

ความสัมพันธ์ของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น กับสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรในมารดาของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น

ภัทรกร คงอินทร์*, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*, ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช*

*หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นกับสมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างมารดาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงวันที่ 1 มกราคม - 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 84 ราย โดยมารดาของผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) Short Form, แบบประเมิน Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV), The Parenting Sense of Competence ฉบับภาษาไทย ร่วมกับการสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนในส่วนการวินิจฉัยโรคและโรคร่วมของผู้ป่วย ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pearson's correlation หาค่าความสัมพันธ์ของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น และสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา และใช้สถิติ Independence T-test เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ระหว่างกลุ่มตัวแปรที่ต้องการทดสอบ

ผลการศึกษา คะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ ($r = -0.376, p < 0.001$) และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบผ่อนปรน ($r = -0.530, p < 0.001$) คะแนนอาการสมาธิสั้นในด้านขาดสมาธิต่อเนื่อง ($r = -0.583, p < 0.001$) อาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น ($r = -0.483, p < 0.001$) และอาการดื้อต่อต้าน ($r = -0.561, p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา

สรุป ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบผ่อนปรน รวมถึงอาการสมาธิสั้นทุกกลุ่มอาการที่รุนแรงขึ้นสัมพันธ์ทางลบกับมุมมองต่อสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหากช่วยมารดาปรับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู โดยส่งเสริมการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ลดการเลี้ยงดูแบบผ่อนปรนและแบบเผด็จการ รวมถึงบรรเทาการรักษาอาการสมาธิสั้นในทุกด้าน จะเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้มารดามีมุมมองต่อสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรที่ดีขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา โรคสมาธิสั้น ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบผ่อนปรน

Corresponding author: ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช

หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: Sasithorn.P@Chula.ac.th

วันรับ : 29 พฤศจิกายน 2565 วันแก้ไข : 16 กุมภาพันธ์ 2566 วันตอบรับ : 23 กุมภาพันธ์ 2566

The Association Between Parenting Style, Severity Symptoms of ADHD, and Parental Competence Among Mothers of Children with ADHD

Pattaraporn Kong-in*, Jirada Prasartpornsirichoke*, Sasithorn Preechawuttidech*

*Child and Adolescent Psychiatry Unit, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: Raising a child with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is challenging. Mothers of children with this disorder are obliged to face doubts about their competence. The severity of ADHD and parenting styles can have an impact on maternal perception of competence, which has detrimental effects on childcare. The objective of the study was to investigate the association between the type of parenting style, the severity of ADHD, and parenting competence among Thai mothers of children with ADHD.

Methods: This was a cross-sectional descriptive study. We recruited 84 mothers of children with ADHD who visited the Outpatient Child and Adolescent Psychiatry Clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital from 1 January to 30 June 2022 for the study. Participants were asked to complete questionnaires as follows: Demographic data questionnaire, short form of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ), Swanson, Nolan and Pelham IV scale (SNAP-IV), The Parenting Sense of Competence in Thai version. Data on diagnoses and comorbidities of ADHD were extracted from their medical records. Frequency, mean, and standard deviation were used to present descriptive statistics of the participants. The independent T test and Pearson correlation were used to investigate the relationship between parenting style, severity of ADHD, and mother's perception of competence. In the study, a significance level of 0.05 was applied.

Result: The average scores of authoritarian parenting style ($r = -0.376$, $p < 0.001$) and permissive parenting style ($r = -0.530$, $p < 0.001$), and the sum scores of SNAP-IV in the domains of inattention ($r = -0.583$, $p < 0.001$), hyperactive-impulsive ($r = -0.483$, $p < 0.001$), and ODD ($r = -0.561$, $p < 0.001$) were significantly negatively correlated with maternal perception of parenting competence.

Conclusion: The finding was in with previous studies that found authoritarian and permissive parenting styles, and that worse attention deficits were substantially associated with mothers' perceptions of their own inadequate parenting practices. Therefore, the promotion of adaptive parenting techniques and the reduction of ADHD symptoms may aid mothers in feeling more competent, which would enhance their quality of life.

Keywords: perception of maternal competence, ADHD, the severity of ADHD, parenting style, authoritarian parenting style, permissive parenting style

Corresponding author: Sasithorn Preechawuttidech

E-mail: Sasithorn.P@Chula.ac.th

Received 29 November 2022 Revised 16 February 2023 Accepted 23 February 2023

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในวัยเด็กซึ่งพบได้บ่อย¹ เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง โดยมีอาการหลักเป็นความผิดปกติด้านพฤติกรรมซึ่งได้แก่ การขาดสมาธิต่อเนื่อง (inattention) และ/หรือมีอาการอยู่ไม่นิ่งจนมากกว่าปกติ (hyperactivity) และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) มากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน และทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเข้าสังคม² การศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 5.3³ ส่วนในประเทศไทยกรมสุขภาพจิตได้ทำการศึกษาในปี 2012 พบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 8.1⁴ โดยอัตราส่วนของเด็กชายต่อเด็กหญิงอยู่ที่ 3:1

การรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดาแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการทำหน้าที่บิดามารดาประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการทำหน้าที่บิดามารดาของตนเองซึ่งหมายถึง ปัจจัยด้านอารมณ์ความรู้สึกกังวล หงุดหงิด และการไม่มีแรงจูงใจต่อการทำหน้าที่บิดามารดา⁵ และการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่บิดามารดาของตนเอง⁶ ซึ่งหมายถึง ความคาดหวังของบิดามารดาเกี่ยวกับระดับที่ตนเองสามารถทำหน้าที่บิดามารดาได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ⁷ แม้จะต้องเผชิญกับแรงกดดัน การรับรู้ว่าตนเองมีประสิทธิภาพในการทำหน้าที่บิดามารดา จะช่วยสนับสนุนความพยายามในการดูแลบุตร นำไปสู่การลดความเสี่ยงของการดูแลบุตรที่ไม่เหมาะสม และนำไปสู่ประสบการณ์ด้านบวกมาสู่บุตรหลานของตน⁸ โดยการศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นมีการรับรู้ว่าตนเองไร้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรมากกว่าผู้ปกครองของเด็กปกติ⁹ โดยบิดามารดาประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ผู้ปกครองผ่านมุมมองต่อพฤติกรรมของบุตร⁵ นอกจากนี้ปัจจัยของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่บิดามารดาใช้ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกของการมีสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดาอีกด้วย

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูตามทฤษฎีของ Diana Baumrind¹⁰ มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (authoritarian parenting style) บิดามารดาจะมีกฎเกณฑ์ในการปกครองบุตรโดยไม่อธิบายเหตุผลของกฎดังกล่าว มีความคาดหวังว่าบุตรต้องปฏิบัติตาม หากบุตรไม่ปฏิบัติตาม

มักมีการลงโทษ บิดามารดามีความต้องการจากบุตรแต่ปราศจากการตอบสนองทางอารมณ์ 2) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบผ่อนปรน (permissive parenting style) บิดามารดาที่ให้การเลี้ยงดูแบบนี้จะมีลักษณะตามใจ ไม่คาดหวังจากบุตรมาก ไม่มีการเฝ้าระวังพฤติกรรม และ 3) รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (authoritative parenting) บิดามารดาที่ใช้การอบรมเลี้ยงดูบุตรในลักษณะนี้มีกฎกติกา แบบแผนให้บุตรปฏิบัติตามแต่ไม่เผด็จการ สามารถรับฟังและยืดหยุ่นต่อกฎได้ อีกทั้งมีการตอบสนองทางอารมณ์ รับฟัง ตอบคำถามเวลาบุตรตั้งคำถาม หากบุตรไม่ปฏิบัติตามกติกาที่ตั้งไว้มักให้อภัยและสอนมากกว่าการลงโทษ โดยรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่ดี (positive parenting style) ได้แก่ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (authoritative parenting) โดยการเลี้ยงดูแบบนี้จะทำให้บุตรสามารถจัดการอารมณ์ได้ดี ส่งผลให้มีปัญหาด้านพฤติกรรมที่ลดลง¹¹ ในขณะที่รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ (authoritarian parenting style) และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบ (permissive parenting style) อาจนำมาซึ่งปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กได้^{12,13}

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตรที่มีอาการสมาธิสั้น แสดงให้เห็นว่ามารดาของเด็กสมาธิสั้นจะออกคำสั่งควบคุมมากกว่า ให้รางวัลน้อยกว่า และมีปฏิสัมพันธ์น้อยกว่ามารดาของเด็กที่ไม่มีโรคสมาธิสั้น^{14,15} อีกทั้งยังพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่ดีอย่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ในกลุ่มมารดาของเด็กสมาธิสั้นนั้นน้อยกว่าในกลุ่มเด็กปกติ ซึ่งอธิบายได้จากอาการสมาธิสั้นก่อให้เกิดความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ส่งผลให้มารดาใช้วิธีการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการมากกว่าในมารดาของเด็กปกติ ในทางกลับกันบุตรของมารดาในกลุ่มสมาธิสั้นก็ทำตามคำสั่งน้อยลงและมีพฤติกรรมเชิงลบมากขึ้น¹⁶ นอกจากนี้หากมารดาใช้วิธีการเลี้ยงดูที่รุนแรงจะนำไปสู่การกระทำผิดและความก้าวร้าวมากขึ้นของเด็กเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นอีกด้วย¹⁷

การศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบความสัมพันธ์ของบุตรที่มีโรคสมาธิสั้นกับการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มมารดาของเด็กปกติ โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาของเด็กสมาธิสั้นในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 นอกจากนี้เมื่อบุตรมีอายุมากขึ้นจะยิ่งลดทอนการรับรู้สมรรถนะการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา โดยงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นโดยเฉพาะพฤติกรรมที่ซนอยู่ไม่นิ่งมากกว่าปกติ (Hyperactive symptoms) ส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดู

บุตรของบิดามารดา โดยบิดามารดาจะประสบปัญหาความเครียดเกี่ยวกับเด็กมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นำมาซึ่งการรับรู้ความไร้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เมื่อเทียบกับผู้ปกครองของเด็กปกติอีกด้วย¹⁸

ทั้งนี้งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น รูปแบบการเลี้ยงดู และการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา ยังมีไม่แพร่หลายมากนักในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น และการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดาผู้ป่วยสมาธิสั้นในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาแบบพรรณนาภาคตัดขวาง โดยศึกษาในมารดาของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มกราคม - 30 มิถุนายน 2565 งานวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 847/64

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ คือ มารดาของบุตรที่เป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 84 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรที่ทราบขนาดประชากรชัดเจนของ Wayne, W.D. (1995) โดยอ้างอิงจำนวนประชากรผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 474 คน²⁸ และกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

โดยเกณฑ์การคัดเข้าโครงการวิจัย คือ มารดาที่มีอายุมากกว่า 18 ปี และมีบุตรอายุระหว่าง 6 - 12 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5² โดยมารับการรักษาโรคสมาธิสั้นที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หากมารดามีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่า 1 คน จะเลือกประเมินบุตรที่มีอาการสมาธิสั้นที่มีอายุน้อยในช่วงเกณฑ์ที่ต้องการศึกษาเพียงคนเดียว โดยเป็นมารดาที่เกี่ยวข้องทางสายเลือดหรือมารดาทางกฎหมาย (มารดาบุญธรรม) ก็ได้ แต่ต้องเป็นผู้ดูแลหลักของบุตรและอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับเด็กเป็นระยะเวลา

ไม่ต่ำกว่า 1 ปี ในช่วงเก็บข้อมูล รวมถึงให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย ในขณะที่เกิดเหตุการณ์คัดออกคือ มารดาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า หรือภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาและบุตร (Demographic data)

โดยแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของมารดาและบุตร มารดาเป็นผู้ตอบทั้งหมด ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน มีคนช่วยเลี้ยงดูบุตร ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาในปัจจุบัน ลำดับการเกิดของเด็ก จำนวนพี่น้องทั้งหมด ลักษณะของเด็กช่วงทารก

แบบสอบถาม The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) Short Form - Thai

พัฒนาขึ้นโดย Robinson และคณะ ปี ค.ศ. 2001¹⁹ โดยฉบับภาษาไทยแปลและเรียบเรียงโดย พญ.ณัฐพร ทศนิกิจพาณิชย์ และคณะ²⁰ ในปี ค.ศ. 2018 ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ประเมินการเลี้ยงดู 3 แบบ ได้แก่ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบผ่อนปรน แบบสอบถามลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ แบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้องในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเท่ากับ 1 (IOC 1) และมีค่าความสอดคล้องภายในคือ 0.80, 0.75 และ 0.62 สำหรับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบผ่อนปรนตามลำดับ²⁰

แบบสอบถาม The Parenting Sense of Competence (PSOC)

พัฒนาโดย Gibaud-Wallston และ Wandersman ในปี ค.ศ. 1978 ต่อมา Johnston และ Mash ปรับปรุงมาตรวัดเพื่อใช้กับเด็กที่มีช่วงอายุมากขึ้น แปลเป็นภาษาไทยโดยสุนีย์ กลีบปาน และคณะ ในปี ค.ศ. 2019 โดยประเมินการรับรู้โดยรวมของการเลี้ยงดูบุตร มีจำนวน 16 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16 - 96 คะแนน

การแปลความหมายของการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรแปรผันตรงกับค่าคะแนนรวม โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validation index) อยู่ที่ 0.94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79²¹

แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) ฉบับผู้ปกครองหรือครูเป็นผู้ประเมิน

พัฒนาโดย Swanson, Nolan และ Pelham (1992) เป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทรพิทยรัตน์เสถียร และคณะ (2014) มีจำนวน 26 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น และอาการดื้อต่อต้าน โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าจุดตัดคะแนน (cut-offs) ของแบบสอบถามในแต่ละกลุ่มอาการ หากผู้ปกครองประเมิน คือ 16 - 14 - 12 สำหรับอาการขาดสมาธิ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และอาการดื้อต่อต้านตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.93 - 0.96²²

การสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียน

ข้อมูลการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและโรคร่วมอื่นๆ ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับการบันทึกโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 28.0 นำเสนอผลในรูปแบบสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Pearson's Correlation และ Independent T-test ในการหาความสัมพันธ์และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น และค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา หลังทดสอบการกระจายตัวแบบปกติของข้อมูลการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาแล้ว

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น จำนวน 84 คู่ พบว่า มารดามีอายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 42.1 (6.2) ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 83.3) ประกอบอาชีพค้าขาย

และธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 28.6) มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 76.1) มีสถานภาพสมรสที่แต่งงานและอยู่กันฉันท์คู่สมรส (ร้อยละ 84.5) โดยมารดาบอกว่าครั้งมีผู้ช่วยในการเลี้ยงดูบุตร (ร้อยละ 56.0) ในส่วนของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น พบว่ามีอายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 9.8 (1.6) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.4) กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 69.0) มีพี่น้อง (ร้อยละ 57.1) เป็นบุตรคนโต (ร้อยละ 65.5) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม (ร้อยละ 57.2) โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่พบโรคร่วม พบว่ามีโรคร่วมในกลุ่มโรคทางพัฒนาการมากที่สุด (ร้อยละ 23.8) โรคร่วมอื่นๆ ที่พบได้แก่ กลุ่มโรคทางอารมณ์ (ร้อยละ 9.5) กลุ่มโรคทางพฤติกรรม (ร้อยละ 7.1) และกลุ่มโรคทางความเครียด (ร้อยละ 2.4)

จากผลคะแนนอาการสมาธิสั้นจากแบบคัดกรอง SNAP-IV (แสดงในตารางที่ 1) พบว่าร้อยละ 58.3 มีอาการขาดสมาธิต่อเนื่อง ร้อยละ 59.5 มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น และร้อยละ 42.9 มีอาการดื้อต่อต้าน เมื่อพิจารณารูปแบบการเลี้ยงดูของมารดาเด็กสมาธิสั้น พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการเลี้ยงดูโน้มเอียงไปทางเอาใจใส่ (ร้อยละ 95.2) ในขณะที่ค่าคะแนนรวมการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาเฉลี่ยอยู่ที่ 65.3 (± 11.9) มีค่าคะแนนต่ำสุด - สูงสุด อยู่ระหว่าง 41.0 - 95.0

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนอาการสมาธิสั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา โดยสถิติ Pearson's Correlation พบว่าทั้งสามปัจจัยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคืออาการขาดสมาธิต่อเนื่อง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น และอาการดื้อต่อต้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ ($r=0.223, p=0.041$; $r=0.286, p=0.008$; $r=0.261, p=0.017$ ตามลำดับ) และแบบผ่อนปรน ($r=0.351, p=0.001$; $r=0.350, p=0.001$; $r=0.377, p<0.001$ ตามลำดับ) ในขณะที่เดียวกันก็มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ($r= -0.583, p<0.001$; $r= -0.483, p<0.001$; $r= -0.561, p<0.001$ ตามลำดับ) อีกทั้งยังพบว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของมารดามีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรที่ในทิศทางที่แตกต่างกัน โดยค่าคะแนนเฉลี่ยการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตร

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับมารดาและผู้ป่วย

ข้อมูลมารดา	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลทั่วไปของบุตร	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี) (n = 84) (Mean±S.D. 42.07±6.17) [min, max 24,56]		อายุ (ปี) (n = 84) (Mean±S.D 9.79 ± 1.56) [min, max 6.00,13.00]	
≤39	27 (32.10)	≤9	33 (39.30)
>40	57 (67.90)	>9	15 (60.70)
สถานภาพสมรส		เพศ	
แต่งงาน	17 (84.50)	เด็กชาย	56 (77.40)
โสด	8 (9.50)	เด็กหญิง	91 (22.60)
หย่าร้าง	4 (4.80)	ระดับการศึกษา	
ม่าย	1 (1.20)	≤ประถมศึกษาปีที่3	62 (31.00)
ระดับการศึกษาสูงสุด		>ประถมศึกษาปีที่3	85 (69.00)
ต่ำกว่าปริญญาตรี	14 (16.70)	ลำดับบุตร	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	70 (83.30)	บุตรคนแรก	55 (65.50)
อาชีพ		บุตรคนที่สองขึ้นไป	92 (34.50)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20 (23.80)	จำนวนพี่น้องทั้งหมด	
พนักงานบริษัทเอกชน	32 (27.40)	บุตรคนเดียว	63 (42.90)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	42 (28.60)	2	40 (47.60)
รับจ้างทั่วไป	2 (2.40)	≥ 3	8 (9.50)
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21 (14.30)	พื้นอารมณ์	
อื่นๆ	3 (3.60)	เด็กเลี้ยงง่าย	94 (58.30)
รายได้รวมของครอบครัว (ต่อเดือน)		เด็กต้องอาศัยการปรับตัว	42 (28.60)
≤ 30,000 บาท	20 (32.80)	เด็กเลี้ยงยาก	9 (10.70)
> 30,000 บาท	64 (76.20)	ไม่ทราบ	2 (2.70)
ผู้ช่วยเหลือบุตร		จำนวนโรคทางจิตเวชร่วม (comorbidities)	
มี	74 (56.00)	ไม่มี	50 (59.50)
ไม่มี	73 (44.00)	1	32 (38.10)
ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา		2	2 (2.40)
ห่างเหิน	6 (7.10)	โรคร่วม	
ขัดแย้ง	4 (4.80)	กลุ่มโรคทางพัฒนาการ	20 (23.80)
สนิทสนม	26 (73.80)	(Neurodevelopmental disorder group)	
สนิทสนมมาก (เสียความเป็นตัวตน)	3 (3.60)	กลุ่มโรคทางพฤติกรรม	6 (7.10)
อื่นๆ	9 (10.70)	(Behavioral disorders group)	
		กลุ่มโรคทางอารมณ์	8 (9.50)
		(Affective disorders group)	
		กลุ่มโรคทางความเครียด	2 (2.40)
		Stress-related disorders group	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับมารดาและผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลอาการสมาธิสั้น	จำนวน (ร้อยละ)
รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)		คะแนนอาการสมาธิสั้น SNAP-IV คะแนนอาการขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (Inattentive score) (คะแนน) (n = 84) (Mean±S.D 16.69± 5.73)	
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (Authoritative parenting styles)	8 (02.59)	<16	35 (41.70)
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการที่เข้มงวด (Authoritarian parenting styles)	2 (04.2)	≥16	49 (58.30)
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบผ่อนปรน (Permissive parenting styles)	2 (2.40)	คะแนนอาการอาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/impulsivity) (คะแนน) (n = 84) (Mean±S.D 15.36±6.67)	
ข้อมูลสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา การรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา (The Parenting Sense of Competence) (คะแนน) (n = 84) (Mean ± S.D 65.26±11.86) [min, max 41.00, 95.00]		<14	34 (40.50)
		≥14	50 (59.50)
		คะแนนโรคดื้อต่อต้าน (ODD score)(คะแนน)(n = 84) (Mean±S.D 10.62±6.15)	
		<12	48 (57.10)
		≥12	36 (42.90)
		คะแนนรวม SNAP-IV (คะแนน) (n = 84) (Mean±S.D 42.67± 15.86) [min, max 7,78]	

($r = 0.284$, $p = 0.009$) ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการและแบบผ่อนปรนมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำและระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ($r = -0.376$, $p < 0.001$; $r = -0.530$, $p < 0.001$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นเชิงกลุ่มกับค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ด้วยสถิติ Independent T-test พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของกลุ่มมารดาที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาที่ใกล้ชิดพอดีสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มมารดาที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาที่ห่างเหินหรือใกล้ชิดจนเสียความเป็นตัวตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.62$, $p = 0.01$, Cohen's $d = -0.65$) ในขณะที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรในกลุ่มปัจจัยอื่นๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูบุตร ค่าคะแนนความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น และการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น จำนวน 84 คน โดยผลการศึกษาพบว่าอาการขาดสมาธิต่อเนื่อง อาการอยู่ไม่นิ่งหุนหันพลันแล่น และอาการดื้อต่อต้านมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการและแบบผ่อนปรน ในขณะที่เดียวกันก็มีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการและแบบผ่อนปรนมีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา จากการศึกษาท่อนหน้าพบความสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างอาการสมาธิสั้นและรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดา โดยพบว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคในกลุ่มทางพัฒนาการและพฤติกรรมมีแนวโน้มที่จะมีรูปแบบ

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนอาการสมาธิสั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู และการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โดยสถิติ Pearson's correlation

	1	2	3	4	5	6	7	8
อาการขาดสมาธิต่อเนื่อง	1							
อาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น	.604**	1						
อาการดื้อต่อต้าน	.666**	.528**	1					
คะแนนรวม SNAP-IV	.873**	.844**	.850**	1				
รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่	-0.213	-0.171	-0.186	-.221*	1			
รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ	.223*	.286**	.261*	.302**	-.338**	1		
รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบผ่อนปรน	.351**	.350**	.377**	.420**	.219*	.553**	1	
สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตร	-.583**	-.483**	-.561**	-.631**	.284**	-.376**	-.530**	1

** กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การเลี้ยงดูแบบผ่อนปรนมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็มีแนวโน้มที่จะมีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแลเอาใจใส่และแบบเผด็จการลดลงส่วนหนึ่งเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของเด็ก (Child pathology) เป็นสำคัญ²³ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบแนวโน้มรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นเป็นแบบเผด็จการ โดยพบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีแนวโน้มที่จะใช้การควบคุม การออกคำสั่งซ้ำๆ การตำหนิต่อว่า แต่ให้รางวัลและตอบสนองต่อเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ^{24,25} ในทางกลับกันงานวิจัยก่อนหน้านี้ยังพบรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุตรหลานโดยพ่อแม่ที่มีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการมักจะส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ดื้อต่อต้าน และมีปัญหาทางอารมณ์มากขึ้นตามไปด้วย²⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า หากบิดามารดาที่มีรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นจะส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงสูงขึ้นที่จะเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆเมื่อเติบโตเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และปัญหาพฤติกรรม²⁷

การวิจัยนี้พบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ทำการสำรวจส่วนใหญ่ มีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่มีแนวโน้ม

ไปทางรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่มีเพียงมารดาส่วนน้อยที่มีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่มีแนวโน้มไปทางรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบผ่อนปรนและเผด็จการ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาในประชากรกลุ่มเดียวกัน²⁸ ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่พามารับการรักษที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและรายได้ที่สูง ซึ่งเป็นหนึ่งปัจจัยสนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่²⁹ แต่ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มใช้รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบผ่อนปรนหรือเผด็จการมากกว่า³⁰

โดยการวิจัยนี้ยังพบความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูแบบผ่อนปรนกับรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยของ Van Steijn et al.²³ ที่พบว่าพ่อแม่ที่เลี้ยงดูบุตรแบบผ่อนปรนในบางโอกาส มักจะมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงดูบุตรแบบเผด็จการในอีกบางโอกาสเช่นกัน โดยส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีความสามารถในการจัดระเบียบไม่ดี มีพฤติกรรมที่ยากจะควบคุม ไม่เชื่อฟัง ทำให้บิดามารดาที่เลี้ยงดูแบบผ่อนปรนไม่สามารถจัดการพฤติกรรมของเด็กได้

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ในตัวแปรต้นเชิงกลุ่ม (Mean difference) โดย independent t-test

ตัวแปร		Mean	Mean difference	Cohen's d	95%CI	p
อายุมารดา	อายุน้อยกว่า 40 ปี	66.30	1.52	0.13	-4.01 - 7.06	0.59
	อายุ 40 ปี ขึ้นไป	64.77				
สถานภาพสมรส	โสด/หย่า/ม่าย	65.92	0.78	0.07	-6.37 - 7.94	0.83
	สมรส	65.14				
ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา	ห่างเหิน/ใกล้ชิดจนเสีย	59.77	-7.44	-0.65	-13.09 - -1.78	0.01
	ความเป็นตัวตน/อื่นๆ	67.21				
มีคนช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร	ไม่มี	63.51	-3.12	-0.26	-8.29 - 2.04	0.23
	มี	66.64				
การศึกษาของมารดา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	64.36	-1.09	-0.09	-8.03 - 5.86	0.76
	ปริญญาตรีขึ้นไป	65.44				
รายได้	น้อยกว่า 30,000 บาท	64.25	-1.33	-0.11	-7.40 - 4.74	0.67
	30,000 บาท ขึ้นไป	65.58				
เพศเด็ก	ชาย	66.22	4.22	0.36	-1.90 - 10.33	0.17
	หญิง	62.00				
ลำดับการเกิดของเด็ก	ลูกคนแรก	64.35	-2.65	-0.22	- 8.07 - 2.76	0.33
	ลูกคนที่สองเป็นต้นไป	67.00				
จำนวนบุตร	ลูกหนึ่งคน	64.31	-1.67	-0.14	-6.89 - 3.55	0.53
	ลูกสองคนขึ้นไป	65.98				

เพราะปล่อยปละละเลยระเบียบวินัยของเด็ก เมื่อบิดามารดาควบคุมเด็กสมาธิสั้นไม่ได้ในบางสถานการณ์ จึงก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดา และส่งผลให้บิดามารดาใช้วิธีการเลี้ยงดูที่ควบคุมและเข้มงวดมากขึ้น^{26,32} นำไปสู่รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ³⁰ อย่างไรก็ตามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการและรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเผด็จการนับเป็นรูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่มีประสิทธิผล (ineffective parenting style) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นมีอาการที่แย่ลง มีปัญหาพัฒนาการด้านสติปัญญาและสังคม³²

ค่าคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการ มี

ความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา โดยในรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการนั้นมารดาจะมีความคาดหวังสูง ออกคำสั่งโดยยึดความคิดเห็นของตนเองเป็นหลัก เมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการสมาธิสั้นของบุตรได้จึงนำมาซึ่งความผิดหวังและกังวลใจในการทำหน้าที่มารดาของตนเอง ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาต่ำลง^{5,33} ในขณะที่มารดาที่ใช้รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการซึ่งเน้นการตอบสนองทางอารมณ์แต่ขาดการควบคุม จะไม่สามารถจัดการกับอาการสมาธิสั้นของบุตรได้นำมาสู่ความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร³³ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรลดลงเช่นกัน

อาการสมาธิสั้นทุกกลุ่มอาการที่เพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าบิดามารดาของเด็กที่มีอาการทางพฤติกรรมสูงจะมีความรู้สึกพึงพอใจในบทบาทของการเป็นบิดามารดาต่ำ ส่งผลให้มีความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่บิดามารดาลดลง^{5,34,35} เนื่องจากรดาไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นได้ ทำให้ขาดความมั่นใจในการจัดการ³⁶ โดยการศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการมาก จะมีความเครียดในการเลี้ยงดูสูง³⁷ ส่งผลต่อเนื่องให้เกิดภาวะวิตกกังวลในมารดา ทำให้ขาดแรงจูงใจในการทำหน้าที่บิดามารดา

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์สามัญรยาของมารดาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น พบว่ามารดาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคู่สมรสในระดับพอดีมีการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรสูงกว่ามารดาที่มีความสัมพันธ์ห่างเหินหรือใกล้ชิดจนเกินไปในระดับความสัมพันธ์ที่พอดีนี้ มีความขัดแย้งต่ำและให้ความสนับสนุนซึ่งกันและกัน มีการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นแรงสนับสนุนหลักทางสังคม คู่สมรสมีแนวโน้มที่จะให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่คู่สมรสอีกฝ่ายเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร การสนับสนุนนี้ทำให้ผู้ปกครองสามารถทำหน้าที่บิดามารดาได้มีสมรรถนะสูงมากยิ่งขึ้น³⁸ อีกทั้งยังมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตสมรส และการเห็นตรงกันในบทบาทบิดามารดาที่ส่งผลกับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูนั้น มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของบิดามารดา ในส่วนของความพึงพอใจในการทำหน้าที่บิดามารดา ซึ่งอธิบายผ่านการมีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือส่งเสริมทางบวกในการทำหน้าที่บิดามารดาซึ่งกันและกัน การมีบรรยากาศของการพึงพอใจในครอบครัวนี้เองที่เป็นรากฐานของความพึงพอใจในการทำหน้าที่บิดามารดา⁶ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาห่างเหินหรือใกล้ชิดจนเกินไปจะส่งผลให้บิดามารดาขัดแย้งกัน สร้างความวิตกกังวลให้แก่มารดา และทำให้บุตรมีปัญหาด้านพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น³⁹ ซึ่งนำไปสู่การรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรที่ต่ำลง⁴⁰

สรุป

ผลการศึกษานี้พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้

สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ในทางกลับกันค่าคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเผด็จการและแบบผ่อนปรนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับสมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของอาการสมาธิสั้นทั้ง 3 ด้าน คือ อาการไม่มีสมาธิจดจ่อ อาการอยู่นิ่งไม่หันหันพละเล่น และอาการต่อต้านที่มาก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ผลการศึกษานี้ นำมาสู่การประยุกต์ใช้ทางคลินิกในการรักษาอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยเด็กโดยยา ประกอบกับการปรับรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูโดยเสริมการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ รวมถึงลดการเลี้ยงดูแบบผ่อนปรนและแบบเผด็จการ นอกจากนี้จะเป็นแรงเสริมในการรักษาอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยแล้วยังเป็นกระบวนการสำคัญที่จะเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นด้วย

จุดแข็งและข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นกับการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในบริบททางคลินิก อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีหลายข้อจำกัด ซึ่งได้แก่ แบบสอบถามที่ใช้ประเมินรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูและการรับรู้สมรรถนะในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาเป็นแบบสอบถามที่มารดาเป็นผู้ตอบซึ่งขึ้นอยู่กับความรูสึกนึกคิดของตัวผู้ตอบค่อนข้างมาก หากมีการศึกษารูปแบบนี้ในอนาคต การมีเครื่องมือวัดที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นจะช่วยให้ผลการศึกษาเที่ยงตรงมากขึ้น และการศึกษานี้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจไม่สามารถอธิบายประชากรกลุ่มอื่นได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์แพทย์หญิงณัฐพร ทศนิกิจพาณิชย์ และคณะ, อาจารย์สุณีย์ กลีบปาน และคณะ, อาจารย์นายแพทย์ณัฏฐร พิชัยรัตน์เสถียร และคณะ ที่อนุเคราะห์แบบสอบถามขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์วีระศักดิ์ ชลไชย ที่ให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่ให้ความกรุณาสละเวลาในการทำแบบสอบถามวิจัย และขอขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความช่วยเหลือตลอดงานวิจัย

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

พญ.ภัทรกร คงอินทร์ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ พญ. ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช และ ดร.จิราประสาพรศิริโชค ให้คำปรึกษาและตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

- Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002;8:162-70.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5thed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942-8.
- Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2003;21:66-75.
- Johnston C, Mash EJ. A measure of parenting satisfaction and efficacy. *J Clin Child Psychol* 1989;18: 167-75.
- Ohan JL, Leung DW, Johnston C. The parenting sense of competence scale: evidence of a stable factor structure and validity. *Can J Behav Sci* 2000;32:251-61.
- Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Dev* 1991;62:918-29.
- Coleman PK, Karraker KH. Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Dev Rev* 1998;18:47-85.
- Mash EJ, Johnston C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:86-99.
- Baumrind D. The discipline controversy revisited. *Fam Relat* 1996;45:405-14.
- Eisenberg N, Zhou Q, Spinrad TL, Valiente C, Fabes RA, Liew J. Relations among positive parenting, children's effortful control, and externalizing problems: a three-wave longitudinal study. *Child Dev* 2005;76: 1055-71.
- Aunola K, Nurmi JE. The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Dev* 2005;76: 1144-59.
- Williams LR, Degnan KA, Perez-Edgar KE, Henderson HA, Rubin KH, Pine DS, Steinberg L, Fox NA. Impact of behavioral inhibition and parenting style on internalizing and externalizing problems from early childhood through adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2009;37:1063-75.
- Cunningham CE, Barkley RA. The interactions of normal and hyperactive children with their mothers in free play and structured tasks. *Child Dev* 1979;50:217-24.
- Mash EJ, Johnston C. A comparison of the mother-child interactions of younger and older hyperactive and normal children. *Child Dev* 1982;53:1371-81.
- Yousefia S, Far AS, Abdolahian E. Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia Soc* 2011;30:1666-71.
- Nelson T, East P, Delva J, Lozoff B, Gahagan S. Children's inattention and hyperactivity, mother's parenting, and risk behaviors in adolescence: a 10-year longitudinal study of Chilean children. *J Dev Behav Pediatr* 2019;40:249-56.
- Fischer M. Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol* 1990;19:337-46.
- Robinson CC, Mandelco B, Olsen SF, & Hart CH. The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). In: Perlmutter BF, Touliatos J, Holden GW, editors. *Handbook of Family Measurement Techniques*. Thousand Oaks: Sage; 2001. p. 319-321.
- Tassanakijpanich N, Trairatvorakul P, Chonchaiya W. Predictive factors for executive functions in 3-year-old Thai children [Thesis in Developmental-Behavioral Pediatrics Fellowship]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.[in Thai]
- Kleeapan S, Phahuwatanakorn W, Yusamran C, Putdivarnichapong W. Factors influencing parental competence in first-time postpartum mothers. *JRTAN* 2019;20:140-9.
- Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014;59:97-110.
- van Steijn DJ, Oerlemans AM, de Ruiter SW, van Aken MA, Buitelaar JK, Rommelse NN. Are parental autism spectrum disorder and/or attention-deficit/Hyperactivity disorder symptoms related to parenting styles in families with ASD (+ADHD) affected children? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22:671-81.
- Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL. Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Negl* 2007;31:567-72.
- Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D. ADHD: does parenting style matter? *Clin Pediatr (Phila)* 2008;47:865-72.
- Kuppens S, Ceulemans E. Parenting styles: a closer look at a well-known concept. *J Child Fam Stud* 2019;28:168-81.
- Ni HC, Gau SS. Co-occurrence of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms with other psychopathology in young adults: parenting style as a moderator. *Compr Psychiatry* 2015;57:85-96.
- Prasartpornsirichoke J, Pityaratstian N, Pongparadorn W. School bullying behaviors and victimization in Thai children and adolescents with comorbid attention deficit hyperactivity disorder, anxiety disorders, and oppositional defiant disorder. *Chula Med J* 2022;66:293-300.

29. El-Deen GMS, Yousef AM, Mohamed AE, Ibrahim AS. Socio-demographic and clinical correlates of parenting style among parents having ADHD children: a cross-section study. *MECPsych* 2021;28:1-11.
30. Moghaddam MF, Assareh M, Heidariipoor A, Rad RE, Pishjoo M. The study comparing parenting styles of children with ADHD and normal children. *Arch Psych Psych* 2013;15:45-9.
31. Deater-Deckard K. Parenting stress. The United States of America: Yale University Press; 2008.
32. Alizadeh S, Abu Talib MB, Abdullah R, Mansor M. Relationship between parenting style and children's behavior problems. *Asian Soc Sci* 2011;7:195-200.
33. Rogers MA, Wiener J, Marton I, Tannock R. Supportive and controlling parental involvement as predictors of children's academic achievement: Relations to children's ADHD symptoms and parenting stress. *School Ment Health* 2009;1:89-102.
34. Maniadaki K, Sonuga-Barke E, Kakouros E, Karaba R. Maternal emotions and self-efficacy beliefs in relation to boys and girls with AD/HD. *Child Psychiatry Hum Dev* 2005;35:245-63.
35. Podolski CL, Nigg JT. Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *J Clin Child Psychol* 2001;30:503-13.
36. Sanders MR, Woolley ML. The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. *Child Care Health Dev* 2005;31:65-73.
37. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. *J Emot Behav Disord* 2013;21:3-17.
38. Simons RL, Lorenz FO, Wu C, Conger RD. Social network and marital support as mediators and moderators of the impact of stress and depression on parental behavior. *Dev Psychol* 1993;29:368-81.
39. Mann BJ, MacKenzie EP. Pathways among marital functioning, parental behaviors, and child behavior problems in school-age boys. *J Clin Child Psychol* 1996;25:183-91.
40. Bogenschneider K, Small SA, Tsay JC. Child, parent, and contextual influences on perceived parenting competence among parents of adolescents. *J Marriage Fam* 1997;59:345-62.