

ทักษะทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

อนันตญา ชัยวัฒน์พงศ์*, วศิน เลหาวินิจ**, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*, ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเลี้ยงดูและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึง 30 เมษายน 2566 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน และแบบประเมิน Screening for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) แบบประเมิน Swanson, Nolan and Pelham IV scale (SNAP-IV) แบบประเมิน Alabama Parenting Questionnaire (APQ) และแบบประเมิน Social skill Questionnaire (SSQ) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กำหนดนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ 0.05

ผลการศึกษา เด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองที่เข้าร่วมการศึกษารวมมีจำนวนทั้งสิ้น 112 คู่ เป็นเด็กชายร้อยละ 83.0 และร้อยละ 41.1 มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 ประเภท ปัจจัยเชิงบวกที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคม ได้แก่ คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวก ($\beta=0.2, p=0.04$) การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและครู ($\beta=4.5, p=0.006$ และ $\beta=6.51, p<0.001$ สำหรับกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ) และการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ($\beta=2.8, p=0.05$) ปัจจัยเชิงลบที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคม ได้แก่ คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบ ($\beta=-0.3, p=0.009$) เพศชาย ($\beta=-6.9, p=0.001$) การมีโรคทางกาย ($\beta=-11.6, p=0.002$) อาการขาดสมาธิ ($\beta=-8.8, p<0.001$) อาการขาดสมาธิและมีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นร่วมด้วย ($\beta=-7.3, p<0.001$) และอาการติดต่อต้าน ($\beta=-5.9, p<0.001$)

สรุป การผสมผสานการรักษาโรคสมาธิสั้นทางคลินิกร่วมกับการบูรณาการส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นการแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเชิงบวก อาทิ การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในการเลี้ยงดูบุตรและบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี ร่วมกับการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กสมาธิสั้นและครู ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมจะส่งผลดีต่อทักษะสังคมในเด็กสมาธิสั้น

คำสำคัญ โรคสมาธิสั้น ทักษะทางสังคม การเลี้ยงดู นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

Corresponding author: ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: sasithorn.p@chula.ac.th

วันรับ : 17 กันยายน 2566 วันแก้ไข : 16 ธันวาคม 2566 วันตอบรับ : 30 มกราคม 2567

Social Skills and Associated Factors of Late Elementary School Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Child and Adolescent Psychiatric Unit, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Ananya Chaiwattanapong*, Wasin Laohavijij**, Jirada Prasartpornsirichoke*, Sasithorn Preechawuttidech*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

**Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the associations between parenting practices, sociodemographic factors, and social skills in children with ADHD.

Method: A cross-sectional study was conducted at the Child and Adolescent Outpatient Clinic, Department of Psychiatry, King Chulalongkorn Memorial Hospital, from December 1, 2022, to April 30, 2023. This study recruited parents and children with ADHD who were enrolled in late elementary schools. The sociodemographic status of both children and parents was collected using questionnaires. In addition, child interviews and Thai version standardized tests such as the Screening for Child Anxiety Related Disorders (SCARED), the Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV), the Alabama Parenting Questionnaire (APQ), and the Social Skill Questionnaire (SSQ) were utilized in this study. Associations between factors and social skills were analyzed using multiple linear regression with a 0.05 significance threshold.

Results: One hundred and twelve ADHD patients and their parents were included in the study. 83.0 percent of the patients were male, and 41.1 percent had at least one comorbidity. Positive factors associated with social skills were positive parenting scores ($\beta=0.2$, $p=0.04$), a good child-teacher relationship ($\beta=4.5$, $p=0.006$ and $\beta=6.51$, $p<0.001$ for children with moderate and satisfactory relationships compared to the poor group, respectively), and receiving behavioral modifications in the past 3 months ($\beta=2.8$, $p=0.05$). Social skills were negatively associated with negative parenting scores ($\beta=-0.3$, $p=0.009$), male gender ($\beta=-6.9$, $p=0.002$), physical illness ($\beta=-11.6$, $p<0.001$), predominant inattentiveness ($\beta=-8.8$, $p<0.001$), combine type ($\beta=-7.3$, $p<0.001$), and symptoms of oppositional defiant disorder ($\beta=-5.9$, $p<0.001$).

Conclusion: It is crucial to combine clinical treatments for ADHD using medication and improving environmental factors. This includes offering positive parenting guidance, which consists of involving parents in child-rearing and fostering effective parental roles, along with promoting a healthy parent-child relationship and cultivating a positive teacher-student relationship. These efforts, combined with behavior modification interventions, are likely to yield favorable outcomes for social skills development in children with ADHD.

Keywords: Attention deficit and hyperactivity disorder, social skills, parenting, late-elementary school students

Corresponding author: Sasithorn Preechawuttidech

E-mail: sasithorn.p@chula.ac.th

Received 17 September 2023 Revised 16 December 2023 Accepted 30 January 2024

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชเด็กที่มีความชุกสูงในเด็กวัยเรียน โดยความชุกของโรคในประเทศไทยและต่างประเทศอยู่ที่ร้อยละ 7.2 - 8.1^{1,2} โรคสมาธิสั้นมีอาการ 3 ด้านหลัก ได้แก่ ขาดสมาธิ ซนอยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งล้วนกระทบต่อพัฒนาการของเด็กในเกือบทุกด้านโดยเฉพาะความบกพร่องด้านสังคมจากการศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคมน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีอาการ³⁻⁵ โดยเด็กสมาธิสั้นมักแสดงออกในลักษณะของการไม่รบกวนผู้อื่น เปลี่ยนบทสนทนาบ่อย ไม่รบกวนผู้อื่นจนจบ พูดแทรกขึ้นมาในเวลาที่ไม่เหมาะสมหรือมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นบ่อยๆ ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีหลายกลไกที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากความบกพร่องของสมองส่วนควบคุมจัดการ (executive function)^{6,7} กระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง ปัญหาด้านอารมณ์ (emotional) การรู้คิด (cognitive) หรือเกิดจากโรคร่วมต่างๆ เช่น โรคติดต่อด้าน โรคร่วมด้านอารมณ์ ซึ่งพบได้มากถึง 2 ใน 3 ของเด็กสมาธิสั้น^{8,9} อย่างไรก็ตามการที่เด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นมักไม่ได้เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวชั่วคราวตามสถานการณ์ แต่จะคงอยู่ระยะยาวและมีแนวโน้มความบกพร่องเพิ่มขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่หากไม่ได้รับการแก้ไขปรับเปลี่ยนรักษา โดยจะส่งผลกระทบต่ออาชีพการงาน การเข้าสังคม การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีคู่ครองในอนาคต รวมไปถึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในการกระทำผิดทางกฎหมาย^{10,11} ซึ่งผลกระทบทางลบเหล่านี้มักส่งผลย้อนกลับไปที่สภาพจิตใจของผู้ป่วยสมาธิสั้นในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นปัญหาความบกพร่องในทักษะทางสังคมของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นจึงไม่ควรถูกละเลยและมองข้าม

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลายปัจจัย ทั้งในส่วนของปัจจัยตัวเด็ก ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อายุ^{12,13} เพศ^{12,14} ชนิดย่อยของโรคสมาธิสั้น^{15,16} ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น^{14,17} การใช้ยา^{18,19} การรักษาทางจิตสังคม^{18,20} สัมพันธภาพระหว่างครูและเด็ก²¹ ภาวะที่พบร่วม เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า และติดต่อด้าน^{13,17,22,23} ซึ่งภาวะติดต่อด้านมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับทักษะสังคมที่แย่งลง ในเด็กสมาธิสั้นและปัจจัยด้านการเลี้ยงดู ซึ่งพบว่า การเลี้ยงดูเชิงบวกที่มากขึ้นและการเลี้ยงดูเชิงลบที่ลดลงทั้งของบิดาและมารดา ส่งผลดีต่อทักษะทางสังคมของเด็ก¹⁴ อย่างไรก็ตามผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นมีแนวโน้มที่จะให้การเลี้ยงดูเชิงลบมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ปกครองของเด็กทั่วไป²⁴ สมาคมกุมารเวชศาสตร์และสมาคม

จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นแห่งสหรัฐอเมริกาจึงแนะนำให้ใช้การฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent training) เป็นการรักษาหลักในโรคสมาธิสั้นควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา²⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยงานวิจัยก่อนหน้ามักมุ่งเน้นไปที่การบำบัดในรูปแบบต่างๆ ต่อผลของทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้น นอกจากนี้งานวิจัยก่อนหน้านี้ในระดับนานาชาติมักพิจารณาปัญหาทางอารมณ์ของเด็กสมาธิสั้นในรูปแบบองค์รวม กล่าวคือพิจารณาความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าควบคู่กันไป ไม่ได้แยกการวิเคราะห์ออกจากกัน อีกทั้งผลการศึกษาก่อนหน้าที่เกี่ยวกับปัจจัยการเลี้ยงดูต่อผลของทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นยังมีจำกัด งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบการเลี้ยงดู ภาวะทางอารมณ์ ทั้งวิตกกังวลและซึมเศร้ารวมถึงปัจจัยอื่นๆ กับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผ่านทางการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง อาทิเช่น การสัมภาษณ์เด็กสมาธิสั้นแบบสอบถามสำหรับเด็กและผู้ปกครอง รวมทั้งการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน การวิจัยนี้ทำการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เนื่องจากความสามารถทางสังคมของเด็กวัยนี้เป็นตัวทำนายที่สำคัญของปัญหาหลายด้าน โดยเฉพาะในด้านสังคมและสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นตามมาในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่²⁶ โดยผลการศึกษานี้จะถูกนำไปใช้เป็นแนวทางในการต่อยอดพัฒนาการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นต่อไป

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยศึกษาในผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นที่ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2565 - 30 เมษายน 2566 งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB no. 0598/65)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา คือ ผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้น อายุ 8 - 12 ปี จำนวน 112 คู่ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรที่

ไม่ทราบขนาดประชากรชัดเจนของ Wayne, W.D. (1995) เนื่องจากมีความไม่แน่นอนของจำนวนประชากรเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการการรักษาในแต่ละปี โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 96 คู่ และบวกเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เป็น 116 คู่ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (missing data) ที่อาจจะส่งผลให้ขนาดตัวอย่างเล็กกว่าที่กำหนด โดยเก็บข้อมูลจากเด็กและผู้ปกครองทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริง คือ 112 คู่

เกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา คือ เด็กอายุระหว่าง 8 - 12 ปี และกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 และได้รับการระบุรหัสวินิจฉัยโรค ICD-10: F90 ในเวชระเบียน โดยทำการรวบรวมข้อมูลจากทั้งเด็กและผู้ปกครองที่เป็นผู้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็ก หากมีผู้ปกครองมากกว่า 1 ท่าน ผู้ปกครองที่มีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดจะเป็นผู้ได้รับคัดเลือกให้ตอบแบบสอบถาม เด็กที่มีโรคร่วมในกลุ่ม Autism spectrum disorder, Social communication disorder, Intellectual developmental disorder หรือเด็กและผู้ปกครองที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้จะถูกคัดออกจากการศึกษา การศึกษานี้ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครอง และเด็กสมาธิสั้นแจ้งความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือของการวิจัย

เครื่องมือของการวิจัยนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยหลักคนเดียวซึ่งเป็นแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ดังต่อไปนี้

1. การสืบค้นและทบทวนข้อมูลการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและโรคร่วมอื่นๆ ของเด็กสมาธิสั้นจากเวชระเบียน
2. การสัมภาษณ์เด็กสมาธิสั้นเพื่อประเมินอาการของโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เพื่อให้ได้ข้อมูลอาการในปัจจุบันของเด็ก นอกเหนือจากโรคร่วมที่ระบุในเวชระเบียน
3. แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด โดยชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก แบบประเมิน

ความวิตกกังวลสำหรับเด็ก (SCARED) และแบบประเมินทักษะสังคมฉบับเด็กเป็นผู้ประเมินตนเอง ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (APQ) และแบบประเมินทักษะสังคมฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน

แบบสอบถามและแบบประเมินที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง (Demographic data)

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ส่วนที่เด็กเป็นผู้ตอบเองได้แก่ เพศ อายุ จำนวนพี่น้องร่วมพ่อแม่เดียวกัน ลำดับการเกิด ระดับการศึกษา และสัมพันธภาพระหว่างเด็กและครู โดยการประเมินเจตคติของเด็กที่มีต่อความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับครูเป็นข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นโดยแพทย์ผู้วิจัย ในรูปแบบมาตรวัดประมาณค่าแบบตัวเลขร่วมกับภาพประกอบ มีสเกลตั้งแต่ 1 - 10 โดย 1 แสดงถึงความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างเด็กและครู และ 10 แสดงถึงความสัมพันธ์ที่ดี เด็กมีความสนิทสนมกับครู สำหรับข้อมูลจากผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ ได้แก่ ประเภทโรงเรียน การได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม สมาชิกในครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และความเพียงพอของครอบครัว

แบบประเมินความวิตกกังวลสำหรับเด็ก (Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED))

เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองอาการวิตกกังวล พัฒนาโดย Birmaheret และคณะ (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธิพร ตั้งจิตติพร และคณะ (2022)²⁷ แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 41 ข้อ โดยแต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง = 0 คะแนน จริงบ้างบางครั้ง = 1 คะแนน จริงบ่อยๆ = 2 คะแนน มีค่าคะแนนรวม 0 - 82 คะแนนมีค่าจุดตัดคะแนน (cut-offs) ที่ 23 คะแนน ซึ่งบ่งชี้ว่าเด็กมีภาวะวิตกกังวลที่มีความสำคัญทางคลินิก แบบประเมินดังกล่าวมีความไวเท่ากับ 0.74 และความจำเพาะเท่ากับ 0.5 โดยมีค่า Cronbach's alpha ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.91

แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short Form) ฉบับผู้ปกครองหรือครูเป็นผู้ประเมิน

เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองโรคสมาธิสั้น พัฒนาโดย Swanson, Nolan และ Pelham (1992) แปลเป็นภาษาไทยโดย ภัทรพิทยรัตน์เสถียร และคณะ (2014)²⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ อาการขาดสมาธิ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และอาการดื้อต่อต้าน โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่เลย = 0 เล็กน้อย = 1 ค่อนข้างมาก = 2 และมาก = 3 มีค่าจุดตัดคะแนนของแบบสอบถามในแต่ละกลุ่มอาการสำหรับการให้ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินอยู่ที่ 16, 14 และ 12 คะแนน สำหรับอาการขาดสมาธิ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง และอาการดื้อต่อต้านตามลำดับ โดยมีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.93 - 0.96

แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง Alabama Parenting Questionnaire (APQ) ฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน

เป็นเครื่องมือสำหรับการวัดการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง พัฒนาโดย Shelton, Frick, และ Wootton (1991) แปลเป็นภาษาไทยโดย เอพิณา คำออน และคณะ (2019)²⁹ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ แบ่งเป็น 6 หมวดหลัก ได้แก่ 1) บทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices; PP) 2) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement; PI) 3) การขาดการดูแล/สั่งสอนของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision; PM) 4) การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (inconsistent discipline; ID) 5) การลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment; CP) และ 6) การใช้กฎระเบียบแบบอื่นๆ (other discipline; OD) โดยหมวดที่ 1 และ 2 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (positive parenting) และหมวดที่ 3 ถึง 5 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูเชิงลบ (negative parenting) และหมวดที่ 6 ไม่ได้ถูกนำมาคิดคะแนน แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคย = 1 คะแนน แทบจะไม่เคย = 2 คะแนน บางครั้ง = 3 คะแนน บ่อย = 4 คะแนน บ่อยมาก = 5 คะแนน แต่ละหมวดมีค่าจุดตัดคะแนนที่แตกต่างกัน หากมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับจุดตัดในหมวดที่ 1 หรือ 2 เป็นการบ่งบอกถึงปัญหาในการเลี้ยงดูของหมวดดังกล่าว ในทางกลับกันหากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับจุดตัดในหมวดที่ 3, 4 หรือ 5 เป็นการบ่งบอกถึงปัญหาในการเลี้ยงดูของหมวดดังกล่าว

จุดตัดคะแนนของแบบสอบถามของหมวด 1 ถึง 5 คือ 21, 35, 18, 18 และ 7 คะแนน ตามลำดับ โดยมีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.6 - 0.8

แบบประเมินทักษะทางสังคม Social Skills Questionnaire (SSQ) ฉบับเด็กและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน

เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินทักษะทางสังคม พัฒนาโดย Susan H. Spence (1995)³⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เกี่ยวกับทักษะทางสังคมด้านบวก 3 ด้านที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน ได้แก่ 1) ด้านความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ความขัดแย้ง (Conflict resolution) 2) ด้านการแสดงความอบอุ่นและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Warmth and Empathy) และ 3) ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social involvement) แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง = 0 คะแนน จริงบ้างบางครั้ง = 1 คะแนน จริงบ่อยๆ = 2 คะแนน มีคะแนนรวม 0 - 60 คะแนน แบบประเมินดังกล่าวไม่มีการแบ่งจุดตัด โดยคะแนนที่สูงขึ้นบ่งบอกถึงทักษะทางสังคมที่มากขึ้น แบบสอบถามฉบับภาษาไทยได้ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงในเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.67 และนำไปทดลองใช้ในเด็กและผู้ปกครองของเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ณ โรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวนกลุ่มละ 30 คน ผลการประเมินพบว่าแบบประเมินมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 สำหรับฉบับเด็กประเมินตนเอง และ 0.83 สำหรับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้โปรแกรม STATA Version 17 ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงกลุ่มแสดงผลด้วยจำนวน (ร้อยละ) และข้อมูลเชิงปริมาณแสดงผลโดยค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สถิติ Paired T-Test และ Pearson's Correlation ถูกใช้ในการเปรียบเทียบความแตกต่างและความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินตามลำดับ สถิติ Univariate และ Multivariate Linear Regression ถูกใช้ในการวิเคราะห์หาขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ

คะแนนทักษะทางสังคมโดยตัวแปรที่มีค่า $p < 0.20$ ในการวิเคราะห์แบบ Univariate Analysis จะถูกคัดเลือกนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติมใน Multivariate Analysis³¹ แบบจำลองที่สามารถอธิบายข้อมูลได้ดีที่สุดพิจารณาจากค่า Adjusted R^2 ถูกนำมารายงานผลของการศึกษานี้ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง

ข้อมูลพื้นฐานของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองในการศึกษานี้แสดงไว้ในตารางที่ 1 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 112 คู่ เป็นเด็กชายจำนวน 93 คน (ร้อยละ 83.0) มีอายุเฉลี่ย 10.6 (1.1) ปี ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างศึกษาอยู่ในโรงเรียนเอกชน มีพี่น้องร่วมบิดามารดา และอาศัยอยู่กับทั้งพ่อและแม่ คะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพระหว่างเด็กและครูอยู่ที่ 7.1 (2.0) คะแนน เด็กมีโรคความจำรวม 46 คน (ร้อยละ 41.1) โดยโรคที่พบมากที่สุดคือโรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (ร้อยละ 22.3) นอกจากนี้ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่พบเด็กที่มีอาการของโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 จากการสัมภาษณ์โดยแพทย์ผู้วิจัย และมีเด็กจำนวน 38 คน (ร้อยละ 33.9) ได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยาสำหรับผู้ปกครองพบว่า ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม (ร้อยละ 72.3) มีอายุเฉลี่ย 43.9 ปี ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 89.3) ค่ามัธยฐานรายได้ครัวเรือนต่อเดือนอยู่ที่ 70,000 (50,000) บาท และร้อยละ 89.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

ผลการประเมินแบบสอบถามประเภทต่างๆ

ข้อมูลผลการประเมินด้วยแบบสอบถามประเภทต่างๆในการศึกษานี้แสดงไว้ในตารางที่ 2 เมื่อประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินความวิตกกังวล SCARED พบว่าเด็กมีภาวะวิตกกังวลจำนวน 68 คน (ร้อยละ 60.7) สำหรับการประเมินระดับอาการสมาธิสั้นด้วยแบบประเมิน SNAP-IV พบว่าเด็กประมาณครึ่งหนึ่งมีอาการขาดสมาธิและ/หรือมีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (ร้อยละ 52.7) โดยพบกลุ่มที่มีอาการทั้ง 2 อย่างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.3 นอกจากนี้จากการประเมินด้วยแบบประเมินเดียวกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน (ร้อยละ 34.8) มีอาการติดต่อด้านเมื่อพิจารณาการเลี้ยงดูของผู้ปกครองจากแบบประเมิน APQ พบว่าปัญหาการลงโทษทางร่างกายเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดและปัญหา

ด้านบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดีเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด โดยมีผู้ปกครองจำนวน³⁴ (ร้อยละ 30.6) และ 9 (ร้อยละ 8.1) คน รายงานปัญหาดังกล่าวตามลำดับ

สำหรับแบบประเมินทักษะทางสังคมฉบับเด็กและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมที่เด็กเป็นผู้ประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน อยู่ที่ 40.9 และ 41.4 คะแนน ตามลำดับ และคะแนนทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.67$) นอกจากนี้จากการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน 2 กลุ่ม พบว่าคะแนน 2 กลุ่มมีสหสัมพันธ์ทางบวกเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R=0.26$, $p=0.005$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

การศึกษานี้ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง ตารางผนวกที่ 1 และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ตารางผนวกที่ 2 นอกจากนี้ผู้วิจัยแบ่งลักษณะความสัมพันธ์ออกเป็นความสัมพันธ์เชิงบวกและเชิงลบต่อทักษะทางสังคมของเด็ก

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง ประกอบด้วย การได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ($\beta=2.8$, $p=0.05$) และสัมพันธภาพระหว่างเด็กและครู โดยเด็กที่มีความสัมพันธ์กับครูในระดับปานกลางและสูงจะมีคะแนนทักษะทางสังคมสูงกว่าเด็กที่มีความสัมพันธ์กับครูในระดับต่ำอยู่ที่ 4.5 ($p=0.006$) และ 6.5 ($p<0.001$) คะแนน ตามลำดับ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง ประกอบด้วยคะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบจากแบบประเมิน APQ ($\beta=-0.3$, $p=0.009$) และโรคทางกาย ($\beta=-11.6$, $p=0.002$) ซึ่งในการศึกษานี้ประกอบด้วยโรคหูดุร้ายใจขณะหลับ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และกลุ่มอาการไคลีนเฟลเตอร์

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน พบว่ามีความแตกต่างกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเองอย่างชัดเจน โดยในการศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทั้งทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน และพบว่าคะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวกเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N = 112)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก		
เพศชาย	93 (83.0)	
อายุ, ปี		10.6 (1.1)
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	31 (27.7)	
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	34 (30.4)	
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	47 (42.0)	
ประเภทของโรงเรียน		
โรงเรียนรัฐบาล	21 (18.8)	
โรงเรียนเอกชน	75 (67.0)	
โรงเรียนนานาชาติ	7 (6.3)	
โรงเรียนสาธิต	9 (8.0)	
คะแนนสัมพันธภาพระหว่างเด็กและครู (ช่วงคะแนน: 1 - 10)		7.1 (2.0)
ผู้ปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย		
เด็กอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา	79 (70.5)	
เด็กอาศัยอยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดา	33 (29.5)	
ลำดับการเกิด		
บุตรคนเดียว	41 (36.6)	
บุตรคนโต	35 (31.3)	
บุตรคนที่ 2 ขึ้นไป	36 (32.1)	
โรคร่วมจากเวชระเบียน		
โรคบกพร่องทางการเรียนรู้	25 (22.3)	
โรคติดต่อด้าน	8 (7.1)	
โรควิตกกังวล	6 (5.4)	
โรคซึมเศร้า	6 (5.4)	
โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tic และ Tourette)	5 (4.5)	
โรคทางกายอื่นๆ	4 (3.6)	
มีอาการโรคซึมเศร้าในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจากการสัมภาษณ์	0 (0.0)	
การได้รับการปรับพฤติกรรม		
โดยนักจิตวิทยาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
ได้รับ	38 (33.9)	
ไม่ได้รับ	74 (78.1)	

เชิงบวกกับทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ($\beta=0.2, p=0.04$) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วยเพศชาย ($\beta=-6.9,$

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครอง		
ผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม		
บิดา	21 (18.8)	
มารดา	81 (72.3)	
อื่นๆ	10 (8.9)	
อายุ, ปี		43.9 (6.1)
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12 (10.7)	
ปริญญาตรี	69 (61.6)	
สูงกว่าปริญญาตรี	31 (27.7)	
ค่ามัธยฐานรายได้ครัวเรือนต่อเดือน, บาท (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์)		70,000 (50,000)
รายได้ครัวเรือนเพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	100 (89.3)	

$p=0.001$) มีอาการติดต่อด้าน ($\beta=-5.9, p<0.001$) มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว ($\beta=-8.8, p<0.001$) และมีทั้งอาการขาดสมาธิและพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นจากแบบประเมิน SNAP IV ($\beta=-7.3, p<0.001$)

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านการเลี้ยงดู พบว่าคะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวกและเชิงลบมีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมที่เด็กเป็นผู้ประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ในการวิเคราะห์แบบ Univariate Analysis โดยการเลี้ยงดูเชิงบวกสัมพันธ์กับคะแนนทักษะทางสังคมที่สูงขึ้น และในทางกลับกัน การเลี้ยงดูเชิงลบสัมพันธ์กับคะแนนทักษะทางสังคมที่แย่งลง เมื่อทำการวิเคราะห์แบบ Multivariate Analysis พบว่าทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูและทักษะทางสังคมยังคงอยู่ในทิศทางเดิมในทั้ง 2 กลุ่ม แต่คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบจะมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะทักษะทางสังคมที่เด็กเป็นผู้ประเมินตนเอง และคะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวกจะมีนัยสำคัญทางสถิติในทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเลี้ยงดูและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและเชิงลบกับทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลายปัจจัย

ตารางที่ 2 ผลการประเมินแบบสอบถามประเภทต่างๆ (N = 112)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
แบบประเมินความวิตกกังวลสำหรับเด็ก (SCARED)		
มีภาวะวิตกกังวล	68 (60.7)	
แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ฉบับผู้ปกครอง		
มีอาการต่อต้าน	39 (34.8)	
กลุ่มอาการสมาธิสั้น		
มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว	17 (15.2)	
มีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว	17 (15.2)	
มีทั้งอาการขาดสมาธิ และพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	25 (22.3)	
ไม่มีอาการทั้ง 2 กลุ่ม	53 (47.3)	
แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (APQ) (n=111)		
มีปัญหาด้านบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี	9 (8.1)	
มีปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของพ่อแม่	32 (28.8)	
มีปัญหาด้านการขาดการดูแล/สั่งสอนของพ่อแม่	24 (21.6)	
มีปัญหาด้านการใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด	32 (28.8)	
มีปัญหาด้านการลงโทษทางร่างกาย	34 (30.6)	
คะแนนรวมการเลี้ยงดูเชิงบวก (ต่ำสุด-สูงสุด : 42 - 76)		62.2 (6.7)
คะแนนรวมการเลี้ยงดูเชิงลบ (ต่ำสุด-สูงสุด : 20 - 57)		36.5 (7.5)
แบบประเมินทักษะทางสังคม (SSQ) (n=111)		
คะแนนทักษะสังคมฉบับเด็กเป็นผู้ประเมินตนเอง (ต่ำสุด-สูงสุด : 20 - 58)		40.9 (8.0)
คะแนนทักษะสังคมฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน (ต่ำสุด-สูงสุด : 23 - 59)		41.4 (9.0)

SCARED: Screen for Child Anxiety Related Disorders, APQ: Alabama Parenting Questionnaire, SSQ: Social Skills Questionnaire

โดยเฉพาะการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยการเลี้ยงดูเชิงบวกสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมที่เพิ่มขึ้นและการเลี้ยงดูเชิงลบให้ผลในทิศทางตรงกันข้ามกัน นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆ เช่น ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและครู และการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในทางกลับกันเพศชายการมีโรคร่วมทางกาย อาการขาดสมาธิและอาการต่อต้านมีความสัมพันธ์เชิงลบกับทักษะทางสังคม

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมมีความแตกต่างกันระหว่างทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนทักษะทางสังคมที่ประเมินจากพ่อแม่และประเมินจากเด็กสมาธิสั้น พบว่าคะแนนทักษะทางสังคมของทั้ง 2 กลุ่มมีสหสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($R=0.26$, $p=0.005$) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ใช้แบบประเมินทักษะทางสังคมประเภทอื่น

และไม่พบว่าคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่เด็กประเมินตนเองและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินมีสหสัมพันธ์กัน ($R=0.05$)³² นอกจากนี้การศึกษาในเด็กทั่วไปเกี่ยวกับทักษะทางสังคมยังพบในลักษณะเดียวกัน โดยคะแนนที่เด็กประเมินตนเองและบุคคลอื่นเป็นผู้ประเมินมีสหสัมพันธ์ที่ต่ำ ($R=0.22$)³³ สามารถอธิบายได้ว่าเด็กอาจแสดงพฤติกรรมทางสังคมที่แตกต่างกันในแต่ละสถานที่หรือสถานการณ์ทางสังคม เช่น เด็กอาจกล้าแสดงออกมากขึ้นและควบคุมตัวเองน้อยลงเมื่ออยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคย¹⁵ ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล จึงมีความสำคัญในการประเมินทักษะทางสังคมของเด็ก

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะทางสังคม 3 ปัจจัยด้วยกันคือ ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครูในระดับปานกลางถึงดี การได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยา และการเลี้ยงดูเชิงบวก โดยความสัมพันธ์ที่ดี

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และทักษะทางสังคม

ตัวแปร	Univariate Coef. (95%CI)	P value	Multivariate Coef. (95%CI)	P value
ทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง				
สัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กและครู (กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มแย่ที่สุด)				
กลุ่มปานกลาง	3.54 (0.16 to 6.91)	0.04	4.53 (1.36 to 7.70)	0.006
กลุ่มดีที่สุด	5.63 (1.96 to 9.30)	0.003	6.51 (3.11 to 9.91)	<0.001
มีโรคทางกายอื่นๆ	-8.24 (-16.18 to -0.31)	0.04	-11.62 (-18.87 to -4.38)	0.002
ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยา ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	2.88 (-0.25 to 6.01)	0.07	2.80 (0.02 to 5.58)	0.05
มีอาการต่อต้านจากแบบประเมิน SNAP IV	-2.33 (-5.46 to 0.80)	0.14	-2.69 (-5.71 to 0.33)	0.08
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวก	0.25 (0.03 to 0.47)	0.03	0.07 (-0.15 to 0.29)	0.54
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบ	-0.31 (-0.51 to -0.12)	0.002	-0.27 (-0.47 to -0.07)	0.009
ทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน				
เพศชาย	-3.14 (-7.61 to 1.33)	0.17	-6.86 (-10.97 to -2.76)	0.001
มีอาการต่อต้านจากแบบประเมิน SNAP IV	-8.90 (-12.03 to -5.77)	<0.001	-5.91 (-9.11 to -2.72)	<0.001
อาการสมาธิสั้นจาก SNAP IV (กลุ่มเปรียบเทียบ: ไม่มีอาการทั้ง 2 กลุ่ม)				
มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว	-7.25 (-11.64 to -2.86)	0.001	-8.82 (-13.26 to -4.38)	<0.001
มีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว	-5.60 (-9.99 to -1.21)	0.01	-3.83 (-7.80 to 0.15)	0.06
มีทั้งอาการขาดสมาธิ และพฤติกรรม อยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น				
	-10.62 (-14.44 to -6.80)	<0.001	-7.32 (-11.13 to -3.51)	<0.001
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวก	0.34 (0.09 to 0.59)	0.007	0.23 (0.01 to 0.45)	0.04
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบ	-0.37 (-0.59 to -0.15)	0.001	-0.05 (-0.26 to 0.16)	0.65

*ควบคุมปัจจัยกวนเรื่องโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากเวชระเบียนและภาวะวิตกกังวลจากแบบประเมิน Screen for Child Anxiety Related Disorders แล้ว

ระหว่างเด็กและครูมีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็กที่สูงขึ้นนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้พบทั้งในกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการปกติ³⁴ และเด็กสมาธิสั้น²¹ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่ครูทำหน้าที่เป็นต้นแบบความสัมพันธ์ที่ดีให้เด็ก ส่งผลให้เด็กสามารถเรียนรู้และนำรูปแบบความสัมพันธ์ที่ครูปฏิบัติต่อเด็กไปปฏิบัติต่อบุคคลอื่น และครูยังช่วยให้คำแนะนำเด็กเกี่ยวกับทักษะทางสังคมที่เหมาะสมได้ เด็กที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครูมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของครูมากกว่า³⁵ ในทางกลับกันการศึกษาติดตามระยะยาว พบว่าเด็กที่มีทักษะสังคมดีจะมีปฏิสัมพันธ์กับครูได้ดีกว่า และได้รับความสนใจเชิงบวกจากครูมากกว่าเด็กคนอื่นในชั้นเรียน ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีมุมมอง

ที่ดีต่อความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับครู³⁶ การศึกษาแบบติดตามระยะยาวที่ให้ทั้งเด็กและครูเป็นผู้ประเมินสัมพันธ์ภาพด้วยแบบประเมินมาตรฐาน จะช่วยให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางสังคมและสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กและครูได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ในส่วนของ การได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมและทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง ซึ่งขัดแย้งกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในอดีต โดยงานวิจัยดังกล่าวไม่พบหลักฐานว่าการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม เช่น การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) หรือ

ตารางผนวกที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง

ตัวแปร	Univariate Coef. (95%CI)	P value
ปัจจัยของเด็ก		
เพศชาย	-1.84 (-5.83 to 2.14)	0.36
อายุของเด็ก, ปี	0.23 (-1.12 to 1.57)	0.74
ระดับการศึกษา (กลุ่มเปรียบเทียบ: ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4)		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	0.45 (-3.50 to 4.40)	0.82
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	1.40 (-2.29 to 5.10)	0.45
ประเภทของโรงเรียน (กลุ่มเปรียบเทียบ: โรงเรียนรัฐบาล)		
โรงเรียนเอกชน	-0.15 (-4.10 to 3.80)	0.94
โรงเรียนนานาชาติ	1.76 (-5.21 to 8.73)	0.62
โรงเรียนสาธิต	-1.98 (-8.35 to 4.38)	0.54
สัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กและครู (กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มแย่ที่สุด)		
กลุ่มปานกลาง	3.54 (0.16 to 6.91)	0.04
กลุ่มดีที่สุด	5.63 (1.96 to 9.30)	0.003
เด็กอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ (กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มอื่นๆ)	1.09 (-2.20 to 4.38)	0.51
ลำดับการเกิด (กลุ่มเปรียบเทียบ: บุตรคนเดียว)		
บุตรคนโต	-0.24 (-3.92 to 3.45)	0.90
บุตรคนที่ 2 เป็นต้นไป	-1.67 (-5.30 to 1.96)	0.36
โรคร่วมจากเวชระเบียน		
โรคบกพร่องทางการเรียนรู้	-0.86 (-4.47 to 2.75)	0.64
โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tic และ Tourette)	2.15 (-5.11 to 9.41)	0.56
โรควิตกกังวล	2.35 (-4.31 to 9.00)	0.49
โรคจิตกังวล	-4.00 (-10.62 to 2.63)	0.24
โรคซึมเศร้า	-5.06 (-10.81 to 0.69)	0.08
โรคดื้อต่อต้าน	-8.24 (-16.18 to -0.31)	0.04
โรคทางกายอื่นๆ	2.88 (-0.25 to 6.01)	0.07
ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
ปัจจัยของผู้ปกครอง		
อายุของผู้ปกครอง, ปี	-0.12 (-0.37 to 0.13)	0.33
การศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง (กลุ่มเปรียบเทียบ: ต่ำกว่าปริญญาตรี)		
ปริญญาตรี	-1.99 (-6.95 to 2.97)	0.43
สูงกว่าปริญญาตรี	-0.01 (-5.39 to 5.38)	0.99
Log รายได้ครัวเรือนต่อเดือน	0.10 (-1.87 to 2.07)	0.92
รายได้ครัวเรือนไม่เพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	-3.21 (-8.03 to 1.61)	0.19
แบบประเมิน Screen for Child Anxiety Related Disorders		
มีภาวะวิตกกังวล	-0.88 (-3.96 to 2.20)	0.57

ตารางผนวกที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเอง (ต่อ)

ตัวแปร	Univariate Coef. (95%CI)	P value
แบบประเมิน SNAP IV		
มีอาการติดต่อต้าน	-2.33 (-5.46 to 0.80)	0.14
อาการสมาธิสั้น (กลุ่มเปรียบเทียบ: ไม่มีอาการทั้ง 2 กลุ่ม)		
มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว	-2.42 (-6.86 to 2.03)	0.28
มีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว	0.35 (-4.09 to 4.79)	0.88
มีทั้งอาการขาดสมาธิ และ พฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	-0.71 (-4.63 to 3.21)	0.72
แบบประเมิน Alabama Parenting Questionnaire		
มีปัญหาด้านบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี	-4.79 (-10.22 to 0.63)	0.08
มีปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของพ่อแม่	-3.22 (-6.48 to 0.04)	0.05
มีปัญหาด้านขาดการดูแล/สั่งสอนของพ่อแม่	-4.15 (-7.77 to -0.52)	0.03
มีปัญหาด้านใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด	0.09 (-3.24 to 3.41)	0.96
มีปัญหาด้านการลงโทษทางร่างกาย	-1.38 (-4.66 to 1.90)	0.41
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวก	0.25 (0.03 to 0.47)	0.03
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบ	-0.31 (-0.51 to -0.12)	0.002

ตารางผนวกที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน

ตัวแปร	Univariate Coef. (95%CI)	P value
ปัจจัยของเด็ก		
เพศชาย	-3.14 (-7.61 to 1.33)	0.17
อายุของเด็ก, ปี	0.82 (-0.68 to 2.33)	0.28
ระดับการศึกษา (กลุ่มเปรียบเทียบ: ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4)		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	-1.35 (-5.69 to 2.99)	0.54
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	3.48 (-0.57 to 7.52)	0.09
ประเภทของโรงเรียน (กลุ่มเปรียบเทียบ: โรงเรียนรัฐบาล)		
โรงเรียนเอกชน	-3.98 (-8.38 to 0.41)	0.08
โรงเรียนนานาชาติ	-5.00 (-12.76 to 2.76)	0.20
โรงเรียนสาธิต	-3.13 (-10.21 to 3.96)	0.38
สัมพันธภาพระหว่างเด็กและครู (กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มแย่ที่สุด)		
กลุ่มปานกลาง	2.77 (-1.11 to 6.65)	0.16
กลุ่มดีที่สุด	-2.33 (-6.50 to 1.84)	0.27
เด็กอาศัยอยู่กับพ่อแม่ (กลุ่มเปรียบเทียบ: กลุ่มอื่นๆ)	0.27 (-3.45 to 3.98)	0.89
ลำดับการเกิด (กลุ่มเปรียบเทียบ: บุตรคนเดียว)		
บุตรคนโต	-0.77 (-4.88 to 3.34)	0.71
บุตรคนที่ 2 เป็นต้นไป	1.81 (-2.27 to 5.89)	0.38

ตารางผนวกที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน (ต่อ)

ตัวแปร	Univariate Coef. (95%CI)	P value
โรคร่วมจากเวชระเบียน		
โรคบกพร่องทางการเรียนรู้	0.59 (-3.47 to 4.66)	0.77
โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tic และ Tourette)	7.39 (-0.68 to 15.46)	0.07
โรควิตกกังวล	0.87 (-6.64 to 8.39)	0.82
โรคซึมเศร้า	-5.11 (-12.57 to 2.34)	0.18
โรคติดต่อด้าน	-0.90 (-7.47 to 5.66)	0.79
โรคทางกายอื่น ๆ	3.02 (-6.08 to 12.12)	0.51
ได้รับการปรับพฤติกรรมโดยนักจิตวิทยาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	1.28 (-2.29 to 4.84)	0.48
ปัจจัยของผู้ปกครอง		
อายุของผู้ปกครอง, ปี	0.04 (-0.24 to 0.32)	0.76
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง (กลุ่มเปรียบเทียบ: ต่ำกว่าปริญญาตรี)		
ปริญญาตรี	1.17 (-4.39 to 6.72)	0.68
สูงกว่าปริญญาตรี	4.05 (-1.99 to 10.09)	0.19
Log รายได้ครัวเรือนต่อเดือน	0.40 (-1.80 to 2.61)	0.72
รายได้ครัวเรือนไม่เพียงพอต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	-2.81 (-8.25 to 2.64)	0.31
แบบประเมิน Screen for Child Anxiety Related Disorders		
มีภาวะวิตกกังวล	-2.62 (-6.05 to 0.81)	0.13
แบบประเมิน SNAP IV		
มีอาการติดต่อด้าน	-8.90 (-12.03 to -5.77)	<0.001
อาการสมาธิสั้น (กลุ่มเปรียบเทียบ: ไม่มีอาการทั้ง 2 กลุ่ม)		
มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว	-7.25 (-11.64 to -2.86)	0.001
มีพฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว	-5.60 (-9.99 to -1.21)	0.01
มีทั้งอาการขาดสมาธิ และ พฤติกรรมอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	-10.62 (-14.44 to -6.80)	<0.001
แบบประเมิน Alabama Parenting Questionnaire		
มีปัญหาด้านบทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี	-3.21 (-9.42 to 3.00)	0.31
มีปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของพ่อแม่	-5.17 (-8.80 to -1.54)	0.006
มีปัญหาด้านขาดการดูแล/สั่งสอนของพ่อแม่	-3.48 (-7.57 to 0.60)	0.09
มีปัญหาด้านใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด	-3.76 (-7.46 to -0.07)	0.05
มีปัญหาด้านการลงโทษทางร่างกาย	-2.14 (-5.81 to 1.53)	0.25
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงบวก	0.34 (0.09 to 0.59)	0.007
คะแนนรวมของการเลี้ยงดูเชิงลบ	-0.37 (-0.59 to -0.15)	0.001

การฝึกทักษะชีวิต (life skill training) ในเด็กสมาธิสั้น จะช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมที่ครูเป็นผู้ประเมินได้²⁰ สำหรับข้อขัดแย้งดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่ผู้ประเมินทักษะทางสังคมเป็นคณะกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมและทักษะสังคมที่ผู้ปกครองหรือผู้ใหญ่เป็นผู้ประเมินก็ไม่พบความสัมพันธ์ นอกจากนี้การรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมอาจเป็นตัวแทนของการรักษาหรือการได้รับสิ่งแทรกแซงอื่นเพิ่มเติม ซึ่งส่งผลต่อคะแนนทักษะทางสังคมของเด็ก อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการปรับพฤติกรรมและความถี่ที่เด็กได้รับ ส่งผลให้ไม่สามารถระบุอย่างชัดเจนว่าการปรับพฤติกรรมรูปแบบใดและความถี่เท่าใดที่สัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็ก

การศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับทักษะทางสังคมหลายปัจจัยประกอบด้วย เพศชาย โรคทางกาย การมีอาการต่อต้าน อารมณ์ขาดสมาธิ และการเลี้ยงดูเชิงลบ ในส่วนของปัจจัยเรื่องเพศ พบว่าเด็กชายมีทักษะทางสังคมต่ำกว่าเด็กหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบความสัมพันธ์ในลักษณะเดียวกัน¹⁴ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่ามีปัจจัยเรื่องเพศยังคงมีข้อขัดแย้งกัน โดยพบทั้งงานวิจัยที่แสดงว่าเด็กสมาธิสั้นเพศหญิงมีทักษะทางสังคมที่ต่ำกว่าเด็กสมาธิสั้นเพศชาย¹² และงานวิจัยที่รายงานว่าปัจจัยเรื่องเพศไม่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคม¹⁷ การศึกษาเพิ่มเติมถึงกลไกของโรคสมาธิสั้นต่อปัจจัยเรื่องเพศและทักษะทางสังคมเพิ่ม จึงมีความสำคัญในการหาข้อสรุปถึงความเกี่ยวเนื่องของปัจจัยเรื่องเพศ

โรคร่วมทางกายที่พบในการศึกษานี้ประกอบด้วยโรคหยุดหายใจขณะหลับ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 และกลุ่มอาการไคลน์เฟลเตอร์ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การศึกษาในเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าเด็กกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมคล้อยตาม (submissive behavior) ไม่ค่อยกล้าแสดงออก (assertiveness) และมีพฤติกรรมเอื้อสังคมน้อย (prosocial behavior)³⁷ แสดงถึงการขาดทักษะสังคมที่เหมาะสม การพัฒนาทักษะสังคมในวัยเด็กเกิดจากการที่เด็กเรียนรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เรียนรู้กติกาและพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม เด็กที่มีการเจ็บป่วยทางกายมีโอกาสสูงที่จะถูกจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์เนื่องด้วยอาการของโรค หรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามแนวทางการรักษาที่เข้มงวดดังที่พบได้ในเด็กโรคเบาหวานประเภทที่ 1 นอกจากนี้อาการของโรคเองที่มีผลต่อทักษะทางสังคม เช่น ผู้ที่มีกลุ่มอาการไคลน์เฟลเตอร์จะเข้าใจ

ความรู้สึกของผู้อื่นน้อยกว่า มักหลีกเลี่ยงการสบตากับผู้อื่นและมีการตอบสนองทางอารมณ์ที่มากเกินไป³⁸ ผู้ที่มีโรคหยุดหายใจขณะหลับ ขาดการนอนหลับที่มีคุณภาพหรือระยะเวลาในการนอนที่ไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการที่สำคัญในหลายๆ ด้านเกิดการเปลี่ยนแปลงสารเคมีและการบาดเจ็บของเซลล์สมอง โดยเฉพาะบริเวณสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex)³⁹ ซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบของความบกพร่องในการจัดการต่างๆ และส่งผลต่อทักษะสังคมของเด็ก

สำหรับอาการของเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบัน พบว่าเด็กที่มีอาการต่อต้านจากแบบประเมิน SNAP-IV มีทักษะทางสังคมต่ำกว่าเด็กที่ไม่มีอาการ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวจากการวินิจฉัยโรคร่วมคือต่อต้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมภายนอก (externalizing symptoms) เช่น ต่อต้านหรือเกเรจะมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนต่อปัญหาทางสังคมในหลายด้านเช่น ทักษะสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการปรับตัวในสังคม¹⁷ ซึ่งอธิบายได้จากปัญหาในการควบคุมจัดการและการควบคุมอารมณ์⁴⁰ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมตนเองในการปฏิบัติตามกฎในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมหรือปรับตัวให้เข้ากับบริบททางสังคมได้ นอกจากนี้การศึกษานี้พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียวหรือมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นร่วมด้วยจากแบบประเมิน SNAP-IV มีทักษะทางสังคมต่ำกว่าเด็กที่ไม่มีทั้ง 2 กลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ซึ่งเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียวจะไม่กล้าแสดงออกและเด็กที่มีทั้ง 2 กลุ่มอาการจะมีปัญหาในการควบคุมตนเองและก้าวร้าว¹⁵ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบว่ามีทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว แตกต่างกับเด็กที่ไม่มีทั้ง 2 กลุ่มอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างของเด็กที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียวไม่เพียงพอ สำหรับสาเหตุที่เด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นอย่างเดียวมีแนวโน้มทักษะทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการขาดสมาธิอย่างเดียว และกลุ่มที่มีทั้ง 2 อาการ เนื่องจากเด็กกลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคมน้อยกว่า⁴¹ ผู้ปกครองจึงประเมินให้ทักษะทางสังคมของเด็กกลุ่มนี้ดีกว่ากลุ่มที่มีอาการขาดสมาธิร่วมด้วย แต่อาจยังไม่เทียบเท่ากับกลุ่มที่ไม่มีทั้ง 2 อาการ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ยังคงมีพฤติกรรมในการควบคุมตนเองที่ไม่เหมาะสม

ในส่วนผลกระทบของการเลี้ยงดูต่อทักษะทางสังคมของเด็กพบว่า เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงลบจะสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมที่เด็กประเมินตนเองแย่ง และเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูเชิงบวกจะสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินดีขึ้น ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า^{14,21} และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ที่ตัวเด็กจะปฏิบัติต่อผู้อื่นตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากผู้เลี้ยงดูเช่น เด็กที่ถูกลงโทษด้วยความรุนแรง เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งกับผู้อื่น อาจแก้ปัญหาด้วยความรุนแรงเช่นเดียวกันแทนการใช้วิธีการแก้ปัญหาอื่นที่มีประสิทธิภาพมากกว่า

สำหรับปัจจัยเรื่องปัญหาด้านอารมณ์ การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทางสังคมกับภาวะวิตกกังวลจากแบบคัดกรอง SCARED ในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ในอดีต อย่างไรก็ตามมีการศึกษาบางงานที่พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างทักษะสังคมที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินและอาการวิตกกังวล แต่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวหากเปลี่ยนผู้ประเมินเป็นครูหรือเด็ก²² การศึกษาเพิ่มเติมถึงลักษณะของผู้ประเมินจึงมีความสำคัญที่ช่วยให้เข้าใจกลไกของอาการวิตกกังวลต่อทักษะทางสังคมเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อขัดแย้งกับงานวิจัยก่อนหน้าตรงที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวหากเปลี่ยนผู้ประเมินเป็นครูหรือเด็ก²² การศึกษาเพิ่มเติมถึงลักษณะของผู้ประเมินจึงมีความสำคัญที่ช่วยให้เข้าใจกลไกของอาการวิตกกังวลต่อทักษะทางสังคมเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อขัดแย้งกับงานวิจัยก่อนหน้าตรงที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวหากเปลี่ยนผู้ประเมินเป็นครูหรือเด็ก²² สาเหตุที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคซึมเศร้าที่ดีขึ้นแล้วจากการรักษา ซึ่งสะท้อนจากการไม่พบผู้ที่มีอาการซึมเศร้าที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 ภายในระยะเวลาสามเดือน

สำหรับปัจจัยเรื่องยา กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาทุกคนได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้น ส่งผลให้ผู้วิจัยไม่ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วยยาต่อทักษะทางสังคมของเด็ก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้รวบรวมชนิด ขนาด ระยะเวลา การปรับเปลี่ยนยา และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็กซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับทักษะทางสังคมของเด็กได้ การศึกษาติดตามไปข้างหน้า พบว่าการรับประทานยา Methylphenidate ส่งผลต่อทักษะทางสังคมได้หลายรูปแบบ โดยเด็กสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6 - 14 ปีที่ได้รับยา Methylphenidate ระยะสั้น (น้อยกว่า 6 เดือน) จะมีสมรรถนะทางสังคมดีขึ้น แต่ไม่พบความเปลี่ยนแปลงในการรับรู้อารมณ์เชิงอวัจนภาษา (nonverbal social response)¹⁹ และเมื่อติดตามในระยะยาวพบว่า ทักษะทางสังคมของเด็กที่ประเมินโดยผู้ปกครองมีแนวโน้มดีขึ้นในปีแรกและคงที่ในปีที่ 2¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการทดลองแบบสุ่ม และมี

กลุ่มควบคุมที่ติดตามเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาและ/หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 14 เดือน โดยกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับทั้งยาและการปรับพฤติกรรมมีทักษะทางสังคมที่ครูเป็นผู้ประเมินดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วง 3 เดือนแรก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อสิ้นสุดการศึกษา⁴² การที่การศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลรายละเอียดของการรักษาด้วยยา อาจส่งผลให้ปัจจัยดังกล่าวเป็นหนึ่งในปัจจัยกวนที่ไม่ได้ถูกควบคุมการศึกษาในอนาคตจึงควรเพิ่มเติมรายละเอียดของการใช้ยาร่วมด้วยในการวิเคราะห์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่รวบรวมปัจจัยหลากหลายด้านครอบคลุมทั้งปัจจัยของตัวเด็ก ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมีการประเมินปัญหาด้านอารมณ์โดยให้เด็กเป็นผู้ประเมินอาการวิตกกังวลด้วยตนเองแทนการให้บุคคลอื่นเป็นผู้ประเมิน รวมทั้งมีการสัมภาษณ์อาการโรคซึมเศร้าและสอบถามอาการสมาธิสั้นและติดต่อด้านจากแบบประเมิน SNAP-IV เพิ่มเติม ส่งผลให้ได้ข้อมูลสถานะของเด็กในปัจจุบัน นอกเหนือจากการดูแลเฉพาะโรครวมทั้งมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนมากไปกว่านั้นการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางสังคมได้มีการควบคุมปัจจัยกวนที่สำคัญได้แก่ โรคซึมเศร้าจากการวินิจฉัยและอาการวิตกกังวลจากแบบประเมิน ซึ่งมีหลักฐานจากงานวิจัยก่อนหน้าว่าส่งผลต่อทักษะทางสังคมของเด็ก

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ก็ยังมีหลายข้อจำกัดได้แก่ ทำการศึกษาเพียงทักษะทางสังคมเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมไปถึงหน้าที่ทางสังคมด้านอื่นๆ เช่น สมรรถนะทางสังคม ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการได้รับการยอมรับหรือการถูกปฏิเสธในสังคม เป็นต้น ซึ่งทักษะสังคมเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการบอกสมรรถภาพทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นทั้งหมดได้ นอกจากนี้การศึกษานี้ทำการประเมินทักษะสังคมโดยให้เด็กและผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการเห็นสถานการณ์ทางสังคมที่โรงเรียนซึ่งเด็กวัยเรียนต้องเผชิญมากกว่า การศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมหน้าที่ทางสังคมและให้ครูเป็นผู้ประเมินทักษะทางสังคมร่วมด้วย มากไปกว่านั้นรูปแบบการศึกษาที่เลือกใช้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางมีข้อจำกัดในการบอกความเป็นเหตุและผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับทักษะสังคม นอกเหนือจากข้อจำกัดของระเบียบวิธีวิจัยดังที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมาจากครอบครัวที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมสูง ส่งผลให้ไม่สามารถนำผล

การศึกษาไปอธิบายในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้ การศึกษาติดตามระยะยาวในหลายโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ แตกต่างกันสามารถช่วยแก้ไขเรื่องข้อจำกัดผ่านทาง การเพิ่มความหลากหลาย ทั้งในบริบทความรุนแรงของโรคและลักษณะ ประชากรของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งผู้วิจัยสามารถวัดทักษะทาง สังคมของเด็กได้ในหลายจุดเวลา และอธิบายความเป็นเหตุและ ผลระหว่างปัจจัยและทักษะทางสังคมของเด็กในแต่ละช่วงเวลา ได้ชัดเจนมากขึ้น

สรุป

ปัจจัยเชิงบวกที่สัมพันธ์กับทักษะสังคมในเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย การเลี้ยงดูเชิงบวก ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและครู และการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม ในทางกลับกันปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับทักษะสังคมในเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การเลี้ยงดูเชิงลบ เพศชาย มีโรคเรื้อรังทางกาย มีอาการต่อต้าน และกลุ่มที่มี อาการขาดสมาธิหรือกลุ่มที่มีทั้งอาการขาดสมาธิและหุนหันพลันแล่น ดังนั้นการรักษาที่มุ่งเน้นเป้าหมายในการช่วยให้แนวทางการเลี้ยงดู ของพ่อแม่เป็นไปในทิศทางเชิงบวกมากขึ้น ส่งเสริมความสัมพันธ์ ที่ดีระหว่างเด็กและครู ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยการปรับ พฤติกรรมอาจมีประสิทธิภาพในการรักษาปัญหาทักษะสังคมใน เด็กสมาธิสั้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และ คณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำตลอดงานวิจัย สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านที่กรุณาสละเวลา ในการตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

พญ.อภิญญา ชัยวัฒน์พงษ์: กำหนดหัวข้อ ออกแบบ การศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; นพ.วศิน เลหาวินิจ: วิเคราะห์ข้อมูล และให้คำปรึกษาในการเขียน

บทความ; อ.พญ.ศศิธร ปรีชาวุฒิมิเดช และ ดร.จิรดา ประสาทพรศิริโชค: ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015;135(4):e994-1001.
2. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *J Ment Health Thail* 2013;21(2):66-75.
3. Greene RW, Biederman J, Faraone SV, Ouellette CA, Penn C, Griffin SM. Toward a new psychometric definition of social disability in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(5):571-8.
4. Shaw-Zirt B, Popali-Lehane L, Chaplin W, Bergman A. Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *J Atten Disord* 2005;8(3):109-20.
5. Abrahão ALB, Elias LCDS. Students with ADHD: Social skills, behavioral problems, academic performance, and family resources. *Psico-USF* 2021;26(3):545-57.
6. Mary A, Slama H, Mousty P, Massat I, Capiou T, Drabs V, et al. Executive and attentional contributions to theory of mind deficit in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychol* 2016;22(3):345-65.
7. Al-Yagon M, Forte D, Avrahami L. Executive functions and attachment relationships in children with ADHD: Links to externalizing/internalizing problems, social skills, and negative mood regulation. *J Atten Disord* 2020;24(13):1876-90.
8. Gnanavel S, Sharma P, Kaushal P, Hussain S. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin Cases* 2019;7(17):2420-6.
9. Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000;9(3):525-40.
10. Greene RW, Biederman J, Faraone SV, Sienna M, Garcia-Jetton J. Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: Results from a 4-year longitudinal follow-up study. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(5):758-67.
11. Young S, Chadwick O, Heptinstall E, Taylor E, Sonuga-Barke EJS. The adolescent outcome of hyperactive girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14(5):245-53.
12. Ragnarsdottir B, Hannesdottir DKr, Halldorsson F, Njardvik U. Gender and age differences in social skills among children with ADHD: Peer problems and prosocial behavior. *Child Fam Behav Ther* 2018;40(4):263-78.
13. Booster GD, DuPaul GJ, Eiraldi R, Power TJ. Functional impairments in children with ADHD: Unique effects of age and comorbid status. *J Atten Disord* 2012;16(3):179-89.
14. Kaiser NM, McBurnett K, Piffner LJ. Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: Evaluation of three theoretical models. *J Atten Disord* 2011;15(3):193-203.

15. Solanto MV, Pope-Boyd SA, Tryon WW, Stepak B. Social functioning in predominantly inattentive and combined subtypes of children with ADHD. *J Atten Disord* 2009;13(1):27-35.
16. Mikami AY, Huang-Pollock CL, Piffner LJ, McBurnett K, Hangai D. Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35(4):509-21.
17. Graziano PA, Geffken GR, McNamara JP. Atypical behaviors and comorbid externalizing symptoms equally predict children with attention-deficit/hyperactivity disorder's social functioning. *Child Psychiatry Hum Dev* 2011;42(4):377-89.
18. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Gallagher R, Fleiss K, Etcovitch J, et al. Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(7):820-9.
19. Alkalay, S., Dan, O. Effect of short-term methylphenidate on social impairment in children with attention deficit/hyperactivity disorder: systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2022;16(1):93.
20. Storebø OJ, Elmoose Andersen M, Skoog M, Joost Hansen S, Simonsen E, Pedersen N, et al. Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;6(6):1-146.
21. Jia RM, Mikami AY, Normand S. Social resilience in children with ADHD: parent and teacher factors. *J Child Fam Stud* 2021;30(4):839-54.
22. Bishop C, Mulraney M, Rinehart N, Sciberras E. An examination of the association between anxiety and social functioning in youth with ADHD: A systematic review. *Psychiatry Res* 2019;273:402-21.
23. Becker SP, Langberg JM, Evans SW, Girio-Herrera E, Vaughn AJ. Differentiating anxiety and depression in relation to the social functioning of young adolescents with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015;44(6):1015-29.
24. Johnston C, Chronis-Tuscano A. families and ADHD. In: *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 4th ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2015. p. 191-209.
25. Pliszka S, AACAP work group on quality issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(7):894-921.
26. Ollendick TH, Weist MD, Borden MC, Greene RW. Sociometric status and academic, behavioral, and psychological adjustment: A five-year longitudinal study. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:80-7.
27. Tangjittiporn T, Sottimanon A, Ularntinon S. Psychometric properties of the screen for child anxiety related disorders Thai version. *Pediatr Int* 2022;64(1).
28. 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. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014;59(2): 97-110.
29. Khamon A, Charmsil C, Srisurapanont M, Suradom C. Development and validation of the Thai version of the Alabama parenting questionnaire (APQ). *J Ment Health Thailand* 2019;27(2): 107-20.
30. Susan H. Spence. *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Berkshire, UK: NFER-Nelson; 1995. 7-9.
31. Bursac Z, Gauss CH, Williams DK, Hosmer DW. Purposeful selection of variables in logistic regression. *Source Code Biol Med* 2008;3(1):17.
32. Van der Oord S, Van der Meulen EM, Prins PJM, Oosterlaan J, Buitelaar JK, Emmelkamp PMG. A psychometric evaluation of the social skills rating system in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behav Res Ther* 2005;43(6):733-46.
33. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987;101(2):213-32.
34. Hughes JN, Chen Q. Reciprocal effects of student-teacher and student-peer relatedness: Effects on academic self-efficacy. *J Appl Dev Psychol* 2011;32(5):278-87.
35. Bergin C, Bergin D. Attachment in the Classroom. *Educ Psychol Rev* 2009;21(2):141-70.
36. Wang Y, Tao Y, Zhu L, Li Y, Huang D. Preschool children's negative affect and social skills in China: The moderating effect of the teacher-child relationship. *Front Psychol* 2022;13:e991039
37. Meijer SA, Sinnema G, Bijstra JO, Mellenbergh GJ, Wolters WHG. Social functioning in children with a chronic illness. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41(3):309-17.
38. van Rijn S, Barendse M, van Goozen S, Swaab H. Social attention, affective arousal and empathy in men with Klinefelter syndrome (47,XXY): Evidence from eye tracking and skin conductance. *PLoS ONE* 2014;9(1):e84721.
39. Beebe DW, Gozal D. Obstructive sleep apnea and the prefrontal cortex: towards a comprehensive model linking nocturnal upper airway obstruction to daytime cognitive and behavioral deficits. *J Sleep Res* 2002;11(1):1-16.
40. Hinshaw SP. Impulsivity, emotion regulation, and developmental psychopathology: specificity versus generality of linkages. *Ann N Y Acad Sci* 2003;1008(1):149-59.
41. Hodgins JB, Cole J, Boldizar J. Peer-based differences among boys with ADHD. *J Clin Child Psychol* 2000;29(3):443-52.
42. The MTA Cooperative Group. A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(12):1073-86.