 9 ปีร่างกายจะเริ่มมีความเปลี่ยนแปลงเห็นถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายระหว่างเพศชายและเพศหญิงอย่างชัดเจนเพิ่มขึ้น (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2544) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา ของ พิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรดิถ (2557) ในกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จำนวน 7,805 คน ได้รับการคัดกรองด้วยแบบแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP - IV ฉบับภาษาไทย (Thai version of Swanson, Nolan and Pelham IV) และได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ DSM - IV พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 521 คนและไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 6,667 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านเด็กและผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัย พบว่า เด็กเพศชายมีความเสี่ยงเป็น 3.7 เท่าของเพศหญิง (OR = 3.7, 95% CI = 2.3 - 4.2,  $p < .01$ )

การศึกษาของ บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ, และธารินทร์ เพ็ญวรรณ (2562) ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน มีอายุระหว่าง 6 - 12 ปี ซึ่งเป็นผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล จำนวนทั้งหมด 174 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้น 87 คนและไม่เป็นโรคสมาธิสั้น 87 คน โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบคำถามแบบสอบถาม วิเคราะห์สถิติโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าเด็กเพศชายเสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้น 2.7 เท่าของเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

การศึกษาในต่างประเทศของวามุลุกวา และคณะ (Wamulugwa et al., 2017) ได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคสมาธิสั้น(ADHD) ในเด็กกูกันดา โดยการศึกษาภาคตัดขวาง(cross - sectional study) ในกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 4 - 18 ปีที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชเด็กโรงพยาบาล Mulago จำนวน 332 คน โดยใช้แบบประเมินอาการสมาธิสั้นและการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ตามเกณฑ์ DSM IV พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิงเช่นกัน โดยพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า และการศึกษาของ มาเล็ก, อามิรี, สะเดกฟาร์ด, อับดี และอมินี (Malek, Amiri, Sadegfard, Abdi, & AMINI, 2012) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น (ADHD): การศึกษาเฉพาะกรณี ผลการวิจัยปัจจัยแสดงให้เห็นว่าเพศชาย เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อเด็กสมาธิสั้น เด็กผู้ชายมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กผู้หญิงถึง 54% (OR = 0.54,  $p < .01$ ) ระดับความเชื่อมั่น 95%

จากการศึกษาพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อโรคสมาธิสั้น ซึ่งรวมถึงความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเช่นกัน พยาบาลเลือกที่จะศึกษาปัจจัยด้านเพศโดยมีความคิดว่าการที่ทราบว่าเป็นเพศใดมีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น จะทำให้พยาบาลสามารถจัดการกระทำได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นการ

จัดการกับเด็กเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ของปัจจัยเรื่องเพศว่า เพศชายมีความเสี่ยงสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เพื่อเป็นการทดสอบผลการวิจัยและเพื่อทำนาย อิทธิพลของตัวแปรที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีเลือกที่จะศึกษาเชิงทำนายปัจจัยว่าเพศมีผลต่อความเสี่ยง โรควิตกกังวลจริงหรือไม่

**1.2 ประวัติการเรียน** เป็นปัญหาที่พบระหว่างเรียนที่โรงเรียน เด็กวัยประถมศึกษา ตอนต้น มีช่วงอายุ 6 - 9 ปี จัดเป็นเด็กวัยเรียน เป็นวัยที่เด็กได้ออกจากบ้านมาเรียนรู้ออกนอกบ้านที่ โรงเรียน เรียนรู้การปรับตัวในด้านต่างๆ ทั้งด้านการเรียน เข้ากับเพื่อน เข้ากับครู ปรับตัวให้เข้ากับ สังคมที่โรงเรียนซึ่งเป็นสังคมที่ใหญ่กว่าครอบครัว (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544) ซึ่งในงานวิจัย ผู้วิจัยแบ่งปัญหาที่พบระหว่างเรียนออกเป็น 5 เรื่อง ได้แก่ ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง ประวัติการเรียนซ้ำชั้น การหยุดพักการเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียน

**การถูกครูทำโทษ** เด็กที่มีปัญหาในโรงเรียน ทั้งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ การเรียน หรือพฤติกรรมที่โรงเรียนจนเป็นสาเหตุให้เด็กถูกครูทำโทษนั้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิด ความเสี่ยงโรควิตกกังวล โดยพบการศึกษาของ บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ และธารินทร์ เพ็ญวรรณ (2560) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรควิตกกังวลในเด็กวัยเรียน มีอายุระหว่าง 6 - 12 ปี ซึ่งเป็นผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล จำนวนทั้งหมด 174 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นโรควิตกกังวล 87 คนและไม่เป็นโรควิตกกังวล 87 คน โดยให้ ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบคำถามแบบสอบถาม วิเคราะห์สถิติโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า เด็กที่เคยมีประวัติถูกครูทำโทษ มีความเสี่ยงโรควิตกกังวลมากเป็น 1.8 เท่าของเด็กปกติที่ไม่เคย มีประวัติถูกครูทำโทษ ( $OR = 1.8, p < .05$ )

พิศมัย พงศาธิรัตน์, และพรทิพย์ วชิรดิถ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ โรควิตกกังวลในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จำนวน 7,805 คน โดยได้รับการคัดกรองด้วยแบบ แบบคัดกรองโรควิตกกังวล SNAP - IV ฉบับภาษาไทย และได้รับการวินิจฉัยโรควิตกกังวลโดยจิตแพทย์ เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ DSM - IV พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรควิตกกังวล จำนวน 521 คนและไม่ได้ เป็นโรควิตกกังวล จำนวน 6,667 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านเด็ก และผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ ถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัย พบว่าเด็กที่เคยถูกครูทำโทษเสี่ยงเป็น 2.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคยมีประวัติ ถูกครูลงโทษ ( $OR = 2.8, 95\% CI = 2.1 - 3.7, p < .01$ )

**ครูเรียกพบผู้ปกครอง** เด็กที่มีปัญหาในโรงเรียน หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จนครูต้องเรียกพบผู้ปกครองนั้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงโรควิตกกังวล โดยพบการศึกษาของ บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ, และธารินทร์ เพ็ญวรรณ (2560) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ ส่งผลต่อโรควิตกกังวลในเด็กวัยเรียน มีอายุระหว่าง 6 - 12 ปี ซึ่งเป็นผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก



คลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล จำนวนทั้งหมด 174 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้น 87 คนและไม่เป็นโรคสมาธิสั้น 87 คน โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบคำถามแบบสอบถาม วิเคราะห์สถิติโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าเด็กที่เคยมีประวัติถูกรุเรียมพบผู้ปกครองมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากเป็น 1.8 เท่าของเด็กปกติที่ไม่เคยมีประวัติถูกรุเรียมพบผู้ปกครอง (OR = 1.8,  $p < .05$ )

บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในชุมชนชนบทภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กชั้นประถมศึกษา จำนวน 495 คน โดยกลุ่มเด็กที่ได้รับการประเมินการคัดกรอง SNAP - IV พบผลเป็นบวก จะให้พบจิตแพทย์เด็กเพื่อวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM - V และได้รับการประเมินเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่มและเจาะลึก การสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นของครูและผู้ดูแลหลัก ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าเด็กสมาธิสั้นไม่สนใจการเรียนในชั้นเรียน อ่าน เขียนไม่ได้ มีพฤติกรรมการเล่นแกล้งเพื่อน และบางคนแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ชุกชนจนครูเรียกพบผู้ปกครอง

**ประวัติการเรียนซ้ำชั้น** เด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมักจะมีปัญหาในเรื่องของพฤติกรรมที่ผิดปกติ 3 ด้าน ได้แก่ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และอาการซน ทุนหันปล้นเล่น ทำให้การมีปัญหการเรียนในห้องเรียน ไม่สามารถเรียนได้เท่ากับเพื่อนในชั้น ทำให้ไม่สามารถเรียนในระดับชั้นที่สูงขึ้นได้ ซึ่งเด็กที่มีพฤติกรรมเหล่านี้บางคนอาจไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้น ขาดการดูแลที่เหมาะสม จึงเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ โดยพบการศึกษาของบุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ที่ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคสมาธิสั้นในชุมชนชนบทภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กชั้นประถมศึกษา จำนวน 495 คน ซึ่งได้รับการคัดกรองโดยใช้ SNAP - IV กรณีการตรวจคัดกรองพบผลเชิงบวก จะให้พบจิตแพทย์เด็กเพื่อวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM - V ใช้แบบสอบถามมาตรฐานเพื่อรวบรวมข้อมูลประชากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเด็กสมาธิสั้นในชุมชนนี้มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาที่โรงเรียน โดยมีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการเรียนซ้ำชั้น

พิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรติลก (2557) ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กประถมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กที่เคยมีประวัติเรียนซ้ำชั้นมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็น 1.9 เท่าของเด็กที่ไม่เคยมีประวัติการเรียนซ้ำชั้น (OR = 1.9, 95% CI = 1.1 - 3.2,  $p < .01$ )

**การหยุดพักการเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียน** พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นเช่นเดียวกัน โดยพบการศึกษาของบุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ที่ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคสมาธิสั้นในชุมชนชนบทภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กชั้นประถมศึกษา จำนวน 495 คน ซึ่งได้รับการคัดกรองโดยใช้ SNAP - IV และพบจิตแพทย์เด็กเพื่อวินิจฉัยโรครสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM - V ใช้แบบสอบถามมาตรฐานเพื่อรวบรวมข้อมูลประชากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการหยุดพักการเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียน มีความสัมพันธ์กับเด็กที่เป็นโรครสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่าประวัติการเรียน ได้แก่ การถูกครูทำโทษ มีประวัติเรียกพบผู้ปกครอง ประวัติการเรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อโรครสมาธิสั้น ซึ่งรวมถึงความเสี่ยงโรครสมาธิสั้นเช่นกัน โดยพบความสัมพันธ์ของปัจจัยเรื่องประวัติการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการทดสอบผลการวิจัย และเพื่อทำนายอิทธิพลของตัวแปรที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และปัจจัยด้านประวัติการเรียนเป็นข้อมูลที่พยาบาลสามารถใช้เพื่อข้อมูลในการจัดการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงโรครสมาธิสั้นได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงทำนายว่าประวัติการเรียน ได้แก่ การถูกครูทำโทษ มีประวัติเรียกพบผู้ปกครอง การเรียนซ้ำชั้น การหยุดพักการเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียน มีผลต่อความเสี่ยงโรครสมาธิสั้นจริงหรือไม่

**1.3 การอยู่อาศัย** ครอบครัวโดยปกติจะประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูก อาศัยอยู่ร่วมกันเป็นอย่างน้อย แต่สังคมไทยในปัจจุบันมีเด็กบางคนไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกับพ่อแม่ อาจเนื่องจากเหตุผลความจำเป็นที่พ่อแม่ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว บางครอบครัวพ่อแม่อาจต้องทำงานต่างจังหวัด เด็กต้องอาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง เช่น ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย ไม่ได้อยู่อาศัยกับพ่อแม่ ไม่มีพ่อแม่เป็นผู้ปกครองหลัก ซึ่งมีการศึกษาของบุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ที่ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรครสมาธิสั้นในชุมชนชนบทภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กชั้นประถมศึกษา จำนวน 495 คน ซึ่งได้รับการคัดกรองโดยใช้ SNAP - IV และพบจิตแพทย์เด็กเพื่อวินิจฉัยโรครสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM - V ใช้แบบสอบถามมาตรฐานเพื่อรวบรวมข้อมูลประชากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าเด็กที่เป็นโรครสมาธิสั้นในการศึกษามีความสัมพันธ์กับการอยู่ร่วมกับญาติและไม่มีพ่อแม่อยู่เป็นผู้ปกครองหลัก อย่างมีนัยสำคัญ โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบแบบขั้นตอน พบว่าเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่มีความเสี่ยงโรครสมาธิสั้นเป็น 8.3 เท่าของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ (OR = 8.3, 95% CI = 1.1 - 60.7, p < .05)

พิศมัย พงศาธีรัตน์ และ พรทิพย์ วชิรติลก (2557) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรครสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จำนวน 7,805 คน โดยได้รับการคัดกรองด้วยแบบแบบคัดกรองโรครสมาธิสั้น SNAP - IV ฉบับภาษาไทย และได้รับการวินิจฉัยโรครสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ DSM - IV พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรครสมาธิสั้น จำนวน 521 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านเด็ก และผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าเด็กไม่ได้

อาศัยอยู่กับพ่อแม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็น 1.6 เท่าของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.6, 95% CI = 1.2 - 2.1,  $p < .01$ )

จากการศึกษาข้อมูลการอยู่อาศัยของเด็กจะทำให้ผู้วิจัยทราบว่าผู้ปกครองของเด็กคือใคร ซึ่งเด็กที่ไม่ได้อาศัยกับพ่อแม่ มีญาติเป็นผู้ปกครองนั้นอาจให้ความสนใจในการดูแลเด็กน้อยกว่าพ่อแม่ ประกอบกับเด็กอาจรู้สึกถึงการขาดความรักความเอาใจจากพ่อแม่ ทำให้ปัจจัยด้านการอยู่อาศัยที่มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยพบความสัมพันธ์ของปัจจัยเรื่องการอยู่อาศัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลสามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยมาเป็นข้อมูลวางแผนการจัดการกระทำในการป้องกันเพื่อการเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นกับเด็ก ทั้งนี้เพื่อเป็นการทดสอบผลการวิจัยและเพื่อทำนายอิทธิพลของตัวแปรที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงทำนายปัจจัยว่าการอยู่อาศัย มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจริงหรือไม่

**2. ด้านครอบครัว** ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมอันดับแรกที่มีมนุษย์ทุกคนมีประสบการณ์ตรงตั้งแต่เริ่มต้นชีวิตจนกระทั่งสิ้นลมหายใจ ลักษณะครอบครัวไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ครอบครัวเดี่ยวประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก ที่อยู่อาศัยตามลำพัง หาเลี้ยงครอบครัวด้วยตนเอง โดยสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ของตนเองแตกต่างกันไปเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละครอบครัว ซึ่งในปัจจุบันพบว่าจากเดิมบิดามีอำนาจตัดสินใจเปลี่ยนมาเป็นการตัดสินใจร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว โดยบุตรมีอำนาจในการต่อรองในครอบครัวสูง และมีการเปิดพื้นที่พูดคุยกันโดยใช้เหตุผลแลกเปลี่ยนกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่ครอบครัว การอบรมขัดเกลาบุตร และการใช้เหตุผลในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว (ปริศนา กาญจนกันทร และสุพรรณิ ไชยอำพร, 2562)

การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ประกอบด้วยความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก ครอบครัวต้องมีการปฏิบัติตามหน้าที่ครอบครัวนี้ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวและการดำรงความเป็นครอบครัวไว้ (Friedman, 2003) โดยแบ่งปัจจัยด้านครอบครัวเป็นแต่ละด้าน ดังนี้

**2.1 ความรักความเอาใจใส่** เป็นหน้าที่อย่างหนึ่งของครอบครัว บุคคลในครอบครัวต้องมีการแสดงความรัก ความเอาใจใส่ต่อกัน มีความสนใจรับรู้เรื่องราวและปัญหา ตลอดจนช่วยเหลือกันในครอบครัวเมื่อมีปัญหา ครอบครัวที่มีปัญหาไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือไม่อดทนต่อปัญหาเกิดเป็นปัญหาต่อทุกคนในครอบครัว พบการศึกษาของวูดเนอร์ และคณะ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดอาการสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น โดยการศึกษาผลระยะยาว (longitudinal study) ในประชากรเยอรมันเป็นเด็กและวัยรุ่น ( $n = 1,384$ ) ประเมินผล 3 ครั้ง (ครั้งแรก, 1 ปี และ 2 ปี) รวมระยะเวลาสองปี ใช้แบบประเมินผลปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครอง (ปัจจัยเสี่ยง) และการ

รับรู้ความสามารถของตนเองในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม (ปัจจัยป้องกัน) ต่ออาการของโรคสมาธิสั้น ผลการวิจัยพบว่า ในการประเมินครั้งแรก ครอบครัวที่มีความอดทนต่อปัญหา มีการช่วยเหลือกันแก้ไขปัญหา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการสมาธิสั้น (Wustner et al., 2019) และครอบครัวที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ไม่ค่อยมีการสื่อสารระหว่างกันในครอบครัว ขาดความใส่ใจกันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (Hurtig et al, 2007)

ดาร์ณี งามขำ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวซึ่งประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจกรรมสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 12 ปี จำนวน 120 คนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Eta และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.237$  และ  $-.355$ ) (ดาร์ณี งามขำ และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2554)

จากการศึกษาข้างต้นพบว่าความรักความเอาใจใส่มีความสัมพันธ์กับอาการสมาธิสั้นหรือปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีความหมายถึงความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเช่นกัน โดยพบว่ามี ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถนำข้อมูลเรื่องความรักความเอาใจใส่ในครอบครัว มาเป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดการกระทำเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการทดสอบผลการวิจัย และเพื่อทำนายอิทธิพลของตัวแปรที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงทำนายปัจจัยว่าความรักความเอาใจใส่ มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจริงหรือไม่

**2.2 การอบรมเลี้ยงดู** เป็นหน้าที่ของครอบครัวในการอบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุน้อยกว่า ให้มีพฤติกรรมที่ดี มีการฝึกทักษะสังคม ฝึกระเบียบวินัย การทำโทษเมื่อทำผิดอย่างมีเหตุผล การให้รางวัลเมื่อเด็กประพฤติดี ผู้ใหญ่ต้องเป็นตัวอย่างที่ดี มีการใช้เหตุผลไม่ใช้อารมณ์อยู่เหนือเหตุผล และไม่ใช้ความรุนแรงต่อเด็ก ซึ่งการขาดการอบรมสั่งสอนที่ดี หรือการที่บิดาเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีโดยการมีประวัติเสพยาเสพติด พบการศึกษาของ บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ และธารินทร์ เพ็ญวรรณ (2560) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ที่เป็นผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ ภาคตัดขวาง (Cross - sectional analytic study) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 6 - 12 ปี จำนวนทั้งหมด 174 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้น 87 คน และ



ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น 87 คน โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบคำถามแบบสอบถาม วิเคราะห์สถิติโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าครอบครัวที่มีบิดามีประวัติเสพยาเสพติด ซึ่งถือว่าเป็นตัวอย่างที่ไม่ดีในการอบรมเลี้ยงดูบุตรนั้นมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็น 1.7 เท่าของครอบครัวที่บิดาไม่เคยมีประวัติเสพยาเสพติด ( $OR = 1.7, p < .05$ )

ดารุณี งามขำ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อศึกษา 1) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวซึ่งประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจกรรมสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6 - 12 ปี จำนวน 120 คนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Eta และสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า การที่บุคคลในครอบครัวทำหน้าที่ของครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบ กับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = - .355$ ) (ดารุณี งามขำ, และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2554)

จากการศึกษาข้างต้นพบว่า การอบรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีความหมายถึงความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเช่นกัน โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลปัจจัยการอบรมเลี้ยงดูสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการจัดการกระทำเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการทดสอบผลการวิจัย และเพื่อทำนายอิทธิพลของตัวแปรที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงทำนายปัจจัยว่าการอบรมเลี้ยงดู มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจริงหรือไม่

**2.3 การดูแลสุขภาพ** เป็นพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวทั้งในขณะที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารที่สะอาดครบ 5 หมู่ การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน การปฏิบัติตามคำแนะนำการป้องกันการเกิดโรค การดูแลบุตรเพื่อป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้น รวมถึงระบบการดูแลสุขภาพไม่ครอบคลุม ทำให้ไม่สามารถตรวจพบความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ โดยพบการศึกษาของบุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสมาธิสั้น ในชุมชนชนบทภาคกลาง โดยการศึกษาแบบผสมผสาน พบข้อมูลเชิงคุณภาพว่าทั้งผู้ปกครอง และครูมีความรู้ไม่เพียงพอและมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเด็กที่มีสมาธิสั้น ประกอบกับระบบการดูแลสุขภาพในพื้นที่ไม่สามารถตรวจพบปัญหานี้ได้ เด็กจึงมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นและไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม



การศึกษาในประเทศสเปนที่มีการศึกษาปัจจัยทางโภชนาการและสิ่งแวดล้อมในโรคสมาธิสั้น โดยการศึกษาแบบตัดขวาง (cross - sectional study) ในเด็กและวัยรุ่นทั้งหมด 89 คน (41 คนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและ 48 คนเป็นกลุ่มควบคุม) ด้วยการสังเกตการณ์และการควบคุมการวัดภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าการดูแลให้เด็กรับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียนที่ลดลง การรับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยพบเด็กที่ไม่ทานผัก หรือทานผักน้อยมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเทียบกับกลุ่มควบคุม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และควบคุมดัชนีมวลกายอยู่เป็นประจำ (San Mauro Martin et al., 2018) ดังนั้นการดูแลให้เด็กรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ซึ่งถือว่าการดูแลสุขภาพเด็กเพื่อลดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

การดูแลสุขภาพมีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถนำข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพไปจัดการกระทำเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการทดสอบผลการวิจัยและ และเพื่อทำนายอิทธิพลของตัวแปรที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงทำนายปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพตามหน้าที่ครอบครัวมีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจริงหรือไม่

**2.4 การจัดสรรรายได้ของครอบครัว** เป็นหน้าที่ครอบครัวตามทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ครอบครัวของฟริตแมน ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวจำนวนมากประสบปัญหาความเดือดร้อนด้านเศรษฐกิจ เป็นความเครียดของครอบครัวที่ต้องจัดสรรรายได้ของครอบครัวในการดำรงชีวิต โดยพบการศึกษาของ พิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรดิถ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จำนวน 7,805 คน โดยได้รับการคัดกรองด้วยแบบแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP - IV ฉบับภาษาไทย (Thai version of Swanson, Nolan and Pelham IV) และได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ DSM - IV พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 521 คนและไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 6,667 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านเด็ก และผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีสามารถจัดสรรรายได้ในครอบครัวจนทำให้เกิดหนี้ ทำให้บุตรมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้มากกว่าครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้ครอบครัวได้เหมาะสมถึง 1.4 เท่า (OR = 1.4, 95% CI = 1.0 - 1.8, p < .05)

ดารุณี งามขำ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวซึ่งประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์

ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น อายุ 6 - 12 ปี จำนวน 120 คนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และแบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Eta และสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความเพียงพอของรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.237$ ) จึงสรุปได้ว่าปัจจัยด้านครอบครัวเรื่องการจัดสรรรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็ก

ครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้ไม่เหมาะสม ทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายจนทำให้เกิดปัญหาหนี้สินต่าง ๆ ตามมา ครอบครัวเกิดความเครียด ทำให้มีเวลาสนใจดูแลบุตรน้อยลง ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรรายได้ของครอบครัวพบว่า มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลการจัดสรรรายได้ของครอบครัวสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการจัดการป้องกันความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กได้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการทดสอบผลการวิจัยและเพื่อทำนายอิทธิพลของตัวแปรที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงทำนายปัจจัยด้านจัดสรรรายได้ของครอบครัวตามหน้าที่ครอบครัว มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจริงหรือไม่

**3. ด้านสิ่งแวดล้อม** สังคมในยุคปัจจุบันเป็นยุคโลกาภิวัตน์ มีการสื่อสารอย่างไร้พรมแดน เด็กเกิดมาพบกับสื่อเทคโนโลยี มีการบริโภคสื่อเทคโนโลยีได้อย่างง่ายดาย สื่อเทคโนโลยีจึงจัดว่าเป็นปัจจัยด้านสภาพสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยในงานวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี

**3.1 ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี** การใช้สื่อเทคโนโลยีมีทั้งผลดีและผลเสียต่อเด็กในประเทศไทยพบการศึกษาของ บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ, และธารินทร์ เพ็ญวรรณ (2562) ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน อายุ 6 - 12 ปี ซึ่งเป็นผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล จำนวนทั้งหมด 174 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้น 87 คนและไม่เป็นโรคสมาธิสั้น 87 คน โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบคำถามแบบสอบถาม วิเคราะห์สถิติโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าเด็กที่มีการใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมงต่อวัน มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็น 2.2 เท่าของเด็กที่ดูโทรทัศน์เฉลี่ยน้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ( $OR = 2.2, p < .05$ )

ปรีญา สุริพล, สุนธธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง ศึกษาการใช้สื่อเทคโนโลยีกับโรคสมาธิสั้น ในนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนต้น เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนต้น

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 413 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี stratified - cluster sampling เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองของผู้ปกครอง โดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP - IV ฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ logistic regression ผลพบว่า นักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนต้น มีอาการของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 30.5 และผลจากการวิเคราะห์แบบพหุแบบ logistic (multiple logistic regression) พบว่า ปัจจัยป้องกันความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น คือระยะเวลาในการเล่นโทรศัพท์มือถือ ในวันสุดสัปดาห์ 2 - 5 ชั่วโมง (OR = 0.20, 95% CI = 0.40 - 0.96) (ปริญา สุริพล, สุคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์ และศุภชัย ปิติกุลตั้ง, 2562)

การศึกษาในต่างประเทศของลิงจินนี และคณะ (Lingineni et al., 2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในเด็กสหรัฐอเมริกา โดยการศึกษาแบบตัดขวาง จากเด็กอายุ 5 - 17 ปี จำนวน 68,634 คน ทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกสองตัวแปรและหลายตัวแปร ผลพบว่าเด็กที่ใช้คอมพิวเตอร์ เป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อวัตถุประสงค์อื่น นอกเหนือจากงานโรงเรียนในวันธรรมดา มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.52, 95% CI = 1.31-1.77) และเด็กที่ดูโทรทัศน์เป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงต่อวัน มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.82, 95% CI = 1.55-2.13)

การศึกษา Meta - analysis ของบีเยนส์, วาลเคนเบิร์ก และปิโตรีวสกี (Beyens, Valkenburg, & Piotrowski, 2018) โดยทำการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กและวัยรุ่นกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น พบว่า เด็กมีการใช้อินเทอร์เน็ต เช่น มือถือ คอมพิวเตอร์พกพา และโทรทัศน์ เพิ่มมากขึ้น และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าความสัมพันธ์โรคสมาธิสั้นในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตมีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการทดสอบผลการวิจัยและเพื่อทำนายอิทธิพลของตัวแปรที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงทำนายปัจจัยระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ต มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจริงหรือไม่

**3.2 พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี** การบริโภคสื่อเทคโนโลยีที่มีมากเกินไปจนเกิดอาการติดสื่อเทคโนโลยีเป็นผลเสียต่อสุขภาพเด็ก โดยมีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศพบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องการติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ และความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื่อสังคมออนไลน์กับภาวะสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ปกครองและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ขนาดตัวอย่างจำนวน 601 ราย ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ จำนวน 428 ชุด ใช้แบบสอบถามข้อมูล

ส่วนตัวและ รูปแบบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ แบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social media addiction test: SMAT) และแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP - IV rating scale ฉบับภาษาไทย สำหรับผู้ปกครอง จากการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสมาธิสั้นที่เกี่ยวข้องกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ โดยการประเมินและวิเคราะห์จากแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น และทำการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมาธิสั้นที่มีต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 425 ราย โดยสถิติ Chi - square พบว่าเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  (กันยา พาณิชยศิริ, และเบญจพร ต้นตสูติ, 2559, น. 198 - 199)

ในต่างประเทศพบการศึกษา Meta - analysis ของนิกเคเลน, วาลเคนเบิร์ก, ฮูซิงก้า และบุชมัน (Nikkelen, Valkenburg, Huizinga, & Bushman, 2014) ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์เชิงประจักษ์ 45 เรื่อง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวกับสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น ผลลัพธ์แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญเล็กน้อยเชิงบวกระหว่างการใช้สื่อเทคโนโลยีและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมาธิสั้น ( $r = .12$ ) แสดงให้เห็นว่ายิ่งใช้สื่อเทคโนโลยีมาก ยิ่งส่งผลต่อความเสี่ยงที่จะเป็นสมาธิสั้นได้มาก

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยีต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น พบว่าในปัจจุบันเด็กมีการเข้าถึงสื่อเทคโนโลยีได้ง่ายมากขึ้น โอกาสที่เด็กจะติดสื่อเทคโนโลยีจึงมีเพิ่มตามมาด้วย โดยพบว่าพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยมีความคิดว่าสามารถนำข้อมูลพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยีไปใช้ในการวางแผนจัดการกระทำต่อไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการทดสอบผลการวิจัยและเพื่อทำนายอิทธิพลของตัวแปรที่ชัดเจนยิ่งขึ้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเชิงทำนายปัจจัยพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยี มีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจริงหรือไม่

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. ปัจจัยด้านตัวเด็ก และด้านครอบครัวที่มีผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น

บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ, และธารินทร์ เพ็ญวรรณ (2562) ได้ทำการศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับโรคสมาธิสั้นของเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิก จิตเวชเด็กโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ ภาคตัดขวาง (Cross - sectional analytic study) โดยใช้แบบสอบถาม ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก และเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช



ในระหว่าง เดือน มีนาคม - กรกฎาคม 2561 ที่มีอายุระหว่าง 6 - 12 ปี โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ คำตอบแบบสอบถาม (Self - administered questionnaire) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 174 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้น 87 คน และไม่เป็นโรคสมาธิสั้น 87 คน โดยการสุ่มวิธี Simple random sampling วิเคราะห์สถิติโดย วิเคราะห์สถิติโดยใช้ความถี่ ร้อยละ หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติ Chi - square test และการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เด็กเพศชาย เสี่ยงเป็น 2.7 เท่าของเพศหญิง (OR = 2.7,  $p < .05$ ) เด็กที่เคยมีประวัติถูกลงโทษ หรือเรียกพบผู้ปกครอง เสี่ยงเป็น 1.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคยมีประวัติถูกลงโทษ หรือเรียกพบผู้ปกครอง (OR = 1.8,  $p < .05$ ) เด็กที่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์มากกว่า หรือเท่ากับ 2 ชั่วโมงต่อวัน เสี่ยงเป็น 2.2 เท่าของเด็กที่ดูโทรทัศน์น้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (OR = 2.2,  $p < .05$ ) และบิดาที่เคยมีประวัติใช้สารเสพติด เสี่ยงเป็น 1.7 เท่าของครอบครัวที่บิดาไม่เคยมีประวัติเสพสารเสพติดมาก่อน (OR = 1.7,  $p < .05$ )

พิศมัย พงศาธีรัตน์, และพรทิพย์ วชิรดิถก (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 จำนวน 7,805 คน จำแนกตามสังกัดการศึกษาใน 10 จังหวัด จาก 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการได้รับการคัดกรองด้วยแบบแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP - IV ฉบับภาษาไทย และได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ DSM - IV พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 521 คน และไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 6,667 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านเด็ก และผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น ได้แก่ เด็กเพศชายเสี่ยงเป็น 3.7 เท่าของเพศหญิง (OR = 3.7, 95% CI = 2.3 - 4.2,  $p < .01$ ) เด็กที่อาศัยอยู่กับญาติเสี่ยง 1.6 เท่าของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ (OR = 1.6, 95% CI = 1.2 - 2.1,  $p < .01$ ) เด็กที่เคยมีประวัติเรียนซ้ำชั้นเสี่ยงเป็น 1.9 เท่าของเด็กที่ไม่เคย (OR = 1.9, 95% CI = 1.1 - 3.2,  $p < .01$ ) เด็กที่เคยถูกลงโทษเสี่ยงเป็น 2.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคย (OR = 2.8, 95% CI = 2.1 - 3.7,  $p < .01$ ) ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีหนี้สินเสี่ยงเป็น 1.4 เท่า (OR = 1.4, 95% CI = 1.0 - 1.8,  $p < .05$ ) พ่อมีประวัติปัญหาสารเสพติดมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่า (OR = 2.0, 95% CI = 1.2 - 3.1,  $p < .01$ )

ดารุณี งามขำ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ภาคตะวันออก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวซึ่งประกอบด้วย ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาทางจิตของพ่อแม่/ผู้ดูแล กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ พ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น



อายุ 6 - 12 ปี จำนวน 120 คน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ความเพียงพอของรายได้ แบบประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัว แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตเวชสุขภาพครอบครัว แบบสอบถามการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Eta และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จิตเวชสุขภาพครอบครัว และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.237, -.277, -.278$  และ  $-.355$ )

บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity) ในชุมชนชนบทภาคกลาง: แบบผสมผสาน ในกลุ่มตัวอย่างเด็กระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 495 คน การศึกษานี้ค้นพบว่าความชุกของเด็กสมาธิสั้นอยู่ที่ 2.2% ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาความชุกของเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทยเท่ากับ 6.5% และ 8.1% ตามลำดับ (Benjasuwantep, Ruangdaraganon, & Visudhiphan, 2002; ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรติลล, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล, 2556) การวิเคราะห์แบบไม่แปรผัน และหลายตัวแปรแสดงให้เห็นว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับทั้งปัจจัยด้านครอบครัว และด้านตัวเด็ก รวมทั้งการเรียนซ้ำชั้น ถูกพักการเรียนการเปลี่ยนโรงเรียน ประวัติการถูกรังแก และผู้ปกครองหลักไม่ใช่พ่อแม่ ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ทั้งผู้ปกครองหลัก และครูมีความรู้ไม่เพียงพอ และมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเด็กที่มีสมาธิสั้น ระบบการดูแลสุขภาพในพื้นที่ไม่สามารถตรวจพบปัญหานี้ได้ ดังนั้นเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจึงไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

ซาน เมโร มาร์ติน และคณะ (San Mauro Martín et al., 2018) ศึกษาเรื่องปัจจัยทางโภชนาการและสิ่งแวดล้อมในโรคสมาธิสั้น (ADHD) โดยการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาหารเมดิเตอร์เรเนียนกับโรคสมาธิสั้น จุดมุ่งหมายคือเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโภชนาการ และองค์ประกอบของร่างกายที่อาจส่งผลต่อการเกิดโรคและอาการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในสเปน โดยทำการศึกษาในเด็กและวัยรุ่นทั้งหมด 89 คน (41 คนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและ 48 กลุ่มควบคุม) ด้วยการสังเกตการณ์ - การควบคุม วัตถุประสงค์โภชนาการ พฤติกรรมการทานแต่อาหารเมดิเตอร์เรเนียน และการนอนหลับ ผลการศึกษา พบว่าการดูแลให้เด็กรับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียนที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ผู้ที่มีสมาธิสั้นมักจะไมทานผักหรือทานผักน้อยน้อย และพบว่าการบริโภคปลาฟอสส์ และพาสต้า หรือข้าวลดลงเกือบทุกวัน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ที่รับประทานปลา ธัญพืช การงดบริโภคขนมอบ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $p < .05$ ) นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุมพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้า และค่าดัชนีมวลกายอยู่ประจำ ( $p < .05$ )

วามุลุกวา และคณะ (Wamulugwa et al., 2017) ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคสมาธิสั้น (ADHD) ในเด็กยุคินดา: การศึกษาภาคตัดขวาง พบความชุกของโรคสมาธิสั้นในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ คือ 11.7% ซึ่งสูงกว่าความชุกที่รายงานในกลุ่มตัวอย่างชาวแอฟริกันก่อนหน้านี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นพบว่า ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า การศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 10 ปีมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโรคสมาธิสั้น โดยที่เด็กอายุน้อยกว่า 10 ปีมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กกลุ่มช่วงวัยอื่นถึง 4 เท่า

ลิงจินี และคณะ (Lingineni et al., 2012) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในเด็กสหรัฐอเมริกา: เป็นการสำรวจระดับชาติ โดยการศึกษาแบบตัดขวาง จากเด็กอายุ 5 - 17 ปี จำนวน 68,634 คน ทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกสองตัวแปรและหลายตัวแปร พบว่าประมาณ 10% ของกลุ่มตัวอย่างถูกจัดว่าเป็นโรคสมาธิสั้น โดยเพศชายมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่า และพบว่าเด็กที่ใช้คอมพิวเตอร์เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากงานโรงเรียนในวันธรรมดามีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $OR = 1.52$ ,  $95\% CI = 1.31-1.77$ ) และเด็กที่ดูโทรทัศน์เป็นเวลามากกว่า หรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงต่อวัน มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $OR = 1.82$ ,  $95\% CI = 1.55 - 2.13$ )

มาเล็ก, อามิรี, สะเดกฟาร์ด, อับดี, และอามินี (Malek, Amiri, Sadegfard, Abdi, & AMINI, 2012) ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น (ADHD): การศึกษาเฉพาะกรณี วิเคราะห์การถดถอยโลจิสแบบไบนารี (binary logistic regression) ผลการวิจัยปัจจัยแสดงให้เห็นว่า เพศชาย และการที่เด็กมีแม่ที่มียานทำงานนอกบ้าน เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อเด็กสมาธิสั้น เด็กผู้ชายมีสมาธิสั้นมากกว่าเด็กผู้หญิงถึง 54% ( $OR = 0.54$ ,  $95\% CI = 0.34 - 0.86$ ,  $p < .01$ ) ในทำนองเดียวกันเด็กที่แม่ทำงานนอกบ้านมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กที่แม่เป็นแม่บ้าน 16%

สรุปผลการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น จากการศึกษาทั้งในไทย และต่างประเทศ พบว่ามียังไม่มีการอธิบายทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น พบเพียงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคสมาธิสั้นหลายอย่าง มีทั้งที่พยาบาลสามารถจัดการกระทำได้ และไม่สามารถจัดการกระทำหรือแก้ไขได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดการกระทำในการป้องกันการเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ โดยแบ่งปัจจัยที่เลือกศึกษาออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านตัวเด็ก 2) ด้านครอบครัว และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม จากงานวิจัยข้างต้นแบ่งเป็นรายละเอียดปัจจัย 2 ดังนี้

1. ด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ, ประวัติการอยู่อาศัย, ประวัติการเรียน ได้แก่ เด็กเคยถูกครูลงโทษ, มีประวัติเรียนซ้ำชั้น, การหยุดพักการเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียน
2. ด้านครอบครัว แบ่งตามทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ครอบครัว ได้แก่ ความรักความอบอุ่น การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว

## 2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น

ปรีญา สุริพล, สุนธธา ศิริ, ดุสิต สุจิราวัฒน์, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง (2562) ศึกษาการใช้สื่อเทคโนโลยีกับโรคสมาธิสั้น ในนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนต้น เป็นการศึกษากาตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 413 คน รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ปกครอง โดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP - IV ฉบับภาษาไทย สถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ logistic regression ผลพบว่า นักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนต้น มีอาการของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 30.5 และผลการวิเคราะห์แบบพหุแบบ multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นคือ นักเรียนชายที่เริ่มดูโทรทัศน์เมื่ออายุน้อยกว่า 1 ปี 6 เดือนมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่านักเรียนชายที่อายุมากกว่า 1ปี 6 เดือน (OR = 5.56, 95% CI = 1.36 - 22.66) การได้รับอนุญาตให้นำโทรศัพท์มือถือไปใช้งานที่โรงเรียน (OR = 41.19, 95% CI = 3.40 - 499.41) และปัจจัยป้องกัน คือระยะเวลาในการเล่นโทรศัพท์มือถือ ในวันสุดสัปดาห์ 2 - 5 ชั่วโมง (OR = 0.20, 95% CI = 0.40 - 0.96)

กัญญา พาณิชยศิริ, และเบญจพร ต้นตสุติ (2559) ศึกษาเรื่องการติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดสื่อสังคมออนไลน์ และความสัมพันธ์ระหว่างการติดสื่อสังคมออนไลน์กับภาวะสมาธิสั้น ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ปกครองและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ขนาดตัวอย่างจำนวน 601 ราย ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 428 ชุด ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว และรูปแบบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ แบบทดสอบการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social media addiction test: SMAT) และแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP - IV rating scale ฉบับภาษาไทย พบความชุกของการติดสื่อสังคมออนไลน์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 17.6 จากการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมาธิสั้นที่มีต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ โดยสถิติ Chi - square พบว่าเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  (กัญญา พาณิชยศิริ, และเบญจพร ต้นตสุติ, 2559, น. 198 - 199)

บีเยนส์, วาลเคนเบิร์ก, และปิโตรีวสกี (Beyens, Valkenburg, & Piotrowski, 2018) ได้ทำการศึกษารวมอย่างเป็นระบบ (Meta - analysis) โดยทำการศึกษารวมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อเทคโนโลยีของเด็กและวัยรุ่นกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น พบว่า เด็กมีการใช้สื่อเทคโนโลยี เช่น มือถือ คอมพิวเตอร์พกพา และโทรทัศน์ เพิ่มมากขึ้น และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าความสัมพันธ์โรคสมาธิสั้นในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิคเคเลน, วาลเคนเบิร์ก, ฮูซิงกา, และบุชมัน (Nikkelen, Valkenburg, Huizinga, & Bushman, 2014) ทำการศึกษา Meta - analysis จากงานวิจัยทั้งหมด 45 เรื่อง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อเทคโนโลยีกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น มีเหตุผลทางทฤษฎีหลายประการที่เชื่อว่าการใช้สื่ออาจเกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น (ADHD) หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น แม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสื่อเทคโนโลยีกับเด็กสมาธิสั้น แต่ก็ให้ผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกันจึงได้ทำการศึกษาผลลัพธ์แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญเล็กน้อยเชิงบวกระหว่างการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมาธิสั้น ( $r = .12$ ) แสดงให้เห็นว่ายิ่งใช้สื่อเทคโนโลยีมากยิ่งขึ้นส่งผลต่อความเสี่ยงที่จะเป็นสมาธิสั้นได้มาก

ปาร์ค, สวีตติง, เวจ, และเฮนเดสัน (Parkes, Sweeting, Wight, & Henderson, 2013) ได้ทำวิจัยระยะยาวเพื่อทำนายผลทางจิตสังคมของเด็กที่ดูโทรทัศน์และเกมอิเล็กทรอนิกส์เด็กเป็นการวิจัยแบบ Cohort Study วัตถุประสงค์เพื่อทำนายการเปลี่ยนแปลงการปรับตัวทางจิตสังคมจากการเก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูทีวีและเล่นเกมอิเล็กทรอนิกส์ของเด็กอายุ 5 ขวบจากสหราชอาณาจักร วิธีการวิจัยโดยให้เด็กอายุ 5 ปีดู TV และเล่นเกมอิเล็กทรอนิกส์ โดยให้มารดาของเด็กจำนวน 1,014 คน เป็นผู้รายงานพฤติกรรมปัญหาอาการทางอารมณ์ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนสมาธิสั้น และมารดารายงานพฤติกรรมทางสังคมโดยใช้แบบสอบถาม สรุปผลการวิจัยพบว่าการดูโทรทัศน์ที่อายุ 5 ปี ไม่สัมพันธ์กับชน/สมาธิสั้น ปัญหาอารมณ์ ความสัมพันธ์กับเพื่อน หรือพฤติกรรมจิตอาสา แต่หากดูโทรทัศน์มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน จะทำให้เด็กเกรงมากขึ้นที่อายุ 5 - 7 ปี

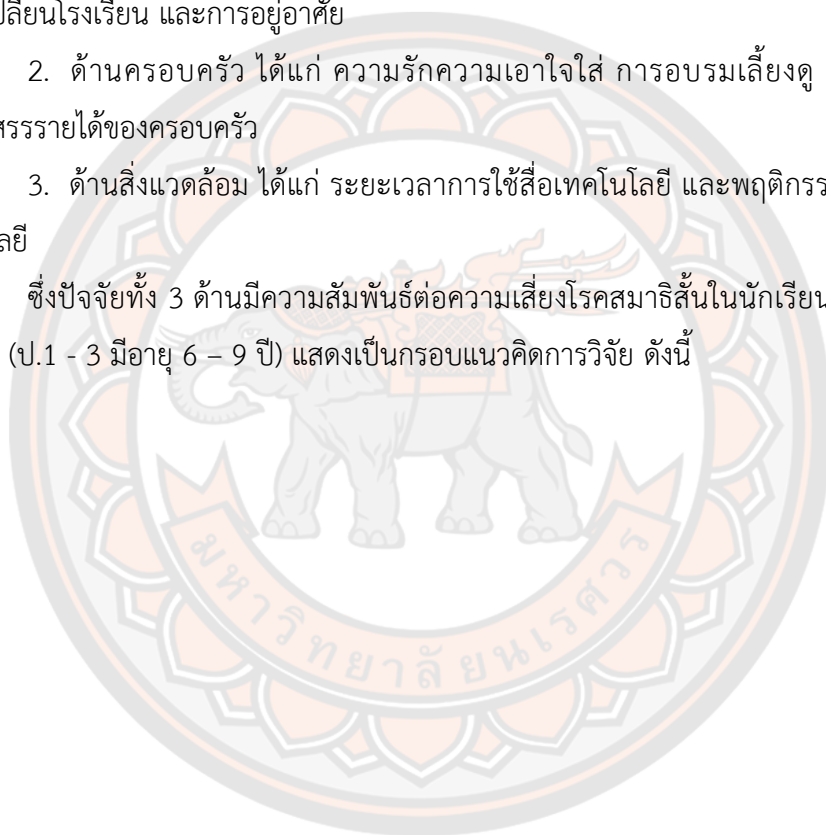
สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น ได้แก่ การใช้สื่อเทคโนโลยี หรืออุปกรณ์อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ เกมออนไลน์ เป็นต้น ซึ่งในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนของเทคโนโลยีค่อนข้างสูง เด็กและวัยรุ่นที่ไม่สามารถแยกแยะหรือควบคุมการบริโภคสื่อเหล่านี้จึงอาจเกิดผลเสียที่ตามมาได้ ซึ่งพบว่าระยะเวลาหรือความถี่ของการใช้งาน และพฤติกรรมการติดสื่อเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็ก

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายอิทธิพลตัวแปรที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ประกอบกับเพื่อเป็นการทดสอบข้อเท็จจริงของผลการวิจัย จึงได้คัดเลือกปัจจัยที่สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการจัดระทำการพยาบาลหรือแนวทางป้องกันการเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยแบ่งปัจจัยที่ต้องการศึกษาเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน และการอยู่อาศัย
2. ด้านครอบครัว ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ การจัดสรรรายได้ของครอบครัว
3. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมการติดอุปกรณ์เทคโนโลยี

ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ป.1 - 3 มีอายุ 6 – 9 ปี) แสดงเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้





### ปัจจัยด้านตัวเด็ก

- เพศ
- ถูกครูทำโทษ
- ครูเรียกพบผู้ปกครอง
- เรียนซ้ำชั้น
- หยุดพักการเรียน
- เปลี่ยนโรงเรียน
- การอยู่อาศัย

### ปัจจัยด้านครอบครัว

- ความรักความเอาใจใส่
- การอบรมเลี้ยงดู
- การดูแลสุขภาพ
- การจัดสรรรายได้ของครอบครัว

### ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

- ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี
- พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี

ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น  
(กลุ่มเสี่ยง/ไม่เสี่ยง)

ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยการสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นทั้งในและต่างประเทศ
2. คัดเลือกตัวแปรที่สนใจศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม
3. ออกแบบงานวิจัย โดยวางแผนการสำรวจข้อมูล กำหนดขนาดตัวอย่าง และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เขียนเป็นโครงร่างการวิจัย เสนอบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อขอการอนุมัติดำเนินการวิจัย
4. จัดทำแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลวิจัย
5. ดำเนินการสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
6. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
7. วิเคราะห์ผลปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ
8. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ
9. จัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้นหรือตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษานี้มีทั้งหมด 13 ตัวแปร แบ่งออกเป็นปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม แสดงรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน และการอยู่อาศัย

2. ด้านครอบครัว ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ การจัดสรรรายได้ของครอบครัว

3. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมการติดอุปกรณ์เทคโนโลยี

กำหนดสัญลักษณ์ข้อตัวแปรอิสระ 13 ตัวแปร ดังนี้

- 1) เพศ: X1
- 2) ถูกครูทำโทษ: X2
- 3) ครูเรียกพบผู้ปกครอง: X3
- 4) เรียนซ้ำชั้น: X4
- 5) หยุดพักการเรียน: X5
- 6) เปลี่ยนโรงเรียน: X6
- 7) การอยู่อาศัย: X7
- 8) ความรักความเอาใจใส่: X8
- 9) การอบรมเลี้ยงดู: X9
- 10) การดูแลสุขภาพ: X10
- 11) การจัดสรรรายได้ของครอบครัว: X11
- 12) ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี: X12
- 13) พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี: X13

ตัวแปรตาม หรือตัวแปรเกณฑ์ ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น: Y แบ่งเป็น

2 กลุ่ม ดังนี้

- 1 (Yes) คือ กลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น
- 0 (No) คือ กลุ่มเด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ปกครองของนักเรียนที่ต้องการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยไม่ทราบจำนวนและรายชื่อของผู้ปกครองเด็กที่ต้องการศึกษา จึงใช้วิธีการเทียบจากจำนวนนักเรียนที่ทราบจำนวนและรายชื่อที่ชัดเจน โดยใช้อัตรา 1:1 หมายถึงนักเรียน 1 คน ต่อผู้ปกครอง 1 คนโดยกลุ่มนักเรียนที่ต้องการศึกษาเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 3 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ทั้งหมด 51 โรงเรียน รวมมีนักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้น ป. 1 - 3 จำนวน 4,654 คน เทียบสัดส่วนนักเรียนต่อผู้ปกครอง 1:1 เท่ากับจำนวนผู้ปกครองที่เป็นประชากรของการวิจัยนี้มีจำนวน 4,654 คน โดยผู้วิจัยกำหนดลักษณะของประชากรที่ศึกษาไว้ ดังนี้

1. เป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักของนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่
2. 1 - 3 ในช่วงที่เวลาที่เก็บข้อมูลวิจัย
3. เป็นผู้ปกครองที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. เป็นผู้ปกครองที่มีความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลหลักของนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อ.เมือง จ.พิษณุโลก จำนวนประชากรเท่ากับ 4,654 คน เพื่อให้ทราบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างต่อจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยการใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (SNAP - IV) ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 จำนวน 58 คน พบว่ามีเด็กมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจำนวน 20 รายคิดเป็นร้อยละ 34.48 หรือคิดเป็นสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างต่อประชากรเท่ากับ 0.34 ( $P = 0.3$ ) คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดย ใช้สูตรของคอคแรน (Cochran, 1977) เพื่อคำนวณค่า  $n_0$  ดังนี้

$$n_0 = \frac{Z^2 p(1-p)}{e^2}$$

$$n_0 = \frac{1.96^2 \times 0.3(1-0.3)}{0.05^2}$$

$$n_0 = 322.69$$

$n_0$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเมื่อไม่ทราบจำนวนประชากร

$p$  = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.3

$e$  = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้เท่ากับ 0.05

$Z$  = ค่าคะแนนมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญที่กำหนด

กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า  $Z$  เท่ากับ 1.96

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยทราบจำนวนประชากรเท่ากับ 4,654 คน จึงนำค่า  $n_0$  ที่ได้จากการคำนวณข้างต้นไปแทนค่าในสูตรหรือเรียกว่าการปรับแก้ประชากรจำกัด (Finite Population Correction: fpc) ดังนี้

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$n = \frac{322.69}{1 + \frac{322.69 - 1}{4,654}}$$

$$n = 301.9$$

จากการแทนค่าคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของคอคแรน (Cochran, 1977) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 302 คน และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 20% (Attrition Rate) รวมเป็นจำนวน 362 คน

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 362 คน ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multiple - stage random sampling) จากจำนวนประชากร 4,654 คน รวม 51 โรงเรียน โดยโรงเรียนอยู่กระจายครอบคลุมทั้งหมด 20 ตำบลในอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก

**ขั้นที่ 1** สุ่มเลือกตำบล โดยสุ่มจำนวนร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลทั้งหมดในอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จับสลากได้จำนวนตำบลที่ต้องการ 10 ตำบล ซึ่งแต่ละตำบลมีจำนวนโรงเรียน ดังนี้



ตาราง 1 แสดงการสุ่มเลือกตำบล

ลำดับ	ชื่อตำบล	จำนวนโรงเรียน
1	ในเมือง	4
2	อรัญญิก	1
3	ท่าทอง	4
4	หัวรอ	4
5	บ้านกร่าง	4
6	จี่งาม	1
7	ท่าโพธิ์	4
8	ดอนทอง	7
9	มะขามสูง	2
10	บึงพระ	2

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกโรงเรียนโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จับสลากเลือกตัวแทนโรงเรียนแต่ละตำบลละ 1 โรงเรียน จำนวน 10 โรงเรียน ซึ่งแต่ละโรงเรียนมีจำนวนนักเรียนชั้น ป.1 - 3 ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงการสุ่มเลือกโรงเรียน

ลำดับ	ตำบล	ชื่อสมมติโรงเรียน	จำนวนนักเรียน
1	ในเมือง	A	866
2	อรัญญิก	B	231
3	ท่าทอง	C	68
4	หัวรอ	D	175
5	บ้านกร่าง	E	171
6	จี่งาม	F	51
7	ท่าโพธิ์	G	28
8	ดอนทอง	H	54
9	มะขามสูง	I	17
10	บึงพระ	J	41
รวมจำนวนนักเรียน			1,702

**ขั้นที่ 3** สุ่มตัวอย่างจากจำนวนนักเรียนของแต่ละโรงเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงเรียน มีสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วน ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)

$$\text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{n \times n_1}{N}$$

$n_1$  = ขนาดตัวอย่าง(จำนวนนักเรียน)แต่ละโรงเรียน

$n$  = ขนาดตัวอย่างของงานวิจัย

$N$  = ขนาดประชากรหลังสุ่มเลือกโรงเรียน

ยกตัวอย่างการแทนค่าคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างนักเรียนแต่ละโรงเรียน ดังนี้

$$\text{ขนาดตัวอย่างนักเรียนโรงเรียน A} = \frac{362 \times 866}{1,702} = 184 \text{ คน}$$

แสดงสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นป.1 - 3 ของแต่ละโรงเรียนดังตาราง 3

**ตาราง 3 แสดงการสุ่มตัวอย่างจากจำนวนนักเรียนของแต่ละโรงเรียน**

โรงเรียน	จำนวนนักเรียน (คน) M	จำนวนนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง (คน) S
A	866	184
B	231	49
C	68	14
D	175	37
E	171	36
F	51	11
G	28	6
H	54	12
I	17	4
J	41	9
<b>รวม</b>	<b>1,702</b>	<b>362</b>

**ขั้นที่ 4** สุ่มเลือกตัวอย่างนักเรียนแต่ละโรงเรียนโดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยการนำรายชื่อเด็กของแต่ละโรงเรียนมาเรียงกันตามลำดับป.1 - 3 แล้วคำนวณช่วงที่ใช้ในการสุ่มตัวอย่าง เท่ากับจำนวนประชากรทั้งหมด(M)หารด้วยจำนวนตัวอย่าง (S) ของแต่ละโรงเรียน สุ่มนับจำนวนนักเรียนตามค่าที่คำนวณได้ตามลำดับจนได้ครบตามจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ปกครอง เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามผ่านการหาความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และใช้การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามปลายปิด (Close - ended Questionnaire) โดยข้อมูลแบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็ก และระยะเวลาในการเลี้ยงดูเด็ก

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านตัวเด็ก** ได้แก่ ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน และการอยู่อาศัย

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว** ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ การจัดสรรรายได้ของครอบครัว ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินหน้าที่ครอบครัว (สุพัตรา อักษรรัตน์, 2549) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อใน 5 ด้าน มีค่าความเที่ยงแบบสอบถามเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (CHULALONGKORN FAMILY INVENTORY: CFI) (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ มีการทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ในระดับสูง (>0.8) ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามทั้งหมดมาคัดเลือกและปรับให้เข้ากับบริบท ได้เป็นข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

หน้าที่ของครอบครัว	จำนวนข้อ	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ความรักความเอาใจใส่	5 ข้อ (ข้อ 1 - 5)	ข้อ 1 - 5	ไม่มี
การอบรมเลี้ยงดู	5 ข้อ (ข้อ 6 - 10)	ข้อ 6, 9, 10	ข้อ 7, 8
การดูแลสุขภาพ	5 ข้อ (ข้อ 11 - 15)	ข้อ 11 - 15	ไม่มี
การจัดสรรรายได้ของครอบครัว	5 ข้อ (ข้อ 16 - 20)	ข้อ 16 - 20	ไม่มี

ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนข้อคำถามเชิงบวก	คะแนนข้อคำถามเชิงลบ
ไม่เคย	1	5
นานๆครั้ง	2	4
บางครั้ง	3	3
บ่อยครั้ง	4	2
เป็นประจำ	5	1

การแปลผลรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อรวมกันจำแนกเป็นรายด้าน คิดค่าเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม โดยใช้เกณฑ์เพื่อแปลความหมายการทำหน้าที่ครอบครัว (दारुณี गाम्खा, 2554; สุพัตรา อักษรรัตน์, 2549 ) ดังนี้

คะแนน 1.00 - 1.49 หมายถึง หน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดีมาก

คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง หน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง หน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึง หน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับดี

คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง หน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม** ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี มีการแบ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่ใช้สื่อเทคโนโลยี โดยพบการศึกษาว่าการที่เด็กใช้สื่อเทคโนโลยีนานเฉลี่ยมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน มีผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น (ขวัญจิต เพ็งแป้น, 2560; บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกภรณ์ จันทร์วันเพ็ญ และธารินทร์ เพ็ญวรรณ, 2562) จึงแบ่งช่วงระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี ดังนี้

น้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน

มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน

การแปลผลแบ่งตามช่วงเวลา โดยเป็นระยะเวลาเฉลี่ยการใช้สื่อเทคโนโลยีต่อวัน

พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ประเมินโดยใช้แบบทดสอบพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ได้ดัดแปลงจากแบบทดสอบพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นโดย เมริรัตน์ มั่นวงศ์ (เมริรัตน์ มั่นวงศ์, 2560) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ซึ่งแบบทดสอบนี้มีค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ 0.898 ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามทั้งหมดมาคัดเลือกและปรับให้เข้ากับบริบทเป็นข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับความคิดเห็น ดังนี้

	ค่าคะแนน
ไม่มีเลย	0
บางครั้ง	1
บ่อย	2
เป็นประจำ	3

คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มไม่ติดได้คะแนน	0 - 12 คะแนน
กลุ่มคลั่งไคล้	13 - 24 คะแนน
กลุ่มติดสื่อสังคมออนไลน์	25 - 36 คะแนน

**ส่วนที่ 6 แบบประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น** ใช้แบบประเมินพฤติกรรม SNAP - IV (Short Form) ฉบับภาษาไทย (ฉันทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการขอ อนุญาตเจ้าของเครื่องมือในการนำมาใช้ในการศึกษา เครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 - 0.96 ประเมินโดยผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อจำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ด้านขาดสมาธิ 9 ข้อ (ข้อ 1 - 9: SNAP - Inattention)

ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง ทุนหันพลันแล่น 9 ข้อ (ข้อ 10 - 18: SNAP - Hyperactivity/Impulsivity)

ด้านดื้อ ต่อต้าน 8 ข้อ (ข้อ 19 - 26: SNAP - ODD)

คำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ

	คะแนน
ไม่เลย	0
เล็กน้อย	1
ค่อนข้างมาก	2
มากที่สุด	3

แปลผลค่าคะแนนแบบประเมินพฤติกรรมมีค่าคะแนนสูงสุด 78 คะแนน แบ่งเป็นรายด้าน ขาดสมาธิเท่ากับ 27 คะแนน ซน อยู่ไม่นิ่ง 27 คะแนน และดื้อต่อต้าน 24 ค่าคะแนน โดยเกณฑ์ค่า คะแนนประเมินพฤติกรรมโดยผู้ปกครอง แบ่งคะแนนตามเกณฑ์แต่ละด้าน ดังนี้



### คะแนนมาตรฐานสำหรับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน

ด้านขาดสมาธิ	16
ด้านชน อยู่ไม่นิ่งหุนหันพลันแล่น	13
ด้านดี/ต่อต้าน	15

หากค่าคะแนนพฤติกรรมมากกว่าหรือเท่ากับตามเกณฑ์ที่กำหนดมากกว่า 1 ด้านแปลผลว่ามีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

### การทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. นำแบบสอบถามมาทำการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นการนำผลของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านมารวมกันคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งคำนวณจากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับคำถามที่สร้างขึ้น โดยใช้การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: content validity index) ค่า CVI ที่ได้ไม่ควรน้อยกว่า 0.7 (รัตนศิริ ทาโต, 2561) และทำการแก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ ซึ่งมีสูตรในการคำนวณหาค่า CVI ดังนี้

$$CVI = \frac{\sum R_{3,4}}{N}$$

CVI คือ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

$\sum R_{3,4}$  คือ จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ระดับ 3 และ 4

N คือ จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

จากนำแบบสอบถามส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านได้ตรวจสอบ และให้คะแนนครบทั้ง 5 ท่าน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาคำนวณหาค่า CVI ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว เท่ากับ 0.7 และค่า S - CVI เท่ากับ 0.91 ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่า CVI ได้ค่าที่เท่ากับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ถือว่าคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในระดับดี

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 0.75 และค่า S - CVI เท่ากับ 0.95 ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่า CVI ได้ค่าสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ถือว่าคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในระดับดี และเพื่อให้เครื่องมือมีคุณภาพดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงข้อคำถามในข้อที่มีค่าคะแนน I - CVI น้อยกว่า 0.7 ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ก่อนนำไปดำเนินการหาค่าความเที่ยงในขั้นตอนต่อไป

2. ภายหลังจากตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองนักเรียนในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ซึ่งสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกเช่นเดียวกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างวิจัยแต่ไม่ได้เป็นโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างวิจัย จำนวน 33 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม(วิเคราะห์เฉพาะแบบสอบถามของตัวแปรชนิด Rating scale เท่านั้น) โดยต้องมีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient ต้องมีค่ามากกว่า 0.7 (รัตนศิริ ทาโต, 2561) เครื่องมือดังกล่าวจึงจะมีความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง

ซึ่งมีสูตรในการคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

$\alpha$  คือ สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของเครื่องมือ

$n$  คือ จำนวนข้อในเครื่องมือ

$S_i^2$  คือ ความแปรปรวนของคะแนนคำถามแต่ละข้อ

$S_t^2$  คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมของผู้ตอบทั้งหมด

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) ทั้งหมดจำนวน 33 ราย และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.827 และแบบสอบถามส่วนที่ 5 เท่ากับ 0.906 ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ถือว่าคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในระดับดีสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงได้

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตดำเนินการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยได้รับการรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมการวิจัย IRB No. P3 - 0150/2563 เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2564

2. การชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย และผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยอย่างละเอียด ให้แก่

กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบ และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

3. ให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยลงชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกราย ระหว่างทำการวิจัยหากมีความประสงค์ขอลงตัวจากการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันที โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง

4. กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อคำถาม หรือสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

5. ผู้วิจัยรักษาความลับของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแปลงผลข้อมูลวิจัยจะไม่มีเปิดเผยชื่อหรือนามสกุล จะทำการแปลงข้อมูลเป็นรหัสแทน และจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังจากการสุ่มเลือกโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างได้แล้วนั้น ได้ดำเนินการเพื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ทำหนังสือแนะนำตัว และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลการวิจัย

2. แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับผู้อำนวยการโรงเรียน ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน และครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย

3. อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล จรรยาบรรณของนักวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัย ให้แก่ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน และครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3

4. ขออนุญาตผู้อำนวยการในการขอพบผู้ปกครองเด็กในวันประชุมผู้ปกครอง และประสานงานกับครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนให้ขอความร่วมมือจากครูประจำชั้นในการขอพบผู้ปกครองเด็กในวันประชุมผู้ปกครอง เพื่อขออาสาสมัครในการเข้าร่วมการวิจัย

5. ประสานงานกับครูประจำชั้นเพื่อช่วยนัดหมายผู้ปกครองเด็กที่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ไม่บังคับ โดยทำการนัดหมายที่โรงเรียนในเวลาที่คุณปกครองสะดวก

6. ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักความเคารพในบุคคลโดยการแนะนำตัวเองให้อาสาสมัครได้รู้จัก ทำการอธิบายข้อมูลการวิจัย ปัญหาการวิจัย กระบวนการวิจัยให้อาสาสมัคร ซึ่งในหัวข้อวิจัยนี้หมายถึงผู้ปกครองหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเด็กที่มีสิทธิ์ในการดูแลเด็ก ให้เข้าใจและเปิดโอกาสให้อาสาสมัครได้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยไม่ชี้แนะ บังคับหรือทำให้เกิดการตัดสินใจด้วยความเกรงใจ

แจกเอกสารให้อาสาสมัครได้ศึกษาก่อนการตัดสินใจพร้อมทั้งให้อาสาสมัครลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการหนังสือยินยอมเข้าร่วมทำการวิจัย

7. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ปกครองตามแบบสอบถาม อธิบายข้อคำถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ซักถามข้อข้องใจในคำถามแต่ละข้อสัมภาษณ์จนครบทุกข้อคำถามแล้วแจ้งผู้ปกครองว่าจะมีการแจ้งผลการวิจัยและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวให้ทราบภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

8. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบตามเป้าหมาย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS for Window ประมวลผล และจัดทำตารางวิเคราะห์ผลทางสถิติเพื่อนำมาเสนอข้อมูลและสรุปผลการวิจัย การวิเคราะห์ผลใช้สถิติวิเคราะห์เชิงปริมาณเป็นหลัก ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก ปัจจัยด้านตัวเด็ก และเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยีของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequencies) และร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation และ Chi - square test

4. วิเคราะห์ความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยได้ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 362 คน จากจำนวนประชากร 4,654 คน คัดเลือกแบบสอบถามที่มีคุณภาพได้ทั้งหมดจำนวน 358 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.9 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางคนตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ ทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้คัดแบบสอบถามออกก่อนนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลการวิจัย และแปลความหมายตามลำดับ ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง
- ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก และความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น
- ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม
- ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง
- ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 358 คน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็ก และระยะเวลาในการเลี้ยงดูเด็ก แสดงดังตาราง 4



ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น จำแนกตาม  
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง (n=358)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	75	20.9
หญิง	283	79.1
<b>อายุ</b>		
20 – 29 ปี	49	13.7
30 – 39 ปี	159	44.4
40 – 49 ปี	100	27.9
50 – 59 ปี	32	8.9
60 ปีขึ้นไป	18	5.1
Max = 75, Min = 22, $\bar{X}$ = 39.0, S.D. = 9.74		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	58	16.2
มัธยมศึกษา	119	33.2
ปวช./ปวส.	69	19.3
ปริญญาตรี	95	26.5
ปริญญาโท	14	3.9
ปริญญาเอก	1	0.3
ไม่จบการศึกษา	2	0.6
<b>ความสัมพันธ์กับเด็ก</b>		
บิดา มารดา	295	82.4
ปู่ ย่า ตา ยาย	45	12.6
ลุง ป้า น้า อา	15	4.2
อื่นๆ (พี่สาว)	3	0.8
<b>น้อยกว่า 6 เดือน</b>		
น้อยกว่า 6 เดือน	3	0.8
6 – 12 เดือน	3	0.8
1 – 3 ปี	14	3.9
3 – 6 ปี	33	9.3
มากกว่า 6 ปี	305	85.2

จากตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อ.เมือง จ.พิษณุโลก ทั้งหมดจำนวน 358 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบิดา หรือมารดาของเด็ก จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 โดยเลี้ยงดูเด็กมาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 ปี จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 85.2 ซึ่งผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 39 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 283 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 ผู้ปกครองมีการศึกษาที่ดี ส่วนมากจบการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาเอก มีเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 เท่านั้นที่ไม่จบการศึกษา

## ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก และความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 358 คน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน และการประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ตามการรับรู้ของผู้ปกครองจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็ก แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็ก (n=358)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)		เด็กทั้งหมด (n=358)
	มีความเสี่ยงโรค สมาธิสั้น (141/39.4)	ไม่มีความเสี่ยงโรค สมาธิสั้น (217/60.6)	
<b>เพศ</b>			
ชาย	97(44.3)	122(55.7)	219(61.2)
หญิง	44(31.6)	95(68.4)	139(38.8)
<b>อายุ</b>			
6 ปี	18(51.4)	17(48.5)	35(9.8)
7 ปี	38(35.5)	69(64.5)	107(29.9)
8 ปี	40(33)	82(67)	122(34.1)
9 ปี	44(48.9)	46(51.1)	90(25.1)
มากกว่า 10 ปี	1(25)	3(75)	4(1.1)
Max = 13, Min = 6, $\bar{X}$ = 7.78, S.D. = 1.00			

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)		
	มีความเสี่ยงโรค สมาธิสั้น (141/39.4)	ไม่มีความเสี่ยงโรค สมาธิสั้น (217/60.6)	เด็กทั้งหมด (n=358)
ระดับชั้นเรียน			
ป. 1	56(41.2)	80(58.8)	136(38)
ป. 2	43(35.2)	79(64.8)	122(34.1)
ป. 3	42(42)	58(58)	100(27.9)

จากตาราง 5 ข้อมูลทั่วไปของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นจำนวน 358 คน พบว่าเป็นเพศชาย(ร้อยละ 61.2) มากกว่าเพศหญิง(ร้อยละ 38.8) ส่วนมากอายุ 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.1 และเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 34.1

การประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองพบว่า เด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นคิดเป็นร้อยละ 39.4 โดยพบว่าเพศชาย(ร้อยละ 44.3) มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง(ร้อยละ 31.6) โดยพบมากสุดในช่วงอายุ 6 ปีเป็นร้อยละ 51.4 รองลงมา ได้แก่ อายุ 9 ปี, อายุ 7 ปี ร้อยละ 48.9 และ 35.5 ตามลำดับ ซึ่งเป็นเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น จำแนกตามกลุ่มอาการของโรคสมาธิสั้น (n=141)

กลุ่มอาการของโรคสมาธิสั้น	จำนวน	ร้อยละ
ขาดสมาธิ	34	24.1
ซน/อยู่ไม่นิ่ง	49	34.7
ดื้อ/ต่อต้าน	4	2.8
ขาดสมาธิ และ ซน/อยู่ไม่นิ่ง	34	24.1
ขาดสมาธิ และ ดื้อ/ต่อต้าน	1	0.7
ซน อยู่ไม่นิ่ง และ ดื้อ/ต่อต้าน	3	2.1
ขาดสมาธิ ซน/อยู่ไม่นิ่ง และดื้อ/ต่อต้าน	16	11.3

จากตาราง 6 พบว่าเด็กนักเรียนที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีอาการของโรคสมาธิสั้นอย่างน้อย 1 กลุ่มอาการ โดยพบมากที่สุดคือกลุ่มอาการซน/อยู่ไม่นิ่ง จำนวน 49 คนคิดเป็นร้อยละ 34.7

รองลงมาคือกลุ่มอาการขาดสมาธิ และกลุ่มที่มี 2 อาการร่วมกันระหว่างขาดสมาธิกับชน/อยู่ไม่นิ่ง จำนวน 34 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 24.1 ส่วนกลุ่มที่มีอาการทั้ง 3 อย่างคือ ขาดสมาธิ ชน/อยู่ไม่นิ่ง และดื้อ/ต่อต้านมีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 11.3

### ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม

#### ปัจจัยด้านเด็ก

ปัจจัยด้านตัวเด็กของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ประกอบด้วย ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน และการอยู่อาศัย ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองจำแนกตามปัจจัยด้านตัวเด็ก แสดงผลดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง จำแนกตามปัจจัยด้านตัวเด็ก (n=358)

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน(ร้อยละ)		เด็กทั้งหมด (n = 358)
	มีความเสี่ยงโรค สมาธิสั้น (n = 141)	ไม่มีความเสี่ยง โรคสมาธิสั้น (n = 217)	
<b>ประวัติการเรียน</b>			
ถูกครูทำโทษ	10(55.6)	8(44.4)	18(5.0)
ครูเรียกพบผู้ปกครอง	23(96)	1(4)	24(6.7)
เรียนซ้ำชั้น	10(90.9)	1(9.1)	11(3.1)
หยุดพักการเรียน	1(0.7)	1(0.5)	2(0.6)
เปลี่ยนโรงเรียน	10(50)	10(50)	20(5.5)
ไม่พบปัญหา	87(30.7)	196(69.3)	283(79.1)
<b>การอยู่อาศัย</b>			
อยู่กับบิดามารดา	82(36)	146(64)	228(63.7)
ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา	59(45)	71(54)	130(36.3)

จากตาราง 7 การประเมินปัจจัยด้านตัวเด็ก พบว่าเด็กนักเรียนทั้งหมดจำนวน 358 คน ส่วนมากไม่มีปัญหาการเรียนคิดเป็นร้อยละ 79.1 และไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 69.3 ส่วนในกลุ่มเด็กที่มีปัญหาการเรียนพบว่าเด็กมีปัญหาครูเรียกพบผู้ปกครองมากที่สุดร้อยละ 6.7 ซึ่งเป็นเด็ก

ที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากที่สุดร้อยละ 96 เด็กส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดาคิดเป็นร้อยละ 63.7 ซึ่งพบว่าเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดานั้นที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าร้อยละ 45

### ปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยด้านครอบครัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ประเมินจากการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองจำแนกตามปัจจัยด้านครอบครัว แสดงผลแสดงดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนปัจจัยด้านครอบครัวของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง จำแนกตามความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น

ปัจจัยด้านครอบครัว	คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
	เด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น	เด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น	เด็กทั้งหมด
ความรักความเอาใจใส่	ระดับดี $\bar{X} = 4.17,$ S.D. = 0.53	ระดับดี $\bar{X} = 4.36,$ S.D. = 0.56	ระดับดี $\bar{X} = 4.28,$ S.D. = 0.56
การอบรมเลี้ยงดู	ระดับดี $\bar{X} = 4.20,$ S.D. = 0.46	ระดับดี $\bar{X} = 4.44,$ S.D. = 0.41	ระดับดี $\bar{X} = 4.28,$ S.D. = 0.45
การดูแลสุขภาพ	ระดับดีมาก $\bar{X} = 4.51,$ S.D. = 0.41	ระดับดีมาก $\bar{X} = 4.53,$ S.D. = 0.45	ระดับดีมาก $\bar{X} = 4.52,$ S.D. = 0.43
การจัดสรรรายได้ของครอบครัว	ระดับดี $\bar{X} = 3.64,$ S.D. = 0.80	ระดับดี $\bar{X} = 3.95,$ S.D. = 0.75	ระดับดี $\bar{X} = 3.82,$ S.D. = 0.78

จากการประเมินปัจจัยด้านครอบครัว หรือหน้าที่ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองทั้งหมด แบ่งแยกเป็นครอบครัวของเด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น และครอบครัวของเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นนั้น พบว่าครอบครัวของเด็กทั้งหมดมีการปฏิบัติตามหน้าที่ของครอบครัว โดย



ภาพรวมอยู่ในระดับดี ถึง ดีมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้ปกครองมีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 4.52$ ) ส่วนอีก 3 ด้านอยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับคะแนน ได้แก่ ด้านการอบรมเลี้ยงดู ( $\bar{X} = 4.35$ ) ด้านความรักความเอาใจใส่ ( $\bar{X} = 4.28$ ) และด้านการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ( $\bar{X} = 3.82$ ) ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนของเด็กกลุ่มไม่มีความเสี่ยงกับกลุ่มที่มีความเสี่ยง ไม่พบว่าความแตกต่างทั้ง 4 ด้าน แต่พบว่าด้านการจัดสรรรายได้ของครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันสูงสุดคือ 0.31 คะแนน โดยเด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเท่ากับ 3.95 และคะแนนของเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าเท่ากับ 3.64

### ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ประกอบด้วย ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี และ พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองจำแนกตามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แสดงผลแสดงดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง จำแนกตามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (n = 358)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน(ร้อยละ)		
	เด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (n = 141)	เด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (n = 217)	เด็กทั้งหมด (n = 358)
<b>เวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี</b>			
มากกว่า 2 ชั่วโมง	108(48.9)	113(51.1)	221(61.7)
น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	33(24)	104(76)	137(38.3)
<b>พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี</b>			
ไม่ติดสื่อ	43(24.2)	135(75.8)	178(49.7)
คลังไคลส์สื่อ	72(48.6)	76(51.4)	148(41.3)
ติดสื่อ	26(81.3)	6(18.7)	32(8.9)

จากตาราง 9 พบว่าเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นทั้งหมดจำนวน 141 คน ส่วนใหญ่มีการใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีมากกว่าเด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 81.3

#### ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน Pearson's Correlation และ Chi - square test แสดงผลดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

ปัจจัย x ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น	Chi - square	p - value
เพศ	5.688	.017
ถูกครูทำโทษ	2.076	.150
ครูเรียกพบผู้ปกครอง	34.334	.000
เรียนซ้ำชั้น	17.466	.000
หยุดพักการเรียน	.095	.758
เปลี่ยนโรงเรียน	1.000	.317
การอยู่อาศัย	3.077	.079
เวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี	21.755	.000
ปัจจัย x ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น	Pearson's Correlation	p - value
ความรักความเอาใจใส่	-.168	.001
การอบรมเลี้ยงดู	-.267	.000
การดูแลสุขภาพ	-.021	.698
การจัดสรรรายได้ของครอบครัว	-.189	.000
พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี	.361	.000

จากตาราง 10 พบว่าปัจจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ, ครูเรียกพบผู้ปกครอง, การเรียนซ้ำชั้น และ เวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความ

เสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ( $r = .361$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่ ( $r = -.168$ ) การอบรมเลี้ยงดู ( $r = -.267$ ) และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ( $r = -.189$ )

#### ตอนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression Analysis) วิธีการถดถอยแบบเดินหน้า (Forward) โดยเลือกใช้ความน่าจะเป็นของ Likelihood - ratio statistic พบว่าตัวแปรทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 35.1 (Nagelkerke  $R^2 = 35.1\%$ ) และมีความสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 72.1 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดินหน้า (Forward LR) ของปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

		B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	95%CI for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	ครูเรียกพบผู้ปกครอง	.110	.017	41.235	.000	1.116	1.079	1.154
	Constant	- 1.951	.268	53.118	.000	.142		
Step 2 <sup>b</sup>	ครูเรียกพบผู้ปกครอง	3.817	1.046	13.327	.000	45.469	5.858	352.949
	พฤติกรรมการติดสื่อ	.111	.018	38.804	.000	1.118	1.079	1.158
	Constant	- 2.148	.284	57.339	.000	.117		
Step 3 <sup>c</sup>	ครูเรียกพบผู้ปกครอง	3.950	1.049	14.182	.000	51.940	6.648	405.812
	เรียนซ้ำชั้น	3.532	1.090	10.495	.001	34.208	4.036	289.916
	พฤติกรรมการติดสื่อ	.118	.019	40.261	.000	1.128	1.085	1.168
	Constant	- 2.355	.300	61.584	.000	.095		
Step 4 <sup>d</sup>	ครูเรียกพบผู้ปกครอง	4.052	1.057	14.697	.000	57.484	7.244	456.174
	เรียนซ้ำชั้น	3.436	1.089	9.948	.002	31.055	3.672	262.641
	การจัดสรรรายได้	- .072	.034	4.530	.033	.930	.871	.994
	พฤติกรรมการติดสื่อ	.113	.019	35.472	.000	1.119	1.078	1.161
	Constant	- .899	.731	1.512	.219	.407		

จากตาราง 11 แสดงตัวแปรอิสระที่เข้าสมการด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดินหน้า (Forward stepwise) โดยเลือกใช้ค่าความน่าจะเป็นของ Likelihood - ratio statistic ที่ขึ้นกับการประมาณค่า maximum likelihood เพื่อคัดเลือกปัจจัยต่าง ๆ จาก 13 ปัจจัย ระบบได้พิจารณาตัวแปรเข้าสมการทั้งหมด 4 Step ใน Step สุดท้ายคือ Step 4 พบมี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัย ครูเรียกพบผู้ปกครอง การเรียนซ้ำชั้น และ พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก (B) เท่ากับ 4.052 3.436 และ 0.113 ตามลำดับ และอีก 1 ปัจจัย คือ การจัดสรรรายได้ของครอบครัวที่มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก (B) เท่ากับ - .072

เมื่อพิจารณาค่า Odd ratio จากค่า  $\text{Exp}(B)$  พบว่า

1. การที่เด็กมีปัญหาการเรียนถูกครูเรียกพบผู้ปกครองสามารถทำนาย หรือมีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กได้มากขึ้น 57 เท่า ( $\text{OR} = 57.484$ , 95%  $\text{CI} = 7.244 - 456.174$ ,  $p < .001$ )

2. เด็กที่มีประวัติการเรียนซ้ำชั้นสามารถทำนาย หรือมีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กได้มากขึ้น 31 เท่า ( $\text{OR} = 31.055$ , 95%  $\text{CI} = 3.672 - 262.642$ ,  $p < .001$ )

3. การจัดสรรรายได้ของครอบครัวที่ตีเพิ่มขึ้น 1 หน่วย สามารถทำนาย หรือมีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กได้ลดลงร้อยละ 7 (มาจาก  $1 - \text{Exp}(B) \times 100 = (1 - 0.930) \times 100 = 7$ ) ( $\text{OR} = 0.93$ , 95%  $\text{CI} = 0.871 - 0.994$ ,  $p < .05$ )

4. พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น 1 หน่วย สามารถทำนาย หรือมีโอกาสเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กได้มากขึ้น 1.12 เท่า ( $\text{OR} = 1.119$ , 95%  $\text{CI} = 1.078 - 1.161$ ,  $p < .001$ )

ดังนั้น จากตาราง 11 สามารถสร้างสมการทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ปัจจัยครูเรียกพบผู้ปกครองมีค่าอำนาจการทำนายการเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้มากที่สุด ( $B = 4.052$ ) รองลงมา เป็นปัจจัยการเรียนซ้ำชั้น ( $B = 3.436$ ) ปัจจัยพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ( $B = 0.113$ ) และปัจจัยการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ( $B = - 0.072$ ) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สร้างสมการโลจิสติกได้ดังนี้

$$\text{Log} \left( \frac{\text{โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็ก}}{\text{โอกาสที่จะไม่เกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็ก}} \right)$$

$$= -.899 + 4.052(\text{ครูเรียกพบผู้ปกครอง}) + 3.436(\text{เรียนซ้ำชั้น}) - .072(\text{การจัดสรรรายได้ของครอบครัว}) + .113(\text{พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี})$$

สรุป ปัจจัยครูเรียกพบผู้ปกครอง การเรียนซ้ำชั้น การจัดสรรรายได้ครอบครัว และ พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี สามารถร่วมทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 35.1 (Nagelkerke  $R^2 = 35.1\%$ ) และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้อง ร้อยละ 72.1





## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ประกอบด้วย เพศ ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน และการอยู่อาศัย ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ระยะเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองของนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 1 - 3 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลกเขต 1 อ.เมือง จ.พิษณุโลก จำนวน 358 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 27 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านตัวเด็ก ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว ดัดแปลงจากแบบประเมินหน้าที่ของครอบครัว (สุพัตรา อักษรรัตน์, 2549; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีการประเมินระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี และประเมินพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี โดยดัดแปลงจากแบบทดสอบพฤติกรรมการติดสื่อสังคมออนไลน์ (เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, 2560) และส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตเจ้าของผลงานในการนำแบบประเมินพฤติกรรม SNAP IV (Short form) ฉบับภาษาไทย (ฉันทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ, 2557) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา CVI แบบสอบถามส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.70 และค่า S - CVI เท่ากับ 0.91 และแบบสอบถามส่วนที่ 5 ค่า CVI เท่ากับ 0.75 และ S - CVI เท่ากับ 0.95 การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง(Reliability) จาก Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 ได้ค่าเท่ากับ 0.827 และ 0.906 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window ประมวลผล โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก ปัจจัย ด้านตัวเด็ก ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น และเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี แสดงเป็นค่าความถี่ (Frequencies) และร้อยละ (Percentage) และข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว และพฤติกรรมการติดสื่อ เทคโนโลยี แสดงเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และใช้ สถิติเชิงอนุมานทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้าน สิ่งแวดล้อม โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation และ Chi - square test วิเคราะห์ความสามารถ ร่วมกันทำนายของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression)

### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียน ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อ.เมือง จ.พิษณุโลก ทั้งหมดจำนวน 358 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบิดา หรือมารดาของเด็ก จำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 โดยเลี้ยงดู เด็กมาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 ปี จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 85.2 ซึ่งผู้ปกครองที่ตอบ แบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 39 ปี ส่วนมากเพศหญิง จำนวน 283 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 ผู้ปกครองมี การศึกษาที่ดี ส่วนมากจบการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาเอก มีเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 เท่านั้นที่ไม่จบการศึกษา

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก และความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษา ตอนต้นจำนวน 358 คน พบว่าเป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.2) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 38.8) ส่วนมากอายุ 8 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.1 และเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 34.1 เมื่อประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีตอนต้นตามการรับรู้ของ ผู้ปกครองพบว่า เด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นคิดเป็นร้อยละ 39.4 โดยพบว่าเพศชาย (ร้อยละ 44.3) มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 31.6) พบมากสุดในช่วงอายุ 6 ปีร้อยละ 51.4 เป็นเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 3 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42 โดยนักเรียนที่มีความเสี่ยงโรค สมาธิสั้นมีอาการในกลุ่มอาการชน/อยู่ไม่นิ่งมากที่สุด จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 34.7

3. ปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างนักเรียนทั้งหมดจำนวน 358 คน อาศัยอยู่กับบิดามารดา จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 63.7 และไม่ได้อยู่กับบิดามารดา จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 36.3 ซึ่งพบว่านักเรียนที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นส่วนมากอาศัยอยู่ กับบิดามารดาจำนวน ร้อยละ 58.2 และไม่พบปัญหาการเรียนร้อยละ 61.7 แต่พบว่านักเรียนที่ความ

เสียงโรคสมาธิสั้นนั้นมีปัญหาถูกเรียกพบผู้ปกครองมากที่สุดร้อยละ 16.3 การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่า ครอบครัวของเด็กทั้งหมดมีการทำหน้าที่ของครอบครัว ด้านความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดูด้าน การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ( $\bar{X} = 3.82 - 4.52$ ) โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างครอบครัวที่นักเรียนมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น และไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น แต่พบว่าด้านการจัดสรรรายได้ของครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันสูงสุดคือ 0.31 คะแนน โดยครอบครัวนักเรียนที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเท่ากับ 3.95 และคะแนนของครอบครัวนักเรียนที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าเท่ากับ 3.64 การประเมินการใช้สื่อเทคโนโลยี พบว่านักเรียนที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นทั้งหมดจำนวน 141 คน ส่วนใหญ่มีการใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 และมีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีมากกว่านักเรียนที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 81.3

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง พบว่า ปัจจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ครูเรียกพบผู้ปกครอง การเรียนซ้ำชั้น และ เวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ( $r = .361$ ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่ ( $r = -.168$ ) การอบรมเลี้ยงดู ( $r = -.267$ ) และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ( $r = -.189$ )

5. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ พบว่า ปัจจัยด้านครูเรียกพบผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น การจัดสรรรายได้ครอบครัว และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี สามารถร่วมทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยมีอำนาจการทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 35.1 (Nagelkerke  $R^2 = 35.1\%$ ) และสมการสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 72.1 พบว่านักเรียนที่มีปัญหาการเรียนจนครูเรียกพบผู้ปกครองนั้น จะสามารถทำนายว่านักเรียนอาจมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ 57 เท่าเมื่อเทียบกับนักเรียนที่ครูไม่ได้เรียกพบผู้ปกครอง ( $OR = 57.484$ ,  $95\% CI = 7.244 - 456.174$ ,  $p < .001$ ) นักเรียนที่มีปัญหาเรียนซ้ำชั้นจะสามารถทำนายว่านักเรียนอาจมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ 31 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่ได้เรียนซ้ำชั้น ( $OR = 31.055$ ,  $95\% CI = 3.672 - 262.641$ ,  $p < .005$ ) นักเรียนที่มีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีมีโอกาสที่จะมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ 1.12 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่ได้มีพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยี ( $OR =$

1.119, 95% CI = 1.078 - 1.161,  $p < .001$ ) และครอบครัวของนักเรียนที่มีการจัดสรรรายได้ครอบครัวได้ดีจะทำนายโอกาสที่นักเรียนจะมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นลดลงร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้ของครอบครัวได้ด้นน้อยกว่า (OR = .930, 95% CI = .871 - .994,  $p < .05$ )

6. สมการและอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนายกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าปัจจัยครูเรียกพบผู้ปกครอง มีค่าอำนาจการทำนายการเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้มากที่สุด (B = 4.052) รองลงมาเป็นปัจจัยการเรียนซ้ำชั้น (B = 3.436) ปัจจัยพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี (B = .113) และปัจจัยการจัดสรรรายได้ของครอบครัว (B = -.072) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สร้างสมการโลจิสติกได้ ดังนี้

$$\text{Log} \left( \frac{\text{โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในนักเรียน}}{\text{โอกาสที่จะไม่เกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในนักเรียน}} \right) = -0.899 + 4.052(\text{ถูกครูเรียกพบผู้ปกครอง}) + 3.436(\text{เรียนซ้ำชั้น}) - 0.072(\text{การจัดสรรรายได้ของครอบครัว}) + 0.113(\text{พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี})$$

### การอภิปรายผล

1. การศึกษาความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง พบว่าเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 39.4 อภิปรายผลได้ว่า ร้อยละ 39.4 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น โดยมีพฤติกรรมขาดสมาธิ สนอยู่ไม่นิ่ง และต่อต้านอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมีอาการ 2 หรือ 3 กลุ่มอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ (2556) ที่ใช้แบบประเมิน SNAP IV ในการประเมินความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาสุ่มตัวอย่างจากทั่วประเทศพบว่ามีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในประเทศไทยมีเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นค่อนข้างสูงมาก

2. ปัจจัยด้านตัวเด็ก ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

2.1 ปัจจัยด้านตัวเด็ก นักเรียนที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็นผู้ชาย (ร้อยละ 44.3) มากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 31.6) อภิปรายผลได้ว่านักเรียนเพศชายมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุรณัตร์ ศักดิ์ศรีทวี และคณะ (2562) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าร้อยละ 74.7 เด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่



มีปัญหาการเรียน ในการศึกษานี้พบปัญหาครูเรียกพบผู้ปกครองมากที่สุดร้อยละ 96 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นมักจะไม่มีสนใจเรียน อ่าน เขียนไม่ได้ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ชุกชนจนครูต้องเรียกพบผู้ปกครอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่านักเรียนที่ถูกเรียกพบผู้ปกครองนั้นอาจมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น และพบว่าการที่เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดาอาจทำให้เด็กมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 45 เด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดาอาจขาดความเอาใจใส่ดูแลจากบิดามารดาจนเป็นสาเหตุให้เด็กมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น สอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรติลก (2556) ที่พบว่าเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่อย่างมีนัยสำคัญ

2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว จากการประเมินคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ซึ่งไม่พบความแตกต่างทั้ง 4 ด้าน แสดงให้เห็นว่าครอบครัวของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทั้ง 4 ด้านได้ดี จึงไม่เห็นความแตกต่างของนักเรียนทั้ง 2 กลุ่มอย่างชัดเจน แต่พบว่าค่าคะแนนด้านการจัดสรรรายได้ของครอบครัวของนักเรียนกลุ่มที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีคะแนนน้อยกว่าครอบครัวของนักเรียนกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น จึงอาจเป็นไปได้ว่าครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้ของครอบครัวที่ดีกว่าจะให้นักเรียนมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรติลก (2556) ที่พบว่าครอบครัวที่ไม่สามารถจัดสรรรายได้ของครอบครัวได้ จะทำให้บุตรมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้มากกว่าครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้เหมาะสม

2.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่านักเรียนที่มีการใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 48.9 ซึ่งมากกว่านักเรียนที่มีการใช้สื่อเทคโนโลยีน้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน แสดงให้เห็นว่านักเรียนที่มีการใช้สื่อเทคโนโลยีเป็นเวลานาน มีโอกาสเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ (2562) ที่พบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีการใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 67.8 และนักเรียนที่มีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 81.3 แสดงให้เห็นว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีมากมีโอกาสเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิคเคเลน และคณะ (Nikkelen et al., 2014) ที่พบว่ายิ่งใช้สื่อเทคโนโลยีมาก ยิ่งส่งผลต่อความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นได้มากขึ้น

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ครูเรียกพบผู้ปกครอง การเรียนซ้ำชั้น การจัดสรรรายได้ของครอบครัว และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี อภิปรายรายละเอียด ดังนี้



3.1 ครูเรียกพบผู้ปกครอง เป็นปัจจัยด้านตัวเด็กที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้เพิ่มขึ้น 57 เท่า (OR = 57.484, 95% CI = 7.244 - 456.174,  $p < .001$ ) อธิบายได้ว่านักเรียนที่มีปัญหาที่โรงเรียนจนครูเรียกพบผู้ปกครองนั้นมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้เพิ่มขึ้น 57 เท่า เมื่อเทียบกับนักเรียนที่ครูไม่ได้เรียกพบผู้ปกครอง เด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจะมีอาการขาดสมาธิ (Inattention) ซนอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) หรืออาการคือ หุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กจะนั่งเรียนนิ่ง ๆ ได้ไม่นาน ไม่มีสมาธิเรียน วอกแวกง่าย ขวนเพื่อนคุยขณะเรียน ก่อวุ่นขณะครูสอน พูดขัดจังหวะขณะครูพูด ตอบคำถามโดยไม่รอครูพูดให้จบ รอคอยไม่ได้ ชอบแฉงคว (จิรพันธ์ วีรกุล, 2557; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555) เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้มีความจำเป็นต้องมีการบำบัดโดยการปรับพฤติกรรมเด็ก ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและครอบครัว (สมัย ศิริทองถาวร และคณะ, 2560) จึงเป็นสาเหตุให้ครูต้องเรียกพบผู้ปกครองเพื่อชี้แจงปัญหาพฤติกรรมเด็กทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ในห้องเรียนได้อย่างเต็มที่ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าเด็กนักเรียนที่ครูเรียกพบผู้ปกครองนั้นมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นสูงถึงร้อยละ 96 สอดคล้องกับการศึกษาของบุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนต้น พบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนมากจะมีปัญหาการเรียนจนครูเรียกพบผู้ปกครอง และผลการศึกษา บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ และธารินทร์ เพ็ญวรรณ (2560) พบว่าเด็กที่เคยมีประวัติครูเรียกพบผู้ปกครองมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากเป็น 1.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคยมีประวัติครูเรียกพบผู้ปกครอง (OR = 1.8,  $p < .05$ )

ในการศึกษานี้พบว่าค่า Odd ratio ของปัจจัยครูเรียกพบผู้ปกครองเท่ากับ 57.484 ซึ่งเป็นค่าที่สูงมาก อาจเป็นไปได้ว่าข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์นั้นเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติที่ถูกแปลงเป็นข้อมูลระดับอัตราส่วนทำให้ข้อมูลมีความละเอียดไม่เทียบเท่ากับข้อมูลจริงที่เป็นระดับนามบัญญัติเหมือนปัจจัยการจัดสรรรายได้ของครอบครัว และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี

3.2 การเรียนซ้ำชั้น เป็นปัจจัยด้านตัวเด็กที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้เพิ่มขึ้น 31 เท่า (OR = 31.055, 95% CI = 3.672 - 262.641,  $p < .005$ ) อธิบายได้ว่าเด็กที่มีปัญหาการเรียนซ้ำชั้นมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น โดยสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้เพิ่มขึ้น 31 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีปัญหาการเรียนซ้ำชั้น เด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคสมาธิสั้นดังที่ได้กล่าวไปแล้วในข้อ 3.1 จะ

ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนรู้อย่างยิ่งกว่าเด็กปกติ เรียนไม่ทันเพื่อน ผลการเรียนไม่ผ่านตามเกณฑ์ (จิรนนท์ วีรกุล, 2557; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555) จนเป็นสาเหตุทำให้เด็กต้องเรียนซ้ำชั้น ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าเด็กที่มีปัญหาการเรียนซ้ำชั้นนั้นเป็นเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นสูงถึงร้อยละ 90.9 สอดคล้องกับการศึกษาของบุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนต้น พบว่าเด็กที่มีปัญหาการเรียนซ้ำชั้นนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับเด็กสมาธิสั้น และการศึกษาของพิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรติลก (2557) ที่พบว่าเด็กที่เคยมีปัญหาการเรียนซ้ำชั้น มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็น 1.9 เท่าของเด็กที่ไม่เคยมีประวัติการเรียนซ้ำชั้น ( $OR = 1.9, 95\% CI = 1.1 - 3.2, p < .01$ )

ในการศึกษานี้พบว่าค่า Odd ratio ของปัจจัยการเรียนซ้ำชั้นเท่ากับ 31.055 ซึ่งเป็นค่าที่สูงมาก เช่นเดียวกับปัจจัยครูเรียกพบผู้ปกครอง อาจเป็นได้ว่าข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์นั้นเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติที่ถูกแปลงเป็นข้อมูลระดับอัตราส่วนทำให้ข้อมูลมีความละเอียดไม่เทียบเท่ากับข้อมูลจริงที่เป็นระดับนามบัญญัติเหมือนปัจจัยการจัดสรรรายได้ของครอบครัว และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี

3.3 การจัดสรรรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ( $r = -.189, p < .001$ ) และสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้ลดลงร้อยละ 7 ( $OR = 31.055, 95\% CI = .871 - .994, p < .05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายผลได้ว่า ครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้ของครอบครัวได้ดี เด็กในครอบครัวจะมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นน้อยลง โดยสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้ลดลงร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้ของครอบครัวได้ดีน้อยกว่า ครอบครัวที่สามารถทำหน้าที่ของครอบครัวในเรื่องการจัดสรรรายได้ของครอบครัว มีการวางแผนการใช้จ่ายของครอบครัว มีการแบ่งจัดสรรเงินเป็นส่วนๆเพื่อเอาไว้ใช้ เช่น ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการเรียน ด้านการบริโภค ด้านการอุปโภค และสันทนาการ เป็นต้น จะทำให้ดำเนินชีวิตในครอบครัวไม่มีปัญหาการเงิน ส่งผลให้ทุกคนในครอบครัวมีความสุข ไม่มีความเครียด พ่อแม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ มีเวลาดูแลเด็กได้เต็มที่ทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นน้อยลง (สุพัตรา อักษรรัตน์, 2549, น. 31) จากการศึกษาพบว่า ครอบครัวของเด็กที่มีความเสี่ยงโรคจะมีคะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้านการจัดสรรรายได้ของครอบครัวต่ำกว่าครอบครัวที่เด็กไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ลดลงร้อยละ 7 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศมัย พงศาธิรัตน์, และพรทิพย์ วชิรติลก (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 ซึ่งผลการวิจัยพบว่าครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีสามารถ

จัดสรรรายได้ในครอบครัวจนทำให้เกิดหนี้ ทำให้บุตรมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้มากกว่าครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้ครอบครัวได้เหมาะสมถึง 1.4 เท่า (OR = 1.4, 95% CI = .0 - 1.8,  $p < .05$ )

3.4 พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .361$ ,  $p < .001$ ) และสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้เท่ากับ 1.12 เท่า (OR = 1.119, 95% CI = 1.078 - 1.161,  $p < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายผลได้ว่า นักเรียนที่มีพฤติกรรมการติดสื่อเพิ่มมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน และสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้เท่ากับ 1.12 เท่าของนักเรียนที่ไม่มีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี เด็กในช่วงอายุ 6 - 9 ปี เป็นช่วงวัยเรียนตอนต้น เด็กจะเข้าสู่การเรียนอย่างเต็มรูปแบบ เด็กสามารถที่จะเรียนรู้กิจกรรมตามความชอบได้ จะแสดงพฤติกรรมเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของครู สามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองได้ สามารถเรียนรู้พฤติกรรม ทักษะการอยู่ร่วมกันกับเพื่อนได้ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544; สุชา จันทน์เอม, 2542) แต่การที่เด็กมีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี จะมีปัญหาการเรียนรู้ ขาดปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและคนรอบตัว โดยในการศึกษานี้พบว่าเด็กที่เริ่มมีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 54.4 สอดคล้องกับการศึกษา Meta - analysis ของปีเยนส์, วาลเคนเบิร์ก, และปีโอโทรวสกี (Beyens, Valkenburg, & Piotrowski, 2018) พบว่าเด็กมีการใช้สื่อเทคโนโลยี เช่น มือถือ คอมพิวเตอร์พกพา และโทรทัศน์เพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์ต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษา Meta - analysis ของนิคเคเลน, วาลเคนเบิร์ก, ฮูซิงก้า, และบุชมัน (Nikkelen, Valkenburg, Huizinga, & Bushman, 2014) พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการใช้อินเทอร์เน็ตกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น ( $r = .12$ ) แสดงให้เห็นว่ายิ่งใช้อินเทอร์เน็ตมาก ยิ่งส่งผลต่อความเสี่ยงที่จะเป็นสมาธิสั้นได้มาก และการศึกษาของ กันยา พาณิชยศิริ, และเบญจพร ดันตสุติ (2559) พบว่าเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ การถูกครูทำโทษ การหยุดพักการเรียน การเปลี่ยนโรงเรียน การอยู่อาศัย ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี อภิปรายรายละเอียด ดังนี้

4.1 เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แต่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้ อธิบายได้ว่า เด็กที่มีเพศชายมี

ความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น เด็กอายุ 6 - 9 ปี วัยนี้จะมี ความแตกต่างของเพศชายและหญิงชัดเจนขึ้น เด็กจะแยกเข้ากลุ่มระหว่างเด็กเพศชายและหญิง เด็กชายจะมีพฤติกรรมการเล่นที่ใช้กำลังและดูรุนแรงมากกว่า (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544, น. 56) จึงดูเหมือนกับว่าเด็กผู้ชายน่าจะพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่า ในการศึกษา นี้พบว่าเด็กมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็นเพศชายมากกว่าเป็นหญิง พบเด็กเพศชายมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 44.3 และเป็นเพศหญิงจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 สอดคล้องกับผลการศึกษาของพิศมัย พงศาธีรัตน์, และพรทิพย์ วชิรติลล (2557) ที่พบว่าเด็กเพศชาย มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง 3.7 เท่า แต่ไม่เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หัตถดอยโลจิสติก เพื่อหาโอกาสการทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นพบว่าเพศชายไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้ อาจเนื่องจากในปัจจุบันพฤติกรรมความแตกต่างระหว่างเด็กเพศชายและเพศหญิงน้อยลง เด็กเพศหญิงเล่นซุกซนหรือกิจกรรมที่รุนแรงไม่แตกต่างจากเพศชาย ประกอบกับมีการศึกษาที่พบว่าโรคสมาธิสั้นนั้นเกิดจากความผิดปกติของสมอง (Mahone et al., 2011) ไม่เกี่ยวข้องกับเพศ เด็กเพศชายและเพศหญิงจึงมีโอกาสเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาวบ์ และคาร์ลสัน (Gaub, & Carlson, 1997) ที่ได้ทำการศึกษา Meta - analysis เพื่อตรวจสอบหาความแตกต่างทางเพศของการเกิดโรคสมาธิสั้น จากการศึกษา 18 เรื่อง ไม่พบความแตกต่างทางเพศในโรคสมาธิสั้นในเด็ก

4.2 เวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) แต่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้ อธิบายได้ว่าเด็กนักเรียนที่ใช้เวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นมากขึ้น แต่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้ อาจเนื่องจากการใช้สื่อมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันเป็นระยะเวลาเฉลี่ยต่อวันเด็กบางคนอาจใช้สื่อมากกว่า 2 ชั่วโมงแต่ไม่ได้ดูทุกวัน อาจดูเป็นบางวัน มีการหยุดพักทำกิจกรรมอื่น ไม่ได้มีการคลั่งไคล้สื่อมากจนเกิดอาการติดสื่อ จึงอาจไม่ได้ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีญา สุริพล, สุคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง (2562) ที่ได้ทำการศึกษากาการใช้สื่อเทคโนโลยีกับโรคสมาธิสั้น ในนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนต้น พบว่าเด็กที่มีการเล่นโทรศัพท์ในเฉพาะวันสุดสัปดาห์ (เสาร์ - อาทิตย์) ในช่วง 2 - 5 ชั่วโมง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นน้อยกว่าเด็กที่เล่นโทรศัพท์น้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ( $OR = 0.20$ ,  $95\% CI = 0.40 - 0.96$ ) เด็กที่เล่นโทรศัพท์น้อยกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน แต่เด็กอาจจะเล่นทุกวันจนเกิดพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยีซึ่งมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น



4.3 ความรักความเอาใจใส่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.168, p < .001$ ) แต่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้ อธิบายได้ว่า ครอบครัวของเด็กที่มีความรักความเอาใจใส่ต่อเด็กมากจะทำให้เด็กมีความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นน้อยลง หรือครอบครัวของเด็กที่มีความรักความเอาใจใส่ต่อเด็กน้อยจะทำให้เด็กมีความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเฮอทิท และคณะ (Hurtig et al., 2007) ที่พบว่าครอบครัวที่ขาดความรักความเอาใจใส่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น การศึกษานี้พบว่า ครอบครัวของนักเรียนที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นและครอบครัวของนักเรียนที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีคะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้านความรักความเอาใจใส่เฉลี่ยแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยคือ 4.17 และ 4.36 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดีเหมือนกัน และเมื่อนำข้อมูลเข้าวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก จึงพบว่าปัจจัยนี้ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพนม เกตุมาน และคณะ (2559) ที่พบว่าความรักความอบอุ่นและการเอาใจใส่จากพ่อแม่ ไม่ได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น ( $p = .080$ )

4.4 การอบรมเลี้ยงดู เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.267, p < .001$ ) แต่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้ อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่มีอาการอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นอย่างดีหรือมีคะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้านการอบรมเลี้ยงดูสูงจะทำให้เด็กมีความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นน้อยลง หรือครอบครัวที่มีอาการอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นอย่างดีหรือมีคะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้านการอบรมเลี้ยงดูต่ำกว่าจะทำให้เด็กมีความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์ธนี งามขำ, และจินตนา ยูนิพันธ์ (2554) ที่พบว่าการที่บุคคลทำหน้าที่ครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูบุตรมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น จากงานวิจัยนี้ พบว่า คะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้านการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นและครอบครัวเด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นนั้นมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย คือ 4.20 และ 4.44 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดีเหมือนกัน เมื่อนำข้อมูลเข้าวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก จึงพบว่าปัจจัยนี้ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของซอนวัลด์ (Schonwald, 2005) ที่พบว่า การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบไม่ได้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น แต่อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้

5. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ได้แก่ การถูกครูทำโทษ การหยุดพักการเรียน การเปลี่ยนโรงเรียน การอยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้



5.1 การถูกครูทำโทษ การหยุดพักการเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียน เป็นปัจจัยด้านตัวเด็กที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง เนื่องจากสาเหตุของการถูกครูทำโทษ การหยุดพักการเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียนในการศึกษาคั้งนี้ นั้น อาจไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยพบว่า เด็กที่มีการหยุดพักการเรียน และมีการเปลี่ยนโรงเรียนนั้น มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นคิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากับกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น และเด็กที่ถูกครูทำโทษร้อยละ 55 มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ส่วนเด็กที่ถูกครูทำโทษอีกร้อยละ 44.4 ไม่พบว่ามีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ซึ่งไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนในกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงและไม่มีความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้น จึงทำให้ปัจจัยการถูกครูทำโทษ การหยุดพักการเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น

5.2 การอยู่อาศัย เป็นอีกหนึ่งปัจจัยด้านตัวเด็กที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง การศึกษานี้พบว่า มีเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่มีจำนวน 130 คนคิดเป็นร้อยละ 36.3 ซึ่งส่วนมากร้อยละ 54 เป็นเด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น จึงอธิบายได้ว่าเด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับแม่นั้นอาจไม่ได้มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น สอดคล้องกับการศึกษาของอัล ฮาเหม็ด, ทาฮา, ซาบรา, และเบลลา (Al Hamed, Taha, Sabra, & Bella, 2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น ซึ่งพบว่าการไม่ได้อยู่อาศัยกับพ่อแม่ไม่ได้มีผลต่อโรคสมาธิสั้นทั้งหมด แต่มีผลเพียงอาการย่อยของโรคสมาธิสั้น (Hyperactivity, Impulsivity)

5.3 การดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านครอบครัวที่ประเมินจากหน้าที่ของครอบครัวด้านการดูแลสุขภาพซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง จากข้อมูลคะแนนประเมินหน้าที่ของครอบครัวพบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากไม่แตกต่างกันทั้งในส่วนของเด็กที่เสี่ยงโรคสมาธิสั้น และไม่มีเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ประกอบกับการวิเคราะห์แบบสอบถามการประเมินหน้าที่ของครอบครัวในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกายและจิตใจของเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งพบว่าสุขภาพทางจิตใจมีผลต่ออาการของโรคสมาธิสั้นมากกว่าการดูแลสุขภาพทางกาย (Currie, & Stabile, 2006) ดังนั้น จึงไม่สามารถระบุได้ว่าผู้ปกครองนั้นมีการดูแลสุขภาพเด็กเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ดี แบบสอบถามจึงต้องครอบคลุมไปถึงการดูแลสุขภาพกายและจิตของเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นด้วย

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อ.เมือง จ.พิษณุโลก มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 39.4 และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 6 ปี คิดร้อยละ 51.4 บุคลากรด้านสาธารณสุข ครู และผู้ที่เกี่ยวข้องควรเน้นการคัดกรองความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กก่อนอายุ 6 ปี เพื่อค้นหาเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในระยะแรกๆ ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ทำการปรับพฤติกรรมเด็ก และส่งต่อเด็กเข้ารับการตรวจประเมินซ้ำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม

2. เด็กที่มีปัญหาการเรียน ครูเรียกพบผู้ปกครอง หรือมีปัญหาเรียนซ้ำชั้น อาจมีโอกาสรiskต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น ควรปรึกษาแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและทำการรักษาต่อไป

3. การจัดสรรรายได้ของครอบครัวเหมาะสม จะทำให้ไม่เกิดปัญหาในครอบครัว ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นของเด็กในครอบครัวน้อยลง ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงควรจัดสรรรายได้ของครอบครัวให้เป็นสัดส่วน

4. เด็กที่มีพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยี จะมีโอกาสเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยี จากผลการวิจัยพบว่าเด็กกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีพฤติกรรมติดสื่อสูงถึงร้อยละ 81.3 จึงควรมีการปรับพฤติกรรมการใช้สื่อเทคโนโลยีของเด็กให้ลดลง

5. ควรมีการปรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความครอบคลุม และมีความละเอียดมากขึ้น เพราะมีผลกระทบต่อการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาเพิ่มเติมในโรคอื่น เช่น การเรียนรู้บกพร่อง (Learning disorder) ออทิสติก (Autistic) เป็นต้น

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลกเขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกเท่านั้น อาจจะทำการศึกษาเพิ่มเติมในทุกภาคส่วน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งจังหวัดพิษณุโลก



## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข: HDC. (2557). ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ. สืบค้น 4 กรกฎาคม 2563, จาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=90ccfbfd92f7d1bdd89d0cfd8b4e46ec](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=90ccfbfd92f7d1bdd89d0cfd8b4e46ec).
- กันยา พาณิชยศิริ, และเบญจพร ตันตสุติ. (2559). การติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(3), 191 - 204.
- ขวัญจิต เพ็งแป้น. (2560). การป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพของเด็กติดเกมออนไลน์. *วารสารราชธานี นวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(1), 16 - 30.
- คิดโชนของวัยทีน. (2561, 11 มีนาคม). กรมสุขภาพจิตเผย เด็กไทยเป็นโรคติดต่อต้าน เมินกฎระเบียบ, *คมชัดลึก*. สืบค้น 11 พฤศจิกายน 2563, จาก <https://www.komchadluek.net/news/edu-health/316105>
- จิรนนท์ วีรกุล. (2557). โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งในเด็ก. *พุทธชินราชเวชสาร*, 31(1), 65 - 75.
- ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์ และจิตราภรณ์ จิตรธร. (2554). การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทย อายุระหว่าง 3 - 18 ปี (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ณัฏธร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, และทรงภูมิ เบญญากร. (2557). คุณสมบัตินี้ของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP - IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ - ADHD) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(2), 97 - 110.
- ดารุณี งามขำ, และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นภาคตะวันออก. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 16 - 28.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถ, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และธันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 66 - 75.

- ทิพวรรณ ทรราชคุณาศัย. (2554). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*.  
กรุงเทพฯ: ชมรมพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ = The methodology in nursing research* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ, และธารินทร์ เพ็ญวรรณ. (2562). การศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(2), 327 - 338.
- ปริศนา กาญจนกันทร และสุพรรณิ ไชยอำพร. (2562). ตัวแบบความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยยุคโลกาภิวัตน์. *วารสารพัฒนาลังคม*, 21(2), 164 - 175.
- ปรีญา สุริพล, สุนธธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2562). การใช้สื่อเทคโนโลยีกับโรคสมาธิสั้น ในนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนต้น งานประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2562.
- พนม เกตุมาน, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, ชาญวิทย์ พรนภดล, และสุพร อภินันทเวช (2559). การศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(1), 27 - 39.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2544). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 1*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- พิศมัย พงศาธิรัตน์, และพรทิพย์ วชิรดิถก. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 108 - 120.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล = Principles and using multivariate statistics analysis for nursing research* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- เมธีรัตน์ มั่นวงศ์. (2560). ผลของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มโดยใช้วิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการติดต่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุทธ ไถยวรรณ. (2557). *การวิเคราะห์สถิติหลายตัวแปรสำหรับงานวิจัย = Multivariate statistical analysis for research* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ = Nursing research: concepts to application* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2555). โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 373 - 386.



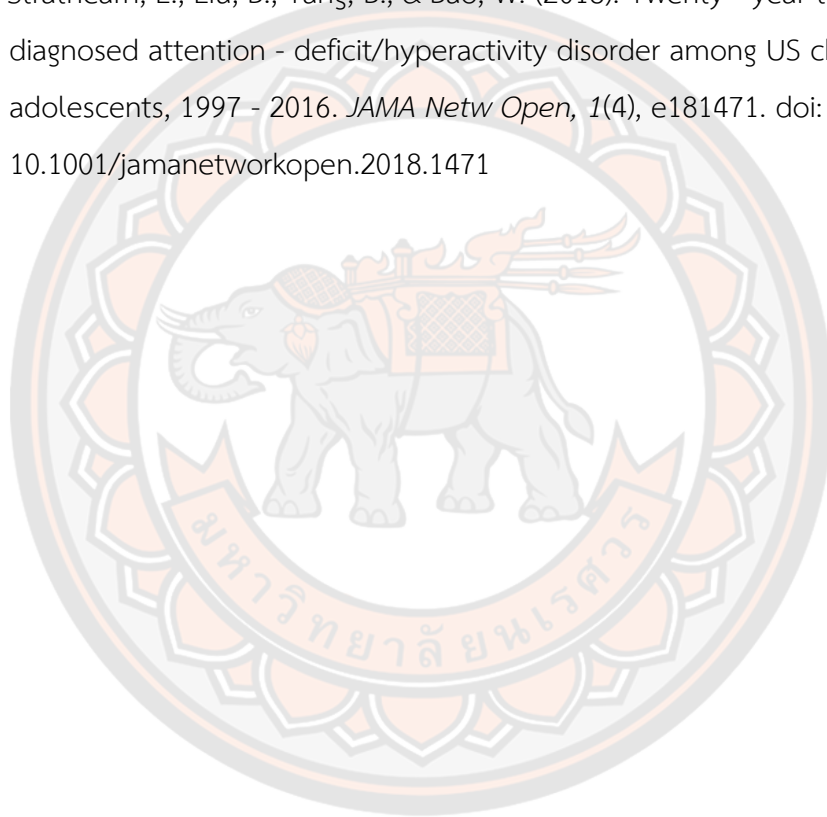
- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2561). โรคสมาธิสั้น. *Pediatric Psychiatry*, สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2563, จาก <http://www.thaipediatrics.org/pages/Doctor/Detail/44/199>
- เวชสถิติรพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร. (2562). รายงานจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น. พิษณุโลก: โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *ยุทธศาสตร์ พ.ศ.2562 - 2565*. สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2563, จาก <https://cf.mahidol.ac.th/th/wpcontent/uploads/2019/05/strategy2562.pdf>.
- สมัย ศิริทองถาวร, เพ็ญภาณุจันท์ กาญจนรัตน์, ภิญโญ อิศรพงศ์, สุรรักรักษ์ พิลลา, พัทธนี พัฒนกิจโกศล,... วรณกมล สอนสิงห์. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ในเขตภาคเหนือ (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- สุชา จันทน์เอม. (2542). *จิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุพัตรา อักษรรัตน์. (2549). *โครงสร้างและหน้าที่ครอบครัวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช* (ปริญญาานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลา.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว = Family therapy and family counseling* (พิมพ์ครั้งที่ 5, ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- Al Hamed, J. H., Taha, A. Z., Sabra, A. A., & Bella, H. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among male primary school children in Dammam, Saudi Arabia: Prevalence and associated factors. *J Egypt Public Health Assoc*, 83(3 - 4), 165 - 182.
- American Academy Pediatric. (2019). *Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention - deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*. Retrieved June 28, 2020, from <https://pediatrics.aappublications.org/content/144/4/e20192528>
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM - 5* (5th ed.). Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing.

- Benjasuwantep, B., Ruangdaraganon, N. and Visudhiphan, P. (2002). Prevalence and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 85(11), 1232.
- Beyens, I., Valkenburg, P. M., & Piotrowski, J. T. (2018). Screen media use and ADHD - related behaviors: Four decades of research. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(40), 9875 - 9881. doi: 10.1073/pnas.1611611114
- Catala - Lopez, F., Hutton, B., Nunez - Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Macias Saint - Gerons, D., . . . Moher, D. (2017). The pharmacological and non - pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta - analyses of randomised trials. *PLoS One*, 12(7), e0180355. doi: 10.1371/journal.pone.0180355
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *What is ADHD?*. Retrieved July 7, 2020, from <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/facts.html>
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Currie, J. & Stabile, M. (2006). Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD. *Journal of health economics*, 25(6), 1094 - 1118.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family nursing: research, theory & practice* (5th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Gaub, M. & Carlson, C. L. (1997). Gender Differences in ADHD: A Meta - Analysis and Critical Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036 - 1045. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>
- Halperin, J. M., Bédard, A. C. & Curchack - Lichtin, J. T. (2012). Preventive interventions for ADHD: a neurodevelopmental perspective. *Neurotherapeutics*, 9(3), 531 - 541. doi: 10.1007/s13311 - 012 - 0123 - z

- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S., ... McGough, J. (2007). ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 16*(6), 362 - 369. doi: 10.1007/s00787 - 007 - 0607 - 2
- Ji, Y., Riley, A. W., Lee, L. C., Volk, H., Hong, X., Wang, G., . . . Wang, X. (2017). A prospective birth cohort study on maternal cholesterol levels and offspring attention deficit hyperactivity disorder: New Insight on sex Differences. *Brain Sci, 8*(1). doi: 10.3390/brainsci8010003
- Krain, A. L., & Castellanos, F. X. (2006). Brain development and ADHD. *Clinical Psychology Review, 26*(4), 433 - 444. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.005>
- Lingineni, R. K., Biswas, S., Ahmad, N., Jackson, B. E., Bae, S., & Singh, K. P. (2012). Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: results from a national survey. *BMC Pediatr, 12*, 50. doi: 10.1186/1471 - 2431 - 12 - 50
- Mahone, E. M., Crocetti, D., Ranta, M. E., Gaddis, A., Cataldo, M., Slifer, K. J., . . . Mostofsky, S. H. (2011). A Preliminary Neuroimaging Study of Preschool Children with ADHD. *The Clinical Neuropsychologist, 25*(6), 1009 - 1028. doi: 10.1080/13854046.2011.580784
- Malek, A., Amiri, S., Sadegfard, M., Abdi, S., & Amini, S. (2012). Associated factors with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a case - control study. *Arch Iran Med, 15*(9), 560 - 563.
- Nikkelen, S. W., Valkenburg, P. M., Huizinga, M., & Bushman, B. J. (2014). Media use and ADHD - related behaviors in children and adolescents: A meta - analysis. *Dev Psychol, 50*(9), 2228 - 2241. doi: 10.1037/a0037318
- Parkes, A., Sweeting, H., Wight, D., & Henderson, M. (2013). Do television and electronic games predict children's psychosocial adjustment? Longitudinal research using the UK Millennium Cohort Study. *Archives of Disease in Childhood, 98*(5), 341. doi: 10.1136/archdischild - 2011 - 301508

- Sakboonyarat, B., Chokcharoensap, K., Sathuthum, N., Chutchawalanon, S., Khamkaen, C., Sookkaew, W., . . . Rangsin, R. (2018). Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a rural community, central Thailand: A mixed methods study. *Global Journal of Health Science*, 10, 60. doi: 10.5539/gjhs.v10n3p60
- San Mauro Martín, I., Blumenfeld Olivares, J. A., Garicano Vilar, E., Echeverry López, M., García Bernat, M., Quevedo Santos, Y., . . . Rincón Barrado, M. (2018). Nutritional and environmental factors in attention - deficit hyperactivity disorder (ADHD): A cross - sectional study. *Nutr Neurosci*, 21(9), 641 - 647. doi: 10.1080/1028415x.2017.1331952
- Schoenfelder, E. N., & Kollins, S. H. (2016). Topical Review: ADHD and health - risk behaviors: toward prevention and health promotion. *J Pediatr Psychol*, 41(7), 735 - 740. doi: 10.1093/jpepsy/jsv162
- Schonwald, A. (2005). Update: attention deficit/hyperactivity disorder in the primary care office. *Curr Opin Pediatr*, 17(2), 265 - 274. doi: 10.1097/01.mop.0000156983.71532.eb
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention - deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta - analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994 - 1001. doi: 10.1542/peds.2014 - 3482
- Tripp, G., & Wickens, J. R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology*, 57(7 - 8), 579 - 589. doi: 10.1016/j.neuropharm.2009.07.026
- Uneri, O. S., Senses - Dinc, G., & Goker, Z. (2015). The quality of life (QoL) in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD: New Directions in Diagnosis and Treatment*, 197.
- Wamulugwa, J., Kakooza, A., Kitaka, S. B., Nalugya, J., Kaddumukasa, M., Moore, S., . . . Katabira, E. (2017). Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among Ugandan children; a cross - sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 11, 18. doi: 10.1186/s13034 - 017 - 0155 - 6

- Wedge, M. (2015). 30 ways to prevent ADHD. Retrieved August 5, 2020, from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/suffer-the-children/201502/30-ways-to-prevent-adhd>.
- Wustner, A., Otto, C., Schlack, R., Hölling, H., Klasen, F., & Ravens - Sieberer, U. (2019). Risk and protective factors for the development of ADHD symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PLoS One*, *14*(3), e0214412. doi: 10.1371/journal.pone.0214412
- Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., Yang, B., & Bao, W. (2018). Twenty - year trends in diagnosed attention - deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997 - 2016. *JAMA Netw Open*, *1*(4), e181471. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.1471







ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

**1. รองศาสตราจารย์ พญ.จิรนนท์ วีรกุล**

ตำแหน่ง อาจารย์แพทย์ และกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กและพฤติกรรม  
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**2. แพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ ขวัญศิริกุล**

ตำแหน่ง อาจารย์แพทย์ และจิตแพทย์เฉพาะทางเด็กและวัยรุ่น  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่นาค**

ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**4. ดร.นิตากร โพธิมาศ**

ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลจิตเวช  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

**5. คุณจุลจิรา โสพุดอ่อน**

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ระดับชำนาญการ  
สังกัดงานผู้ป่วยนอกจิตเวช ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี
3. จบการศึกษาระดับ  
( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา ( ) ปวช./ปวส. ( )ปริญญาตรี  
( ) ปริญญาโท ( ) ปริญญาเอก ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. ความสัมพันธ์กับเด็ก  
( ) บิดาหรือมารดา ( ) ปู่ ย่า ตา ยาย  
( ) ลุง ป้า น้า อา ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ระยะเวลาในการเลี้ยงดูเด็ก  
( ) น้อยกว่า 6 เดือน ( ) 6 เดือน - 1 ปี  
( ) 1 - 3 ปี ( ) 3 - 6 ปี  
( ) มากกว่า 6 ปี

#### ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หรือเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี
3. ระดับชั้นเรียน ( ) ป.1 ( ) ป.2 ( ) ป.3
4. โรงเรียนที่ศึกษาอยู่ในปัจจุบัน.....

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (ปัจจัยด้านตัวเด็ก)

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หรือเติมข้อความในช่องว่าง

#### 1. เด็กอาศัยอยู่กับใคร

- ( ) บิดา **และ** มารดา                      ( ) บิดา **หรือ** มารดา  
 ( ) ลุง ป้า น้า อา                              ( ) ปู่ ย่า ตา ยาย  
 ( ) อื่นๆ ระบุ.....

#### 2. ประวัติการเรียน

- ( ) การถูกครูทำโทษ                      ( ) ถูกเรียกพบผู้ปกครอง  
 ( ) การเรียนซ้ำชั้น                              ( ) การหยุดพักการเรียน  
 ( ) การเปลี่ยนโรงเรียน                      ( ) ไม่พบปัญหา  
 ( ) อื่นๆ ระบุ.....

### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (ปัจจัยด้านครอบครัว)

**คำชี้แจง** แบบสอบถามข้างล่างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าปัจจัยด้านครอบครัวมีผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นหรือไม่ มีข้อคำถาม 20 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามทุกข้อ และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวท่านมากที่สุด

**ไม่เคย** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวท่านไม่เคยมีพฤติกรรมหรือไม่เคยปฏิบัติในเรื่องตามข้อคำถาม/ไม่มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น

**นานๆครั้ง** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติในเรื่องตามข้อคำถามนานๆ ครั้ง/เกิดเป็นส่วนน้อย สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง

**บางครั้ง** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติในเรื่องตามข้อคำถามเป็น บางครั้ง/เกิดเป็นบางครั้ง สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง

**บ่อยครั้ง** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติในเรื่องตามข้อคำถามเกือบทุกครั้ง/เกิดเป็นส่วนใหญ่ สัปดาห์ละ 5 - 6 ครั้ง

**เป็นประจำ** หมายถึง สมาชิกในครอบครัวท่านมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติในเรื่องตามข้อคำถามทุกครั้ง/ทุกวัน/สม่ำเสมอ

คำถาม	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็น ประจำ
<b>ด้านความรักความเอาใจใส่ (ข้อ 1 - 5)</b>					
1. เมื่อเด็กเกิดปัญหา ครอบครัวของท่านจะให้คำปรึกษาและช่วยแก้ไขปัญหา					
2. บุคคลในครอบครัวแสดงความรักต่อกันเสมอ					
3. ครอบครัวของท่านรับรู้ความรู้สึก และความต้องการของเด็ก เช่น รับรู้ว่าเด็กชอบอะไร ไม่ชอบอะไร มีความต้องการอย่างไร เป็นต้น					
4. ครอบครัวของท่านมีเวลาพูดคุย อบรมสั่งสอนเด็กทุกเรื่อง					
5. ครอบครัวของท่านทราบว่าเพื่อนสนิทของเด็กคือใคร					
<b>ด้านการอบรมเลี้ยงดู (ข้อ 6 - 10 )</b>					
6. ครอบครัวของท่านฝึกให้เด็กมีระเบียบวินัย โดยให้เด็กได้ปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง เช่น เก็บของเล่นทุกครั้งหลังเล่นเสร็จ พับผ้าห่มหลังตื่นนอน ถอดรองเท้าเก็บวางให้เป็นระเบียบ เป็นต้น					
7. เด็กมักจะโดนคนในครอบครัวว่ากล่าวหรือลงโทษโดยไม่มีเหตุผล*					
8. เมื่อเด็กทำผิด ครอบครัวของท่านจะแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อเด็ก ด้วยการดูตว่ากล่าวหรือเขี่ยนตีเด็ก*					
9. เมื่อเด็กทำผิด ครอบครัวของท่านจะอบรมสั่งสอนในสิ่งที่ถูกต้อง พร้อมทั้งให้อภัยเด็ก					
10. ครอบครัวของท่านจะชื่นชม ให้กำลังใจเมื่อเด็กมีความประพฤติที่ดี					



คำถาม	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
คำถาม	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
<b>ด้านการดูแลสุขภาพ (ข้อ 11 - 15)</b>					
11. ครอบครัวของท่านดูแลให้เด็กได้รับ ประทานอาหารที่สะอาด และครบ 5 หมู่ ทั้ง 3 มื้อ					
12. ครอบครัวของท่านส่งเสริมให้เด็กได้ออก กำลังกายอย่างสม่ำเสมอ					
13. ครอบครัวของท่านปฏิบัติตามแนว ทางการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ					
14. ครอบครัวของท่านช่วยกันดูแลทำความ สะอาดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม					
15. เมื่อเด็กป่วย คนในครอบครัวจะช่วยกัน ดูแลทุกวิถีทางเพื่อให้หาย					
<b>ด้านการจัดสรรรายได้ของครอบครัว (ข้อ 16 - 20)</b>					
16. ครอบครัวของท่านมีการวางแผนการใช้ จ่ายอย่างเหมาะสม					
17. ครอบครัวของท่านมีเงินเก็บออมไว้ใช้เมื่อ จำเป็น					
18. ครอบครัวของท่านมีการแบ่งรายได้ใน การดูแลสุขภาพ					
19. ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับ ใช้จ่าย เช่น ค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าเล่า เรียน ค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น					
20. ครอบครัวของท่านมีเงินเพียงพอสำหรับ ใช้จ่ายในการท่องเที่ยว					

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม)**

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ที่ตรงกับพฤติกรรมของเด็กมากที่สุดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

**1. ระยะเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต ของเด็ก รวมเวลาเฉลี่ยนานเท่าไรต่อวัน**

( ) น้อยกว่า 2 ชั่วโมง/วัน

( ) มากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน

**2. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้สื่อเทคโนโลยี**

**คำชี้แจง** แบบสอบถามข้างล่างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมการใช้สื่อเทคโนโลยีของเด็กที่ท่านดูแลอยู่ มีข้อคำถาม 12 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามทุกข้อ และเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของเด็กมากที่สุดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

**ไม่มีเลย (0)** หมายถึง เด็กไม่เคยมีพฤติกรรมดังข้อคำถามเลย

**บางครั้ง (1)** หมายถึง เด็กมีพฤติกรรมดังข้อคำถามเป็นบางครั้ง/นานๆครั้ง

**บ่อยครั้ง (2)** หมายถึง เด็กมีพฤติกรรมดังข้อคำถามบ่อยครั้ง/เกือบทุกวัน

**เป็นประจำ (3)** หมายถึง เด็กมีพฤติกรรมดังข้อคำถามเป็นประจำ/ทุกวัน

เด็กในความดูแลของท่านจะใช้สื่อเทคโนโลยี ได้แก่ โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต	ระดับความคิดเห็น			
	ไม่มีเลย (0)	บางครั้ง (1)	บ่อยครั้ง (2)	เป็นประจำ (3)
1. เด็กใช้ทุกครั้งทันทีที่ว่างหรือมีโอกาส				
2. เด็กหยิบใช้ทันทีที่ตื่นนอน				
3. เวลาว่างของเด็กหมดไปกับการใช้สื่อ เทคโนโลยี				
4. เด็กสนใจทำกิจกรรมอื่นน้อยลง				
5. เด็กมักจะใช้สื่อเทคโนโลยีนานกว่าเวลาที่ กำหนด				
6. เด็กมักจะใช้เวลากับสื่อเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น เรื่อยๆ				
7. เด็กมักจะใช้สื่อมากกว่ามีปฏิสัมพันธ์กับคน รอบข้าง				
8. เด็กมีการใช้สื่อเทคโนโลยีจนทำให้ผลการเรียน แย่ลง				
9. เด็กมักใช้สื่อเทคโนโลยีในสถานการณ์ที่ไม่ควร ใช้ เช่น ระหว่างเรียน ทานอาหาร เข้าห้องน้ำ เป็นต้น				
10. แม้จะบอกให้เด็กลดการใช้ เด็กก็ไม่สนใจ				
11. เด็กมักหงุดหงิด กระทบกระชวย เวลาไม่ได้ใช้ สื่อเทคโนโลยี				
12. เด็กมักจะใช้สื่อเทคโนโลยีเป็นส่วนหนึ่งของ ชีวิต ขาดไม่ได้				

### ส่วนที่ 6 แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็ก ประเมินโดยผู้ปกครอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามข้างล่างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กที่ท่านดูแลอยู่ มีข้อคำถาม 26 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามทุกข้อ และกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับลักษณะของเด็กที่ท่านประเมิน

- ไม่เลย (0)** หมายถึง เด็กไม่เคยมีพฤติกรรมดังข้อคำถามเลย
- เล็กน้อย (1)** หมายถึง เด็กมีพฤติกรรมดังข้อคำถามเป็นบางครั้ง/นานๆครั้ง
- ค่อนข้างมาก (2)** หมายถึง เด็กมีพฤติกรรมดังข้อคำถามบ่อยครั้ง/เกือบทุกวัน
- มากที่สุด (3)** หมายถึง เด็กมีพฤติกรรมดังข้อคำถามมากที่สุด/เป็นประจำ/ทุกวัน

พฤติกรรม	ไม่เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ค่อนข้าง มาก (2)	มากที่สุด (3)
1. มักไม่ละเอียดรอบคอบหรือสะเพร่าในการทำงาน ต่าง ๆ เช่น การบ้าน				
2. ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้				
3. ดูเหมือนไม่ค่อยฟังเวลามีคนพูดด้วย				
4. มักทำการบ้านไม่เสร็จ หรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ				
5. จัดระเบียบงานและกิจกรรมต่างๆ ไม่เป็น				
6. มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้ความอดทนในการทำให้สำเร็จ				
7. ทำของหายบ่อย ๆ (เช่น ของเล่น สมุดจดงาน เครื่องเขียน )				
8. วอกแวกง่าย				
9. ขี้ลืม				
10. มือเท้ายุกยิก นั่งบิดไปมา				
11. นั่งไม่ติดที่ ชอบลุกจากที่นั่งในชั้นเรียน หรือจากที่ที่ควรจะนั่ง เรียบร้อย				

พฤติกรรม	ไม่เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ค่อนข้าง มาก (2)	มากที่สุด (3)
12. วิ่งหรือปีนป่ายมากเกินไปจนไม่รู้กาลเทศะ				
13. เล่นหรือทำกิจกรรมเงียบ ๆ ไม่เป็น				
14. พร้อมจะเคลื่อนไหวยู่เสมอเหมือนติดเครื่อง อยู่ตลอดเวลา				
15. พูดมาก				
16. มักโพล่งคำตอบออกมาก่อนจะฟังคำถามจบ				
17. ไม่ชอบรอคิว				
18. ชอบสอดแทรกผู้อื่น เช่น ชอบพูดแทรกขณะ ผู้อื่นกำลังสนทนากัน				
19. อารมณ์เสื่อง่าย				
20. ชอบโต้เถียงกับผู้อื่น				
21. ไม่ยอมทำตามสิ่งที่ผู้อื่นสั่งหรือวางกฎเกณฑ์ ไว้				
22. จงใจก่อกวนผู้อื่น				
23. มักตำหนิผู้อื่นในสิ่งที่ตนเองทำผิด				
24. ขี้รำคาญ				
25. โกรธบึ้งตึงเป็นประจำ				
26. เจ้าคิดเจ้าแค้น				



## ภาคผนวก ค การวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนต้นตาม การรับรู้ของผู้ปกครอง ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ(Binary Logistic Regression Analysis) ตามขั้นตอนการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ของ เพชรน้อย สิ่งช่างชัย (2549, น. 119 - 123) รายละเอียดการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก มีดังนี้

**ขั้นที่ 1 สร้างกรอบแนวคิดการวิจัย** การศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นใน เด็กชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง มีตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนาย 13 ตัว แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ เพศ ประวัติการเรียน(ถูกครูทำโทษ ถูกเรียกพบ ผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน) การอยู่อาศัย ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ การจัดสรรรายได้ของครอบครัว และด้าน สิ่งแวดล้อม ได้แก่ เวลาการใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมง พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ส่วนตัวแปรตาม คือ ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น มี 2 ค่า คือ มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 1 และไม่มี ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 0 แสดงรายละเอียดตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิหรือใน แบบจำลอง ดังตาราง 12

ตาราง 12 แสดงตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง

ตัวแปร	รหัส	ประเภท ตัวแปร	ประเภท ข้อมูล	คำอธิบาย
เพศ	X1	ตัวแปรอิสระ	Nominal scale	แปลงเป็นตัวแปรหุ่นเพศชาย=1, เพศหญิง=0
ประวัติการเรียน		ตัวแปรอิสระ	Nominal scale	แปลงเป็นตัวแปรหุ่น
- ถูกครูทำโทษ	X2			ถูกครูทำโทษ=1, อื่นๆ=0
- ครูเรียกพบผู้ปกครอง	X3			ถูกเรียกพบผู้ปกครอง=1, อื่นๆ=0
- เรียนซ้ำชั้น	X4			เรียนซ้ำชั้น=1, อื่นๆ=0
- หยุดพักการเรียน	X5			หยุดพักการเรียน=1, อื่นๆ=0
- เปลี่ยนโรงเรียน	X6			เปลี่ยนโรงเรียน=1, อื่นๆ=0
การอยู่อาศัย	X7	ตัวแปรอิสระ	Nominal scale	แปลงเป็นตัวแปรหุ่น ไม่ได้อยู่กับพ่อ แม่= 1, อยู่กับพ่อ แม่ =0

ตัวแปร	รหัส	ประเภท ตัวแปร	ประเภท ข้อมูล	คำอธิบาย
ความรักความเอาใจใส่	X8	ตัวแปรอิสระ	Interval scale	คะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้าน ความรักความเอาใจใส่
การอบรมเลี้ยงดู	X9	ตัวแปรอิสระ	Interval scale	คะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้าน การอบรมเลี้ยงดู
การดูแลสุขภาพ	X10	ตัวแปรอิสระ	Interval scale	คะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้าน การดูแลสุขภาพ
การจัดสรรรายได้ของ ครอบครัว	X11	ตัวแปรอิสระ	Interval scale	คะแนนประเมินหน้าที่ด้านการจัดสรร รายได้ของครอบครัว
ระยะเวลาในการใช้สื่อ เทคโนโลยี	X12	ตัวแปรอิสระ	Ordinal scale	แปลงเป็นตัวแปรหุ่น ใช้สื่อมากกว่า 2 ชั่วโมง=1 ใช้สื่อน้อยกว่า 2 ชั่วโมง =0
พฤติกรรมการติดสื่อ เทคโนโลยี	X13	ตัวแปรอิสระ	Interval scale	คะแนนประเมินพฤติกรรมการติดสื่อ เทคโนโลยี
ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น	Y	ตัวแปรตาม	Nominal scale	มีความเสี่ยง=1, ไม่มีความเสี่ยง=0

**ขั้นที่ 2 การตรวจสอบข้อมูลของตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์** ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ดังนี้

1. ตรวจสอบระดับประเภทข้อมูลตัวแปรอิสระ และทำการแปลงข้อมูลตัวแปรอิสระที่เป็นข้อมูลระดับ Nominal scale และ Ordinal scale ให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable)
2. การตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ ในการศึกษานี้ได้วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในแบบจำลองปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็ก โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระด้วยวิธีของเพียร์สัน(Pearson Correlation Coefficients) ซึ่งมีตัวแปรอิสระทั้งหมด 13 ตัวแปร ประกอบด้วย เพศ(X1), ถูกครูทำโทษ(X2), ถูกเรียกพบผู้ปกครอง(X3), เรียนซ้ำชั้น(X4), หยุดพักการเรียน(X5), เปลี่ยนโรงเรียน(X6), การอยู่อาศัย (X7), ความรักความเอาใจใส่(X8), การอบรมเลี้ยงดู(X9), การดูแลสุขภาพ(X10), การจัดสรรรายได้ของครอบครัว(X11), เวลาการใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมง(X12) และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี(X13) แสดงดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

Item	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13
X1	1												
X2	-	1											
	.027												
X3	.145*	-	1										
	*	.062											
X4	.042	-	-.048	1									
		.041											
X5	.060	-	-.020	-	1								
		.017		.013									
X6	.044	-	-.065	-	-	1							
		.056		.043	.018								
X7	-	.012	.053	.000	.021	.120*	1						
	.054												
X8	-	-	-.129*	-	-	-	.136**	1					
	.131*	.113*		.033	.052	.020							
X9	-	-	-	-	-	-	.077	.536**	1				
	.098	.060	.164**	.059	.042	.097							
X10	-	-	.062	.023	.047	-	.027	.443**	.387**	1			
	.027	.113*				.008							
X11	-	-	-.035	-	-	-	.064	.427**	.309**	.352**	1		
	.043	.060		.080	.003	.021							
X12	.104*	.050	.073	.007	-	-	-	-.114*	-	-	.094	1	
				.018	.059	.045			.205**	.147**			
X13	.083	.078	.094	.013	.134*	-	-	-	-	-	-	.545**	1
					.005	.086	.282**	.379**	.252**	.223**			

\* มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .05, \*\* มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ .01

จากตาราง 13 การตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระพบว่าส่วนใหญ่มีค่าความสัมพันธ์ไม่เกิน .50 ซึ่งถือว่ามีความสัมพันธ์ต่ำถึงปานกลาง ส่วนตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมากกว่าระดับปานกลาง คือ X8: ความรักความเอาใจใส่ มีความสัมพันธ์กับ X9: การอบรมเลี้ยงดู เท่ากับ .536 ที่ระดับนัยสำคัญ .01 และ X12: ใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับ X13: พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี เท่ากับ .545 ที่ระดับนัยสำคัญ .01 จึงได้ทำการทดสอบปัญหา Multicollinearity โดยการพิจารณาค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance ดังนี้

ตาราง 14 แสดงค่า VIF และค่า Tolerance

ตัวแปรอิสระ		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
X1	เพศ	.941	1.062
X2	ถูกครูทำโทษ	.968	1.033
X3	ถูกเรียกพบผู้ปกครอง	.906	1.104
X4	เรียนซ้ำชั้น	.974	1.027
X5	หยุดพักการเรียน	.953	1.049
X6	เปลี่ยนโรงเรียน	.948	1.055
X7	การอยู่อาศัย	.953	1.049
X8	ความรักความเอาใจใส่	.576	1.737
X9	การอบรมเลี้ยงดู	.614	1.629
X10	การดูแลสุขภาพ	.706	1.417
X11	การจัดสรรรายได้ของครอบครัว	.770	1.298
X12	ใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมง	.683	1.464
X13	พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี	.593	1.686

จากตาราง 14 พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 13 ตัวมีค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.027 ถึง 1.737 ซึ่งมีค่าไม่เกิน 10 และ ค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .576 ถึง .974 ซึ่งมีค่ามากกว่า .20 ถือว่าตัวแปรอิสระไม่มีปัญหา Multicollinearity ดังนั้นแสดงว่าสามารถนำตัวแปรอิสระทั้ง 13 ตัวผ่านตามเกณฑ์ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการถดถอยโลจิสติกจึงสามารถนำตัวแปรอิสระทั้ง 13 ตัวมาใช้ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกได้

**ขั้นที่ 3 การเขียนสมการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก** (Binary logistic regression analysis model) งานวิจัยนี้มีการกำหนดตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษาไว้จำนวน 13 ตัวแปร สามารถเขียนรูปแบบสมการได้ ดังนี้

$$P_y = \frac{e^{b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_{13}x_{13}}}{1 + e^{b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_{13}x_{13}}}$$

- เมื่อ  $P_y$  = ความน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจ  
 $e$  = ค่าคงที่ (exponential function = 2.71828)  
 $b_0$  = constant  
 $b_1$  = coefficients estimate  
 $x_p$  = independent variable

การเขียนสมการถดถอยโลจิสติกให้อยู่ในรูปของ log ของ odds เรียกว่า logit หรือ logistic response function ได้ ดังนี้

$$\log(\text{odds}) = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_{13}x_{13}$$

**ขั้นที่ 4 เลือกวิธีการถดถอยและทดสอบค่าสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก**  
 ในงานวิจัยนี้เลือกใช้วิธีการถดถอยแบบเดินหน้า (Forward method) เป็นวิธีการคัดเลือกตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามได้สูงสุด และมีนัยสำคัญทางสถิติเข้าในสมการก่อน จากนั้นในขั้นตอนต่อไปจะคัดเลือกตัวแปรที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามรองลงมาตามลำดับ จนไม่มีตัวแปรอิสระใดที่สามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเลือกใช้ค่าความน่าจะเป็นของ Likelihood - ratio statistic ที่ขึ้นกับการประมาณค่า maximum likelihood ซึ่งจะแสดงผลลัพธ์ ดังนี้

ตาราง 15 แสดง Iteration History (Block 0: Beginning Block)

Iteration	- 2 Log likelihood	Coefficients Constant
Step 0		
1	480.040	- .425
2	480.036	- .431
3	480.036	- .431



ตาราง 16 แสดง Classification Table Step 0

Observed		Predicted			
		เด็กสมาธิสั้น		Percentage Correct	
		ไม่เสี่ยง	เสี่ยง		
Step	เด็กสมาธิสั้น	ไม่เสี่ยง	217	0	100.0
0		เสี่ยง	141	0	.0
Overall Percentage					60.6

หมายเหตุ: ใช้จุดตัด ( cut value) เท่ากับ .50

จากตาราง 15 และ 16 เป็นรายละเอียดของ block 0 หรือขั้นเริ่มต้น ยังไม่มีการนำตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายเข้าสมการ เพื่อทำการทดสอบความเชื่อถือได้ โดยมีเฉพาะค่าคงที่เท่านั้นที่นำเข้าสมการ ซึ่งพบว่ามีความสามารถในการทำนายถูกต้องร้อยละ 60.6

ตาราง 17 แสดง Model Summary (Block 1: Method = Forward LR)

Step	- 2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	431.688 <sup>a</sup>	.126	.171
2	396.929 <sup>b</sup>	.207	.281
3	377.087 <sup>b</sup>	.250	.338
4	372.518 <sup>b</sup>	.259	.351

จากตาราง 17 เป็นผลจากการนำตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี Forward Stepwise (Likelihood Ratio) พบว่าค่า - 2Log likelihood ใน Step 4 เท่ากับ 372.518 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า Step 0 ใน Block 0 ตาราง 13 ที่มีค่าเท่ากับ 480.036 แสดงว่าสมการโลจิสติกมีความเหมาะสม โดยมีค่า Cox & Snell R Square และ ที่ใช้อธิบายความผันแปรในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก เท่ากับร้อยละ 25.9 ซึ่งหมายความว่าตัวแปรทั้ง 13 ตัวสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ ร้อยละ 25.9 และ Nagelkerke R Square เท่ากับร้อยละ 35.1 หมายความว่าตัวแปรทั้ง 13 ตัวสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ ร้อยละ 35.1

ตาราง 18 แสดง Classification Table

	Observed		Predicted		
			เด็กสมาธิสั้น		Percentage
			ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	Correct
Step 1	เด็กสมาธิสั้น	ไม่เสี่ยง	185	32	85.3
		เสี่ยง	78	63	44.7
	Overall Percentage				69.3
Step 2	เด็กสมาธิสั้น	ไม่เสี่ยง	190	27	87.6
		เสี่ยง	71	70	49.6
	Overall Percentage				72.6
Step 3	เด็กสมาธิสั้น	ไม่เสี่ยง	189	28	87.1
		เสี่ยง	64	77	54.6
	Overall Percentage				74.3
Step 4	เด็กสมาธิสั้น	ไม่เสี่ยง	188	28	86.6
		เสี่ยง	71	70	49.6
	Overall Percentage				72.1

หมายเหตุ: ใช้จุดตัด ( cut value) เท่ากับ .50

จากตาราง 18 เป็นตารางผลการแยกกลุ่มเพื่อใช้เป็นตารางตรวจสอบว่าสมการมีความเหมาะสมหรือไม่ โดยเปรียบเทียบค่าทำนายกับค่าจริง โดยใช้จุดตัดเท่ากับ .50 พบว่าใน Step 4 มีค่าร้อยละการทำนายได้ถูกต้องเท่ากับร้อยละ 72.1 ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าใน Step 0 เท่ากับร้อยละ 60.6 (ตาราง 10) แสดงว่าเมื่อนำตัวแปรอิสระเข้าสมการร่วมกับค่าคงที่ด้วยวิธี Forward LR สมการสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 72.3

ตาราง 19 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดินหน้า (Forward LR)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95%C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	X13	.110	.017	41.235	1	.000	1.116	1.079	1.154
	Constant	- 1.951	.268	53.118	1	.000	.142		
Step 2 <sup>b</sup>	X3	3.817	1.046	13.327	1	.000	45.469	5.858	352.949
	X13	.111	.018	38.804	1	.000	1.118	1.079	1.158
	Constant	- 2.148	.284	57.339	1	.000	.117		
Step 3 <sup>c</sup>	X3	3.950	1.049	14.182	1	.000	51.940	6.648	405.812
	X4	3.532	1.090	10.495	1	.001	34.208	4.036	289.916
	X13	.118	.019	40.261	1	.000	1.128	1.085	1.168
	Constant	- 2.355	.300	61.584	1	.000	.095		
Step 4 <sup>d</sup>	X3	4.052	1.057	14.697	1	.000	57.484	7.244	456.174
	X4	3.436	1.089	9.948	1	.002	31.055	3.672	262.641
	X11	- .072	.034	4.530	1	.033	.930	.871	.994
	X13	.113	.019	35.472	1	.000	1.119	1.078	1.161
	Constant	- .899	.731	1.512	1	.219	.407		

จากตาราง 19 แสดงตัวแปรอิสระที่เข้าสมการด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดินหน้า (Forward stepwise) โดยเลือกใช้ค่าความน่าจะเป็นของ Likelihood - ratio statistic ที่ขึ้นกับการประมาณค่า maximum likelihood เพื่อคัดเลือกปัจจัยต่างๆ จาก 13 ปัจจัย ระบบได้พิจารณาตัวแปรเข้าสมการทั้งหมด 4 Step ใน Step สุดท้ายคือ Step 4 พบมี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัย X3: การถูกเรียกพบผู้ปกครอง, X4: การเรียนซ้ำชั้น และ X13: พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก (B) เท่ากับ 4.052, 3.436 และ 0.113 ตามลำดับ และอีก 1 ปัจจัยคือ X11: การจัดสรรรายได้ของครอบครัวที่มีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก (B) เท่ากับ - .072

ตาราง 20 แสดงตัวแปรอิสระที่ไม่เข้าสมการ

			Score	df	Sig
Step 4	Variable	X1	1.133	1	.287
		X2	2.138	1	.144
		X5	.245	1	.621
		X6	2.759	1	.097
		X7	.750	1	.386
		X8	.000	1	.986
		X9	2.330	1	.127
		X10	3.298	1	.069
		X12	1.694	1	.193
		Overall Statistics			16.218

จากตาราง 20 พิจารณาจาก Step 4 เป็นรอบสุดท้ายที่ระบบพิจารณาตัวแปรอิสระที่สามารถเข้าสมการได้ พบว่ามีตัวแปรอิสระที่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมด 9 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวเด็ก 5 ตัวแปร ประกอบด้วย X1: เพศ, X2: ถูกครูทำโทษ, X5: หยุดพักการเรียน, X6: เปลี่ยนโรงเรียน และ X7: การอยู่อาศัย ปัจจัยด้านครอบครัว 3 ตัวแปร ประกอบด้วย X8: ความรักความเอาใจใส่, X9: การอบรมเลี้ยงดู และ X10: การดูแลสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 1 ตัวแปร คือ X12: ใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมง โดยทั้ง 9 ตัวแปร มีค่านัยสำคัญทางสถิติอยู่ระหว่าง .086 - .938 ซึ่งสูงเกินกว่า .05 หมายความว่าตัวแปรทั้ง 9 ตัวนี้ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ภาคผนวก ง เอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย



ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๓๗๒๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน.....ฉบับ

ด้วย นางพริณช พันธ์ภูักดี รหัสประจำตัว ๖๒๐๖๑๔๐๕ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากบุคลากรในหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.คณิดา นรัตร์รักษา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย

โทร ๐-๕๕๙๖-๘๘๓๙

โทรสาร ๐-๕๕๙๖-๘๘๒๖

๒. นางพริณช พันธ์ภูักดี

โทร ๐๘-๕๕๘๙-๒๒๙๕



ภาคผนวก จ เอกสารอนุมัติดำเนินการทำวิจัย



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เรื่อง อนุมัติให้นิติระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย  
ครั้งที่ ๐๑๗/๒๕๖๔

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นางพินุช พันธุ์ภักดี รหัสประจำตัว ๒๒๐๖๑๔๐๕ นิติระดับปริญญาโท  
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ดำเนินการทำวิจัยตาม  
โครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย “ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้  
ของผู้ปกครอง”

ภาษาอังกฤษ “PREDICTING FACTORS ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER  
AMONG PRIMARY SCHOOL STUDENTS ACCORDING TO PARENT’S  
PERCEPTION”

โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

## ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

COA No. 020/2021  
IRB No. P3-0150/2563



AF 08-09/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

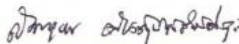
### เอกสารรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP) และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง  
ผู้วิจัยหลัก : นางทีรนุช พันธุ์ภักดี  
สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์  
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด  
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

### เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มกราคม 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มกราคม 2564
4. สรุปโครงการเพื่อพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มกราคม 2564
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มกราคม 2564
6. AF 04-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 05 มกราคม 2564
7. AF 05-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2563
8. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2563
9. แบบสอบถามการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2563
10. จบประมาณที่ได้รับโดยย่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 04 ธันวาคม 2563

ลงนาม   
(นายแพทย์สมบูรณ์ ดันสุกสวัสดิกุล)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับรอง : 14 มกราคม 2564  
วันหมดอายุ : 14 มกราคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ประวัติผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยสุรินทร์

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	พีรณัฐ พันธุ์รักดี
วัน เดือน ปี เกิด	
ที่อยู่ปัจจุบัน	
ที่ทำงานปัจจุบัน	แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ.2549 แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นเรศวร พิษณุโลก พ.ศ.2546 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ประชาชื่น กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2546 พย.บ. (การพยาบาลและการผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก
ผลงานตีพิมพ์	พีรณัฐ พันธุ์รักดี. (2558). พฤติกรรมของบิดามารดาในการดูแลบุตรป่วย โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (รายงานผลการวิจัย). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัย นเรศวร.
รางวัลที่ได้รับ	พ.ศ.2552 รางวัลบุคลากรดีเด่น รองชนะเลิศ อันดับที่ 2