ความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองในเด็กอายุ 6-15 ปี จังหวัดร้อยเอ็ด

วิภาพร จันทนาม พย.ม.[1] ขวัญจิรา อินกว่าง พย.ม.[1,2]
สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี ปร.ด.[1] จำรัสลักษณ์ เจริญแสน พย.ม.[1]
อรทัย พงษ์แก้ว พย.ม.[1] รักษ์สุดา ชูศรีทอง พย.ม.[1]
วารีรัตน์ วรรณโพธิ์ พย.ม.[1]

(วันรับบทความ :26 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :15 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :23 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในเด็ก ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอารมณ์ การเรียน การเข้าสังคม รวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันพบความชุกในประชากรเด็กทั่วโลกแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การวิจัยนี้จึงเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครอง เพื่ออธิบายความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี ในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองจำนวน 107 คน โดยใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองและแบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติอนุมานในการประมาณค่าและหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square กรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรแจงนับ Independent t-test กรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรต่อเนื่อง โดยกำหนดนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับดีร้อยละ 63.55 ตามเกณฑ์ของ Bloom และความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปีที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการขาดสมาธิร้อยละ 34.58 (95% CI: 24.79-43.42) และอาการดื้อ ต่อต้าน อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น รองลงมาตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการดื้อ ต่อต้านของเด็ก ความพอเพียงของรายได้ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการขาดสมาธิของเด็ก และระดับการศึกษาของเด็กมีความสัมพันธ์กับอาการไม่อยู่นิ่งหุนหันพลันแล่นของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้จึงเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลให้สามารถป้องกัน คัดกรอง และให้การสนับสนุนแก่ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของเด็กวัย 6-15 ปีในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

[1]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: khwanchira.thesis@gmail.com Tel: 085-0114849

Prevalence of ADHD-Related Behaviors and Associated Factors as Perceived by Parents among Children Aged 6–15 Years in Roi Et Province

Wipaporn Jantanam M.N.S[1] Khwanchira Inkwarg M.N.S[1,2]
Sujitta Ritmontree Ph.D.[1] Jumrusluk Charoensaen M.N.S[1]
Orathai Pongkaew M.N.S[1] Ruksuda Choosrithong M.N.S[1]
Wareerat Wannapoe M.N.S[1]

(Received Date: April 26, 2025, Revised Date: June 15, 2025, Accepted Date: June 23, 2025)

Abstract

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a chronic psychiatric condition in children that affects the behavior, emotion regulation, learning, social interaction, and daily functioning of both the child and those involved in their care. The global prevalence of ADHD among children is on the rise. This cross-sectional analytical research study was conducted to assess parents' knowledge and understanding of ADHD, to describe the prevalence of ADHD-related behaviors, and to examine the factors associated with ADHD-related behaviors among children aged 6–15 years in a subdistrict of Roi Et Province, Thailand. A total of 107 parents participated in the study. The research instruments included a questionnaire on the parents' knowledge and understanding of ADHD and an ADHD behavior assessment tool. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including Chi-square tests for categorical variables and independent t-tests for continuous variables, with a significance level set at .05.

The results showed that 63.55% of parents had a good level of knowledge and understanding of ADHD based on Bloom's criteria. The most prevalent ADHD-related behavior reported among children aged 6–15 years was inattention (34.58%; 95% CI: 24.79–43.42), followed by oppositional behavior, hyperactivity, and impulsivity, respectively. Factors significantly associated with ADHD-related behaviors as perceived by parents included: parent's gender, which was associated with oppositional behavior in children; adequacy of family income, which was associated with children's inattention; and children's education level, which was associated with hyperactivity and impulsivity. These findings provide essential insights for developing the professional role of nurses in prevention, early screening, and family support, contributing to the promotion of long-term well-being among children aged 6–15 years.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), prevalence, associated factors

[1]Instructor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University

[2]Corresponding author, Email: khwanchira.thesis@gmail.com Tel: 085-0114849

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders: ADHD) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็กก่อนอายุ 12 ปี ที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง และเป็นอีกกลุ่มอาการของโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็กเช่นกัน โดยพฤติกรรมสมาธิสั้น หมายถึง พฤติกรรมที่เด็กแสดงออก เป็นลักษณะอาการเฉพาะที่บ่งบอกว่าเด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น โดยอาการหลัก ๆ คือ อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และ อาการไม่มีสมาธิ[1] อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ สัมพันธภาพกับเพื่อน บุคคลทั่วไป หรือการเข้าสังคม การเรียน การทำงาน รวมไปถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กและผู้ปกครอง[2] หากเด็กโรคสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษา มักจะประสบปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ด้านการเรียน และมีภาพพจน์ต่อตนเองที่ไม่ดี และเข้าสู่วัยรุ่นหรือผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย ใช้สารเสพติด อุบัติเหตุ ความล้มเหลวในการประกอบอาชีพและปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ[3]

ในปัจจุบันสถานการณ์ของโรคสมาธิสั้นทุกประเทศทั่วโลก สหพันธ์สมาคม ADHD โลก (World Federation of ADHD) พบว่าอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 5.90-14 ในเด็กและวัยรุ่น[4] มีการศึกษาแบบ Meta-Analysis พบว่าความชุกทั่วโลกของโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอยู่ที่ร้อยละ 8 โดยพบว่าเด็กผู้ชายมีอัตราความชุกของโรค ADHD สูงกว่าเด็กผู้หญิงถึงสองเท่า โดยพบมากที่สุดคืออาการขาดสมาธิ รองลงมาคืออาการอยู่ไม่นิ่ง[5] อีกทั้งยังมีรายงานการสำรวจสุขภาพเด็กประเทศสหรัฐอเมริกา[6] พบว่าเด็กอายุ 3-17 ปี มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 9.60 - 9.80 ในประเทศไทย[2]สามารถประมาณการได้ว่าจะมีเด็กช่วงวัยเรียนป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นถึง 1 ล้านคน และมักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 3:1 สอดคล้องกับผลการสำรวจในประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิต[7] พบว่าอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 พบร้อยละ 8.10 โดยแยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 12 และเพศหญิง ร้อยละ 4.20 ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคสมาธิสั้นสามารถพบได้ทั้งกับเด็กที่เป็นวัยเรียนและวัยรุ่น โดยลักษณะของเด็กวัยเรียนเมื่อมีอาการขาดสมาธิ จะสมาธิสั้นวอกแวกง่าย ไม่สามารถทำงานเสร็จรวดเดียว การควบคุมตนเองไม่ดี อาจมีก้าวร้าวหงุดหงิดง่าย ทนต่อความคับข้องใจไม่ได้ รบกวนชั้นเรียน ไม่ร่วมมือในการทำตามกฎ เข้ากับเพื่อนไม่ได้ สำหรับเด็กที่เป็นวัยรุ่นเมื่อมีอาการขาดสมาธิ จะพบว่าอาการไม่นิ่งลดลงแต่ไม่มีสมาธิมากขึ้น ชอบความท้าทาย เบื่อง่าย เกิดพฤติกรรมเกเร ไม่มีความมั่นใจ[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคสมาธิสั้นเป็นปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่เชื่อว่าสามารถเกิดขึ้นได้จากหลาย ๆ ปัจจัยรวมกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความสำคัญที่ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมของเด็กแตกต่างกันออกไป มีการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นแบ่งเป็น 2 ด้าน ด้านปัจจัยที่เกิดจากตัวเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการอยู่อาศัย ประวัติการเรียน ด้านปัจจัยที่เกิดจากครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ รูปแบบครอบครัว ความรักความอบอุ่น การอบรมเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการจัดสรรรายได้ของครอบครัว[2,9,10] สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศในประเทศยูกันดาและสหรัฐอเมริกาที่พบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง[11,12] และมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า เด็กเพศชายมีเสี่ยงเป็น 3.70 เท่าของเพศหญิง เด็กที่อาศัยอยู่กับญาติเสี่ยง 1.60 เท่าของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ เด็กที่เคยมีประวัติเรียนซ้ำชั้นหรือเคยถูกครูลงโทษเสี่ยงเป็น 1.90 และ 2.80 เท่าของเด็กที่ไม่เคย ครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือแยกกันอยู่หรือเป็นหม้ายเสี่ยงเป็น 1.70 เท่าของครอบครัวที่อยู่ร่วมกันปกติ พ่อที่การศึกษาจบมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าเสี่ยงเป็น 1.60 เท่า ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินเสี่ยงเป็น 1.40 เท่า และผู้ปกครองที่ไม่มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นเสี่ยงเป็น 2.30 เท่า[13] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการรักษา[14,15] มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการศึกษาต่างประเทศพบว่า ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว การกระทำรุนแรงต่อเด็ก สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่ การที่พ่อแม่ถูกจำคุก การให้เด็กได้รับสื่อเป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะในกลุ่มอาการขาดสมาธิและสมาธิสั้น/หุนหันพลันแล่น[16]

ผลการสำรวจสถานการณ์โรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนอายุ 6-15 ปีในจังหวัดร้อยเอ็ด[17] ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 3,646 คน อัตราการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 46.65 ยอดผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กสะสม พ.ศ. 2566 มีจำนวน 3,046 คน อัตราการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 49.30 ผลการสำรวจในเขตพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด สถานการณ์โรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน อายุ 6-15 ปี ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 341 คน อัตราการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 46.65 ยอดผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กสะสม พ.ศ. 2566 มีจำนวน 337 คน อัตราการเข้าถึงบริการ ร้อยละ 49.55 จะเห็นได้ว่าภาวะโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนในจังหวัดร้อยเอ็ดยังคงมียอดผู้ป่วยสะสมจำนวนมากและอัตราการเข้าถึงบริการไม่ถึงร้อยละ 50 และเมื่อทำการศึกษานำร่องในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากจากจำนวนผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอายุ 6-15 ปีทั้งหมด ได้จำนวน 15 คน และใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น พบว่าระดับความรู้อยู่ในระดับดีร้อยละ 33.33 ซึ่งไม่ถึงร้อยละ 50

ปัจจุบันผู้ปกครองและครูประจำชั้นสามารถตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้นได้ด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น SNAP-IV ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ประกอบไปด้วยการประเมินพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงอาการซุกซน อยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และ อาการไม่มีสมาธิ ซึ่งในการคัดกรองนี้จะมีเกณฑ์ในการให้คะแนนที่แตกต่างกันระหว่างผู้ปกครองและครูประจำชั้น และเมื่อเด็กได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้น ผู้ปกครองหรือครูประจำชั้นจะต้องพาเด็กไปพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเข้ารับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้คัดกรองโรคสมาธิสั้นพร้อมให้ความรู้ คำแนะนำและส่งต่อเด็กให้ได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เพื่อให้เด็กได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและมีอัตราการเข้ารับบริการที่เพิ่มสูงขึ้น

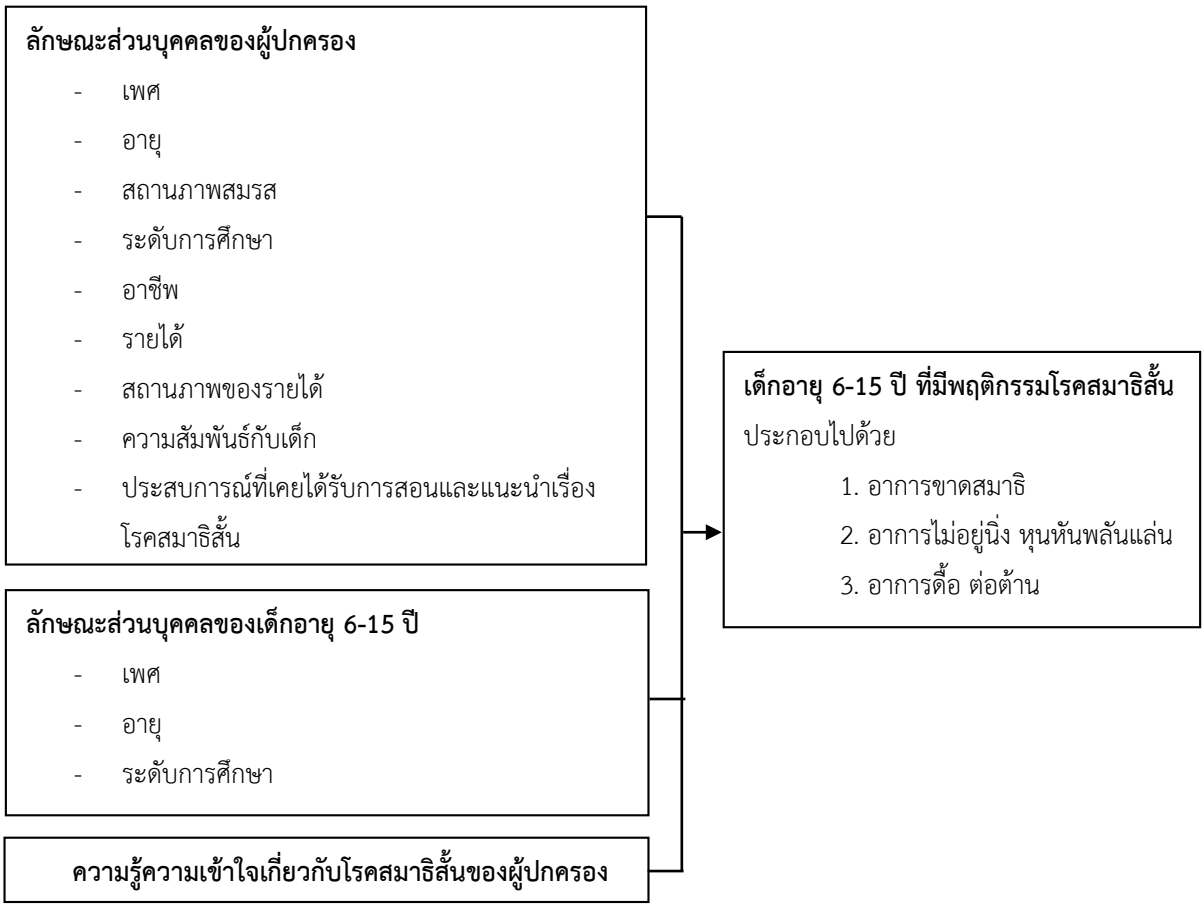
จากผลการศึกษานำร่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ยังไม่พบงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองในเด็กอายุ 6-15 ปีในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น รวมไปถึงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ปกครองในเด็กอายุ 6-15 ปี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี
2. เพื่ออธิบายความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพระหว่างบุคคล เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลรวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการกระทำและพฤติกรรมของบุคคล ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากการได้รับการกระตุ้น คำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น[18] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกปัจจัยที่สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ดังกล่าวทั้งหมด 3 ด้าน ดังนี้ ด้านผู้ปกครอง ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ประสบการณ์ที่เคยได้รับการสอนและแนะนำเรื่องโรคสมาธิสั้น ด้านเด็ก ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ดังกรอบแนวคิดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิจัยแบบ Analytical cross-section study เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบเองในช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กอายุ 6-15 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งก่อนทำการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจพื้นที่ที่ทำการศึกษา 11 หมู่บ้าน และได้ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากได้ 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 5 และ หมู่ที่ 10 ซึ่งทั้ง 3 หมู่บ้านมีจำนวนประชากรประมาณ 250 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีไม่ทราบประชากร

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}\, P(1-P)}{dZ^2}$$

โดยที่ P คือ ความชุกของคะแนนความรู้ระดับดีจากการศึกษานำร่อง มีค่าเท่าเท่า ร้อยละ 33.33 $(P = 0.33)$

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ระดับ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 10 ดังนั้น $d = 0.1$

แทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง 85 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงทำการเก็บข้อมูลเพิ่มร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน แต่ในการศึกษานี้มีผู้ตอบแบบสอบถาม 107 คน เพื่อความเป็นตัวแทนที่ดีจึงนำเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีคุณสมบัติในการเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือเป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่องและมีความยินดี สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลเด็กอายุ 6–15 ปี ในเขตพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด

เกณฑ์คัดออก คือ มีโรคทางกายและโรคทางจิตรุนแรงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการ คือ เจ็บป่วย ร้ายแรง ฉุกเฉิน ที่ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ หัวใจ สมอง ปอด ตับ ไต ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคมะเร็งระยะลุกลาม ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หรือเสียชีวิต ระหว่างการดำเนินการวิจัย ย้ายที่อยู่และหรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบและขอถอนตัวออกจากการวิจัย ระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบไปด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพรายได้ของครอบครัวในปัจจุบัน ความสัมพันธ์กับเด็ก ประสบการณ์ที่เคยได้รับการสอน/แนะนำเรื่องโรคสมาธิสั้น

ตอนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุ 6-15 ปี ประกอบด้วย เพศ อายุ และระดับการศึกษาของเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เป็นแบบวัดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก ของ ปัจฉิมา หลอมประโคน[14] จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเลือกตอบ ใช่กับไม่ใช่ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยการแปลผลระดับความรู้แบ่งเป็น 2 ระดับ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ร้อยละ 60 เป็นจุดตัด ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวทางของ Bloom[19] โดยคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจระดับดี คะแนนรวมน้อยกว่า 6 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น (Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale : SNAP-IV) เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่นำมาใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งในแบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) อาการขาดสมาธิ 9 ข้อ 2) อาการซน/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ 3) อาการดื้อ/ต่อต้าน 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อจะให้คะแนน 0-3 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบพฤติกรรมดังกล่าว 1 คะแนน หมายถึง พบพฤติกรรมดังกล่าวเล็กน้อย 2 คะแนน หมายถึง พบพฤติกรรมดังกล่าวค่อนข้างมากและ 3 คะแนน หมายถึง พบพฤติกรรมดังกล่าวมาก ผลรวมคะแนนของอาการขาดสมาธิและอาการซน หุนหันพลันแล่น ประเมินได้ว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป ส่วนอาการภาวะดื้อ ต่อต้าน ประเมินได้ว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังนี้

1. แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เป็นแบบวัดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก ของ ปัจฉิมา หลอมประโคน[14] โดยได้นำไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 6–15 ปี จำนวน 15 คน ในพื้นที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัย ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

2. แบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย โดย ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ[20] ได้ทำการศึกษาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยได้ผ่านการฝึกการใช้แบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น และเคยปฏิบัติงานคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จึงได้จัดประชุมเพื่อชี้แจงและอธิบายวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลให้กับทีมผู้วิจัยก่อนดำเนินการวิจัยนี้

2. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดถึงกำนันและผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 5 และ หมู่ที่ 10 ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่มในการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กอายุ 6-15 ปี แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และแบบประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือไม่ได้แต่สมัครใจเป็นอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายและอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้ววิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาในการอธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและระดับของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง กรณีข้อมูลแจงนับนำเสนอด้วย การแจกแจงความถี่และร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่อง ที่มีการแจกแจงปกติ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) กรณีแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : สูงสุด)

2. ใช้สถิติอนุมาน ในการประมาณความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อาการขาดสมาธิ อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และอาการดื้อ ต่อต้าน ของเด็กอายุ 6-15 ปี นำเสนอด้วยค่าความชุกโดยการใช้ร้อยละร่วมกับ 95% Confidence Interval และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม ได้แก่ อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และอาการดื้อ ต่อต้าน กับตัวแปรต้น กรณีตัวแปรต้นเป็นตัวแปรแจงนับใช้การทดสอบ Chi-square กรณีตัวแปรต้นเป็นข้อมูลต่อเนื่องกับตัวแปรตามที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และมีการทดสอบการแจกแจงปกติ ใช้การทดสอบ Independent t-test นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยความต่าง (Mean difference) โดยกำหนดนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้อธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจโดยอิสระ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและรักษาข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อใช้ประโยชน์กับการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีผลต่อการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการบันทึกชื่อ นามสกุล และเลขที่บ้านในแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมหรือไม่เต็มใจสามารถเลิกล้มการให้ข้อมูลได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัยโดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ ต่อการมารับบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 019/2567 ลงวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครอง 107 คน ในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด มีผลการการวิจัยดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.77 อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 78.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.10 ปี สถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกันร้อยละ 65.42 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 67.29 ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 57.01 และมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 75.70 รายได้พอเพียงแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บร้อยละ 42.06 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาร้อยละ 57 และไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการสอนและแนะนำเรื่องโรคสมาธิสั้นร้อยละ 66.36

ข้อมูลทั่วไปของเด็กอายุ 6-15 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.68 โดยเฉลี่ยมีอายุ 12.07 ปี ระดับการศึกษามัธยมต้น ร้อยละ 66.36 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กและเด็ก (n = 107)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง			
เพศ	ชาย	27	25.23
	หญิง	80	74.77
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 60 ปี	23	21.50
	60 ปีขึ้นไป	84	78.50
	Mean = 50.10, S.D. = 10.15, Min = 28, Max = 73		
สถานภาพสมรส	แต่งงานอยู่ด้วยกัน	70	65.42
	หย่า แยก เลิกร้าง หม้าย	37	34.58
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	35	32.71
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	72	67.29
อาชีพ	เกษตรกรรม	61	57.01
	ค้าขาย/อาชีพอิสระ/รับจ้าง (เอกชน)	36	33.64
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	7.48
	ไม่มีอาชีพ/ไม่มีรายได้/อยู่บ้าน	2	1.87
รายได้	ต่ำกว่า 10,000 บาท	81	75.70
	10,001 บาทขึ้นไป	26	24.30
ความพอเพียงของรายได้	พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บพอสมควร	25	23.36
ผู้ปกครอง	พอเพียงแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	45	42.06
	ไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง	32	29.91
	ไม่พอเพียงและมีปัญหาหนี้สินอยู่มาก	5	4.67
ความสัมพันธ์กับเด็ก	บิดา/มารดา	61	57.00
	ปู่/ย่า , ตา/ยาย ,น้า/อา, ลุง/ป้า	46	43.00
ประสบการณ์ที่เคยได้รับ	ไม่เคย	71	66.36
การสอน/แนะนำเรื่องโรค	เคย	36	33.64
สมาธิสั้น			
ข้อมูลทั่วไปของเด็ก			
เพศของเด็ก	ชาย	66	61.68
	หญิง	41	38.32
อายุ (ปี)	Mean = 12.07, S.D.=2.66, Min = 6, Max = 15		
ระดับการศึกษาของเด็ก	ประถมศึกษา	36	33.64
	มัธยมต้น	71	66.36

2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ผลการศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจระดับดี ร้อยละ 63.55 เมื่อจัดลำดับรวมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นรายข้อแล้วพบว่า ข้อคำถามที่ผู้ปกครองตอบได้ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ เด็กสมาธิสั้นมักไม่อยู่นิ่ง นั่งไม่ติดที่ พูดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบ และยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นจะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น คะแนนความถูกต้องร้อยละ 72.89 รองลงมา คือ โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ ร้อยละ 69.16 และอันดับสามคือ เด็กสมาธิสั้น มักขาดความยับยั้งชั่งใจ คะแนนความถูกต้องร้อยละ 68.22 สำหรับข้อคำถามที่ผู้ปกครองตอบไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ เด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานาน ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน คะแนนความถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 41.12 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลระดับของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (n=107)

ข้อคำถามความรู้ความเข้าใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่	74	69.16
2. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย	59	55.14
3. เด็กสมาธิสั้น มักไม่อยู่นิ่ง นั่งไม่ติดที่ พูดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบ	78	72.89
4. เด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานาน ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน	44	41.12
5. เด็กสมาธิสั้น มักขาดความยับยั้งชั่งใจ	73	68.22
6. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเร	56	52.34
7. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ได้เอง	69	64.49
8. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด	55	51.40
9. ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น	78	72.89
10. การจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานที่มุมเงียบสงบจะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มาก	63	58.88
ระดับความรู้ความเข้าใจ		
ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจระดับไม่ดี (< 6 คะแนน)	39	36.45
ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจระดับดี (≥ 6 คะแนน)	68	63.55
Mean = 6.94, S.D. = 1.69		

3. การประมาณค่าความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี อันดับแรก ได้แก่ อาการขาดสมาธิจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 34.58 (95% CI: 24.79-43.42) อันดับที่สอง ได้แก่ อาการดื้อ ต่อต้าน จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 28.97 (95% CI: 13.36 -29.46) และอันดับที่สาม ได้แก่ อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.35 (95% CI = 8.69 - 9.73) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นด้วย SNAP-IV (Short Form) (n=107)

SNAP-IV	จำนวน (คน)	ร้อยละ	95%CI
การประเมินอาการขาดสมาธิ			
มีความเสี่ยง (คะแนน ≥ 13 คะแนน)	37	34.58	24.79 - 43.42
Mean = 9.09, S.D. = 7.36, Min = 0, Max = 23			
การประเมินอาการซน ไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น			
มีความเสี่ยง (คะแนน ≥ 13 คะแนน)	10	9.35	8.69 - 9.73
Mean = 5.38, S.D. = 5.07, Min = 0, Max = 22			
การประเมินอาการดื้อ ต่อต้าน			
มีความเสี่ยง (คะแนน ≥ 9 คะแนน)	31	28.97	13.36 - 29.46
Mean = 6.54, S.D. = 6, Min = 0, Max = 23			

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี ได้แก่ เพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการดื้อ ต่อต้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .023) โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.77 ความพอเพียงของรายได้ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการขาดสมาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) และระดับการศึกษาของเด็กมีความสัมพันธ์กับอาการไม่อยู่นิ่งหุนหันพลันแล่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .021) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี

ปัจจัย	อาการขาดสมาธิ		อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น		อาการดื้อ ต่อต้าน	
	X^2/Mean diff	*p*-value	X^2/Mean diff	*p*-value	X^2 Mean diff	*p*-value
ด้านผู้ปกครอง						
เพศผู้ปกครอง	0.76	.385	0.13	.716	4.82	.023*
อายุผู้ปกครอง	3.12	.077	2.24	.135	0.06	.814
สถานภาพสมรส	1.58	.209	3.15	.076	0.08	.777
ระดับการศึกษา	2.37	.306	1.56	.459	3.83	.147
อาชีพ	1.96	.580	1.18	.758	5.84	.120
รายได้	0.06	.808	0.20	.659	0.42	.518
ความพอเพียงของรายได้	13.62	<.001*	1.01	.315	0.02	.876
ความสัมพันธ์กับเด็ก	0.66	.416	1.30	.254	0.84	.361
ประสบการณ์ที่เคยได้รับการสอน/คำแนะนำ	0.11	.735	3.43	.064	0.00	.966
ด้านเด็ก						
เพศเด็ก	0.36	.550	0.32	.570	0.02	.966
อายุเด็ก	Mean diff -0.40	.468	Mean diff 1.10	.211	Mean diff 1.11	.211
ระดับการศึกษา	4.00	.262	9.69	.021*	1.53	.676
ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง						
ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของปกครอง	Mean diff -0.21	.547	Mean diff -0.39	.485	Mean diff -0.26	.471

การอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กอายุ 6-15 ปี จากผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.55 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.77 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 67.29 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันรวี พิมพ์รัตน์[21] อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันการเรียนรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีมากมายหลากหลายช่องทาง จึงส่งผลทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจระดับดี แต่ถึงอย่างไรก็ตามยังมีผู้ปกครองที่มีระดับความรู้ความเข้าใจไม่ดีร้อยละ 36.45 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ปกครองที่มีความรู้ความเข้าใจระดับดี ทำให้สังเกตเห็นได้ว่า

ถึงแม้ผู้ปกครองจะมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป ได้รับข้อมูลจากหลากหลายช่องทาง ก็อาจมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในเรื่องโรคสมาธิสั้นได้ สะท้อนถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง หรืออาจเกิดจากความเชื่อผิด ๆ ที่ยังคงมีอยู่ สังเกตจากการตอบข้อคำถามที่ไม่ถูกมากที่สุด ได้แก่ เด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานาน ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการรักษา[14,15] การให้ความรู้เชิงรุกแก่ผู้ปกครองโดยพยาบาลหรือทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดในระดับชุมชน และเป็นส่วนสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตในระยะยาว

2. อธิบายความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี ที่ประกอบไปด้วยพฤติกรรมแสดงออก 3 อาการ ได้แก่ อาการขาดสมาธิ อาการดื้อต่อต้าน และอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น จากผลการศึกษานี้พบความชุกของ อาการขาดสมาธิมากที่สุด ร้อยละ 34.58 (95% CI: 24.79-43.42) เป็นกลุ่มอาการที่มักพบว่าเด็กจะมีปัญหาการทำงานของสมองส่วนการตัดสินใจ มีภาวะบกพร่องทางโภชนาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ[7] ที่พบว่า เด็กนักเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของกลุ่มขาดสมาธิมากที่สุด ทั้งนี้สามารถอธิบาย ได้ว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังพบว่ามีปัญหาเด็กขาดสารอาหารสูงที่สุด และเป็นภาคที่มีเด็กกลุ่มที่มีสติปัญญาการเรียนรู้บกพร่องสูงที่สุดเมื่อ เปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ โดยพบว่าความชุกกลุ่มชน ใจร้อน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักมีปัญหาเรื่องอารมณ์รุนแรง มีพฤติกรรมรุนแรงที่มัก นำไปสู่ภาวะดื้อต่อต้าน ก้าวร้าว ในลำดับต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ความชุกของ อาการดื้อ ต่อต้าน มีมากเป็นอับดับที่สอง ที่ร้อยละ 28.97 (95% CI: 13.36 -29.46) ส่วนใหญ่เป็นเด็กเพศชาย ร้อยละ 61.68 ด้วยลักษณะของเพศชายที่มีความแตกต่างจากเพศหญิง ในด้านของการขาดความละเอียดรอบคอบ วอกแวกได้ง่าย บกพร่องในการควบคุมพฤติกรรม ยับยั้งตนเองไม่ค่อยได้ และไม่มีสมาธิในการเรียนรู้และมีความซุกซน ลักษณะเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมาธิสั้น สอดคล้องกับความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกและในประเทศไทย[5,6] พบว่าเด็กผู้ชายมีอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเด็กผู้หญิงถึงสองเท่า โดยพบมากที่สุดคืออาการขาดสมาธิ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี อภิปรายผลตามกรอบแนวคิดการวิจัยทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ด้านข้อมูลทั่วไปของเด็ก และด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จากผลการศึกษาพบว่า เพศของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอาการดื้อ ต่อต้านของเด็ก และ สถานภาพของรายได้ของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับอาการขาดสมาธิของเด็ก สามารถอธิบายความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของแต่ละตัวแปรดังนี้ เพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการดื้อ ต่อต้านของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .023) จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.77 และเด็กที่พบอาการดื้อ ต่อต้านส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.68 ตามแนวคิดของ Eagly [22] อธิบายว่า ความแตกต่างด้านบทบาททางเพศที่ถูกกำหนดโดยสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมและการรับรู้ โดยเฉพาะในบริบทของครอบครัว เพศหญิงที่มีบทบาทในฐานะมารดา ถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่ในการดูแลและเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้มีลักษณะนิสัยที่เอาใจใส่ ละเอียดรอบคอบ และให้ความสำคัญกับการควบคุมพฤติกรรมของเด็ก เมื่อพิจารณาควบคู่กับลักษณะเฉพาะของเด็กเพศชายที่มักมีความซุกซน ขาดความละเอียดรอบคอบ ไม่มีสมาธิในการเรียนรู้[2,9] ในความแตกต่างนี้จึงนำไปสู่อาการดื้อ ต่อต้าน ที่เป็นหนึ่งในพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธา บุญสินชัย[15] ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ก็เป็นเพศหญิง และเมื่อประเมินพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นพบความเสี่ยงของอาการดื้อ ต่อต้านในเด็กร้อยละ 28.97 (95% CI: 13.36 – 29.46)

ความพอเพียงของรายได้ผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับอาการขาดสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ปกครองโดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.00 สอดคล้องกับรายได้ที่อยู่ในช่วงต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 75.70 ด้วยวิถีชีวิตแบบชนบทหาเช้ากินค่ำ จึงทำให้รายได้ที่ได้ในแต่ละเดือนมีความพอเพียงต่อการดำเนินชีวิต แต่อาจไม่มีเหลือเก็บพอเพียงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยภายในครอบครัวไทยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว[23] พบว่า เศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดความสุขของครอบครัว และมีผลต่อสุขภาพจิตของครอบครัว

เนื่องจากเด็กต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีในการป้องกันและคัดกรองรวมไปถึงการรักษาเมื่อเป็นโรคสมาธิสั้น หากมีปัญหาเศรษฐกิจ รายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บไว้ใช้ในภาวะฉุกเฉิน อาจส่งผลต่อการเลี้ยงดูและการส่งเสริมในด้านต่างๆของเด็ก ซึ่งทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นที่ผ่านมา[9,10] ที่พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้ความพอเพียงของรายได้ที่สูง จะพบปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นน้อยกว่าครอบครัวที่มีการรับรู้ความพอเพียงของรายได้ระดับต่ำ และการศึกษาของ พิศมัย พงศาธิรัตน์ และ พรทิพย์ วชิรดิลก[13] ยังพบว่า เศรษฐฐานะไม่ดีมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น 2.40 เท่า ซึ่งอาการขาดสมาธิก็เป็นหนึ่งในอาการที่บ่งบอกถึงโรคสมาธิสั้น

3.2 ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของเด็ก ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาของเด็กที่มีความสัมพันธ์กับอาการไม่อยู่นิ่งหุนหันพลันแล่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .021) โดยเด็กส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมต้น ร้อยละ 66.36 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยจะมีอารมณ์ค่อนข้างรุนแรงพฤติกรรมแปรปรวน อ่อนไหวง่าย ไม่มั่นคง ชอบแสดงอารมณ์ตรงไปตรงมา ควบคุมอารมณ์ได้น้อย มีความเป็นตัวของตัวเอง อยากรู้อยากทดลอง ชอบแสวงหาความรู้และทดลองสิ่งแปลก ๆ ใหม่ ๆ ต้องการความเป็นอิสระ[24] ด้วยสาเหตุนี้จึงอาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นจากอาการไม่อยู่นิ่งหุนหันพลันแล่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น[7] ที่พบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงสุดในช่วงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 11.80 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พีรนุช พันธุ์ภักดี[9] ในเรื่องของการศึกษาและการเรียนของเด็กมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น แต่แตกต่างกันในเรื่องระดับการศึกษาของเด็กเนื่องจาก พีรนุช พันธุ์ภักดี[9] ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างระดับประถมศึกษาที่ 1-5 แต่ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในช่วงตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

3.3 ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองในระดับดีไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6–15 ปี สามารถอธิบายได้ว่า ในปัจจุบันการรับรู้ข่าวสารและข้อมูลต่าง ๆ ผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์มากขึ้น การเข้าถึงข้อมูลทำได้ง่าย ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในโรคสมาธิสั้นโดยที่ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่า ผู้ปกครองไม่เคยได้รับการสอนและแนะนำเรื่องโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 66.36 ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน หรือไม่สามารถแยกแยะพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นออกจากพฤติกรรมปกติในวัยเดียวกันได้อย่างชัดเจนและไม่ได้เกิดความตระหนักในการดูแลเด็กในช่วงวัยนี้ ก็สามารถส่งผลให้เด็กมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นได้ ผลของการศึกษาครั้งนี้จึงมีความแตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นในหลายการศึกษาที่ผ่านมา แต่ก็มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วันรวี พิมพ์รัตน์[21] พบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองล้วนแล้วแต่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของโรคสมาธิสั้น และการศึกษาของ บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวีและคณะ[25] ที่ศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน พบว่า กลุ่มเด็กที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ผู้ปกครองไม่มีความรู้ความเข้าใจร้อยละ 83.90 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นเช่นกัน ในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า บทบาทของพยาบาลในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยให้สามารถคัดกรองเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว ส่งเสริมให้เด็กได้รับการวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที อีกทั้งข้อมูลจากการศึกษานี้ยังเป็นประโยชน์ต่อการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการสนับสนุนให้เด็กในครอบครัวสามารถรับมือกับผลกระทบจากโรคสมาธิสั้นทั้งในด้านอารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้น้อยซึ่งอาจเผชิญกับความเครียดในการดูแลบุตร

ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นฐานในการวางแผนเชิงระบบ เพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาลในด้านการป้องกัน คัดกรอง และสนับสนุนครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการเสริมสร้างสุขภาวะของเด็กในอนาคต

สรุปการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจระดับดีเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น แต่ยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องที่ต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเพราะผู้ปกครองยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสมาธิสั้น เช่นเข้าใจผิดว่าเป็นความซนธรรมดา ไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างสมาธิสั้นกับพฤติกรรมดื้อ ต่อต้านได้ เป็นต้น ความชุกของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี มากที่สุดคือ อาการขาดสมาธิ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการดื้อต่อต้าน ความพอเพียงของรายได้ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับอาการขาดสมาธิ ระดับการศึกษาของเด็กมีความสัมพันธ์กับอาการไม่อยู่นิ่งหุนหันพลันแล่น ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมความรู้และการคัดกรองในระดับครอบครัวและโรงเรียน เพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูล ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถระบุเหตุและผลได้อย่างชัดเจน อีกทั้งการให้ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมของบุตร อาจมีอคติจากการรับรู้ของผู้ปกครองโดยเฉพาะในด้านพฤติกรรม เช่น ดื้อ ต่อต้าน ที่อาจแปรผันตามความคาดหวังของแต่ละครอบครัว และการเก็บข้อมูลในช่วงเปิดภาคเรียนอาจมีผลต่อการรับรู้ของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมเด็ก เนื่องจากเด็กอาจเผชิญกับแรงกดดันด้านการเรียน การปรับตัวหรือปฏิสัมพันธ์กับครูและเพื่อนซึ่งอาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่คล้ายกับสมาธิสั้น ส่งผลให้ค่าความชุกที่ได้อาจสูงกว่าความเป็นจริงในช่วงเวลาอื่น นอกจากนี้ แบบประเมินนี้ใช้ประเมินในเด็กอายุ 6-15 ปี ซึ่งเป็นทั้งวัยเรียนและวัยรุ่น ด้วยพัฒนาการตามวัยที่แตกต่างกัน อาจทำให้การแปลผลพฤติกรรมมีความคลาดเคลื่อน เพราะธรรมชาติของเด็กวัยเรียนมักแสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือวอกแวกตามวัย ขณะที่วัยรุ่นอาจมีพฤติกรรมต่อต้านหรือแยกตัวตามพัฒนาการทางอารมณ์ ซึ่งอาจถูกตีความคลาดเคลื่อนว่าเป็นอาการของสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1.1 ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นให้แก่ผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแล เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง ตระหนัก และดูแลเด็กที่มีความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม

1.2 ควรมีการคัดกรองในโรงเรียนอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างครอบครัว โรงเรียน และหน่วยงานสาธารณสุข

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการศึกษาข้อมูลเชิงลึก เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปกครองเพื่อให้เกิดความเข้าใจปัญหาที่แท้จริงในเด็กสมาธิสั้นและได้เห็นมุมมองที่มากกว่าระดับความรู้

2.2 ควรแยกกลุ่มตามช่วงวัยอย่างชัดเจน (วัยเรียน วัยรุ่น) เนื่องจากมีความแตกต่างด้านพัฒนาการและพฤติกรรมซึ่งส่งผลต่อความชุกและการประเมินพฤติกรรม

2.3 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของเด็กในด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม ทั้งด้านการเรียนของเด็ก ด้านพฤติกรรมการติดสื่อเทคโนโลยี ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงและสามารถแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองและเด็กได้อย่างเหมาะสม

References

1. Somyuen N. Development of a remote service system for screening for attention deficit hyperactivity disorder in 2nd grade students during the COVID-19 pandemic. Sisaket Journal of Research and Health Development. 2023;2(1):23–38. (in Thai)
2. Teepapal T, Saetew P, Rueangsawat S, Naknit T, Khamaurai N. Attention deficit hyperactivity disorders and factors related to behavioral problems in school-aged children: A literature review. Journal of Health Research and Innovation. 2022;5(2):28–41. (in Thai)
3. Boon-yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand. 2012;57(4):373–86. (in Thai)
4. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. Neuroscience Biobehavioral Reviews. 2021;128:789–818. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022
5. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. Journal of Affective Disorders. 2023;339:860–6. doi:10.1016/j.jad.2023.07.071
6. Gu Q, Liu J, Zhang X, Huang A, Yu X, Wu K, et al. Association between heavy metals exposure and risk of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: A systematic review and meta-analysis. European Child and Adolescent Psychiatry. 2024:921–41. doi:10.1007/s00787-024-02546-z
7. Visanuyothin T, Wachiradilok P, Buranasuksakul T, Pavasuthipaisit C, Arunruang P. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. Journal of Mental Health of Thailand. 2013;21(2): 66–75. (in Thai)
8. Sakrinkul C. Understanding ADHD and the role of parents in caring for children with attention deficit hyperactivity disorder. In: Sirithongthawon S, editor. A guide for screening and behavioral adjustment of children with ADHD: for parents. 1st ed. Chiang Mai: Siam Pimnana; 2017. p. 1–32. (in Thai)
9. Punpukdee P, Tipwareerom W, Thojampa S. Predictive factors for attention deficit hyperactivity disorder among primary school students according to parent's perception. Journal of Nursing and Health Sciences. 2021;15(3):38–51. (in Thai)
10. Ngamkum D, Yunibhan J. Relationships between family factors and behavioral problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder, Eastern region. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2013;27(1):16–28. (in Thai)
11. Wamulugwa J, Kakooza A, Kitaka SB, Nalugya J, Kaddumukasa M, Moore S, et al. Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among Ugandan children: A cross-sectional study. Child and Adolescent and Psychiatry and Mental Health. 2017;11:1–7. doi: 10.1186/s13034-017-0155-6
12. Lingineni RK, Biswas S, Ahmad N, Jackson BE, Bae S, Singh KP. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: Results from a national survey. BMC Pediatrics. 2012;50(12):1-10. doi: 10.1186/1471-2431-12-50

13. Phongsathirat P, Wachiradilok P. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorders in school-age children. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2013;27(1):108–20. (in Thai)
14. Lompra-kon P. Factors associated with treatment outcomes of ADHD in children (2020–2021). Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2022;37(2):381–90. (in Thai)
15. Boonsinchai S. Factors affecting access to health services for attention deficit hyperactivity disorder in Phochai District, Roi-Et Province. Journal of Environment Health and Community Health. 2024;9(2):58–63. (in Thai)
16. Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, et al. All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. Prevention Science. 2024;25(Suppl 2):249–71. doi:10.1007/s11121-022-01358-4
17. Mental Health Division, Roi Et Provincial Public Health Office. Report on child and adolescent mental health services [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 05]. Available from: https://www.shorturl.asia/e0o4h (in Thai)
18. Thongchan S. Analysis and design of health education for cancer patients. Journal of Siriraj Radiology. 2020;7(2):48–60. (in Thai)
19. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
20. Phitayaratsethian N, Buranasuksakul T, Jungsirakulwit D, Benyakorn S. Properties of the Thai versions of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire – Hyperactivity/Inattention subscale (SDQ-ADHD). Journal of the Psychiatrist Association of Thailand. 2014;59(2):97-110. (in Thai)
21. Pimratana W. Associations between caretakers' attitude, caretakers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and child patients' compliance to take methylphenidate (MPH). Journal of the Psychiatrist Association of Thailand. 2016;61(1):15–26. (in Thai)
22. Eagly AH. The psychology of gender roles: Social role theory. In: Ferree MM, Lorber J, Hess BB, editors. Revisioning gender. Thousand Oaks: Sage; 1999. p.123–44.
23. Rungreungklakij S. Isan family characteristics and mental health promotion. [internet]. 2003 [cited 2025 Apr 12], Available from: https://suicide.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=380 (in Thai)
24. Srivichai C, Chaimongkol N, Pongjaturawit Y. Factors affecting health behavior in early adolescents with game addiction. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015;16(3):114–21. (in Thai)
25. Saksritavee B, Chanwanpen E, Phenwan T. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorders in school-aged children of Sichon Hospital: a cross-sectional study. Region 11 Medical Journal. 2019;33(2):327–38. (in Thai)