

# ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) ในเด็กที่มีโรคลมชัก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนมล พูลสวน\*, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์\*\*, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข\*\*\*

\*วท.ม. จิตวิทยาเด็ก วิทยาลัยครู และครอบครัว โครงการร่วมระหว่าง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** 1) เพื่อศึกษาความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคลมชัก และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคลมชักอายุระหว่าง 10 - 18 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ใช้เครื่องมือวัดในการวิจัย 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง และแบบวัดความผูกพันกับผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ chi-square, t-test, correlation coefficient และวิธีการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณเชิงเส้น

**ผลการศึกษา** มีผู้เข้าร่วมวิจัย 175 คน เป็นเพศชาย 132 คน อายุเฉลี่ย 14.06 ปี จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ correlation coefficient พบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ( $r = .248$ ) คะแนนความผูกพันกับผู้ปกครองทั้งในภาพรวม ( $r = .279$ ) และด้านย่อยความไว้วางใจ ( $r = .341$ ) การสื่อสาร ( $r = .163$ ) และสัมพันธ์ทางลบกับความแปลกแยก ( $r = -.181$ ) และจากสถิติวิธีการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณเชิงเส้น พบว่าความผูกพันกับผู้ปกครอง ( $B = .013 (.005-.021)$ ,  $p = 0.002$ ) เป็นปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นลมชัก

**สรุป** การศึกษาแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นลมชัก ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการส่งเสริมความผูกพันกับผู้ปกครองต่อความเมตตากรุณาต่อตนเองต่อไป

**คำสำคัญ:** โรคลมชัก ความเมตตากรุณาต่อตนเอง ความผูกพันกับผู้ปกครอง

Corresponding author: คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: komsan.kei@me.com

วันรับ : 6 มิถุนายน 2566 วันแก้ไข : 2 กันยายน 2566 วันตอบรับ : 3 กันยายน 2566

# Self-Compassion in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Associated Factors

Chanamol Poolsuan\*, Komsan Kiatrungrit\*\*, Somboon Hataiyusuk\*\*\*

\*M.Sc. Child, Adolescent and Family Psychology, Affiliate Program Between Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital and National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

\*\*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*\*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University

## ABSTRACT

**Objective:** 1) To explore self-compassion in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), and 2) to examine the relations among self-compassion and related factors.

**Method:** A cross-sectional survey study was conducted in 10 to 18-year-old children and adolescents diagnosed with ADHD by psychiatrist and residents at outpatient department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital. Three questionnaires were utilized in this study including a demographic data questionnaire, the self-compassion scale (SCS), and the inventory of parental attachment and peer attachment- Revised (IPPA-R). Data were analyzed using chi-square tests, t-tests, correlation coefficient, and multiple linear regression analyses.

**Results:** This study included 175 participants, of whom 132 were male. The average age of the participants was 14.06 years. According to correlation coefficient analysis, the self-compassion score was found to be positively correlated with age ( $r = .248$ ), the total score of parental attachment ( $r = .279$ ), the trust subscale ( $r = .341$ ), communication subscale ( $r = .163$ ) and negatively correlated with alienation subscale ( $r = -.181$ ). Furthermore, multiple linear regression analyses revealed that parental attachment ( $B = .013$  (.005 -.021),  $p = 0.002$ ) remained associated with self-compassion in children and adolescents with ADHD.

**Conclusion:** The research identified factors associated with self-compassion in children and adolescents with ADHD. Further studies should investigate the effects of promoting parental attachment on self-compassion.

**Key words:** ADHD, self-compassion, parental attachment

## บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder; ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่เกิดจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองส่วนหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการขาดสมาธิ (inattention) ชนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) หรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่ในวัยเด็กก่อนอายุ 7 ปี จากการสำรวจสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นในประเทศต่างๆ พบอัตราความชุกเฉลี่ยของโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 5.29<sup>1</sup> ซึ่งในประเทศไทยได้มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 ทั่วประเทศ พบว่ามีความชุกเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 8.1<sup>2</sup> จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม มิเช่นนั้นกลุ่มผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ความยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับสังคม อาจทำให้เกิดผลเสีย (impairment) และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่<sup>3</sup> นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นยังอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการเลี้ยงดู เช่น ต้องถูกควบคุม ถูกกล่าวหาและสิ่งในเรื่องต่างๆ ซ้ำๆ มากกว่า แต่ได้รับการชื่นชมให้รางวัลน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น<sup>4-5</sup> เกิดความขัดแย้งในความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ และเด็กและวัยรุ่น<sup>6</sup> และมีความผูกพันที่ไม่มั่นคง (insecure attachment)<sup>7-8</sup> ผลดังกล่าวอาจส่งผลต่อความเมตตาต่อนตนเอง (self-compassion) ในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีความเมตตาต่อนตนเองต่ำกว่าเด็กและวัยรุ่นทั่วไป<sup>9-10</sup>

ความเมตตาต่อนตนเองคือต้นทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกประเภทหนึ่ง ที่ถูกริเริ่มนำมาพูดถึงอย่างแพร่หลายในการเยียวยาและช่วยเหลือผู้ที่เผชิญกับความทุกข์ โดยความเมตตาต่อนตนเองถูกให้ความหมายไว้ว่าเป็นการเปิดใจยอมรับความทุกข์หรือความรู้สึกแง่ลบที่มีของตนเอง<sup>11</sup> และได้จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การใจดีกับตนเอง (self-kindness) แทนที่จะตัดสินต่อความล้มเหลวด้วยการตำหนิตัวเองที่ไม่ดีพอของตนเอง (self-criticism) 2) การรับรู้ถึงความผิดพลาดนั้นเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ทั่วไปทั้งกับตนเองและมนุษย์ทุกคน (common humanity) แทนที่จะแยกตัวออกจากสังคม (isolation) และ 3) การมีสติตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (mindfulness) แทนที่จะระบุตนเองเกินจริงจนจมอยู่กับความผิดพลาดที่ซ้ำ (overidentification)<sup>11</sup> กล่าวคือเมื่อบุคคลต้องเผชิญอารมณ์เชิงลบ กล่าวโทษและตำหนิตนเอง การมีสติจะช่วยให้บุคคลนั้นสังเกตเห็นความคิดและอารมณ์เชิงลบ

ของตนเอง และไตร่ตรองตนเองอย่างเหมาะสมตามความเป็นจริง แทนที่การจมอยู่กับความคิดและความรู้สึกเชิงลบที่มากเกินไป<sup>12</sup> ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะผลันกันสร้างกรอบทางความคิดที่สัมพันธ์กับความเมตตาต่อนตนเองเพื่อพิจารณา เมื่อบุคคลต้องเผชิญความบกพร่อง ความผิดพลาด และความล้มเหลว ในสถานการณ์ที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดิ้นรนต่อสู้ชีวิต ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดทรมานทางร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึก<sup>13</sup>

ความเมตตาต่อนตนเองถูกนำมาใช้ในการทำความเข้าใจและบำบัดบุคคลที่มีสภาวะการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่าระดับความเมตตาต่อนตนเองนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำงานของระบบสมองและระบบประสาท โดยความเมตตาต่อนตนเองช่วยให้สมองหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) หรือฮอร์โมนแห่งความรักออกมา<sup>14</sup> ส่งผลให้บุคคลที่มีบุคลิกลักษณะเมตตาต่อนตนเองสูงจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนคิดในเชิงบวกในการใช้ชีวิต รวมถึงการมีความรู้สึกผูกพันมั่นคง (secure attachment) ปลอดภัยทั้งกับตนเองและผู้อื่นในสังคม มีสุขภาพจิตที่ดีอย่างเป็นองค์รวม และมีความยืดหยุ่นทางใจ (psychological resilience) ซึ่งเป็นพื้นฐานของการมีความฉลาดทางอารมณ์ (emotional intelligence) ปัญญา (wisdom) ความพอใจในชีวิต (life satisfaction) ความเชื่อมโยงทางสังคม (social connectedness) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย<sup>13,15</sup> ในขณะที่เดียวกันความเมตตาต่อนตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) หรือฮอร์โมนความเครียด<sup>16</sup> ความเมตตาต่อนตนเองจึงถูกจัดว่าเป็นเครื่องมือในการเยียวยาตนเองเมื่อเกิดความเครียด ความคิดแง่ลบ การตกอยู่ในสถานการณ์ที่รู้สึกเจ็บปวด หรือการตำหนิตนเองอย่างรุนแรง ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โดยพบได้มากที่สุดในกลุ่มวัยรุ่น<sup>16-17</sup> สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ทำการศึกษาคความเมตตาต่อนตนเองในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่มีความเมตตาต่อนตนเองต่ำ ล้วนประเมินตนเองด้วยทัศนคติและความรู้สึกต่อนตนเองในแง่ลบ ซึ่งสัมพันธ์กับการมีความละอายใจ (shame) การวิพากษ์ตัดสินหรือตำหนิตนเอง ความรู้สึกด้อยค่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม และการมีพฤติกรรมยอมจำนน (submissive behavior)<sup>18</sup>

จากความสำคัญของความเมตตาต่อนตนเองดังกล่าว การทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตาต่อน

ต่อตนเองจึงมีความสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะ ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเอง มีการศึกษาพบว่า เด็กจะมีความเมตตากรุณาต่อตนเองลดลงเมื่อ อายุมากขึ้น<sup>16</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความคิด เชิงนามธรรม วิตกกังวลเกี่ยวกับมุมมองที่ผู้อื่นจะมีต่อเขา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับความละอายใจ (shame) การวิพากษ์ ตัดสินหรือตำหนิตนเองสูง<sup>18</sup> และวัยรุ่นเป็นช่วงที่พบความผิดปกติ ทางอารมณ์ได้มาก ซึ่งจากการศึกษาพบว่าความผิดปกติ ทางอารมณ์นี้มีความสัมพันธ์กับระดับความเมตตากรุณาต่อตนเอง ที่ต่ำ<sup>16,18</sup> ทั้งยังพบว่าปัจจัยด้านครอบครัวโดยเฉพาะปัจจัยด้าน ความผูกพันกับผู้ปกครองในวัยเด็กนั้นมีอิทธิพลต่อความเมตตา กรุณาต่อตนเองเช่นกัน เนื่องจากบุคคลที่มีการวิพากษ์ตัดสินหรือ ตำหนิตนเองสูงจะขาดความสามารถในการสร้างความรู้สึกอบอุ่น ได้ด้วยตนเอง (self-directed warmth) ความรู้สึกอุ่นใจ (reassurance soothing) ความชื่นชอบตัวเอง (self-liking) ได้ เนื่องจากพวกเขา ขาดประสบการณ์หรือความทรงจำเกี่ยวกับการได้รับความเมตตา และความอบอุ่นในวัยเด็ก<sup>18</sup> สอดคล้องกับทฤษฎีความผูกพัน ทางจิตใจ (attachment theory) ของ John Bowlby ที่ได้อธิบาย ไว้ว่าความรู้สึกผูกพันที่สร้างขึ้นกับผู้เลี้ยงดูในวัยเด็กที่ดีจะเป็น ต้นแบบของความสัมพันธ์ที่จะมีต่อตนเองและบุคคลอื่นๆ ในอนาคต<sup>19</sup> ในทางตรงข้ามหากเด็กเติบโตมาด้วยคำวิจารณ์ ต่อว่า และถูกเพิกเฉยจากพ่อแม่ หรือถูกทารุณกรรม (abuse) มีบาดแผลในใจ จะมีความผูกพันแบบไม่มั่นคง (insecure attachment) กับพ่อแม่ และอาจส่งผลให้เด็กมีความเมตตากรุณา ต่อตนเองต่ำ<sup>20</sup> มีอาการทางจิตเวชอื่นๆ รวม และมีแนวโน้มที่จะ ปฏิเสธการเข้ารับการรักษาให้ดีขึ้น<sup>21</sup> ดังนั้นเด็กที่มีภาวะ สมาธิสั้นและมักได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม มีปัญหา ความสัมพันธ์และความผูกพันกับผู้ปกครองดังได้กล่าวมา จึงอาจ ส่งผลกับความเมตตากรุณาต่อตนเองได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่เป็น สมาธิสั้นอยู่ค่อนข้างน้อยในปัจจุบัน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาความเมตตา กรุณาต่อตนเอง และความผูกพันกับผู้ปกครองอย่างแพร่หลายใน ต่างประเทศ โดยเฉพาะการหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเมตตา กรุณาต่อตนเองในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นทั่วไป แต่ยังมีการศึกษาอยู่ จำนวนน้อยได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อ

ตนเองในกลุ่มเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น และยังไม่มีการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองกับผูกพัน ทางจิตใจกับผู้ปกครองในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการศึกษานี้เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ ในการช่วยเหลือ ดูแล และทำกิจกรรมเสริมสร้างความเมตตากรุณา ต่อตนเอง ให้เด็กที่มีโรคสมาธิสั้นต่อไป

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive survey) โดยทำการศึกษาดังแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นช่วงอายุระหว่าง 10 - 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์และแพทย์ ประจำบ้านที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลรามาริบัติ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งสิ้น 384 คน การกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยประมาณโดยใช้ แนวคิดการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยประชากร โดยสูตรการคำนวณของทาโร ยามาเน่ คือ

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษา

N = จำนวนประชากรเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น

e = ค่าความเคลื่อนที่จะยอมรับได้ กำหนดที่ 0.06 แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{384}{1 + (384)(0.06)^2} = 161.18 \text{ (162 คน)}$$

จากสูตรจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 162 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนเพื่อแทนจำนวนการขาดหายไปของ กลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน จึงนำมาวิเคราะห์ ผลทั้งหมด

การศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ เลขที่โครงการ ID 720 เอกสารรับรองเลขที่ MURA 2021/576

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยแบบประเมินออนไลน์ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในแบบสอบถาม

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา โดยข้อมูลทั่วไปตอบโดยผู้เข้าร่วมการวิจัยเอง มี 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ย) สมาชิกครอบครัวในปัจจุบัน สถานภาพของบิดามารดา สำหรับข้อมูลในส่วนการรักษา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วยตนเอง ประกอบด้วย ก) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาโดยผู้วิจัยเริ่มนับตั้งแต่วันแรกที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งปัจจุบัน และรายงานเป็นจำนวนเดือนที่ได้รับการรักษา ข) ยาที่ใช้ในการรักษา โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลยาที่ใช้ในการรักษาปัจจุบันมาแบ่งกลุ่มเป็น ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาสมาธิสั้น (short-acting stimulant, intermediate-long-acting stimulant, methylphenidate hydrochloride extended-release capsules, non-stimulant) และไม่ได้รับ และการได้รับยาอื่นๆ ค) การมีโรคร่วมทางจิตเวช โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาแบ่งกลุ่มเป็นผู้ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ที่ไม่มโรคร่วม

2) แบบวัดความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง (ฉบับภาษาไทย) พัฒนาโดยพลอยชมพู อัครศรีณีย์<sup>22</sup> ซึ่งได้ถูกปรับปรุงและดัดแปลงมาจากแบบวัด Self-Compassion Scale (SCS) ที่สร้างขึ้นโดย Kristin D. Neff<sup>23</sup> เป็นแบบสอบถามชนิดตอบโดยตนเอง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบไปด้วยข้อคำถามด้านบวก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีเมตตาต่อตนเอง ความรู้สึกร่วมกันของความเป็นมนุษย์ และการมีสติตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และข้อคำถามด้านลบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การตำหนิหรือตัดสินตนเอง การแยกตัว และการระบุดตนเองเกินจริง มาตราวัดเป็นแบบวัดประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ตรงแทบทุกครั้ง (5 คะแนน) ตรงบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ตรงบางครั้ง (3 คะแนน) แทบจะไม่ตรง (2 คะแนน) และไม่เคยตรงเลย (1 คะแนน) การแปลผลใช้การรวมคะแนนจากข้อคำถามทุกข้อ โดยคะแนนมากหมายถึงการมีความเมตตาตากรุณาต่อตนเองสูง แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ( $\alpha = .88$ ) และค่าความเชื่อมั่นสำหรับด้านย่อยอยู่ในเกณฑ์ดี คะแนนอยู่ระหว่าง .70 - .79<sup>22</sup> มีการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือนและเชิงต่างกัน (convergent and divergent validity) จากการใช้สถิติ Pearson's correlation

หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดความเมตตาตากรุณาต่อตนเอง (SCS) กับแบบวัดทางอารมณ์เชิงบวก (EMWSS) และอาการทางจิตเวช (DASS-21) พบว่าความเมตตาตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบวัดทางอารมณ์เชิงบวก (EMWSS) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>24</sup>

3) ความผูกพันทางจิตใจกับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ผู้วิจัยใช้แบบวัด inventory of parental attachment and peer attachment- Revised (IPPA-R) ฉบับภาษาไทย ในส่วนของความผูกพันกับผู้ปกครอง ซึ่งแปลโดย อักษรวิภาค หลีกทอง<sup>25</sup> โดย Gullone และ Robinson ได้พัฒนาแบบวัดมาจาก inventory of parental attachment and peer attachment (IPPA) แบบสอบถามเป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อคำถามถูกแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความไว้วางใจ (trust) จำนวน 10 ข้อ การสื่อสาร (communication) จำนวน 10 ข้อ และการแปลกแยก (alienation) จำนวน 8 ข้อ มาตราวัดเป็นแบบวัดประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ จริงเสมอ (3 คะแนน) จริงบ้างบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่จริง (1 คะแนน) การแปลผลใช้การรวมคะแนนจากข้อคำถามทุกข้อ โดยคะแนนมากหมายถึงการมีความผูกพันกับผู้ปกครองสูง โดยแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ( $\alpha = .93$ ) และสำหรับด้านย่อยอยู่ในเกณฑ์ดี - ดีมาก คะแนนอยู่ระหว่าง .72 - .91<sup>25</sup> มีการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือนและเชิงต่างกัน (convergent and divergent validity) จากการใช้สถิติ correlation หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดการรับรู้ความผูกพันทางจิตใจกับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง (IPPA) ด้านย่อยอัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว (family self-concept) และด้านย่อยอัตมโนทัศน์ด้านสังคม (social self-concept) พบว่าความผูกพันทางจิตใจกับพ่อแม่หรือผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านย่อยอัตมโนทัศน์ด้านครอบครัวและด้านย่อยอัตมโนทัศน์ด้านสังคม และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อมโยง (cohesion) และการแสดงออก (expressiveness) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความขัดแย้ง (conflict) และการควบคุม (control) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>26</sup>

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มจากการขออนุญาตจิตแพทย์และแพทย์

ประจำบ้านที่ดูแลกลุ่มตัวอย่าง และขอความอนุเคราะห์ให้จิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทำแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเป็นผู้ชี้แจงข้อมูลการวิจัยขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนทำแบบสอบถามออนไลน์สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษาทางไกล (telemed) ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ปกครองเข้าร่วมกลุ่ม Line ของโครงการ และใช้กลุ่ม Line ของโครงการเพื่อส่งลิงค์แบบสอบถาม และแจ้งเตือนกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองขณะกล่าวคำว่า "ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย" เพื่อเป็นหลักฐานในการเข้าร่วม โดยผู้วิจัยจะทำลายไฟล์เสียงเมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดลง ในส่วนของข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับประวัติการรักษา ผู้วิจัยจะดำเนินการบันทึกข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 18 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไป ความเมตตาต่อตนเอง และความผูกพันกับผู้ปกครอง และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติการทดสอบ chi-square test, independent samples t-test, correlation coefficient และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (multiple linear regression analysis) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเมตตาต่อตนเอง

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งสิ้น 215 คน ได้รับแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งสิ้น 175 ฉบับ ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 132 คน (75.40%) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 14.06 ปี (SD = 2.53, min-max = 10-18) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.38 (SD = 0.58, min-max = 1.49-4.00) ระยะเวลาที่มารับการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 60.85 เดือน (5.07 ปี) (SD = 40.30, min-max = 1-157) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา (n = 169, 91.57%) โดยแบ่งเป็น short acting stimulant 132 คน (75.40%), intermediate-long acting stimulant 67 คน (38.29%)

และ non-stimulant (atomoxetine; Strattera) 5 คน (2.90%) และมีผู้ได้รับยาอื่นๆ จำนวน 58 คน (31.40%) (ดูรายละเอียดใน supplementary table 1, <https://bit.ly/44GBLwv>) ทั้งนี้พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีโรคร่วมทางจิตเวช 107 คน (61.10%) โรคร่วมทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorder; LD) 42 คน (24.10%) โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tics/Tourette) 22 คน (12.60%) โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder; MDD) 13 คน (7.40%) ตามลำดับ (ดูรายละเอียดใน supplementary table 2, <https://bit.ly/44GBLwv>) ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว/ครอบครัวขยาย 141 คน (80.60%) สถานะของพ่อแม่โดยส่วนใหญ่พบว่าพ่อแม่อาศัยอยู่ด้วยกัน 130 คน (74.30%) และมีความผูกพันกับผู้ปกครองเฉลี่ย 65.79 คะแนน (SD = 9.39, min-max = 38-83) ดังตารางที่ 1

### ความเมตตาต่อตนเองและความผูกพันกับผู้ปกครองของเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นในภาพรวมและรายด้าน

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยความเมตตาต่อตนเอง 2.58 คะแนน (SD = 0.47, min-max = 1.31-3.58) โดยแบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการมีเมตตาต่อตนเอง (self-kindness) มีค่าเฉลี่ย 3.45 คะแนน (SD = 0.85, min-max = 1.60-5) ด้านความรู้สึกร่วมกันของความเป็นมนุษย์ (common humanity) มีค่าเฉลี่ย 1.85 คะแนน (SD = 0.55, min-max = 1-3) ด้านการมีสติตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น (mindfulness) มีค่าเฉลี่ย 3.21 คะแนน (SD = 0.92, min-max = 1-5) ด้านการตำหนิหรือตัดสินตนเอง (self-judgement) มีค่าเฉลี่ย 1.85 คะแนน (SD = 0.55, min-max = 1-3) การระบุตนเองเกินจริง (over identification) มีค่าเฉลี่ย 1.77 คะแนน (SD = 0.53, min-max = 1-3) และการแยกตัว (isolation) มีค่าเฉลี่ย 1.75 คะแนน (SD = 0.55, min-max = 1-3) ตามลำดับ

ในส่วนของความผูกพันกับผู้ปกครองพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยความผูกพันกับผู้ปกครอง 65.79 คะแนน (SD = 9.39, min-max = 38-8) เมื่อพิจารณาด้านย่อยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยความผูกพันกับผู้ปกครองด้านความไว้วางใจมากที่สุด 24.01 คะแนน (SD = 4.08, min-max = 12-30) ด้านการสื่อสาร 21.94 คะแนน (SD = 4.26, min-max = 10-30) และด้านความรู้สึกแปลกแยก 13.49 คะแนน (SD = 3.66, min-max = 8-24) ดังตารางที่ 2

โดยจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเมตตาต่อตนเองของผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่พบว่ามีค่าแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเมตตาต่อตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัย

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย

		รวม (n=175) n (%) / mean (SD)	กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี (n = 96) n (%) / mean (SD)	กลุ่มอายุ 15 - 18 ปี (n = 79) n (%) / mean (SD)	$\chi^2/t$	p
เพศ	ชาย	132 (75.40)	68 (51.52)	64 (48.48)	2.42	.120
	หญิง	43 (24.60)	28 (65.12)	15 (34.88)		
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน		3.38 (2.45)	3.44 (0.58)	3.30 (0.58)	.807	.175
ระยะเวลาที่รับการรักษา (เดือน)		60.85	44.94 (28.82)	80.18 (43.83)	.000	.000*
การได้รับยา <sup>a</sup>	ได้รับยาสมาธิสั้น	169 (91.40)	92 (54.40)	77 (45.60)	.350	.554
	short-acting stimulant (ritalin)	132 (75.40)	75 (78.10)	57 (72.20)		
	intermediate-long-acting stimulant	67 (38.30)	40 (41.70)	27 (34.20)		
	Methylphenidate ER tablets (concerta)	45 (25.70)	24 (25.00)	21 (26.60)		
	Methylphenidate hydrochloride ER capsule (ritalin LA)	22 (12.60)	16 (16.70)	6 (7.60)		
	non-stimulant (atomoxetine; strattera)	5 (2.90)	3 (3.10)	2 (2.50)		
	ไม่ได้รับยาสมาธิสั้น	6 (3.20)	4 (66.70)	2 (33.30)		
	ได้รับยาอื่นๆ <sup>b</sup>	58 (31.40)	29 (50.00)	29 (50.00)		
โรคร่วมทางจิตเวช	มี <sup>c</sup>	107 (61.10)	53 (49.50)	54 (50.50)	3.152	.076
	ไม่มี	68 (38.90)	43 (63.20)	25 (36.80)		
รูปแบบครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว/ขยาย	141 (80.60)	73 (51.80)	68 (48.20)	2.787	.095
	ครอบครัวข้ามรุ่น/เลี้ยงเดี่ยว	34 (19.40)	23 (67.60)	11 (32.40)		
สถานภาพครอบครัว	อยู่ด้วยกัน	130 (74.30)	68 (52.30)	62 (47.70)	1.327	.249
	หย่าร้าง/เสียชีวิต	45 (25.70)	28 (62.20)	17 (37.80)		

Abbreviation: ER = extended release, LA = long acting; a = ผู้ป่วย 1 คนรับยาได้มากกว่า 1 ประเภท, b = รายละเอียดยาอื่นๆ ที่ได้รับเพิ่มเติมอยู่ใน supplementary table 1, c = รายละเอียดโรคทางจิตเวชร่วมเพิ่มเติมอยู่ใน supplementary table 2, \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองและความผูกพันกับผู้ปกครองของกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นในภาพรวมและรายด้าน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี และ 15 - 18 ปี (n = 175)

		รวม (n=175) mean (SD)	min-max	กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี (n = 96) mean (SD)	min-max	กลุ่มอายุ 15 - 18 ปี (n = 79) mean (SD)	min-max	t	p
ความเมตตากรุณาต่อตนเอง	ความเมตตาตนเอง	3.45 (0.85)	1.60-5.00	3.32 (0.90)	1.60-5.00	3.62 (0.77)	1.80-5.00	.091	.023*
	การตัดสินตนเอง	3.23 (0.34)	2.20-4.20	3.25 (0.35)	2.20-4.20	3.21 (0.32)	2.60-4.20	.281	.466
	ความรู้สึกร่วมการเป็นมนุษย์	3.42 (1.04)	1.00-5.00	3.29 (1.13)	1.00-5.00	3.58 (0.90)	1.00-5.00	.019	.072
	การแยกตัว	4.25 (0.55)	3.00-5.00	4.32 (0.52)	3.00-5.00	4.16 (0.57)	3.00-5.00	.218	.047*
	การมีสติ	3.21 (0.92)	1.00-5.00	3.03 (0.98)	1.00-5.00	3.43 (0.78)	1.50-5.00	.072	.004**
	การระบุนตนเองเกินจริง	4.23 (0.53)	3.00-5.00	4.25 (0.53)	3.00-5.00	4.20 (0.49)	3.00-5.00	.172	.598
	คะแนนรวม	2.58 (0.47)	1.31-3.58	2.49 (0.50)	1.31-3.58	2.69 (0.40)	1.38-3.50	.016	.003*
ความผูกพันกับผู้ปกครอง	ความไวใจ	24.01 (4.08)	13.00-30.00	24.58 (3.81)	14.00-30.00	24.53 (3.60)	13.00-30.00	.799	.927
	การสื่อสาร	21.94 (4.26)	15.00-30.00	23.45 (3.22)	15.00-29.00	23.04 (3.69)	16.00-30.00	.075	.434
	ความแปลกแยก	13.49 (3.66)	8.00-24.00	13.44 (3.75)	8.00-24.00	13.54 (3.56)	8.00-24.00	.426	.848
	คะแนนรวม	65.79 (9.39)	40.00-83.00	66.59 (9.17)	40.00-83.00	66.03 (8.89)	42.00-83.00	.890	.679

\* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .05, \*\* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .01

พื้นฐานของกลุ่มเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น แต่พบว่าคะแนนรวมของ ความเมตตาจากครูณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความผูกพันกับผู้ปกครองทั้งภาพรวมและด้านย่อย ได้แก่ ด้าน ความไว้วางใจ การสื่อสาร และความแปลกแยก อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $r = .266, p < 0.001; r = .314, p < 0.001, r = .166, p < 0.05, r = -.182, p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 3

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตาจากครูณาต่อตนเอง**

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นพบว่า ปัจจัยด้านอายุ  $B = -.200 (-.368 -.031), p = 0.020$  และปัจจัย ความผูกพันกับผู้ปกครอง ( $B = .013 (.005 -.021), p = 0.002$ ) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตาจากครูณาต่อตนเองได้อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

**วิจารณ์**

ผลการศึกษาพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นมี คะแนนเฉลี่ยความเมตตาจากครูณาต่อตนเอง 2.58 คะแนน ซึ่งใกล้เคียง

กับงานวิจัยของ Willoughby และ Evans ที่พบว่ากลุ่มวัยรุ่น ที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ย ความเมตตาจากครูณาต่อตนเองเท่ากับ 2.63<sup>27</sup> และพบว่าคะแนนเฉลี่ย ความเมตตาจากครูณาต่อตนเองดังกล่าวต่ำกว่าในกลุ่มเด็กทั่วไป จากงานวิจัยของ Bluth และงานวิจัยของ Xavier ที่ศึกษาในกลุ่ม เด็กนักเรียนอายุ 11 - 18 ปี พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความเมตตาจากครูณา ต่อตนเองอยู่ที่ 2.94 - 3.09<sup>10,28</sup> สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีโรคสมาธิสั้นมีความเมตตาจากครูณาต่อตนเองต่ำกว่า กลุ่มที่ไม่มีโรคสมาธิสั้น<sup>29</sup> เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นนั้น มักประสบกับปัญหาในด้านต่างๆ ของชีวิต ทั้งด้านการเรียน การทำงาน และการเข้าสังคม ทำให้เกิดผลกระทบต่อการปรับตัว และไม่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก ประสบการณ์เหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดตำหนิตัดสินภาพลักษณ์ต่อตนเอง ในด้านลบ รู้สึกขาดความมั่นใจในตนเองและมองว่าตนแปลกแยก จากคนอื่น<sup>30</sup> สังคม ขาดการยอมรับนับถือในคุณค่าของตนเอง<sup>30</sup> ถึงแม้ว่ายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริม ความเมตตาจากครูณาต่อตนเองในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น แต่พบว่า

**ตารางที่ 3** ตารางแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างและหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยความเมตตาจากครูณาต่อตนเองกับปัจจัยพื้นฐานและการรักษาที่เกี่ยวข้องของกลุ่มเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น

		ความเมตตาจากครูณาต่อตนเอง mean (SD)	t/r	p-value
เพศ	ชาย	2.58 (0.48)	.54	.887
	หญิง	2.57 (0.44)		
ได้รับยาสมาธิสั้น	ได้รับ	2.59 (0.47)	.61	.404
	ไม่ได้รับ	2.42 (0.62)		
โรคร่วมทางจิตเวช	มี	2.58 (0.49)	.23	.957
	ไม่มี	2.58 (0.44)		
รูปแบบครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว/ขยาย	2.58 (0.46)	.49	.968
	ครอบครัวข้ามรุ่น/เลี้ยงเดี่ยว	2.58 (0.51)		
สถานภาพครอบครัว	อยู่ด้วยกัน	2.58 (0.45)	.10	.856
	หย่าร้าง/เสียชีวิต	2.59 (0.54)		
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย <sup>a</sup>			.66	.437
ระยะเวลาที่มารับการรักษาเฉลี่ย <sup>a</sup>			.15	.067
ความผูกพันกับผู้ปกครอง <sup>a</sup>	ความไว้วางใจ		.34	.000**
	การสื่อสาร		.16	.032*
	ความแปลกแยก		.18	.016*
	คะแนนรวม		.28	.000**

a = สถิติ correlation, \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=value < .05, \*\* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .001

**ตารางที่ 4** การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น

ปัจจัยที่ศึกษา	ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (95% CI)			p-value
	B	Lower Bound	Upper Bound	
Constant	1.511	.658	2.365	.001
เพศชาย <sup>a</sup>	.020	-.144	.185	.806
กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี <sup>b</sup>	-.200	-.368	-.031	.020*
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	.072	-.061	.206	.285
ช่วงเวลาที่มารับการรักษาเฉลี่ย	.001	-.001	.003	.239
ได้รับยาสมาธิสั้น <sup>c</sup>	-.059	-.484	.365	.783
มีโรคร่วมทางจิตเวช <sup>d</sup>	-.053	-.209	.103	.503
รูปแบบครอบครัวเดี่ยว/ขยาย <sup>e</sup>	.056	-.004	.116	.065
สถานภาพครอบครัวอยู่ด้วยกัน <sup>f</sup>	.029	-.110	.169	.679
ความผูกพันกับผู้ปกครองในภาพรวม	.013	.005	.021	.002**

a = อ้างอิงกับเพศหญิง, b = อ้างอิงกับอายุระหว่าง 15-18 ปี, c = อ้างอิงกับ ไม่ได้รับยาสมาธิสั้น, d = อ้างอิงกับ ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช, e = อ้างอิงกับรูปแบบครอบครัวข้ามรุ่น/เลี้ยงเดี่ยว, f = อ้างอิงกับสถานภาพครอบครัวหย่าร้าง/เสียชีวิต, \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .05, \*\* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .01

ความเมตตากรุณาต่อตนเองช่วยให้บุคคลลดการตำหนิตัดสินตนเองลง<sup>31</sup> กล้าเผชิญหน้ากับข้อจำกัดของตนเอง การหันกลับมาสังเกตตนเองและประเมินตนเองตามความเป็นจริงทำให้เกิดการยอมรับในตนเอง ให้อภัยตนเองจากประสบการณ์ความผิดพลาดในอดีต และมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น<sup>32</sup> ทั้งยังพบอีกว่าความเมตตากรุณาต่อตัวเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และการควบคุมความเชื่อทางด้านการเรียน (control belief for learning) ในกลุ่มวัยรุ่น<sup>33-34</sup> ซึ่งจะช่วยป้องกันผลทางลบจากความล้มเหลวในการเรียน (academic failure)<sup>35</sup> มีความใจดีต่อตนเอง เกิดความเข้าใจว่าความล้มเหลวเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นกับใครก็ได้ และการมีสติรับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอาจช่วยเสริมความมั่นใจในการเรียน โดยการประเมินความสามารถตนเองตามความเป็นจริง และเกิดการยอมรับตนเองมากขึ้น<sup>9</sup> ดังนั้นการมีความเมตตากรุณาต่อตนเองจึงอาจช่วยป้องกันผลทางลบต่างๆ ในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นได้

ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นที่มีอายุมากจะมีความเมตตากรุณาต่อตนเองสูงกว่าเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นที่อายุน้อย

ซึ่งผลดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองและความทุกข์ทางใจ (psychological distress) ในเด็กและวัยรุ่นช่วงอายุระหว่าง 10 - 19 ปี จำนวน 7,049 คน ที่พบว่าเด็กและวัยรุ่นจะมีความเมตตากรุณาต่อตนเองลดต่ำลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น<sup>16</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการแสดงของโรคสมาธิสั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการตามวัยของเด็ก ความทุกข์ของโรคสมาธิสั้นลดลงเรื่อยๆ จากร้อยละ 12.8 เป็นร้อยละ 6.0 เมื่ออายุเพิ่มขึ้น<sup>36</sup> โดยอาการนอนไม่นิ่งและอาการหุนหันพลันแล่นมักจะพบน้อยลงในวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น<sup>30</sup> นอกจากนี้กลุ่มประชากรในการศึกษาเป็นเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชและส่วนมากได้รับการรักษาด้วยยา จึงอาจส่งผลกับอาการสมาธิสั้นที่ดีขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการเปรียบเทียบความเมตตากรุณาต่อตนเองของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ที่พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจากประเทศไทยนั้นมีคะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองสูงสุด อาจเนื่องมาจากประชากรในประเทศไทยส่วนใหญ่ได้รับการอบรมสั่งสอนที่สอดคล้องกับหลักธรรมทางพุทธศาสนา ประกอบ

ไปด้วยทั้งความเมตตากรุณาต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งหล่อหลอมให้บุคคลมีอัตมโนทัศน์แห่งตน (self-concept) ให้มีความเมตตากรุณาต่อตนเองเป็นพื้นฐาน<sup>15</sup> นอกจากนี้ในวัยรุ่นตอนปลายเป็นวัยที่มีความเข้าใจในเรื่องนามธรรมมากขึ้น จึงอาจเกิดการตระหนักและเข้าใจในเรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองซึ่งเป็นเรื่องเชิงนามธรรมได้ดีกว่าวัยเรียนและวัยรุ่นตอนต้น<sup>37</sup>

ผลการศึกษาพบว่าความผูกพันกับผู้ปกครองทั้งภาพรวมและด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่พบว่ารูปแบบความผูกพันกับผู้เลี้ยงดูในวัยเด็กคือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเมตตากรุณาต่อตนเอง<sup>16</sup> ความผูกพันที่มั่นคง (secure attachment) ในวัยเด็ก ทำให้รู้สึกปลอดภัยในการออกไปเผชิญสิ่งต่างๆ ภายนอก มีทัศนคติแง่บวก ความหวัง และความไว้วางใจทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง ในทางกลับกันเด็กที่มีความผูกพันที่ไม่มั่นคงกับผู้เลี้ยงดูนั้นจะมีทัศนคติแง่ลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆ พวกเขา และจะมีความรู้สึกกังวลจนเป็นปัญหาในการใช้ชีวิต เมื่อเกิดความผิดพลาดมักจะตำหนิตนเอง รู้สึกแปลกแยก จมอยู่กับความทุกข์ และอาจมีปัญหาทางจิตเวชร่วมเมื่อเติบโตขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองที่ต่ำ<sup>14,38</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูที่รุนแรง (harsh parenting) มักก่อให้เกิดความรู้สึกอับอาย (shame) ตำหนิตนและตัดสินตนเอง (self-criticism)<sup>39</sup> และยังก่อให้เกิดอุปสรรคในการปลอบโยนตนเอง (self-soothing) และการยืนยันในตนเอง (self-reassuring) เนื่องจากผู้ที่ได้รับการเลี้ยงดูดังกล่าวมักขาดความทรงจำภายในทางอารมณ์ (internalized emotional memories) ถึงผู้ที่ปฏิบัติกับเขาอย่างอ่อนโยน ซึ่งทั้งการเผชิญความทุกข์ยากในวัยเด็ก (childhood adversity) ที่สะสมมา การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมมักพบได้ในเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น<sup>4-6</sup> และอาจนำไปสู่การตำหนิตนตนเอง ไม่สามารถปลอบโยนและยืนยันตนเองได้นั้น จะส่งผลต่อความสามารถของเขาในการพัฒนาความเมตตากรุณาต่อตนเองและการมีโรคทางจิตเวชร่วม<sup>40-41</sup> และในทางกลับกันจากการศึกษาที่ติดตามเด็กจำนวน 543,650 คน ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเด็กอายุ 15 - 19 ปี พบว่าเด็กที่เผชิญความทุกข์ยากในวัยเด็กที่สะสม (cumulative exposure to childhood adversity) จากปัจจัยครอบครัว เช่น การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว การติดยาเสพติดของผู้ปกครอง การป่วยเป็นโรคทางจิตเวชของผู้ปกครอง ประวัติอาชญากรรมรุนแรงของผู้ปกครอง เด็กจะมี

ความเสี่ยงของการเป็นโรคสมาธิสั้นมากยิ่งขึ้นด้วยเช่นกัน<sup>42</sup> แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันกับผู้ปกครองใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 12 - 15 ปี ที่ไม่ได้มีโรคสมาธิสั้น (65.79 คะแนนเมื่อเทียบกับ 64.22 - 65.24 คะแนน)<sup>25,43</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มเด็กสมาธิสั้นดังกล่าวได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง และได้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองในการดูแลเมื่อมาติดตามการรักษา ซึ่งต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าอาการของโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับความผูกพันที่ไม่มั่นคง และการได้รับการรักษาก็มีส่วนช่วยให้มีความผูกพันที่ดีขึ้น<sup>44</sup> ดังนั้นการมีโรคสมาธิสั้นเองก็มีแนวโน้มที่จะพบการเลี้ยงดูที่รุนแรงหรือไม่เหมาะสมดังที่ได้กล่าวมา และเสี่ยงกับการมีความผูกพันแบบไม่มั่นคง ซึ่งอาจส่งผลต่อความเมตตากรุณาต่อตนเองได้ต่อไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งยังมีการศึกษาอยู่น้อยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ยังคงมีข้อจำกัดต่างๆ ดังนี้ 1) เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ดังนั้นจึงไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดเป็นเหตุหรือผลที่ตามมาได้ (causal relationship) 2) การวิจัยเป็นการศึกษาในกลุ่มเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงอาจไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้กับประชากรทั่วไป หรือเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาก็ได้ 3) ในการประเมินความเมตตากรุณาต่อตนเองนั้น เป็นข้อมูลจากการประเมินด้วยตนเองเพียงด้านเดียว จึงอาจเกิดอคติจากการให้ข้อมูลได้ 4) การศึกษานี้อาจไม่ได้เก็บข้อมูลปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง เช่น ปัจจัยทางด้านการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน ความเมตตากรุณาต่อตนเองของตัวผู้ปกครอง และเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองในการศึกษาก่อนหน้านี้

## สรุป

เด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะในช่วงวัยเรียนและวัยรุ่นตอนต้น มีแนวโน้มที่จะมีความเมตตากรุณาต่อตนเองต่ำ โดยปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์คือความผูกพันที่ดีกับผู้ปกครอง ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างความผูกพันที่ดีตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยเฉพาะในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ในอนาคต ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเมตตากรุณาต่อตนเองต่อไปได้

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ศูนย์จริยธรรมในมนุษย์ในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ รวมทั้งผู้ปกครองที่ยินยอมและผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Guilherme Polanczyk, Mauricio Silva de Lima, Bernardo Lessa Horta, Joseph Biederman, Luis Augusto Rohde. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6): 942-8.
2. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *J Ment Health Thai* 2013; 21(2): 66-75.
3. Limsuwan N, Wisajun P. Clinical presentations of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017; 62(2): 139-48.
4. Cunningham CE. A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ambul Pediatr* 2007; 7(1 Suppl): 60-72.
5. McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WR, Friedman JL. The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33(1): 158-68.
6. Danforth JS, Anderson LP, Barkley RA, Stokes TF. Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1991; 11(6): 703-27.
7. Fearon RM, Belsky J. Attachment and attention: Protection in relation to gender and cumulative social-contextual adversity. *Child Dev* 2004; 75(6): 1677-93.
8. Low JA, Webster L. Attention and executive functions as mediators of attachment and behavior problems. *Soc Dev* 2016; 25(3): 646-64.
9. Willoughby D, Evans MA. Self-processes of acceptance, compassion, and regulation of learning in university students with learning disabilities and/or ADHD. *Learn Disabil Res Pract* 2019; 34(4): 175-84.
10. Xavier A, Pinto-Gouveia J, Cunha M. The protective role of self-compassion on risk factors for non-suicidal self-injury in adolescence. *Sch Ment Health* 2016; 8(4): 476-85.
11. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. *Handbook of mindfulness and self-regulation*: Springer; 2015: p. 121-37.
12. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self identity* 2003; 2(2): 85-101.
13. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2003; 2: 223-50.
14. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers* 2007; 41(1): 139-54.
15. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh Y. Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *J Cross Cult Psychol* 2008; 39(3): 267-85.
16. Marsh IC, Chan SW, MacBeth A. Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness* 2018; 9(4): 1011-27.
17. Gilbert P, Baldwin MW, Irons C, Baccus JR, Palmer M. Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *J Cogn Psychother* 2006; 20(2): 183-200.
18. Gilbert P, Irons C. Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders* 2009; 1: 195-214.
19. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry* 1982; 52(4): 664.
20. Sakulsriprasert C. Attachment style measures: From past to future. *Th J Cli Psy* 2015;46(Jul-Dec).
21. Cole-King A, Gilbert P. Compassionate care: The theory and the reality. *J Holist healthcare* 2011;8(3): 29-37.
22. Attasaranya P. Relationships among self-esteem, self-compassion, body mass index, self-objectification, and body image satisfaction in female adolescents Chulalongkorn University; 2012.
23. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2003;2(3):223-50.
24. Cunha M XA, Castilho P. Understanding self-compassion in adolescents: Validation study of the self-compassion scale. *Pers Individ Dif* 2016;93:56-62.
25. Lucktong A, Salisbury TT, Chamrathirong A. The impact of parental, peer and school attachment on the psychological well-being of early adolescents in Thailand. *Int J Adolesc Youth* 2018;23(2):235-49.
26. Gullone E, Robinson K. The inventory of parent and peer attachment—revised (ippa-r) for children: A psychometric investigation. *Clin Psychol Psychother* 2005;12(1):67-79.
27. Willoughby D, Evans MA. Self-processes of acceptance, compassion, and regulation of learning in university students with learning disabilities and/or ADHD. *Learn Disabil Res Pract* 2019;34(4):175-84.
28. Bluth K, Blanton PW. The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *J Posit Psychol* 2015;10(3):219-30.
29. Beaton DM, Sirois F, Milne E. Self-compassion and perceived criticism in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Mindfulness* 2020;11(11):2506-18.
30. Pornoppadol C. ADHD: Attention deficit hyperactivity disorders. Siriraj press, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. 2561. 409 p.
31. Meerholz EW, Spears R, Epstude K. Having pity on our victims to save ourselves: Compassion reduces self-critical emotions and self-blame about past harmful behavior among those who highly identify with their past self. *PLoS One* 2019;14(12):e0223945.
32. Zhang JW, Chen S. Self-compassion promotes personal improvement from regret experiences via acceptance. *Pers Soc Psychol Bull* 2016; 42(2): 244-58.



33. Smeets E, Neff K, Alberts H, Peters M. Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *J Clin Psychol* 2014; 70(9): 794-807.
34. Iskender M. The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Soc Behav Pers* 2009; 37(5): 711-20.
35. Breines JG, Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Pers Soc Psychol Bull* 2012; 38(9): 1133-43.
36. Cohen R SY, Shuper A, Inbar D, Chodick G, Shalev V, Raz R, et al. Prevalence of epilepsy and attention-deficit hyperactivity (ADHD) disorder: A population-based study. *J Child Neurol* 2013;28(1):120-3.
37. Bluth K, Mullarkey M, Lathren C. Self-compassion: A potential path to adolescent resilience and positive exploration. *J Child Fam Stud* 2018; 27(9): 3037-47.
38. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*: Routledge; 2018.
39. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. New York: Routledge; 2005. p. 263-325.
40. Whelton WJ, Greenberg LS. Emotion in self-criticism. *Pers Individ Dif* 2005; 38(7): 1583-95.
41. Gilbert P, Irons C. Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders* 2008: 195-214.
42. Björkenstam E, Björkenstam C, Jablonska B, Kosidou K. Cumulative exposure to childhood adversity, and treated attention deficit/hyperactivity disorder: A cohort study of 543 650 adolescents and young adults in sweden. *Psychol Med* 2018; 48: 498-507.
43. Kiatrungrit K. Association between parental, peer, and teacher attachment, and cyberbullying. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2021;65(3):245-62.
44. Wylock J-F, Borghini A, Slama H, Delvenne V. Child attachment and ADHD: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023; 32(1): 5-16.