

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

Predictive Factors for Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Primary School

Students according to Parent's Perception

พีรณัฐ พันธุ์ภักดี (Peeranuch Punpukdee)*

วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์ (Worawan Tipwareerom)**

สมศักดิ์ โทจำปา (Somsak Thojampa)**

Received: August 25, 2021

Revised: September 17, 2021

Accepted: September 24, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยด้านตัวเด็ก ประกอบด้วย เพศ ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน และการอยู่อาศัยปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วยความรักความเอาใจใส่การอบรมเลี้ยงดูการดูแลสุขภาพและการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยระยะเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยีและพฤติกรรมความคิดสื่อเทคโนโลยีกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กที่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 1 อ.เมืองจ.พิษณุโลกจำนวน 358 รายโดยวิธีการสุ่มแบบหลายชั้นตอนเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็ก 3) แบบสอบถามปัจจัยด้านตัวเด็ก 4) แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว 5) แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ 6) แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตามเกณฑ์มาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ

ผลการวิจัยพบความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 39.4 โดยพบกลุ่มอาการนอนไม่นิ่งมากที่สุดร้อยละ 34.7 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้น



ประถมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ครูเรียกพบผู้ปกครอง, การเรียนซ้ำชั้น พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ($r = .361$) และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ($r = -.189$) ซึ่งสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 35.1 และมีประสิทธิภาพการทำนายถูกต้องร้อยละ 72.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เขียนสมการถดถอยโลจิสติก ($y = -.899 + 4.052$ (ครูเรียกพบผู้ปกครอง) + 3.436 (เรียนซ้ำชั้น) - .072 (การจัดสรรรายได้ครอบครัว) + .113 (พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการป้องกันการเกิดโรคสมาธิในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้

คำสำคัญ: ความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น, นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น, ปัจจัยทำนาย

*Corresponding author: Peeranuch Punpukdee: Peeranuchp62@nu.ac.th

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยนเรศวร พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



ส่วนฉลองอายุ 30 ปี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์

- Internationalization
- Innovative Products
- Integrative Team & Networking

Abstract

The purposes of this descriptive research were to determine the predictive ability of children's factors including sex, being punished by teachers, the teacher called to meet the parent, repeating classes, taking breaks from school, change school and living. Family factors include love and care, parenting, health care, and family income allocation. Environmental factors consist of the duration of use of technology media and behavior of technology media addiction in predicting the risk of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in primary school students, as seen by parents. This survey enrolled 358 parents of children in the first grades 1-3 at schools under Phitsanulok primary educational service area office 1 in Muang district by multistage random sampling. The questionnaire consisted of six sections: 1) Parent information, 2) Children information, 3) Child factor questionnaire, 4) Family factor questionnaire, 5) Environmental factors questionnaire, and 6) SNAP IV behavioral assessment questionnaire (Thai version). Passed quality checks for content validity and validity according to benchmarks. Data were analyzed using frequency statistics, percentage, mean, Standard deviation, Pearson's correlation, Chi-square test and Binary logistic regression analysis

The findings were as follows; The risk of ADHD among primary school students was 39.4%, with 34.7% was the child with hyperactivity. Factors related to the risk of ADHD in primary school students were followed by the teacher called to meet the parent, repeat class, technology media addiction behavior ($r = .361$) and family income allocation ($r = -.189$) which was able to predict the risk of ADHD by 35.1% and the predictive efficiency was 72.1% with a statistical significance at the .05 level, write the logistic regression equation ($y = -.899 + 4.052(\text{The teacher called to meet the parent}) + 3.436(\text{Repeat class}) - .072(\text{Family income allocation}) + .113(\text{Technology media addiction behavior})$). This finding can develop a guideline for the prevention of ADHD in elementary school students.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder risk, Elementary school student, Predictive factor

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กถือเป็นอนาคตของชาติจึงควรที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เด็กที่เกิดตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นมา ถือว่าเป็นเด็กเจนเนอร์เรชันอัลฟา (Gen Alpha) เกิดและเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยี จึงถูกเรียกว่า "ชาวดิจิทัลโดยกำเนิด" (Digital native) จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่ตอบสนองความต้องการของมนุษย์อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เด็กตกอยู่ในความเสี่ยงเนื่องจากยังไม่สามารถเลือกสิ่งที่เหมาะสมได้ด้วยตัวเอง ซึ่งปัจจุบันพบปัญหาที่เกิดขึ้นตาม

เช่น พัฒนาการล่าช้า โรคสมาธิสั้น การเรียนรู้บกพร่อง และออทิสติก เพิ่มมากขึ้นเป็นต้น

โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) จัดเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในเด็กเป็นอันดับหนึ่ง (Kid Zone of Teen, 2018) อาการของโรคสมาธิสั้นมักพบตั้งแต่วัยเด็ก ต่อเนื่องไปถึงวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมต่อไป (Boonyasidhi, 2012)



ในประเทศไทยพบการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 ร้อยละ 8.1 (Visanuyothin, Pavasuthipaisit, Wachiradilok, Arunruang, & Buranasuksakul, 2013) ในจังหวัดพิษณุโลกยังไม่มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้น พบเพียงข้อมูลการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในปีงบประมาณ 2561-2563 เท่ากับ 1,2561,764 และ 2,109 คน (Health Data Center, 2014) ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แสดงให้เห็นถึงปัญหาพฤติกรรมของเด็กในอนาคต

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นนั้น ยังไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนแต่มีการศึกษาพบว่า โรคสมาธิสั้นพบมากในเด็กชั้นประถมศึกษาตอนต้น(อายุ 6-9 ปี) ซึ่งเด็กเพศชายมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง (Saksritavee, Chanwanpen, & Phenwan, 2019; Wamulugwa et al., 2019) เด็กที่มีปัญหาการเรียน ได้แก่ การถูกรุทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง การเรียนซ้ำชั้น การหยุดพักการเรียน และการเปลี่ยนโรงเรียนนั้น มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (Phongsathirat & Wachiradilok, 2013; Sakboonyarat et al, 2018; Saksritavee et al., 2019) เด็กที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง อาจทำให้ขาดการอบรมเลี้ยงดูที่ขาดการเอาใจใส่ และขาดการดูแลสุขภาพจากผู้ปกครอง ทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นได้ (Ngamkum & Yunibhan, 2013; Phongsathirat & Wachiradilok, 2013; Sakboonyarat et al., 2018) ครอบครัวที่ไม่มีกิจจรรยาได้ครอบครัวทำให้เกิดปัญหานี้ขึ้น พ่อแม่เกิดความเครียดจนกระทบกับตัวเด็กส่งผลให้มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ (Ngamkum & Yunibhan, 2013; Phongsathirat & Wachiradilok, 2013) นอกจากนี้ในปัจจุบันยังพบอิทธิพลของสื่อเทคโนโลยีต่างๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (Nikkelen, Valkenburg, Huizinga, & Bushman, 2014) และเด็กที่มีพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยีนั้น มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเช่นกัน (Phanichsiri & Tuntasood, 2016) โดยเด็กที่มีการใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์มากกว่าหรือ

เท่ากับ 2 ชั่วโมง/วันนั้นมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นเป็น 2.2 เท่า (Saksritavee et al., 2019) แต่การศึกษาของปริญญา สุริพล, สุกนธา สิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์ และศุภชัย ปิติกุลตั้ง (Suripon, Siri, Sujirarat, & Pitikultang, 2019) พบว่าระยะเวลาในการเล่นโทรศัพท์มือถือในวันหยุดสุดสัปดาห์ 2-5 ชั่วโมงนั้นไม่มีความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นซึ่งไม่สอดคล้องกัน

การคัดกรอง และการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตั้งแต่วัยแรกจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่สูงมาก และผู้ป่วยมีโอกาสปรับพัฒนาการในด้านต่างๆ เหมือนเด็กปกติได้ (Pornnoppadol, Piyasilp, Jittorn, & Chanpen, 2014) แนวทางทางการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กในปัจจุบันเน้นให้ความสำคัญในการดูแลระดับปฐมภูมิ โดยผู้ปกครอง และครู ประเมินปัญหาพฤติกรรมตามแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV เพื่อคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ทำการปรับพฤติกรรม ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย และรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (American Academy Pediatric, 2019; Sirithongthaworn et al., 2017)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนซึ่งมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยแยกโรค และการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมนั้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นและปัจจัยทำนายความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง โดยการคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจากกรอบทฤษฎีการเป็นกรอบแนวคิดในการค้นหาปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาการป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้นเพื่อลดอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กซึ่งเป็นอนาคตของชาติสืบต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง
2. เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยด้านตัวเด็ก ประกอบด้วย เพศ ถูกรุทำโทษ ครูเรียกพบ



ผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน และการอยู่อาศัย ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ระยะเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีต่อความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

สมมติฐานของการวิจัย

เพศ ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน เปลี่ยนโรงเรียน การอยู่อาศัย ความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ การจัดสรรรายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีสามารถร่วมกันทำนาย ความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 27 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2564 ประชากร คือ ผู้ปกครองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเขต 1 อ.เมือง จ.พิษณุโลก เทียบสัดส่วนนักเรียนต่อผู้ปกครอง 1:1 จากจำนวนนักเรียนทั้งหมด 51 โรงเรียนจำนวน 4,654 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 302 คน คำนวณโดยใช้สูตรของคอคแรน (Cochran, 1977) และเพื่อทดแทนการไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 20% รวมเป็น 362 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multiple-stage random sampling) สุ่มตัวอย่างโรงเรียนจาก 20 ตำบล ในอ.เมือง จ.พิษณุโลกโดยจับสลากเลือกตัวแทนโรงเรียนแต่ละตำบลๆ ละ 1 โรงเรียน จำนวน 10 โรงเรียน และสุ่มตัวอย่างจากจำนวนนักเรียนของแต่ละโรงเรียนตามสัดส่วนจำนวน 362 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ปกครองประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาความสัมพันธ์กับเด็ก และระยะเวลาในดูแลเด็ก ลักษณะคำถามแบบปลายเปิดและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ลักษณะคำถามแบบปลายเปิดและเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ถูกครูทำโทษ ครูเรียกพบผู้ปกครอง เรียนซ้ำชั้น หยุดพักการเรียน, เปลี่ยนโรงเรียน ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด และเลือกตอบ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความรักความเอาใจใส่, การอบรมเลี้ยงดู, การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ ไม่เคย (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (5 คะแนน) แปลผลคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ หน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดีมาก (1.00-1.49 คะแนน) ถึง หน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก (4.50-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สื่อเทคโนโลยีและพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี แบบทดสอบพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี มีคำถาม 12 ข้อ คำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับความคิดเห็น คะแนนรวม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ไม่ติดสื่อ (0-12 คะแนน), คลั่งไคล้ (13-24 คะแนน) และติดสื่อ (25-36 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ได้ขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือในการนำมาใช้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้ประเมินเป็นผู้ปกครอง มี 26 ข้อคำถาม จำแนกเป็น 3 ด้าน คำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ แปลเป็นคะแนน 0-3 หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับตามเกณฑ์ที่กำหนดตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป แปลผลว่ามีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยมีค่าคะแนนมาตรฐานสำหรับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินดังนี้ ด้านขาดสมาธิ 16 คะแนน



ด้านชน อยู่ไม่ห่างกันหันทันแล่น 13 คะแนน ด้านคือ/ ต่อด้าน 15 คะแนน (Pityaratstian, Booranasuksakul, Juengsiragulwit, & Benyakorn, 2014)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.7 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามส่วนที่ 5 ค่า CVI เท่ากับ 0.75 และค่า S-CVI เท่ากับ 0.95 จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 33 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 4 มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.827 และส่วนที่ 5 เท่ากับ 0.906

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2564 หมายเลข IRB No. P3-0150/2563 มีการชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ การเผยแพร่ข้อมูลวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยทำหนังสือแนะนำตัว และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลการวิจัย อธิบายประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลให้ครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 พร้อมขอความร่วมมือครูประจำชั้นนำคณาจารย์ผู้ปกครองที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อทำการเก็บข้อมูลวิจัยจนได้ครบตามเป้าหมาย นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนนำไปทำการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS for Window ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก ปัจจัยด้านตัวเด็ก และเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี ใช้สถิติความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
2. ข้อมูลความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ปัจจัยด้านครอบครัว และพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation และ Chi-square test
4. วิเคราะห์ความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อมต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression)

ผลการวิจัย

ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครอง 362 คน พบว่ามีเพียง 358 คน ที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 98.9

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและปัจจัยด้านครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองจำนวน 358 คน ส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาของเด็กร้อยละ 82.4 เลี้ยงดูเด็กมานานมากกว่า 6 ปีร้อยละ 85.2 อายุเฉลี่ย 39 ปีส่วนมากจบการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาเอก มีเพียงร้อยละ 0.6 ไม่จบการศึกษา ผู้ปกครองมีการปฏิบัติตามหน้าที่ของครอบครัว อยู่ในระดับดีถึงดีมาก ($\bar{x} = 3.82-4.52$) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนของผู้ปกครองเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น กับไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ไม่พบความแตกต่างทั้ง 4 ด้าน แต่พบว่ามีคะแนนด้านการจัดสรรรายได้ของครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันมากที่สุด โดยเด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และคะแนนของเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.64

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ปัจจัยด้านตัวเด็กและความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเด็กจำนวน 358 คน พบว่ามีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 39.4 โดยมีอาการจนอยู่ไม่นิ่งมากที่สุด (ร้อยละ 49.0) รองลงมาคือ อาการขาดสมาธิ (ร้อยละ 34.0) และมีอาการจนอยู่ไม่นิ่งร่วมกับขาดสมาธิ (ร้อยละ 34.0) พบเป็นผู้ชาย (ร้อยละ 44.3) มากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 31.6) พบมากที่สุดในช่วงอายุ 6 ปี (ร้อยละ 51.4)

ซึ่งพบว่าเด็กมีปัญหาการเรียนโดยครูเรียกพบผู้ปกครองมากที่สุด (ร้อยละ 96.0) เด็กส่วนมากไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 45.0) มีการใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 48.9 และมีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีมากกว่าเด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 81.3 แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา (n = 358)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ) ของเด็ก		
	มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (141/39.4)	ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น (217/60.6)	เด็กทั้งหมด (n = 358)
เพศ			
ชาย	97 (44.3)	122 (55.7)	219 (61.2)
หญิง	44 (31.6)	95 (68.4)	139 (38.8)
ถูกครูทำโทษ	10 (55.6)	8 (44.4)	18 (5.0)
ครูเรียกพบผู้ปกครอง	23 (96.0)	1 (4.0)	24 (6.7)
เรียนซ้ำชั้น	10 (90.9)	1 (9.1)	11 (3.1)
หยุดพักการเรียน	1 (0.7)	1 (0.5)	2 (0.6)
เปลี่ยนโรงเรียน	10 (50.0)	10 (50.0)	20 (5.5)
การอยู่อาศัย			
อยู่กับบิดามารดา	82 (36.0)	146 (64.0)	228 (63.7)
ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา	59 (45.0)	71 (54.0)	130 (36.3)
เวลาการใช้สื่อเทคโนโลยี			
มากกว่า 2 ชั่วโมง	108 (48.9)	113 (51.1)	221 (61.7)
น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	33 (24.0)	104 (76.0)	137 (38.3)
พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี			
ไม่ติดสื่อ	43 (24.2)	135 (75.8)	178 (49.7)
คลั่งไคล้สื่อ	72 (48.6)	76 (51.4)	148 (41.3)
ติดสื่อ	26 (81.3)	6 (18.7)	32 (8.9)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดโรคมาริสัน (r = .361) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ ความรักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ ครูเรียกพบผู้ปกครอง การเรียนซ้ำชั้น และเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี

(r = .361) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบ ได้แก่ ความรัก ความเอาใจใส่ (r = -.168) การอบรมเลี้ยงดู (r = -.267) และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว (r = -.189) แสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความเครียดโรคมาริสันของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

ปัจจัย x ความเครียดโรคมาริสัน	Chi-square	p-value
เพศ	5.688	.017
ถูกครูทำโทษ	2.076	.150
ครูเรียกพบผู้ปกครอง	34.334	< .001
เรียนซ้ำชั้น	17.466	< .001
หยุดพักการเรียน	.095	.758
เปลี่ยนโรงเรียน	1.000	.317
การอยู่อาศัย	3.077	.079
เวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี	21.755	< .001

ปัจจัย x ความเครียดโรคมาริสัน	Pearson's Correlation	p-value
ความรักความเอาใจใส่	-.168	.001
การอบรมเลี้ยงดู	-.267	< .001
การดูแลสุขภาพ	-.021	.698
การจัดสรรรายได้ของครอบครัว	-.189	< .001
พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี	.361	< .001

4. การวิเคราะห์ความสามารถร่วมกันทำนายของ ปัจจัยด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม ต่อความเครียดโรคมาริสันของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง แสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดินหน้า (Forward LR) ของปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I. for EXP (B)	
							Lower	Upper
ครูเรียกพบผู้ปกครอง	4.052	1.057	14.697	1	< .001	57.484	7.244	456.174
เรียนซ้ำชั้น	3.436	1.089	9.948	1	.002	31.055	3.672	262.641
การจัดสรรรายได้	-.072	.034	4.530	1	.033	.930	.871	.994
พฤติกรรมกาติดสื่อ	.113	.019	35.472	1	.000	1.119	1.078	1.161
Constant	-.899	.731	1.512	1	.219	.407		

จากตารางการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่ามีปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้แก่ ครูเรียกพบผู้ปกครอง การเรียนซ้ำชั้น การจัดสรรรายได้ ครอบครัว และพฤติกรรมกาติดสื่อเทคโนโลยี โดยมีอำนาจทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 35.1

(Nagelkerke $R^2 = 35.1\%$) และสมการสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 72.1 ซึ่งสามารถเขียนสมการทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น หรือสมการโลจิสติกที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ดังนี้

$$\text{Log} \left(\frac{\text{โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็ก}}{\text{โอกาสที่จะไม่เกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นในเด็ก}} \right) = 0899 + 4.052 (\text{ครูเรียกพบผู้ปกครอง}) + 3.436 (\text{เรียนซ้ำชั้น}) - 0.072 (\text{การจัดสรรรายได้ของครอบครัว}) + .113 (\text{พฤติกรรมกาติดสื่อเทคโนโลยี})$$

การอภิปรายผล

1. การศึกษาความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองพบว่าเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 39.4 โดยมีอาการนอนไม่นิ่งมากที่สุด (ร้อยละ 49.0) อภิปรายผลได้ว่าร้อยละ 39.4 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น โดยมีพฤติกรรมนอนไม่นิ่งมากที่สุด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่จะเริ่มสังเกตได้ชัดในช่วงอายุ 6-9 ปี เนื่องจากเด็กวัยนี้จะสามารถเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับของครู เด็กจะสามารถอยู่นิ่งและตั้งใจเรียนได้จนหมดชั่วโมงเรียน แต่เด็กที่มีพฤติกรรมนอนไม่นิ่งแตกต่างจากเด็กปกติจึงสามารถสังเกตพฤติกรรมได้ชัดมากกว่า พฤติกรรมขาดสมาธิ และคือต่อต้าน สอดคล้องกับการศึกษาของทวิศศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ (Visanuyothin et al., 2013) ที่ใช้แบบประเมิน SNAP IV ในการประเมิน

ความเสี่ยงในการเป็นโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาส่วนต่อจากทั่วประเทศพบว่ามีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าร้อยละ 80.0 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในประเทศไทยมีเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นค่อนข้างสูงมาก

2. ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ได้แก่ ครูเรียกพบผู้ปกครอง, การเรียนซ้ำชั้น, พฤติกรรมกาติดสื่อเทคโนโลยีและการจัดสรรรายได้ของครอบครัว

2.1 ครูเรียกพบผู้ปกครองเป็นปัจจัยด้านตัวเด็กที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้เพิ่มขึ้น 57 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่ครูไม่ได้เรียกพบผู้ปกครองเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคสมาธิสั้นจะนิ่งๆ ได้ไม่นาน ขาดสมาธิ ขวนขวายเพื่อนคุย



พุดแทรกตอนครูสอน (Boonyasidhi, 2012; Weerakul, 2014) จำเป็นต้องปรับพฤติกรรมเด็ก ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัว (Sirithongthaworn et al., 2017) จึงเป็นสาเหตุให้ครูต้องเรียกพบผู้ปกครองเพื่อชี้แจงปัญหาพฤติกรรมเด็ก ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้ในห้องเรียนได้อย่างเต็มที่ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า เด็กที่ถูกเรียกพบผู้ปกครองนั้น มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นสูงถึงร้อยละ 96.0 สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) ที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนมากจะมีปัญหาการเรียนจนครูต้องเรียกพบผู้ปกครองและผลการศึกษาของบุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวีและคณะ (Saksritavee et al., 2019) พบว่าเด็กที่เคยมีประวัติครูเรียกพบผู้ปกครองมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากเป็น 1.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคยมีประวัติครูเรียกพบผู้ปกครอง แต่ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยครูเรียกพบผู้ปกครองสามารถทำนายความเสี่ยงโรคได้เพิ่มขึ้นถึง 57 เท่า เป็นค่าที่สูงมากอาจเป็นไปได้ข้อมูลปัจจัยครูเรียกพบผู้ปกครองซึ่งเป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติ เมื่อนำมาแปลงเป็นข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อนำมาคำนวณทางสถิติมีค่าที่ไม่ละเอียดเทียบเท่ากับข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณอยู่เดิม จึงทำให้ค่าที่คำนวณได้มีค่าที่สูงมาก

2.2 การเรียนซ้ำชั้น เป็นปัจจัยด้านตัวเด็กที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น โดยสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้เพิ่มขึ้น 31 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีปัญหาการเรียนซ้ำชั้น เด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในข้อ 2.1 เด็กจะมีปัญหาการเรียนรู้ได้ช้ากว่าเด็กปกติ เรียนไม่ทันเพื่อน ผลการเรียนไม่ผ่านตามเกณฑ์ (Boonyasidhi, 2012; Weerakul, 2014) จนเป็นสาเหตุทำให้เด็กต้องเรียนซ้ำชั้น ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าเด็กที่มีปัญหาการเรียนซ้ำชั้นนั้นเป็นเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นสูงถึงร้อยละ 90.9 สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์บุญญารัตน์และคณะ (Sakboonyarat et al., 2018) พบว่าเด็กที่มีปัญหาการเรียนซ้ำชั้นนั้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับเด็กสมาธิสั้นและการศึกษาของพิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรดิติก (Phongsathirat & Wachiradilok, 2013) พบว่าเด็กที่มีปัญหาการเรียนซ้ำชั้นมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็น 1.9 เท่าของเด็กที่ไม่เคยมี

ประวัติการเรียนซ้ำชั้น (OR = 1.9, 95% CI = 1.1-3.2, $p < .01$) แต่ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยการเรียนซ้ำชั้นสามารถทำนายความเสี่ยงโรคได้เพิ่มขึ้นถึง 31 เท่า ซึ่งเป็นค่าที่สูงมากอาจเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของข้อมูลเช่นเดียวกับปัจจัยครูเรียกพบผู้ปกครอง

2.3 พฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี เป็นปัจจัยทำนายด้านสิ่งแวดล้อมที่ความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเด็กที่มีพฤติกรรมการติดสื่อมากจะมีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น โดยสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้เพิ่มขึ้น 1.12 เท่าของเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีเด็กในช่วงอายุ 6-9 ปี เป็นช่วงวัยเรียนตอนต้น เด็กจะเข้าสู่การเรียนอย่างเต็มรูปแบบ เด็กสามารถที่จะเรียนรู้กิจกรรมตามความชอบได้ จะแสดงพฤติกรรมเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของครู สามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองได้ สามารถเรียนรู้พฤติกรรม ทักษะการอยู่ร่วมกันกับเพื่อนได้ (Chan-em, 1999; Siribunphiphatana, 2001) แต่การที่เด็กมีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี จะมีปัญหาการเรียนรู้อาสาปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและคนรอบตัว โดยในการศึกษานี้พบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยีมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 81.3 สอดคล้องกับการศึกษา Meta-analysis ของบีเยนส์, วาลเคนเบิร์ก และปิโตรวสกี (Beyens, Valkenburg, & Piotrowski, 2018) พบว่าเด็กมีการใช้สื่อเทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ และโทรทัศน์ เพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์ต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษา Meta-analysis ของนิกเคเลนและคณะ (Nikkelen et al., 2014) พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการใช้สื่อเทคโนโลยีกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมาธิสั้นในเด็ก และวัยรุ่น ($r=0.12$) แสดงให้เห็นว่ายิ่งใช้สื่อเทคโนโลยีมากยิ่งขึ้นส่งผลต่อความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้มากขึ้น

2.4 การจัดสรรรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยทำนายด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้ของครอบครัวได้ดี เด็กจะมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นน้อยลง โดยสามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียน

ชั้นประถมศึกษาตอนต้นได้ลดลงร้อยละ 7 เมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้ของครอบครัวได้น้อยกว่าครอบครัวที่สามารถจัดสรรรายได้ครอบครัวที่ดี มีการวางแผนการใช้จ่ายของครอบครัว มีการแบ่งจัดสรรเงินเป็นส่วนๆ เพื่อเอาไว้ใช้จะทำให้ครอบครัวไม่มีปัญหาการเงิน ส่งผลให้ทุกคนในครอบครัวมีความสุข ไม่มีความเครียด (Augsomrat, 2006) พ่อแม่มีเวลาดูแลเด็กได้เต็มที่ทำให้เด็กเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมย์ พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรดิถ (Phongsathirat & Wachiradilok, 2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 พบว่าครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ไม่สามารถจัดสรรรายได้ในครอบครัวจนทำให้เกิดหนี้ ทำให้บุตรมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้มากกว่าครอบครัวที่มีการจัดสรรรายได้ครอบครัวได้เหมาะสมถึง 1.4 เท่า (OR = 1.4, 95%CI = 1.0-1.8, $p < .05$)

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ การถูกรุทำโทษ การหยุดพัก การเรียน การเปลี่ยนโรงเรียน การอยู่อาศัย ความรัก ความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และเวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี

3.1 เพศมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น แต่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ เด็กอายุ 6-9 ปี วัยนี้มีความแตกต่างของเพศชายและหญิงชัดเจน เด็กจะแยกกลุ่มระหว่างเด็กเพศชายและหญิง เด็กชายจะมีพฤติกรรมการเล่นที่ใช้กำลังและรุนแรงมากกว่า (Siribunphiphatana, 2001) จึงดูเหมือนกับว่าเด็กผู้ชายน่าจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่า ในการศึกษานี้พบว่า เด็กมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเป็นเพศชายมากกว่าเป็นหญิง พบเด็กเพศชายมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 44.3 สอดคล้องกับผลการศึกษาของพิสมย์ พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรดิถ (Phongsathirat & Wachiradilok, 2013) ที่พบว่าเด็กเพศชายมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง 3.7 เท่า แต่ในการศึกษานี้ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น อาจเนื่องจาก

ในปัจจุบันพฤติกรรมความแตกต่างระหว่างเด็กเพศชายและเพศหญิงน้อยลง เด็กเพศหญิงเล่นชุกชุน หรือกิจกรรมที่รุนแรงไม่แตกต่างจากเพศชาย เด็กเพศชายและเพศหญิงจึงมีโอกาสเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ไม่แตกต่างกัน ประกอบกับมีการศึกษาที่พบว่าโรคสมาธิสั้นนั้นเกิดจากความผิดปกติของสมอง (Mahone et al., 2011) ไม่เกี่ยวข้องกับเพศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาวบ์ และคาร์ลสัน (Gaub & Carlson, 1997) ที่ได้ทำการศึกษา Meta-analysis เพื่อหาความแตกต่างทางเพศของการเกิดโรคสมาธิสั้น จากการศึกษาศึกษา 18 เรื่อง ไม่พบความแตกต่างทางเพศในโรคสมาธิสั้นในเด็ก

3.2 เวลาในการใช้สื่อเทคโนโลยี มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นเด็กที่ใช้สื่อเทคโนโลยีมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น แต่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ อาจเนื่องจากการใช้สื่อมากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน เป็นระยะเวลาเฉลี่ยต่อวัน เด็กบางคนอาจใช้สื่อมากกว่า 2 ชั่วโมงแต่ไม่ได้ดูทุกวัน อาจดูเป็นบางวัน มีการหยุดพักทำกิจกรรมอื่น ไม่ได้มีการคลั่งไคล้สื่อมากจนเกิดอาการติดสื่อ จึงอาจไม่ได้ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปริญา สุริพล และคณะ (Suripon et al., 2019) ที่พบว่าเด็กที่มีการเล่นโทรศัพท์ในเฉพาะวันสุดสัปดาห์ (เสาร์-อาทิตย์) ในช่วง 2-5 ชั่วโมง มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นน้อยกว่าเด็กที่เล่นโทรศัพท์น้อยกว่า 2 ชั่วโมง/วัน (OR = 0.20, 95%CI = 0.40-0.96)

3.3 ความรักความเอาใจใส่ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ครอบครัวที่มีความรักความเอาใจใส่ต่อเด็กน้อยจะทำให้เด็กมีความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของเฮอติก และคณะ (Hurtig et al., 2007) ที่พบว่าครอบครัวที่ขาดความรักความเอาใจใส่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น การศึกษานี้พบว่า ครอบครัวที่มีเด็กเสี่ยงโรคสมาธิสั้นและครอบครัวที่ไม่มีเด็กเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีคะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้านความรักความเอาใจใส่เฉลี่ยแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยคือ 4.17 และ 4.36 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับ

ดีเหมือนกัน และเมื่อนำข้อมูลเข้าวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก จึงพบว่าปัจจัยนี้ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของพนม เกตุมาน, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข, ชาญวิทย์ พรนภดล และสุพร อภินันทเวช (Ketumam, Hataiyusuk, Pornnoppadol, & Apinuntavech, 2016) ที่พบว่าความรักความอบอุ่นและการเอาใจใส่จากพ่อแม่ ไม่ได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น ($p=0.080$)

3.4 การอบรมเลี้ยงดู มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นครอบครัวที่มีคะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้านการอบรมเลี้ยงดูสูงจะทำให้เด็กมีความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของดารุณี งามขำ และจินตนา ยูนิบันท์ (Ngamkum & Yunibhan, 2013) ที่พบว่า การอบรมเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นจากงานวิจัยนี้ พบว่า คะแนนประเมินหน้าที่ครอบครัวด้านการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นและครอบครัวเด็กที่ไม่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นนั้นมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย คือ 4.20 และ 4.44 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดีเหมือนกัน เมื่อนำข้อมูลเข้าวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก จึงพบว่าปัจจัยนี้ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาได้ สอดคล้องกับการศึกษา ของซอนวัลด์ (Schonwald, 2005) ที่พบว่า การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบไม่ได้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น แต่อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาเขต 1 อ. เมือง จ. พิษณุโลก มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นร้อยละ 39.4 และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 6 ปี

คิดร้อยละ 51.4 บุคลากรด้านสาธารณสุข ครู และผู้ที่เกี่ยวข้องควรเน้นการคัดกรองความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ในเด็กก่อนอายุ 6 ปี เพื่อค้นหาเด็กที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ในระยะแรกๆ ควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้น ทำการปรับพฤติกรรมเด็ก และส่งต่อเด็ก เข้ารับการตรวจประเมินซ้ำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามความเหมาะสม

2. เด็กที่มีปัญหาการเรียน ครูเรียกพบผู้ปกครอง หรือ มีปัญหาเรียนซ้ำชั้น อาจมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น ควรปรึกษาแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น และทำการรักษาต่อไป

3. การจัดสรรรายได้ของครอบครัวเหมาะสม จะทำให้ไม่เกิดปัญหาในครอบครัว ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นของเด็กในครอบครัวน้อยลง ดังนั้น บุคคลในครอบครัวจึงควรจัดสรรรายได้ของครอบครัวให้เป็นสัดส่วน

4. เด็กที่มีพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยี จะมีโอกาสเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมติดสื่อเทคโนโลยี จากผลการวิจัยพบว่าเด็กกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นมีพฤติกรรมติดสื่อสูงถึงร้อยละ 81.3 จึงควรมีการปรับพฤติกรรมการใช้สื่อเทคโนโลยีของเด็กให้ลดลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

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

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา พิษณุโลกเขต 1 อ.เมือง จ.พิษณุโลกเท่านั้น อาจจะทำการศึกษาเพิ่มเติมในทุกภาคส่วนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งจังหวัดพิษณุโลก



เอกสารอ้างอิง

- American Academy Pediatric. (2019). *Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents*. Retrieved 28 June 2020 from <https://pediatrics.aappublications.org/content/144/4/e20192528>.
- Augsomrat, S. (2006). *Family structure, family functions and sexual risk behaviors among female junior high-school students, muang district, Nakhon Si Thammarat Province*. Master Thesis (Nursing Science), Prince of Songkhla University, Songkhla. [In Thai].
- Beyens, I., Valkenburg, P. M. & Piotrowski, J. T. (2018). Screen media use and ADHD-related behaviors: Four decades of research. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(40), 9875-9881. doi:10.1073/pnas.1611611114.
- Boonyasidhi, V. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*, 57(4), 373-386. [In Thai].
- Chan-em, S. (1999). *Developmental psychology* (5th ed). Bangkok: Thai Wattana Panich. [In Thai].
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Gaub, M. and Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>.
- Health Data Center. (2014). Patients with ADHD have access to services (workload). Retrieved 4 July 2020 from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=90ccbfd92f7d1bdd89d0cfdb8b4e46ec.
- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S., McGough, J. et al. (2007). ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16(6), 362-369. doi:10.1007/s00787-007-0607-2.
- Ketumarn, P., Hataiyusuk, S. , Pornnoppadol, C., & Apinuntavech, S. (2016). Prevalence and factors associated with attention-deficit hyperactivity disorder in male juvenile delinquent of Metta remand home. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*, 61(1), 27-39. [In Thai].
- Kid Zone of Teen. (2018, 11 March). Department of Mental Health revealed Thai children are resistant to disease. Ignore the rules, *Komchadluek*. Retrieved 11 November 2020 from <https://www.komchadluek.net/news/edu-health/316105>.
- Mahone, E. M., Crocetti, D., Ranta, M. E., Gaddis, A., Cataldo, M., Slifer, K. J., . . . Mostofsky, S. H. (2011). A preliminary neuroimaging study of preschool children with ADHD. *The Clinical Neuropsychologist*, 25(6), 1009-1028. doi:10.1080/13854046.2011.580784
- Ngamkum, D., & Yunibhan, J. (2013). Relationships between family factors and behavioral problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder, Eastern Region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(1), 16-28. [In Thai].
- Nikkelen, S. W., Valkenburg, P. M., Huizinga, M. and Bushman, B. J. (2014). Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. *Dev Psychol*, 50(9), 2228-2241. doi: 10.1037/a0037318.

- Phanichsiri, K., & Tuntasood, B. (2016). Social media addiction and attention deficit and hyperactivity symptoms in high school students in Bangkok. *Journal of Psychiatric Association of Thailand, 61*(3), 191-204. [In Thai].
- Phongsathirat, P., & Wachiradilok, P. (2013). Factors associated with attention deficit hyperactivity disorders in school-age children. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 27*(1), 108-120. [In Thai].
- Pityaratstian, N., Booranasuksakul, T., Juengsiragulwit, D., & Benyakorn, S. (2014). ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of Psychiatric Association of Thailand, 59*(2), 97-110. [In Thai].
- Pornoppadol, C., Piyasilp, V., Jittorn, J., & Chanpen, S. (2014). The development of screening scales for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Thai children and adolescents age of 3-18 years. *Journal of Psychiatric Association of Thailand, 59*(4), 335-354. [In Thai].
- Sakboonyarat, B., Chokcharoensap, K., Sathuthum, N., Chutchawalanon, S., Khamkaen, C., Sookkaew, W., . . . Rangsins, R. (2018). Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a rural community, central Thailand: A mixed methods study. *Global Journal of Health Science, 10*, 60. doi:10.5539/gjhs.v10n3.p60.
- Saksritavee, B., Chanwanpen, E., & Phenwan, T. (2019). Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorders in school aged children of Sichon hospital in crosssectional study. *Region 11 Medical Journal, 33*(2), 327-338. [In Thai].
- Schonwald, A. (2005). Update: Attention deficit/hyperactivity disorder in the primary care office. *Curr Opin Pediatr, 17*(2), 265-274. doi:10.1097/01.mop.0000156983.71532.eb.
- Siribunphiphatana, P. (2001). *Pediatric nursing, volume 1*. Nonthaburi: Yuttarin printing. [In Thai].
- Sirithongthaworn, S., Kanjanarat, P., Itsarapong, P., Pila, S., Pattanakitkosol, P., Sonsingh, W., . . . Kamduang, N. (2017). *Development of integrated care model for children with attention deficit hyperactivity disorder among health care professionals, parents, and teachers in Northern Thailand* (Research report). Bangkok: Health systems research institute. [In Thai].
- Suripon, P., Siri, S., Sujirarat, D., & Pitikultang, S. (2019). Screen-based media use and attention deficit hyperactivity disorder among male students, elementary school, *Proceeding of Rangsit university national research conference 2019*. [In Thai].
- Visanuyothin, T., Pavasuthipaisit, C., Wachiradilok, P., Arunruang, P., & Buranasuksakul, T. (2013). The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand, 21*(2), 66-75. [In Thai].
- Wamulugwa, J., Kakooza, A., Kitaka, S. B., Nalugya, J., Kaddumukasa, M., Moore, S., . . . Katabira, E. (2017). Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among Ugandan children; a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 11*, 18. doi: 10.1186/s13034-017-0155-6
- Weerakul, J. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder in children. *Buddhachinaraj Medical Journal, 31*(1), 65-75. [In Thai].