

การรังแกกันในโรงเรียนและการทำหน้าที่ของครอบครัวในเด็กและวัยรุ่น สมาธิสั้นที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

ณิชนน เอี่ยมตระกูล*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาการรังแกกันในโรงเรียน และความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ของครอบครัวกับปัญหาการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลในผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุ 7 - 15 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 - 2 มกราคม 2568 จำนวน 90 ราย และผู้ปกครองจำนวน 90 ราย โดยผู้ปกครองตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ปกครอง, แบบประเมิน Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale ฉบับภาษาไทย และ Chulalongkorn Family Inventory ส่วนเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นตอบแบบสอบถาม The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ในการหาความสัมพันธ์ ได้แก่ Pearson Chi-Square, Independent t-test และ Logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.1) เป็นเพศชาย มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 57.8) เคยถูกรังแกที่โรงเรียน พบว่าคะแนน SNAP-IV ทั้งด้านขาดสมาธิและด้านซน อยู่ไม่แน่น/หุนหันพลันแล่นของกลุ่มที่ถูกรังแกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ถูกรังแก เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการถูกรังแกด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบว่าการสื่อสารที่ไม่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกรังแก เมื่อเทียบกับการสื่อสารปานกลาง-ดี และพบว่าผู้ปกครองที่มีสถานะหม้ายเป็นปัจจัยป้องกันการถูกรังแก เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีสถานะโสด

สรุป เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยถูกรังแกที่โรงเรียน นอกจากนี้ยังพบว่าการสื่อสารที่ไม่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกรังแก เมื่อเทียบกับการสื่อสารปานกลาง-ดี และพบว่าผู้ปกครองที่มีสถานะหม้ายเป็นปัจจัยป้องกันการถูกรังแก เมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีสถานะโสด การตระหนักถึงปัญหาการสื่อสารในครอบครัวและส่งเสริมการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพอาจช่วยลดปัญหาการถูกรังแกได้

คำสำคัญ การรังแกกันในโรงเรียน การทำหน้าที่ของครอบครัว สมาธิสั้น

Corresponding author: ณิชนน เอี่ยมตระกูล

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

E-mail: nitchamon@docchula.com

วันรับ 5 กุมภาพันธ์ 2568 วันแก้ไข 28 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 30 เมษายน 2568

School Bullying and Family Function in Children and Adolescents with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder in a Tertiary Care Hospital

Nitchamon Eiumtrakul*

**Department of Psychiatry and Drugs, Sunpasitthiprasong Hospital*

ABSTRACT

Objective: To examine the prevalence of school bullying and the association between family function and school bullying in children and adolescents with attention deficit/ hyperactivity disorder at psychiatric clinic, Sunpasitthiprasong hospital.

Methods: This study was a cross-sectional descriptive study. Participants were 90 children aged 7 - 15 with attention deficit/ hyperactivity disorder treated at psychiatric clinic, Sunpasitthiprasong hospital during 4 November 2024 to 2 January 2025 and 90 guardians. Guardians answered the questionnaires including general information, Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale Thai version and Chulalongkorn Family Inventory. Children and adolescents answered The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire Thai version. Descriptive statistics were used to explore descriptive data. Analytic statistics including Pearson Chi-Square, Independent t-test and Logistic regression were used to explore the association. Significant level was $p < 0.05$.

Results: Most of the participants (81.1%) were boy. More than half (57.8%) were bullied at school. SNAP-IV inattention and SNAP-IV hyperactivity/impulsivity were higher in bullied group compared with non-bullied group. Using multiple logistic regression, this study found that poor family communication was a risk factor for victimization compared with moderate to good family communication. Guardians with widow status was a protective factor for victimization compared with guardians with single status.

Conclusion: More than half of the participants were bullied at school. For victimization, poor family communication was a risk factor compared with moderate to good family communication while guardians with widow status was a protective factor compared with guardians with single status. Awareness and promotion of family communication may reduce the risk of victimization.

Keywords: school bullying, family function, ADHD

Corresponding author: Nitchamon Eiumtrakul

Email: nitchamon@docchula.com

Received: 5 February 2025 Revised: 28 March 2025 Accepted: 30 April 2025

บทนำ

การรังแกกันเป็นปัญหาที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะการรังแกกันในโรงเรียน การรังแกกันมีแนวโน้มสูงขึ้นและรุนแรงมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) รายงานว่า ในแต่ละปีมีเด็กและวัยรุ่นประมาณ 246 ล้านคน หรือราวร้อยละ 11 ของเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก เผชิญประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรง พฤติกรรมรังแก และการถูกรังแกในโรงเรียน¹ ในประเทศไทยมีการศึกษาในปี พ.ศ. 2549 โดย สมบัติ ตาปัญญา พบว่าเด็กนักเรียนเกือบร้อยละ 40 ของเด็กนักเรียนทั้งหมดเป็นเหยื่อของการรังแกกัน และประมาณร้อยละ 20 เคยรังแกผู้อื่น²

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder) เป็นโรคที่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง โดยมีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) การศึกษาพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงกว่าเด็กและวัยรุ่นที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้นทั้งในด้านพฤติกรรมรังแกคนอื่นและการตกเป็นเหยื่อของการรังแกกัน³ ซึ่งการถูกรังแกส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และการศึกษาตามมา⁴

ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญทั้งในการป้องกันและจัดการกับปัญหาการรังแกกัน การศึกษาพบว่าครอบครัวของเด็กที่รังแกผู้อื่นมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี มีระเบียบวินัยที่ไม่สม่ำเสมอ และมีรูปแบบความผูกพันที่ไม่มั่นคงปลอดภัยระหว่างเด็กและผู้ปกครอง⁵ และยังมีการศึกษาที่พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นนั้นไม่ดีเท่ากับในครอบครัวที่ไม่มีเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น⁶ นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาที่พบปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการรังแกกันในโรงเรียน เช่น อายุของเด็ก โดยพบว่าอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับความรุนแรงของการรังแกกันที่ลดลง⁷ เศรษฐฐานะของครอบครัว พบว่านักเรียนที่มีเศรษฐฐานะสูงกว่ามักเป็นผู้รังแก ในขณะที่นักเรียนที่มีเศรษฐฐานะต่ำกว่ามักเป็นเหยื่อของการรังแก ประเภทของโรงเรียน โดยรูปแบบการรังแกจะมีความแตกต่างกันระหว่างโรงเรียนรัฐบาลและโรงเรียนเอกชน⁸ เป็นต้น

การศึกษาความชุกของการรังแกกันในประเทศไทยก่อนหน้านี้ ส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นทั่วไป

แต่การศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นนั้นยังมีน้อย การศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น รวมถึงการศึกษาท่อนหน้าเป็นการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นและการศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมรังแกผู้อื่น แต่ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น การศึกษานี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวกับการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น เพื่อที่จะเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นต่อไป

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีการและประชากร

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยทำการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 - 2 มกราคม 2568 ในส่วนของเด็กสมาธิสั้นมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น อายุ 7 - 15 ปี สามารถเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดีและกำลังศึกษาอยู่ในระบบโรงเรียน ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกออก คือ ผู้ป่วยหยุดเรียนติดต่อกันเกินกว่า 2 สัปดาห์ มีอาการทางจิตแบบ psychotic หรือไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ในส่วนของผู้ปกครองมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ สามารถเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดีและมีเกณฑ์การคัดเลือกออก คือ ผู้ปกครองไม่สมัครใจร่วมการศึกษา โดยเก็บทุกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า และไม่เข้ากับเกณฑ์การคัดเลือกออก มีอาสาสมัครให้ความยินยอมทั้งเด็กและผู้ปกครองรวมจำนวน 180 ราย การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 085/2567

เครื่องมือวิจัย

ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 จำนวน 66 ข้อ ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็ก จำนวน 5 ข้อ
- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 7 ข้อ
- แบบประเมิน Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale

(SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย โดย ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และคณะ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 - 0.96⁹ โดยใช้ข้อคำถามในด้านขาดสมาธิ จำนวน 9 ข้อ และด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น จำนวน 9 ข้อ คิดคะแนนโดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 = ไม่เลย, 1 = เล็กน้อย, 2 = ค่อนข้างมาก และ 3 = มาก จากนั้นรวมคะแนนในแต่ละด้าน

- แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ใช้แบบวัด Chulalongkorn Family Inventory (CFI) โดย อุมพร ตริภคสมบัติ จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 24 ข้อ และข้อความทางลบ 12 ข้อ แบ่งการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป นำคะแนนเฉลี่ยที่ได้ในแต่ละด้านใช้เกณฑ์ตามการกระจายข้อมูล โดยคะแนนที่ได้ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 33 แปลว่า การปฏิบัติหน้าที่ไม่ดี เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 33 - 66 แปลว่า การปฏิบัติหน้าที่ปานกลาง และสูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 66 แปลว่า การปฏิบัติหน้าที่ดี มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88¹⁰

ชุดที่ 2 จำนวน 34 ข้อ ให้เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วยแบบสอบถามเรื่องการรังแกกันของนักเรียน The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมบัติ ตาปัญญา มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75² โดยใช้ในส่วนของการรับรู้ของการถูกรังแก ส่วนการบอกคนอื่น ๆ เมื่อถูกรังแก และความถี่ของการช่วยเหลือที่ได้รับ การคิดคะแนนใช้คะแนนความถี่จากคำตอบ เกิดขึ้นเดือนละ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ละครั้ง/สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง มารวมกันแล้วคิดเป็นคะแนนเปอร์เซ็นต์ของผู้ตอบ โดยถือเป็นเกณฑ์ขึ้นต่ำว่าการมีประสบการณ์ต่างๆ ในระดับนี้แล้วจะมีความสำคัญมากพอที่จะมีผลกระทบต่อบุคคลได้ ในส่วนของการคำนวณอัตราการถูกรังแก คำนวณจากจำนวนนักเรียนที่เลือกคำตอบว่า "เดือนละ 2-3 ครั้ง" หรือบ่อยกว่า สำหรับคำถามอย่างน้อย 1 ข้อ จากคำถามเกี่ยวกับการถูกรังแกในรูปแบบต่างๆ หากเด็กและวัยรุ่นยังอ่านเขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามให้ฟัง จากนั้นให้เด็กและวัยรุ่นเป็นผู้ตอบคำถาม

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างซึ่งทราบขนาดประชากรชัดเจน โดยใช้สูตรของ Wayne W., D. (1995)

$$n_1 = \frac{Np(1-p)Z^2}{E^2(N-1) + p(1-p)Z^2}$$

เมื่อ n_1 = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น
 N_1 = จำนวนประชากรเป้าหมาย ในที่นี้คือจำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 103 คน

Z = ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงแบบปกติ เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จะทำให้ได้ $Z_{0.975} = 1.96$

p = สัดส่วนประชากรของลักษณะที่สนใจ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้า พบว่าความชุกของพฤติกรรมรังแกและการถูกรังแกในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นในไทย คือ ร้อยละ 52.94

E = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 0.05
 $n_1 = 81.33$ คน

เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น (n_1) ที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 90 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง (n_2) จะกำหนดตามขนาดกลุ่มตัวอย่างเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น (n_1) คือ 90 คน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษา (N) เท่ากับ 180 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS 14.0 for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับแสดงข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้ Pearson Chi-square ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มกับปัญหาการรังแกกัน ใช้ Independent t-test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณกับปัญหาการรังแกกัน และใช้ Logistic regression ในการหาปัจจัยทำนายปัญหาการรังแกกัน โดยอายุของเด็ก วิเคราะห์โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ใช้ค่าเฉลี่ยของอายุกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในตอนแรก (7 - 15 ปี) คือแบ่งเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 11 ปี และกลุ่มอายุ 11 - 15 ปี

ผลการศึกษา

ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

จากการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 4 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 2 มกราคม 2568 มีอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 180 คน โดยแบ่งเป็นเด็กและวัยรุ่นสมาริสัน 90 คน และผู้ปกครอง 90 คน

ในส่วนของเด็กและวัยรุ่นสมาริสัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.1 อายุเฉลี่ย 9.6 (2.0) ปี ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า ร้อยละ 54.4 เรียนโรงเรียนรัฐบาล ร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 67.8 ผู้ที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคบกพร่องทางการเรียนรู้เฉพาะด้าน ร้อยละ 13.3 โรคติดต่อด้าน ร้อยละ 6.7 โรคบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 5.6 โรคออทิซึม สเปกตรัม ร้อยละ 4.4 โรค Tic disorder ร้อยละ 2.2 และโรคอื่นๆ ร้อยละ 2.2

จากผู้ตอบจำนวน 90 คน พบว่าร้อยละ 57.8 เคยถูกรังแก ที่โรงเรียน โดยรูปแบบการถูกรังแกที่พบมากที่สุด คือ ถูกชก เตะ ตัน ผลักแรงๆ หรือถูกขังไว้ในห้อง ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ถูกเพื่อนล้อเลียน ร้อยละ 31.1 ดังแสดงในตารางที่ 1 ในเด็กที่ถูกรังแก ส่วนใหญ่ถูกรังแกในห้องเรียนของตนเอง ร้อยละ 70 โดยเด็กผู้ชายจำนวน 3-4 คน ร้อยละ 52.5 มักจะเป็นเด็กกลุ่มเดิม ร้อยละ 54.2 เกิดขึ้นติดต่อกันประมาณ 1 เดือน ร้อยละ 31

ตารางที่ 1 แสดงร้อยละของรูปแบบการถูกรังแก

รูปแบบการถูกรังแก	ร้อยละ
ถูกชก เตะ ตัน ผลักแรงๆ หรือถูกขังไว้ในห้อง	33.3
ถูกเพื่อนล้อเลียน	31.1
ถูกเยาะเย้ยเรื่องเชื้อชาติเผ่าพันธุ์	23.3
ถูกเพื่อนล้อเลียนเรื่องรูปร่าง	14.4
ถูกเพื่อนรังแกโดยการแสดงออกเรื่องเพศ	14.4

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปกครองในกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก

ปัจจัย	จำนวนรวม n (%)	กลุ่มที่ถูกรังแก n (%)	กลุ่มที่ไม่ถูกรังแก n (%)	p-value
ปัจจัยของเด็ก	(n = 90)	(n = 52)	(n = 38)	
เพศ				
ชาย	73 (81.1)	45 (86.5)	28 (73.7)	0.12
หญิง	17 (18.9)	7 (13.5)	10 (26.3)	
อายุ (ปี) mean (S.D.)	9.6 (2.0)			
ต่ำกว่า 11 ปี	57 (63.3)	37 (71.2)	20 (52.6)	0.07
11 – 15 ปี	33 (36.7)	15 (28.8)	18 (47.4)	

ในส่วนของผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 อายุเฉลี่ย 43.9 (11.6) ปี ส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 71.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. ร้อยละ 58 ครอบครัวมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 78.4

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครองระหว่างกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านอาการสมาริสันของผู้ป่วย เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนน SNAP-IV ระหว่างกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก ในด้านขาดสมาธิพบว่ากลุ่มที่ถูกรังแก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 15.6 (4.9) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ถูกรังแก มีค่าเฉลี่ย 11.5 (5.4) พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับด้านชน อยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น กลุ่มที่ถูกรังแก มีค่าเฉลี่ย 14.2 (5.9) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ถูกรังแก มีค่าเฉลี่ย 9.9 (5.3) พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปกครองในกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก ดังแสดงในตารางที่ 2

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

ผลจากการใช้แบบวัด Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแกในด้านการสื่อสาร (p -value = 0.02) โดยกลุ่มที่ถูกรังแกมีการปฏิบัติหน้าที่ไม่ดีด้านการสื่อสาร ร้อยละ 27.5 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ถูกรังแกมีการปฏิบัติหน้าที่ไม่ดี ร้อยละ 7.9 ผลการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปกครองในกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนรวม n (%)	กลุ่มที่ถูกรังแก n (%)	กลุ่มที่ไม่ถูกรังแก n (%)	p-value
ระดับชั้น				
ประถม 1 – 4	49 (54.4)	32 (61.5)	17 (44.7)	0.11
ประถม 5 – มัธยม 2	41 (45.6)	20 (38.5)	21 (55.3)	
ประเภทโรงเรียน				
(n = 88)				
รัฐบาล	72 (81.8)	44 (86.3)	28 (75.7)	0.20
เอกชน	16 (18.2)	7 (13.7)	9 (24.3)	
โรคร่วม				
มีโรคร่วม	29 (32.2)	17 (32.7)	12 (31.6)	0.91
ไม่มีโรคร่วม	61 (67.8)	35 (67.3)	26 (68.4)	
คะแนน SNAP-IV ด้านขาดสมาธิ	(n = 89)	15.6 (4.9)	11.5 (5.4)	< 0.001*
คะแนน SNAP-IV ด้านชน อยู่ไม่นิ่ง/ หุนหันพลันแล่น	(n = 86)	14.2 (5.9)	9.9 (5.3)	0.001*
ปัจจัยของผู้ปกครอง	(n = 90)	(n = 52)	(n = 38)	
เพศ				
ชาย	12 (13.3)	8 (15.4)	4 (10.5)	0.50
หญิง	78 (86.7)	44 (84.6)	34 (89.5)	
อายุ (ปี) mean (S.D.)	43.9 (11.6)			
ต่ำกว่า 35 ปี	14 (15.6)	11 (21.2)	3 (7.9)	0.09
35 ปี ขึ้นไป	76 (84.4)	41 (78.8)	35 (92.1)	
ความสัมพันธ์				
บิดา/มารดา	64 (71.1)	36 (69.2)	28 (73.7)	0.65
อื่นๆ	26 (28.9)	16 (30.8)	10 (26.3)	
สถานภาพสมรส				
(n = 89)				
สมรส	52 (58.4)	31 (60.8)	21 (55.3)	0.60
อื่นๆ	37 (41.6)	20 (39.2)	17 (44.7)	
ระดับการศึกษา				
(n = 88)				
มัธยมศึกษาตอนต้น/มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ปวช./ปวส.	51 (58)	31 (60.8)	20 (54.1)	0.53
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	37 (42)	20 (39.2)	17 (45.9)	
ความเพียงพอของรายได้				
(n = 88)				
เพียงพอ	69 (78.4)	39 (76.5)	30 (81.1)	0.60
ไม่เพียงพอ	19 (21.6)	12 (23.5)	7 (18.9)	

*p < 0.05, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 3 ผลการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแก

การปฏิบัติหน้าที่	จำนวนรวม n (%) (n = 90)	กลุ่มที่ถูกรังแก n (%) (n = 52)	กลุ่มที่ไม่ถูกรังแก n (%) (n = 38)	p-value
ด้านการแก้ปัญหา (n = 74)				
ไม่ดี	27 (36.5)	16 (34.8)	11 (39.3)	0.70
ปานกลาง-ดี	47 (63.5)	30 (65.2)	17 (60.7)	
ด้านการสื่อสาร (n = 89)				
ไม่ดี	17 (19.1)	14 (27.5)	3 (7.9)	0.02*
ปานกลาง-ดี	72 (80.9)	37 (72.5)	35 (92.1)	
ด้านบทบาท (n = 89)				
ไม่ดี	24 (27)	15 (28.8)	9 (24.3)	0.64
ปานกลาง-ดี	65 (73)	37 (71.2)	28 (75.7)	
ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (n = 89)				
ไม่ดี	24 (26.7)	17 (32.7)	7 (18.4)	0.13
ปานกลาง-ดี	66 (73.3)	35 (67.3)	31 (81.6)	
ด้านความผูกพันทางอารมณ์ (n = 88)				
ไม่ดี	26 (29.5)	14 (26.9)	12 (33.3)	0.52
ปานกลาง-ดี	62 (70.5)	38 (73.1)	24 (66.7)	
ด้านการควบคุมพฤติกรรม (n = 71)				
ไม่ดี	27 (38)	16 (37.2)	11 (39.3)	0.86
ปานกลาง-ดี	44 (62)	27 (62.8)	17 (60.7)	
ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป (n = 68)				
ไม่ดี	25 (36.8)	16 (39)	9 (33.3)	0.63
ปานกลาง-ดี	43 (63.2)	25 (61)	18 (66.7)	

*p < 0.05

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการรังแกกันในโรงเรียน

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโดยใช้ Simple logistic regression กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถูกรังแก ได้แก่ สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง คะแนน SNAP-IV ด้านขาดสมาธิ คะแนน SNAP-IV ด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวไปวิเคราะห์โดยใช้ Multiple logistic regression กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ พบว่า ปัจจัยที่ยังคงสัมพันธ์กับการรังแกกันได้แก่ สถานภาพสมรสของผู้ปกครองและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสาร โดยผู้ปกครองที่มีสถานภาพหม้าย มีความเสี่ยงที่เด็กถูกรังแก

เป็น 0.03 เท่า เทียบกับผู้ปกครองที่มีสถานภาพโสด และครอบครัวที่มีการสื่อสารไม่ดีมีความเสี่ยงที่เด็กถูกรังแกเป็น 7.34 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีการสื่อสารปานกลาง-ดี ผลการวิเคราะห์โดย Simple logistic regression และ Multiple logistic regression ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการรังแกกัน รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการรังแกกันในโรงเรียนในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น มีอาสาสมัครเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น 90 คน ผู้ปกครอง 90 คน ในเด็กและวัยรุ่น

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายโดยใช้ Simple logistic regression และ Multiple logistic regression

ปัจจัย	Unadjusted OR (95% C.I.)	p-value	Adjusted OR (95% C.I.)	p-value
ผู้ปกครองหม้าย	0.09 (0.01 - 0.90)	0.04*	0.03 (0.002 - 0.51)	0.02*
ผู้ปกครองโสด	1 (ref.)			
คะแนน SNAP-IV ด้านขาดสมาธิ	1.18 (1.07 - 1.29)	0.001*	1.16 (0.997 - 1.35)	0.06
คะแนน SNAP-IV ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	1.15 (1.05 - 1.26)	0.002*	1.08 (0.94 - 1.24)	0.31
การสื่อสารไม่ดี	4.41 (1.17 - 16.69)	0.03*	7.34 (1.15 - 46.86)	0.04*
การสื่อสารปานกลาง-ดี	1 (ref.)			

*p < 0.05, ref. = ค่าอ้างอิง, OR = Odd Ratio, C.I. = Confidence Interval

สมาธิสั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.1) เป็นเพศชาย สอดคล้องกับข้อมูลในการศึกษาก่อนหน้าที่พบความชุกในกลุ่มตัวอย่างทางคลินิกของโรคสมาธิสั้นในเพศชายเป็น 3 - 5 เท่าของเพศหญิง¹¹ มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 57.8) เคยถูกรังแกที่โรงเรียน ซึ่งมากกว่าการศึกษาในกลุ่มเด็กทั่วไปที่เคยมีในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2549 โดย สมบัติ ตาปัญญา ที่พบว่าเด็กนักเรียนเกือบร้อยละ 40 ของเด็กนักเรียนทั้งหมดเป็นเหยื่อของการรังแกกัน² สอดคล้องกับการศึกษาในไทย โดย นุชบท พฤษภาทนาชาติ ที่พบว่าผู้วยสมาธิสั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรังแกช่มช้อยร้อยละ 52.94¹² และการศึกษาในต่างประเทศ โดย James Unnever และ Dewey Cornell ที่พบว่านักเรียนที่ทนายารักษาโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงในการเป็นเหยื่อของการรังแกกัน³ การที่ผู้วยสมาธิสั้นถูกรังแกมากกว่าอาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย เช่น ผู้วยสมาธิสั้นอาจมีปัญหาทางด้านสังคมมากกว่า¹³ และการที่ผู้วยอาจมีโรคร่วม เช่น พัฒนาการช้า สติปัญญาบกพร่อง¹⁴ หรือ Autism spectrum disorders¹⁵

พบว่าคะแนน SNAP-IV ทั้งด้านขาดสมาธิและด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของกลุ่มที่ถูกรังแกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ถูกรังแกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang SJ และคณะ ที่พบว่าอาการของโรคสมาธิสั้นที่มากขึ้นเกี่ยวข้องกับการถูกรังแกที่สูงขึ้น¹⁶

ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ถูกรังแกและกลุ่มที่ไม่ถูกรังแกในด้านการสื่อสาร โดยกลุ่มที่ถูกรังแกมีการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่ดีด้านการสื่อสารมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาแบบ Systematic

review ของ Nocentini A และคณะ ที่การศึกษาส่วนใหญ่พบความสัมพันธ์แบบแปรผกผันระหว่างการสื่อสารและการถูกรังแก¹⁷ และการศึกษาของ Ortega Barón J และคณะ ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการสื่อสารแบบหลักเลียง และพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างการสื่อสารแบบเปิดเผยกับการถูกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ ซึ่งอาจเป็นจากการที่เด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ไม่ดีรู้สึกขาดการสนับสนุนจากผู้ปกครอง¹⁸ ทำให้หลักเลียงที่จะเล่าเรื่องการถูกลั่นแกล้งให้ผู้ปกครองฟังเนื่องจากคิดว่าผู้ปกครองไม่สามารถช่วยได้หรือกลัวว่าจะถูกรังแกมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการถูกรังแกด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบว่า การสื่อสารที่ไม่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกรังแกเมื่อเทียบกับการสื่อสารปานกลาง-ดี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองที่มีสถานะหม้ายเป็นปัจจัยป้องกันการถูกรังแกเมื่อเทียบกับผู้ปกครองที่มีสถานะโสด ซึ่งอาจอธิบายได้จากการที่ผู้ที่ตอบว่ามีสถานะโสดในแบบสอบถามนี้มักเป็นบิดาหรือมารดาที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสและภายหลังได้แยกทางกัน เทียบกับผู้ตอบสถานะหม้ายมักเป็นบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา หรือยาย ซึ่งคู่สมรสเสียชีวิต คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Jansen DE และคณะ ที่พบว่าเด็กจากครอบครัวที่มีการแยกทางมีความเกี่ยวข้องกับการรังแกกันที่มากขึ้น¹⁹ ส่วนอายุของเด็ก เศรษฐฐานะของครอบครัว และประเภทของโรงเรียน ในการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์กับการถูกรังแก ซึ่งต่างจากการศึกษาที่มีมาก่อนหน้า อาจเป็นจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยหรือจากลักษณะประชากรในจังหวัดอุบลราชธานีมีความแตกต่างจากประชากรในต่างประเทศ ดังนั้นการตระหนักถึงปัญหาการสื่อสารในครอบครัว การส่งเสริมการ

สื่อสารให้มีประสิทธิภาพ และการส่งเสริมสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง
บิดามารดาอาจช่วยลดปัญหาการถูกรังแกได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง อาจมี
ข้อจำกัดในการบอกความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยตรง (causal
relationship) และมีการตอบแบบสอบถามโดยเด็กและวัยรุ่น
สมาธิสั้น ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการจดจำกับการตอบคำถาม อีกทั้ง
เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 7 - 15 ปี
เรียนโรงเรียนรัฐบาล จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการอนุมานถึงประชากร
ทั้งหมด

สรุป

เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยถูก
รังแกที่โรงเรียน ซึ่งมากกว่าความชุกที่เคยมีการศึกษาในเด็กทั่วไป
พบว่าการสื่อสารที่ไม่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกรังแก
เมื่อเทียบกับการสื่อสารปานกลาง-ดี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครอง
ที่มีสถานะหม้ายเป็นปัจจัยป้องกันการถูกรังแกเมื่อเทียบกับ
ผู้ปกครองที่มีสถานะโสด

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. School violence and bullying: global status report. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2017.
2. Tapanya S. Problem of bullying in school survey report. Chiangmai: Chiangmai University; 2006.
3. Unnever JD, Cornell DG. Bullying, self-control, and ADHD. J Interpers Violence 2003;18(2): 129-47.
4. Armitage R. Bullying in children: impact on child health. BMJ Paediatr Open 2021;5(1): e000939.
5. Eşkisü M. The relationship between bullying, family functions, perceived social support among high school students. Procedia Soc Behav Sci 2014;159: 492-6.
6. Pour EM, Kasaei F. Family functioning in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Procedia Soc Behav Sci 2013;84: 1864-5.
7. Khamis V. Bullying among school-age children in the greater Beirut area: risk and protective factors. Child Abuse Negl 2015;39: 137-46.
8. Silva C, Vilela E, de Oliveira V. Bullying in public and private schools: the effects of gender, race, and socioeconomic status. Educ Pesqui 2024;50: 1-19.
9. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). J Psychiatr Assoc Thailand 2014;59(2): 97-110.
10. Trangkasombat U. Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. J Med Assoc Thai 2006;89(11): 1946-53.
11. Martin A. Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
12. Pruksapanachart B. The relationship between bullying behavior and self-esteem in attention-deficit / hyperactivity disorder patients. J Psychiatr Assoc Thailand 2011;56(2): 93-102.
13. Sciberras E, Ohan J, Anderson V. Bullying and peer victimisation in adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Psychiatry Hum Dev 2012;43(2): 254-70.
14. Cuba Bustinza C, Adams RE, Claussen AH, Vitucci D, Danielson ML, Holbrook JR, et al. Factors associated with bullying victimization and bullying perpetration in children and adolescents with ADHD: 2016 to 2017 National survey of children's health. J Atten Disord 2022;26(12): 1535-48.
15. Chou WJ, Liu TL, Yang P, Yen CF, Hu HF. Bullying victimization and perpetration and their correlates in adolescents clinically diagnosed with ADHD. J Atten Disord 2018;22(1): 25-34.
16. Yang SJ, Stewart R, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Dewey ME, et al. Differences in predictors of traditional and cyber-bullying: a 2-year longitudinal study in Korean school children. Eur Child Adolesc Psychiatry 2013;22(5): 309-18.
17. Nocentini A, Fiorentini G, Di Paola L, Menesini E. Parents, family characteristics and bullying behavior: A systematic review. Aggress Violent Behav 2019;45: 41-50.
18. Ortega Barón J, Postigo J, Iranzo B, Buelga S, Carrascosa L. Parental communication and feelings of affiliation in adolescent aggressors and victims of cyberbullying. Soc Sci 2018;8(1): 3.
19. Jansen DE, Veenstra R, Ormel J, Verhulst FC, Reijneveld SA. Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. The longitudinal TRAILS study. BMC Public Health 2011;11(1): 440.