



การศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เด็ก รับรู้ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและในผู้ป่วยเด็กโรคทาง กายที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Comparative Study of Perceived Parenting Styles between Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Physically Ill Children in Outpatient Department at King Chulalongkorn Memorial Hospital

บุญมณี คงแก้ว, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, ณภัทรวรรต บัวทอง

Boonmanee Kongkaew, Nuttorn Pityaratstian, Napakkawat Buathong

- * แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- * Resident in child and adolescent psychiatry, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
- ** จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ** Assistant professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
- *** อาจารย์นักวิจัยประจำหน่วยจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- *** Researcher, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เด็กรับรู้ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการ
การรักษาที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และผู้ป่วยเด็กโรคทางกายแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ โดยศึกษากรูปร่างการอบรมเลี้ยงดูที่เด็กรับรู้ในกลุ่มผู้ป่วย
เด็กสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคทางกายที่เข้ารับการักษาที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และแผนกผู้ป่วย
นอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 204 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษาได้แก่
แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวสำหรับผู้ปกครอง แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV Rating Scale
ฉบับภาษาไทย แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยเด็ก แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู
และแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลการรักษาจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็ก

ผลการศึกษา พบการรับรู้รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นเป็นชนิดเอาใจ
ใส่มากที่สุดคือ ร้อยละ 86.8 จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างของการรับรู้รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู
ของพ่อแม่ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคทางกาย ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูที่เด็ก
รับรู้กับระดับสมาธิสั้น, หุนหันพลันแล่นอยู่ไม่นิ่ง, ดื้อต่อต้านของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น พบว่ารูปแบบการ
อบรมเลี้ยงดูชนิดควบคุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดื้อต่อต้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($P=0.012$) สรุปดังต่อไปนี้ 1.รูปแบบการเลี้ยงดูที่พบมากที่สุดทั้งสองกลุ่มคือ 2. ไม่พบความแตกต่าง
ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และโรคทางกาย 3. แต่พบว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดู
ชนิดควบคุมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดื้อต่อต้าน

คำสำคัญ โรคสมาธิสั้น รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู พฤติกรรมดื้อต่อต้าน

Corresponding author: บุญมณี คงแก้ว

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(4): 393-402

ABSTRACT

Objective : This study aimed to compare perceived parenting styles between children with attention deficit hyperactivity disorder and physically ill children in outpatient department at King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Method : The comparative study was conducted in child and adolescent psychiatry outpatient department and pediatric outpatient department at King Chulalongkorn Memorial Hospital. The subjects were 204 children with attention deficit hyperactivity disorder and physical illnesses. Questionnaires including parent information, SNAP-IV Rating Scale Thai version, sick child information, parenting styles, and medical treatment records were used.

Result : Caring parenting styles were 89.4% and 86.8% in the comparative group and the study group, respectively. There was no difference of perceived parenting styles between the groups. The result of association between perceived parenting style scores, ADHD scores, impulsive scores and stubborn scores in the study group showed a statistically positive association between supervisory parenting and stubborn behavior ($P=0.012$).

Conclusion : There was no association between attention deficit and hyperactivity disorder and parenting styles in this study. The study result may be beneficial to parents in adjustment of stubborn child raising and further studies of association between parenting styles and child behaviors.

Keywords : Attention deficit and hyperactivity disorder, Parenting styles

Corresponding author: Boonmanee Kongkaew

J Psychiatr Assoc Thailand 2021; 66(4): 393-402

บทนำ

การอบรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการอย่างองค์รวม การอบรมเลี้ยงดูครอบคลุมถึงการแนะนำสั่งสอน ฝึกฝนที่มุ่งให้เด็กประพฤติที่มีระเบียบวินัย รู้จักควบคุมตนเอง มีความรับผิดชอบ การอบรมเลี้ยงดูที่เด็กได้รับจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ถือเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพ^{1,2}

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็กในด้านต่างๆ เช่น ภาวะอารมณ์^{3,4} การควบคุมอารมณ์ การปรับตัวยืดหยุ่น⁵ ด้านการเรียนรู้⁶ ทั้งนี้ Baumrind⁷ และ Maccoby and Martin⁸ ได้มีการจัดรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (Authoritative parenting style)
2. รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (Authoritarian parenting style)
3. รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive parenting style)
4. รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง (Neglectful Parenting Style)

จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่สามารถหล่อหลอมให้เด็กและเยาวชนเป็นผู้มีความสามารถในการปรับตัว มีพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม มีความสามารถในการควบคุมตนเอง มีความฉลาดทางอารมณ์และประสบความสำเร็จด้านการศึกษา^{2,7,9}

อย่างไรก็ตาม เด็กแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันทั้งในด้านภาษาการสื่อสาร พฤติกรรม การควบคุมอารมณ์ พัฒนาการด้านสังคมและด้านการเคลื่อนไหว ในส่วนผู้ใหญ่ที่เป็นผู้เลี้ยงดูย่อมมีลักษณะเฉพาะตัวที่ได้รับจากการเรียนรู้หล่อหลอมอยู่เดิมด้วย เหตุนี้จึงทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กแตกต่างกัน

กันและส่งผลกระทบต่อเด็กได้¹⁰ จากความเข้าใจนี้นำมาสู่การตั้งข้อสังเกตในวิธีการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีบุตรที่มีลักษณะเฉพาะต่างไปจากเด็กปกติเช่นในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งอาการของโรคได้ส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว โดยมักทำให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรม ความสามารถทางการเรียน พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม¹¹ เช่น พฤติกรรมที่แสดงออกโดยการไม่ทำตามที่คุณแม่ร้องขอ ทะเลาะเบาะแว้งกับพี่น้องหรือเพื่อน ได้รับการรายงานปัญหาพฤติกรรมขณะอยู่ที่โรงเรียน¹² หรือแม้แต่ปัญหายาเสพติด ดังในการศึกษาของสุซาวดี ธนพงศวิสุทธิ์และคณะ... (อ้างอิงเพิ่มเติม) ซึ่งพ่อแม่ที่ต้องอบรมเลี้ยงดูบุตรที่มีลักษณะดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะเครียด¹³⁻¹⁵ เกิดการปรับตัวในรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู^{16 17,18} และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่แสดงออกต่อบุตรของตน^{10,19}

ในประเทศไทยนั้นยังไม่เคยมีการศึกษารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูในผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคทางกายที่เข้ารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative study) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในช่วงอายุ 9-18 ปี ที่เข้ารับการรักษาน ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 91 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในช่วงอายุ 9-18 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ของ DSM-IV-TR หรือ DSM 5

2) มีผู้เลี้ยงดูหลักชัดเจน และมีเกณฑ์การคัดออกดังนี้
1) มีลักษณะของผู้ปกครองทางสติปัญญาตั้งแต่ระดับ... 2) ไม่สามารถอ่านและเข้าใจความหมายของตัวอักษรได้ 3) มีโรคประจำตัวทางกายอื่นที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง 4) มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย ได้แก่...

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยเด็กโรคทางกายในช่วงอายุ 9-18 ปี ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 103 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีผู้เลี้ยงดูหลักชัดเจน และมีเกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1) มีลักษณะของผู้ปกครองทางสติปัญญาตั้งแต่ระดับ... 2) ไม่สามารถอ่านและเข้าใจความหมายของตัวอักษรได้ 3) มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย ได้แก่...

โดยได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ฝ่ายวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลขโครงการวิจัย เลขที่ COA 975/2016

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวสำหรับผู้ปกครอง เป็นข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส โรคประจำตัวของพ่อแม่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยเด็ก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (Parenting Style Rating Scale) พัฒนารับขึ้นตามแนวคิดและงานวิจัยของ Baumrind โดยสุภาพรรณ โคตรจรัส และวีรณัฐ วงศ์คงเดช²⁰ โดยแบบทดสอบนี้มีค่าที่ความเที่ยงด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.76-0.92

แบบสอบถามนี้ได้แบ่งรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูออกเป็น 4 แบบดังนี้ 1. การอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (Authoritative parenting style) 2. การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (Authoritarian parenting style) 3. การอบรมเลี้ยงดูแบบตามใจ (Permissive parenting style) 4. การอบรมเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง (Neglectful parenting style) โดยแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับเด็กทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ตอบรายงานตนเอง โดยใช้วิธีประเมินค่าแบบ Likert scale 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 รวม 67 ข้อ มีวิธีการคำนวณคะแนนรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูคือ

1. นำข้อคำถามในแต่ละรูปแบบการเลี้ยงดูมาหาคะแนนรวมของแต่ละรูปแบบ และนำคะแนนรวมนั้นมาหาคะแนนเฉลี่ย (Mean) ของแต่ละรูปแบบ

2. นำคะแนนรวมของแต่ละรูปแบบมาคำนวณเป็นคะแนนมาตรฐาน (Z-score) จากคะแนนเฉลี่ยที่คำนวณได้ตามข้อ 1 (ดังนั้นผู้ทำแบบสอบถามนี้จะมีคะแนนมาตรฐาน (Z-score) ของแต่ละรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูอยู่ 4 ค่า)

3. นำคะแนนมาตรฐาน (Z-score) แต่ละรูปแบบมาลบด้วยรูปแบบที่เหลืออีก 3 รูปแบบ

4. ผู้ทำแบบทดสอบจะถูกจัดอยู่ในรูปแบบการเลี้ยงดูแบบใด ต้องมีคะแนนมาตรฐาน (Z-score) ของรูปแบบนั้นสูงกว่าอีก 3 รูปแบบอย่างน้อยครั้งหนึ่งของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 4 แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV Rating Scale) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบคัดกรองเพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นและโรคติดต่อด้าน²¹ โดยแบบทดสอบนี้มีค่าที่ความเที่ยงด้วยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.93-0.96

ประกอบด้วยข้อคำถามแบบ Likert จำนวน 26 ข้อ แยกเป็น 3 กลุ่มอาการ โดยข้อ 1-9 เป็นการประเมิน

อาการสมาธิสั้น (inattention) ข้อ 10-18 เป็นการประเมินอาการหุนหันพลันแล่นอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity/impulsivity) และข้อ 19-26 เป็นการประเมินอาการดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) โดยแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับให้พ่อแม่ทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ตอบ โดยมีวิธีการคิดค่าคะแนนดังต่อไปนี้ ไม่มีอาการเลยให้ 0 คะแนน มีอาการเล็กน้อยให้ 1 คะแนน มีอาการค่อนข้างมากให้ 2 คะแนน มีอาการมากให้ 3 คะแนน จากงานวิจัยพบว่าค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะเจาะจง (specificity) มีค่าที่ดีที่สุดคือค่าคะแนนอาการสมาธิสั้น (inattention) = 16 คะแนน, อาการหุนหันพลันแล่นอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity/impulsivity) = 14 คะแนน, อาการดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) = 12 คะแนน

วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่างๆใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยการทดสอบการแจกแจงด้วย Exact test ด้วยวิธี Hypergeometric และเปรียบเทียบค่าคะแนนการอบรมเลี้ยงดูในแต่ละด้านระหว่างกลุ่มเด็กสมาธิสั้นและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Independent sample t - test ANOVA

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกเพื่อทำแบบสอบถามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่ตนรับรู้ในกลุ่มที่ศึกษาที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีจำนวน 204 ราย โดยแยกเป็นกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 91 ราย เป็นเพศชาย 64 ราย (ร้อยละ 70.3) เป็นเพศหญิง

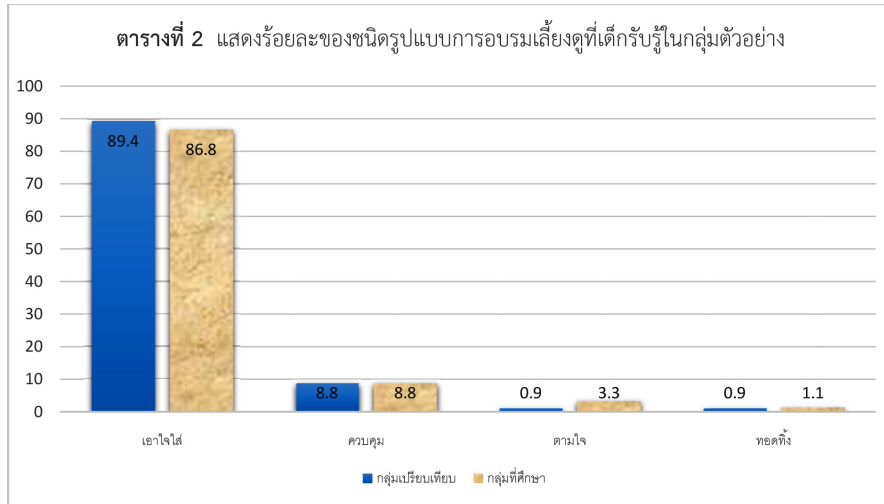
27 ราย (ร้อยละ 29.7) มีอายุเฉลี่ย 12.5 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.25) โดยกำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดจำนวน 50 ราย (ร้อยละ 54.9) ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวเดี่ยว 67 ราย (ร้อยละ 75.3) และกลุ่มควบคุมไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นมาก่อนจำนวน 113 ราย แยกเป็นเพศชาย 51 ราย (ร้อยละ 45.1) เป็นเพศหญิง 62 ราย (ร้อยละ 54.9) มีอายุเฉลี่ย 13.6 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.49) โดยกำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษามากที่สุดจำนวน 74 ราย (ร้อยละ 65.4) ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวเดี่ยว 89 ราย (ร้อยละ 85.6) (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษาพบการรับรู้รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเป็นชนิดเอาใจใส่ (Authoritative) จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 86.8) ชนิดควบคุม (Authoritarian) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 8.8) ชนิดตามใจ (Permissive) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.3) และชนิดทอดทิ้ง (Neglectful) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.1) โดยมีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในแต่ละรูปแบบการเลี้ยงดูเรียงตามลำดับดังนี้ 3.69 (0.55), 2.60 (0.66), 2.22 (0.52) และ 1.93 (0.58) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่เป็นชนิดเอาใจใส่ (Authoritative) จำนวน 101 ราย (ร้อยละ 89.4) ชนิดควบคุม (Authoritarian) จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 8.8) ชนิดตามใจ (Permissive) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.9) และชนิดทอดทิ้ง (Neglectful) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.9) โดยมีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ในแต่ละรูปแบบการเลี้ยงดูเรียงตามลำดับดังนี้ 3.65 (0.50), 2.37 (0.71), 2.32 (0.53) และ 1.89 (0.59) (ตารางที่ 2) จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างของการรับรู้รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง

ใช้ Exact test ด้วยวิธี Hypergeometric ในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 204 ราย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน ร้อยละ		กลุ่มที่ศึกษา จำนวน ร้อยละ		P-value
เพศเด็ก					<0.001
ชาย	51	45.1	64	70.3	
หญิง	62	54.9	27	29.7	
อายุเด็ก					
Mean (SD): Min-Max	13.6(2.49) : 9-18		12.5(2.25) : 9-18		
การศึกษา					0.150
ประถมศึกษา	39	34.6	41	45.1	
มัธยมศึกษา	74	65.4	50	54.9	
อายุผู้ปกครอง					
Mean (SD): Min-Max	44.38(7.78) : 26-70		44.88(9.2) : 28-81		
เพศผู้ปกครอง					0.450
ชาย	22	20.0	22	24.4	
หญิง	88	80.0	68	75.6	
สถานภาพผู้ปกครอง					0.472
คู่	90	83.3	69	79.3	
หม้าย/โสด	18	16.7	18	20.7	
การศึกษาผู้ปกครอง					<0.001
ประถมศึกษา	20	18.9	5	5.7	
มัธยมศึกษา	46	43.4	26	29.5	
>มัธยมศึกษา	40	37.7	57	64.8	
อาชีพ					0.002
ไม่ประกอบอาชีพ	20	18.5	11	12.4	
รับจ้าง/ลูกจ้าง	42	38.9	42	47.2	
ข้าราชการ	9	8.3	20	22.4	
อาชีพอิสระ	37	34.3	16	18.0	
รายได้ (บาท/เดือน)					<0.001
<10,000	45	42.9	15	17.2	
10,000-20,000	26	24.8	20	23.0	
20,001-50,000	24	22.8	40	46.0	
>50,001	10	9.5	12	13.8	
ลักษณะครอบครัว					0.070
เดี่ยว	89	85.6	67	75.3	
ขยาย	15	14.4	22	24.7	
โรคประจำตัวของผู้ปกครอง					0.541
มีโรค	32	28.3	30	33.0	
ไม่มีโรค	81	71.7	61	67.0	
รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู					0.773
เอาใจใส่	101	89.4	79	86.8	
ควบคุม	10	8.8	8	8.8	
ตามใจ	1	0.9	3	3.3	
รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู					
ทอดทิ้ง	1	0.9	1	1.1	
พฤติกรรม ADHD	<0.001				
ADHD	66	60.6	75	85.2	
non ADHD	43	39.4	13	14.8	



ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Y) ระหว่างคะแนนรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับคะแนนสมาธิสั้น, หุนหันพลันแล่นอยู่ไม่นิ่ง, ดื้อต่อต้าน ในกลุ่มที่ศึกษา

อาการ		ชนิดรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู			
		เอาใจใส่	ควบคุม	ตามใจ	ทอดทิ้ง
สมาธิสั้น	Y	-0.072	0.172	0.055	0.094
	P value	0.507	0.112	0.610	0.385
หุนหันพลันแล่นอยู่ไม่นิ่ง	Y	0.010	0.071	0.014	-0.035
	P value	0.927	0.513	0.901	0.752
ดื้อต่อต้าน	Y	-0.129	0.264	-0.011	0.081
	P value	0.227	0.012	0.917	0.451

ผลการศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มควบคุมพบว่า อายุของเด็ก อายุของผู้ปกครอง การศึกษาของเด็ก เพศผู้ปกครอง สถานภาพผู้ปกครอง ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัวของผู้ปกครองไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ของเพศเด็ก การศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง และพฤติกรรมสมาธิสั้นของกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มควบคุม การศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) ระหว่างคะแนนรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เด็กรับรู้แต่ละแบบกับคะแนนสมาธิสั้น, หุนหันพลันแล่นอยู่ไม่นิ่ง, ดื้อต่อต้าน สำหรับในกลุ่มที่ศึกษา

พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดื้อต่อต้าน (ตารางที่ 3)

Major-revision เพิ่ม การศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation) รูปแบบการเลี้ยงดูกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มควบคุม

วิจารณ์

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่เด็กรับรู้ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและในผู้ป่วยเด็กโรคทางกายที่มารับการรักษ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 204 ราย พบว่า รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของ

ผู้ปกครองที่เด็กรับรู้ของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กโรคทางกายไม่ได้มีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคทางกายมีประชากรที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นแต่มีอาการของภาวะโรคสมาธิสั้นปนอยู่ด้วย ทั้งนี้ ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มไม่ได้มีความแตกต่างกันในปัจจุบันด้านอายุของเด็กอายุของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของเด็ก เพศของผู้ปกครอง สถานภาพของผู้ปกครอง ลักษณะครอบครัว และการมีโรคประจำตัวของผู้ปกครองแต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจุบันด้านเพศของเด็ก โดยพบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่เคยมีการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าอัตราการเป็นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง^{11,22} และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจุบันด้านการศึกษาของผู้ปกครอง การประกอบอาชีพของผู้ปกครอง และรายได้ของผู้ปกครอง ซึ่งจากข้อมูลที่ได้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ปกครองของกลุ่มที่ศึกษามีการศึกษา อาชีพและรายได้ ดีกว่าผู้ปกครองในกลุ่มเปรียบเทียบ

สำหรับพฤติกรรมสมาธิสั้นพบว่ากลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสัดส่วนของเด็กที่มีพฤติกรรมสมาธิสั้นในกลุ่มที่ศึกษาพบว่า มีสัดส่วนของเด็กที่มีพฤติกรรมสมาธิสั้นมากกว่าทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและกำลังได้รับการรักษา แต่ในขณะที่เดียวกันในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคทางกายพบว่าเด็กที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นมีคะแนนจากการประเมินของผู้ปกครองโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสมาธิสั้น (SNAP IV) ฉบับภาษาไทย²¹ ถึงเกณฑ์พฤติกรรมสมาธิสั้นเป็นจำนวนถึงร้อยละ 60.6 ซึ่งตามมาตรฐานการรักษาจะไม่ใช้คะแนนจากแบบคัดกรองเพียงอย่างเดียวในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น²² แต่จากข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบนั้นเด็กที่มีคะแนนถึงเกณฑ์พฤติกรรมสมาธิสั้นส่วนหนึ่งอาจเป็นโรคสมาธิสั้นที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อน

หน้าก็เป็นได้ ซึ่งเหตุนี้อาจเป็นข้อดีของการศึกษาที่เด็กในกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสมาธิสั้นรวมอยู่ด้วย รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่เด็กรับรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูชนิดเอาใจใส่ (Authoritative) (ร้อยละ 89.4 และ 86.8 ตามลำดับ) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้เป็นความซุกที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มีค่าความซุกของรูปแบบการเลี้ยงดูชนิดเอาใจใส่ (Authoritative) ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในประเทศไทยอยู่ที่ ร้อยละ 47.8-49.4^{20,23} ในต่างประเทศอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40²⁴ ทั้งในกลุ่มเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นและเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งอาจอธิบายได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่การทดลอง ได้ทำในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ปกครองเป็นผู้นำบุตรหลานมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษา แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองมีความสนใจในการดูแลความเจ็บป่วยซึ่งเป็นคุณสมบัติพื้นฐานที่ดีของการอบรมดูแลบุตร^{1,2}จึงทำให้มีค่าความซุกสูง และด้วยลักษณะสถานที่ที่เก็บข้อมูลที่บริเวณหน้าห้องตรวจ เป็นการนั่งติดกันระหว่างเด็กและผู้ปกครอง จึงอาจมีเหตุผลด้านการให้ข้อมูลได้โดยอิสระจากเด็ก

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่เด็กรับรู้ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและในผู้ป่วยเด็กโรคทางกายจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันผู้ปกครองมีความรู้มากขึ้น และสามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมที่ได้รับการศึกษาแล้วว่าเหมาะสมที่สุดในการเลี้ยงดูบุตรของตนซึ่งคือรูปแบบการเลี้ยงดูชนิดเอาใจใส่ (Authoritative)^{2,7,9} และสร้างสำนึกและอารมณ์ความรู้สึกที่เรามีต่อเด็กกว่าวัยเด็กเป็นช่วงวัยแห่งความสนุกสนานมากกว่าจะเป็นช่วงเวลาเคร่งเครียดอย่างวัยผู้ใหญ่ วัยเด็กกลายเป็นวัยของความผูกพันอย่างลึกซึ้งกับพ่อแม่ และดูแลลูกๆ อย่างถูกวิธีด้วยความรักความเข้าใจ²⁵

เมื่อทำการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรูปแบบการเลี้ยงดูกับคะแนนสมาธิสั้น, หุนหันพลันแล่นอยู่

ไม่หนึ่งและต่อเนื่องต่อด้านในกลุ่มที่ศึกษาพบว่า รูปแบบการเลี้ยงดูชนิดควบคุม (Authoritarian) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้าน ซึ่งมีรายงานจากงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีพฤติกรรมดูแลที่ไม่สม่ำเสมอและมักแสดงออกด้วยความโกรธมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นสมาธิสั้น¹⁶ ด้วยเหตุจากอาการของโรค การขาดความสม่ำเสมอในการฝึกวินัยและมีการใช้อารมณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาพฤติกรรมจึงทำให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหายังคงอยู่ และผู้ปกครองต้องเพิ่มระดับการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นจึงทำให้การรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูเป็นไปในทิศทางบังคับควบคุมมากขึ้นหรืออาจกล่าวได้ว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่เด็กรับรู้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของเด็กแต่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการเป็นโรคสมาธิสั้น

ผลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ปกครองที่ต้องอบรมเลี้ยงดูบุตรหลานที่มีพฤติกรรมต่อต้านในเรื่องความเข้าใจของผู้ปกครองถึงผลกระทบที่เกิดจากการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (Authoritarian) และปรับวิธีการอบรมเลี้ยงดูให้เหมาะสมกับพฤติกรรมของเด็ก และการศึกษาสามารถใช้เป็นประโยชน์เพื่อการศึกษาต่อไปในด้านความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมของบุตรหลาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร. คณางค์ มณีศรี คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้แบบสำรวจรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู (Parenting Style Rating Scale) ในการศึกษาครั้งนี้ และเจ้าหน้าที่หน่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความช่วยเหลืออย่างยิ่งในการเก็บและรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Isaranurak S, Sutthisukon P. Parenting. Journal of Public Health and Development 2007;5(1): 105-18.
2. Jittayasothorn D. Parenting styles: concepts by Diana Baumrind. Academic journal of the Thai chamber of commerce 2009; 29(4): 173-87.
3. Kitithadseranee S, Sonthirat S, Surinya T. Relationship between parenting styles and depression of 4th level student in Nonthaburi education service area office zone I. [Bachelor of Science]. Bangkok: Kasetsart University; 2008.
4. Preuksananon J. Positive parenting and communication. In: Rosawan Areemit, editor. Adolescent medicine text book. Nonthaburee; Phabpim limited partnership; 2016.
5. Williams KE, Ciarrochi J, and Heaven PC. Inflexible parents, inflexible kids: a 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. J Youth Adolesc 2012; 41(8):1053-66.
6. Sanford MD, Philip LR, Leiderman PH, Donald FR, Fraleigh MJ. The relation of parenting style to adolescent school performance. Child Development, 1987, 58, 1244-1.
7. Baumrind, D. 1971. "Current Patterns of Parental Authority." Developmental Psychology Monographs 4: 1-103. 1980. "New Directions in Socialization Research." American Psychologist 1980, 35: 639-652.
8. Maccoby EE, Martin J. Socialization in the context of family: parent-child interaction. In: Mussen, PH, editor. Handbook of child psychology. Vol. 4. NY: Wiley; 1983: 1-101.
9. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: an integrative model. Psychological Bulletin 1993; 113(3): 487-96.
10. Healey DM, Flory JD, Miller CJ, Halperin MJ. Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hyperactive/

- inattentive preschool children. *Infant and Child Development* 2011;20(2):148-61.
11. Phonnoppadon C. Attention Deficit/Hyperactive Disorder. In: Piyasilp W, Katmam P, editor. *Child and adolescent psychiatry text book of Child and adolescent psychiatrist club*. Bangkok: Beyond enterprise printing; 2002: 210-13.
 12. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attentiondeficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001; 4: 183-207.
 13. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2013; 21(1): 3-17.
 14. Wiener J, Biondic D, Grimbos T, Herbert M. Parenting stress of parents of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2016; 44: 561-74.
 15. Hutchison L, Feder M, Abar B, Winsler A. Relations between parenting stress, parenting style, and child executive functioning for children with ADHD or autism. *Journal of Child and Family Studies* 2016; 25(12): 3644-656.
 16. Podolski C, Nigg JT. Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001; 30(4): 503-13.
 17. McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WR, Friedman JL. The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33: 158-68.
 18. Bhide S, Sciberras E, Anderson V, Hazell P, Nicholson JM. Association between parenting style and socio-emotional and academic functioning in children with and without ADHD: a community-based study. *J Atten Disord* 2019; 23(5): 463-74.
 19. Cunningham CE. A family centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr Psychol* 2007;32:676-94.
 20. Wongkongdej W. Attitude to seeking help and self control learning of high school children that different in parenting styles. [master of Arts thesis] Bangkok: Chulalongkorn university; 2004.
 21. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Bentakorn S. 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* 2014; 59: 97-110. Thai
 22. Thapar A. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 6th ed. Arlington : Wiley-Blackwell; 2017.
 23. Kotjarus S, Yongkittikul C. Relationship between parenting styles and behavior of Thai adolescent. *Proceeding of the East-West psychological Science Research Center*, 2002: 47-60.
 24. Moghaddam MF, Assareh M, Heidaripoor AH, Rad RE, Pishjoo M. The study comparing parenting styles of children with ADHD and normal children. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2013; 4: 45-9.
 25. Nimmannorawong P. *Childhood in world history*. Humanities journal. Bangkok: Kaset-sart university. 2015; 22(1): 310-26.