

คุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ที่รับบริการศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และ  
จิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย

Quality of life in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder  
receiving services from the Child Development Stimulation Center and Child and  
Adolescent Psychiatry, Nongkhai Hospital

(Received: December 21,2024 ; Revised: December 25,2024 ; Accepted: December 26,2024)

ธิดานวล กองหล้า ชื่นศรี<sup>1</sup> ลิกิจ โหราฤทธิ์<sup>2</sup>

Tidanual Kongla Chuensri<sup>1</sup> Likit Horalith<sup>2</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย และ 2) เปรียบเทียบลักษณะครอบครัวกับคุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 6-9 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567-ธันวาคม 2567 โดยผู้ปกครองสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น และครอบครัว จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน : 1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปกครอง และลักษณะครอบครัวของเด็ก 2. ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (Peds QLTM 4.0) สำหรับเด็กอายุ 6-9 ปี การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐาน พิสัย ตามลักษณะข้อมูลใช้ โดยใช้ Independent Samples t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.13) (เมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในบทที่ 3) แต่เมื่อจำแนกเป็นรายด้านโดยรวม พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ หรือไม่เกิน ร้อยละ 65.43 ได้แก่ ด้านสังคม (ร้อยละ 64.55) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 53.07) เมื่อจำแนกเป็นช่วงอายุของเด็กสมาธิสั้น พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ 2 ด้าน คือ อายุ 1-5 ปี ในด้านสังคม (ร้อยละ 65.10) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 62.28) อายุระหว่าง 6-10 ปี ในด้านโรงเรียน (ร้อยละ 61.66) และอายุ 11 ปี ขึ้นไป ในด้านสังคม (ร้อยละ 65.51) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 53.07) และ 2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างลักษณะทางครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิตของเด็ก รายด้านและโดยรวมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ไม่แตกต่างกัน และผลการเปรียบเทียบการระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิต พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : เด็กสมาธิสั้น, คุณภาพชีวิต, พัฒนาการเด็ก

ABSTRACT

The objectives of this survey research were to study 1) quality of life in school-aged children with ADHD. Child Development Stimulation Center and child and adolescent psychiatry Nong Khai Hospital and 2) compare family characteristics and quality of life in school-age children with ADHD. Child Development Stimulation Center and child and adolescent psychiatry Nong Khai Hospital The sample group used in the research were parents of school-age children with ADHD, ages 6-9 years, who received treatment at the Child Development Center. and

<sup>1</sup> นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย

child and adolescent psychiatry, Nong Khai Hospital From August 2024 to December 2024, with parents voluntarily agreeing to participate in the research. The tools used to collect data include: Set 1, a general information questionnaire for school-age children with ADHD and their families, consisting of 24 questions, consisting of: 2 parts: 1. Information about parents and family characteristics of children. 2. Information about school-age children with attention deficit hyperactivity disorder. Created by the researcher himself, Set 2, Children's Quality of Life Questionnaire, version 4.0 (Peds QLTM 4.0), for children aged 6-9 years. Data analysis includes mean, standard deviation or median, range according to the nature of the data used, using Independent Samples T-test and one-way analysis of variance. The statistical significance level was set at 0.05

The results of the research found that 1) the quality of life of school-age children with attention deficit hyperactivity disorder Child Psychiatry Clinic Outpatient Department Nong Khai Hospital It was at a low level (65.13 percent) (compared to the criteria set in Chapter 3), but when classified into areas as a whole, it was found that the quality of life was at a low level. or not more than 65.43 percent, including society (64.55 percent) and school (53.07 percent). When classified into age groups of children with ADHD, it was found that their quality of life was low in 2 areas, namely those aged 1-5 years in the area Social (65.10%) and school (62.28%) ages between 6-10 years in school (61.66%) and aged 11 years and over, in society (65.51%) and school (53.07%), and 2) results of comparison of mean scores between family characteristics of children with ADHD and quality of life of children Individual and overall aspects of school-age children with attention deficit hyperactivity disorder not different. And the results of comparing the time of being diagnosed with ADHD and quality of life were found to be significantly different at the .05 level.

**Keywords:** children with ADHD, quality of life, child development

## บทนำ

โรคสมาธิสั้นพบได้มากในเด็กช่วงวัยเรียนในระดับประถมศึกษาตอนต้นที่มีอายุ 6 - 9 ปี โดยพบมีการศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 4 - 18 ปี จำนวน 332 คนพบว่าเด็กที่อายุน้อยกว่า 10 ปี มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กกลุ่มช่วงวัยอื่นถึง 4 เท่า<sup>1,2</sup>การศึกษาในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้มีการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2558 พบว่าในเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี มีอัตราการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.47 และคาดว่าจะมีเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นประมาณ 437,136 รายทั่วประเทศ<sup>3</sup>และข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษา ณ ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย มากสุดในช่วงอายุ 6 - 9 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 54.00 ของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นทั้งหมด<sup>4</sup>ซึ่งพบว่า เด็กเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชายร้อยละ 12.00 และเพศหญิง

ร้อยละ 4.20 หรือเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 3:1<sup>5,6</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าโรคสมาธิสั้นจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อเด็ก ครอบครัวและสังคม ผลกระทบด้านร่างกาย จากอาการซนมาก อยู่ไม่นิ่ง ทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเล่นที่ ผาดโผน และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น กระตุกหัก ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน และเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยได้บ่อย ๆ ร้อยละ 50 จะมีปัญหาในส่วนของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก ผลที่ตามมา คือ เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะไม่สามารถเขียนหนังสือให้สวยงามได้ ทำกิจกรรมดูไม่กระฉับกระเฉง<sup>6</sup>นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำอีกด้วย<sup>7</sup>ผลกระทบต่อเด็กด้านจิตใจ การที่เด็กควบคุมอารมณ์ของตนอันเกิดจากโรคสมาธิสั้นไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ได้ง่ายเมื่อโดนขัดใจ

คือ โมโห หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน เมื่อโกรธจะแสดงพฤติกรรมรุนแรง เช่น ชกต่อยเพื่อน ตะโกนส่งเสียงดัง มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ได้ตามมาในอนาคต<sup>8</sup> นอกจากนี้เด็กยังรู้สึกเป็นปมด้อย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองเป็นตัวปัญหา ไม่เป็นที่ต้องการของใคร เรียนไม่ดี โดยกีดกันจากพ่อแม่ เด็กจะยิ่งรู้สึกแค้นนำมาซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวได้<sup>9</sup> ด้านสังคมเด็กไม่เป็นที่ต้องการของเพื่อน เนื่องจากการที่เด็กเล่นกับเพื่อนแบบรุนแรง เช่น ชอบแหย่ แกล้งหรือเล่นกับเพื่อนรุนแรง โดยที่ตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ จึงทำให้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนหรือสังคมได้<sup>10</sup> เด็กจึงแยกตัวเล่นคนเดียวและการที่เด็กจะขาดการเข้ากลุ่มเพื่อน โดนเพื่อนล้อ ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองได้<sup>6</sup> ด้านการศึกษา เด็กโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 30 -40 จะมีปัญหาด้านการเรียนบกพร่อง (Learning Disabilities, LD) อ่านสะกดคำไม่ได้ อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือผิด บวกลบเลขไม่ได้ สอบตกซ้ำชั้น<sup>11</sup> ไม่มีสมาธิหรือหรือมีความสนใจในการเรียนหรือทำงานขณะที่อยู่ในห้องเรียนได้เป็นเวลานาน ส่งผลให้เรียนไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่คุณครูสอน ผลการเรียนตกต่ำ แม้ว่าจะมีสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ<sup>12</sup> ทำให้เด็กต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรม ทำการบ้านมากกว่าเด็กปกติทั่วไป หากเด็กสมาธิสั้นรายใดที่มีภาวะระดับสติปัญญาต่ำร่วมด้วยก็จะยิ่งทำให้เด็กประสบปัญหาด้านการเรียน การทำงาน ส่งผลต่ออนาคตคือเด็กจะไม่ประสบความสำเร็จทางด้านการเรียนหรือการทำงานได้ ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก<sup>13</sup> ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความพึงพอใจ (satisfaction) 2) ด้านความสบาย (comfort) 3) ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ (resilience) 4) ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk avoidance) และ 5)

ด้านความสำเร็จ (achievement) สำหรับด้านความพึงพอใจ หมายถึง การรับรู้ถึงการเป็นอยู่ที่ดีและภาวะสุขภาพรวมทั้งการนับถือตนเอง ในเด็กสมาธิสั้นนั้นมักพบปัญหาในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ทำให้พ่อแม่หนักใจและบางครั้งมักกล่าวตักเตือน หรือตำหนิบ่อยครั้งซึ่งมีผลต่อตัว เด็กเองเกิดความรู้สึกกดดัน เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจทำให้เด็กเกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเองต่ำ ด้านความสบาย หมายถึง ความรู้สึกด้านร่างกาย อารมณ์และข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยจะเห็นว่าอาการชุกชุมและอาการหุนหันพลันแล่นที่พบในเด็กสมาธิสั้นนั้นบ่อยครั้งที่เกิดปัญหาในเด็ก เช่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ดี อดทนรอใครไม่ได้ มักไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคมซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากการภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้านความสามารถในการฟื้นกลับ หมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การมีส่วนร่วมในครอบครัวและการรับรู้ถึงการส่งเสริมจากครอบครัว รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยพบว่า ในเด็กสมาธิสั้นมักไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ในการทำกิจกรรมเนื่องจากเด็กเหล่านี้ขาดทักษะส่วนตัว รวมทั้งทักษะทางสังคมในการคิดแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ด้านการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง หมายถึง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพและพัฒนาการ รวมทั้งพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสังคม ในเด็กสมาธิสั้นมักพบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง เช่น ก้าวร้าวรุนแรง ดื้อไม่เชื่อฟัง การควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่เข้าใจระเบียบกฎเกณฑ์ ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและหันไปพึ่งพายาเสพติด<sup>14</sup> และด้านความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จด้านการเรียนและสัมพันธภาพ พบว่า เด็ก สมาธิสั้นส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ บางรายอาจมีระดับ

สติปัญญาสูงก็พบได้บ่อย แต่เด็กมักพบความยากลำบากในการเรียนที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าเด็กที่มีระดับสติปัญญาเท่ากันในการทำให้สำเร็จ<sup>15</sup>

ดังนั้น คุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นจึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้วิจัยสนใจเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดทำแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เข้ามารับบริการในศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการบูรณาการแนวทางการดูแลรักษาต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวกับคุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (survey research by Cross-sectional Study) โดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบเป็นเครื่องมือในการศึกษา

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากร (Target Population) คือ ผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 6-9 ปี

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) คือ ผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 6-9 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก

และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567 - ธันวาคม 2567 โดยผู้ปกครองสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1)

ผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 6-9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย 2) ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลักในการรับผิดชอบดูแลเด็กด้านต่าง ๆ โดยให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไป เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน 3) ผู้ปกครองสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ โดยผู้ปกครอง 1 คน สามารถตอบได้ 1 ครั้ง หากผู้ปกครองมีเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นในปกครองมากกว่า 2 คน จะให้ผู้ปกครองทำการจับฉลากสุ่มเลือกตอบเพียง 1 คน

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ปกครองที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยคุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง<sup>17</sup>

ใช้สูตร Yamane

$$n = n = \frac{P(1-P)Z^2}{e^2}$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดสุ่ม

Z = ระดับความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

Z = 1.96 ที่ระดับความมั่นใจ 95% ( $\alpha = .05$ )

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น

$$n = \frac{0.5(1-0.5) (1.96)^2}{(0.05)^2}$$

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เก็บกลุ่มตัวอย่างทุกรายจากผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นที่

ได้รับการรักษาที่ ศูนย์กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเก็บตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567- ธันวาคม 2567 จนครบจำนวน 385 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น และครอบครัว จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ปกครอง และลักษณะครอบครัวของเด็ก
2. ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (PedsQLTM 4.0) สำหรับเด็กอายุ 6-9 ปี ฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parent Proxy-Report) พัฒนาโดย Dr.James W Varni<sup>18,19</sup> และแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยทีมงานนักวิจัยไทยของ Dr.James W Varni<sup>18,19</sup> ซึ่งได้รับการเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว มีจำนวน 23 ข้อ คะแนน 0 - 100 คะแนน และ cut-off score  $\leq 65.43$  ถือว่ามีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือ เท่ากับ 0.92<sup>18,19</sup>

**1. ลักษณะของข้อมูล** แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก รุ่นที่ 4.0 (PedsQLTM 4.0) ฉบับรายงานของผู้ปกครอง (Parent Proxy-Report) มี 4 แบบแบ่งตามช่วงอายุสำหรับเด็กอายุ 6, 7, 9 และ 9 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ทุกช่วงอายุมีข้อคำถามที่เหมือนกัน แตกต่างเฉพาะภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับเด็กแต่ละช่วงวัย ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม โดยวัดคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (8 ข้อ) อารมณ์ (5 ข้อ) สังคม (5 ข้อ) และโรงเรียน (5 ข้อ) แบบวัดนี้

มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ดังนี้

- ตอบ ไม่เลย ทำเครื่องหมายที่ช่อง 0  
ตอบ เกือบไม่เคย ทำเครื่องหมายที่ช่อง 1  
ตอบ บางครั้ง ทำเครื่องหมายที่ช่อง 2  
ตอบ บ่อย ๆ ทำเครื่องหมายที่ช่อง 3  
ตอบ เกือบตลอดเวลา ทำเครื่องหมายที่ช่อง 4

### การแปลผลคะแนน

การให้คะแนน จะมีคะแนน 0 - 100 คะแนน โดยมีการให้คะแนนในแต่ละตัวเลือกดังนี้

- ตอบ ไม่เลย ทำเครื่องหมายที่ช่อง 0 ให้ 100 คะแนน  
ตอบ เกือบไม่เคย ทำเครื่องหมายที่ช่อง 1 ให้ 75 คะแนน  
ตอบ บางครั้ง ทำเครื่องหมายที่ช่อง 2 ให้ 50 คะแนน  
ตอบ บ่อย ๆ ทำเครื่องหมายที่ช่อง 3 ให้ 25 คะแนน  
ตอบ เกือบตลอดเวลา ทำเครื่องหมายที่ช่อง 4 ให้ 0 คะแนน

ค่าคะแนนรวมที่ได้มากกว่าแสดงถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตถูก รวมโดยการคิดคะแนนของแต่ละข้อ คะแนนจุดตัด (cut-off score) คะแนนคุณภาพชีวิตระดับปกติ สำหรับแบบสอบถามที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report) อยู่ที่มากกว่า 69.71 คะแนน และมากกว่า 65.43 คะแนน สำหรับแบบสอบถามที่รายงานโดยผู้ปกครอง (Parent-proxy report) ดังนั้นคะแนนจุดตัด (cut-off score) คะแนนคุณภาพชีวิตระดับต่ำ สำหรับแบบสอบถามที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report) อยู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 69.71 คะแนน และคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ

65.43 คะแนน สำหรับแบบสอบถามที่รายงานโดยผู้ปกครอง (Parent-proxy report)

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล (Data Collection) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาจากหนังสือ งานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. ภายหลังได้รับการอนุญาตขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหนองคาย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอเข้าถึงข้อมูลของเด็กในเวชระเบียน

3. ภายหลังได้รับการอนุญาต ทำการติดต่อประสานงานกับแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาลหนองคาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 – 16.00 น. ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลหนองคาย โดยคัดเลือกผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

5. เมื่อผู้ปกครองยินยอมที่จะให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจะเชิญผู้ปกครองไปยังสถานที่ที่เป็นห้องเงียบ เพื่อให้ผู้ปกครองนั่งทำแบบสอบถามและเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมในงานวิจัยนี้

6. ทำการแจกแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ปกครองกรอรายละเอียดด้วยตนเอง

7. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดประมาณ 10 - 15 นาที ขึ้นอยู่กับผู้ปกครอง (ชุดที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ชุดที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

8. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และคำตอบในแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์

9. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าทางสถิติ

**การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา** ตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา นำเสนอข้อมูลเป็นความถี่ และร้อยละ ตัวแปร อายุ คะแนน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ** การเปรียบเทียบระหว่างความขัดแย้งในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น สถิติที่ใช้ ได้แก่ Independent Samples t-test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 การเปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิต ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (Analysis of One Way ANOVA) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

### จริยธรรมงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลหนองคาย เลขที่ 59/2567 วันที่ 1 สิงหาคม 2567

### ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน พบว่า มากกว่าครึ่ง หรือร้อยละ 55.84 เป็นหญิง ที่เหลือร้อยละ 44.16 เป็นเพศชาย มีความเกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น เป็นมารดา ร้อยละ 44.24 เป็นบิดา ร้อยละ 44.42 ที่เหลือเป็น ตา/ยาย และเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 8.31 และร้อยละ 5.19 ตามลำดับ ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 31.69 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 30.13 และอายุ ไม่เกิน 30 ปี ร้อยละ

18.44 ที่เหลืออายุ 51-60 ปี และมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป มีอยู่ร้อยละ 11.43 และร้อยละ 8.31 ตามลำดับ ทุกคนหรือร้อยละ 100.00 นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.00 รองลงมาคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 24.40 และประถมศึกษา ร้อยละ 16.61 มีเพียงร้อยละ 1.00 ที่สูงกว่าปริญญาตรี สถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่ อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 81.30 รองลงมาคือ คู่สมรสเสียชีวิต แต่งงานใหม่ ร้อยละ 9.35 คู่สมรสเสียชีวิต แต่ไม่แต่งงานใหม่ ร้อยละ 7.27 และร้อยละ 2.08 คู่แยกกันอยู่ ส่วนอาชีพ พบว่าว่างงาน ร้อยละ 20.52 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16.62 ค่าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 16.36 ลูกจ้างหน่วยงานราชการ ร้อยละ 15.58 และอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 14.29 โรคประจำตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม มักจะเป็นโรคเบาหวาน โรคข้อข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่ มีสมาชิกในครัวเรือน 4 คน ขึ้นไป ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ 3 คน และ 2 คน มีอยู่ร้อยละ 15.32 และ 4.68 ตามลำดับ มีบุคคลซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบ 2 คน ร้อยละ 43.64 รองลงมาคือ 1 คน ร้อยละ 28.57 จำนวน 3 คน และ 4 คน มีอยู่ร้อยละ 16.62 และร้อยละ 4.94 ตามลำดับ ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว (พ่อ แม่ ลูก) ร้อยละ 48.57 รองลงมาคือ ครอบครัวขยาย ร้อยละ 42.08 และครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ร้อยละ 9.35 เมื่อพิจารณารายได้ครอบครัว บาท/เดือน พบว่า มีไม่เกิน 10,000 บาท ร้อยละ 39.50 รองลงมาคือ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 34.80 รายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท และมากกว่า 30,000 บาท ขึ้นไป มีอยู่ร้อยละ 16.60 และร้อยละ 9.10 ตามลำดับ รายได้โดยรวมของครอบครัว พบว่า มีพอใช้และมีหนี้สิน ร้อยละ 52.47 รองลงมาคือ พอใช้แต่ไม่มีเงินออม ร้อยละ 35.06 ที่เหลือ มีพอใช้และมีเงินสะสม และทำให้ต้องออกจากงาน ร้อยละ 11.14 และ ร้อยละ 1.04 ตามลำดับ ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว พบว่า ร้อย

ละ 42.34 ไม่ผลกระทบ และร้อยละ 42.34 มีผลต่อทางจิตใจ/พฤติกรรม ที่เหลือที่มีผลกระทบ ทางวาจา และญาติพี่น้องรังเกียจ ร้อยละ 10.39 และร้อยละ 3.11 ตามลำดับ สำหรับสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความขัดแย้งกัน ร้อยละ 78.44 รองลงมา คือ มีความขัดแย้งกันบ่อยครั้ง ร้อยละ 11.43 ความขัดแย้งระหว่างบิดา/มารดา ร้อยละ 4.16 ที่เหลือคือ บิดาหรือมารดากับลูกขัดแย้งกัน ขัดแย้งกันเอง และทำให้ครอบครัวหย่าร้าง คิดเป็น ร้อยละ 3.12 ร้อยละ 1.81 และร้อยละ 1.04 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น ที่ได้จากการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.10 ที่เหลือเป็นเพศหญิง ร้อยละ 23.90 มีอายุระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 54.55 รองลงมา อายุระหว่าง 1-5 ปี และ 11 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 25.71 และร้อยละ 19.74 ตามลำดับ เด็กสมาธิสั้นเป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 45.19 รองลงมา เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 42.60 ที่เหลือเป็นบุตร คนที่ 3 คนที่ 5 และคนที่ 7 คิดเป็นร้อยละ 10.39 ร้อยละ 1.04 และร้อยละ 0.78 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ถูกวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า มากกว่าครึ่ง หรือร้อยละ 61.30 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 5-8 ปี และ 9-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.61 และร้อยละ 9.09 ตามลำดับ สำหรับการพักอยู่อาศัยของเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 60.26 พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ที่เหลือพักอาศัยอยู่กับสถานเลี้ยงเด็ก และญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 17.66 ระดับการศึกษาของเด็ก เกินครึ่งหรือร้อยละ 64.16 อยู่ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 20.52 อยู่ชั้นอนุบาล ที่เหลือ ร้อยละ 11.17 ไม่ได้ศึกษา

คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.13) เมื่อเทียบกับเกณฑ์คะแนน 0 - 100 คะแนน และ cut-off

score  $\leq 65.43$  ของ Dr.James W Varni (2001) อ้างอิงเกณฑ์จากบทที่ 3 แต่เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน โดยรวม พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ หรือไม่เกิน ร้อยละ 65.43 ได้แก่ ด้านสังคม (ร้อยละ 64.55) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 53.07) เมื่อจำแนกเป็นช่วงอายุของเด็กสมาธิสั้น พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ 2 ด้าน คือ อายุ 1-5 ปี ในด้านสังคม (ร้อยละ 65.10) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 62.28) อายุระหว่าง 6-10 ปี ในด้านโรงเรียน (ร้อยละ 61.66) และอายุ 11 ปี ขึ้นไป ในด้านสังคม (ร้อยละ 65.51) และด้านโรงเรียน (ร้อยละ 53.07)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวของเด็กกับคุณภาพชีวิต รายด้านและโดยรวมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น โดยใช้ Independent t-test ไม่แตกต่างกัน

คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.13) เมื่อเทียบกับเกณฑ์คะแนน 0 - 100 คะแนน และ cut-off score  $\leq 65.43$  ของ James W. Varni (2001) อ้างอิงเกณฑ์จากบทที่ 3 พบว่า โดยรวมเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง คือ ร้อยละ 65.79 เมื่อจำแนกวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า เด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านโรงเรียน ของช่วงระยะเวลาที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น คือ 1-4 ปี 5-8 ปี และ 9-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.45 ร้อยละ 61.11 และร้อยละ 54.76 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยรวม คิดเป็นร้อยละ 60.13 และช่วงระยะเวลา 9-12 ปี มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ คือ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 64.34 ร้อยละ 62.43 และร้อยละ 54.76 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยรวม คิดเป็นร้อยละ 62.55

ผลการเปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพ

ชีวิตของเด็กโรคสมาธิสั้น โดยรวมมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านสังคม

## สรุปและอภิปรายผล

1. จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.13) (ได้จากการเปรียบได้จากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในบทที่ 3) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโรคสมาธิสั้น หรือ ADHD คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่ ประกอบด้วย รูปแบบพฤติกรรมที่แสดงออกบ่อยๆ ซ้ำๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุและหรือระดับพัฒนาการ และแสดงออกอย่างต่อเนื่องยาวนานพอสมควร ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การขาดสมาธิ หรือ มีความซุกซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น อาการจะต้องปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และพฤติกรรมเหล่านี้มีความรุนแรงพอที่จะให้มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เด็กเหล่านี้จึงมีความลำบากในการควบคุมตนเองสำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ มีความยากลำบากในการเข้าสังคมกับคนอื่น ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ตามที่คนทั่วไปคาดหวังว่าเด็กจะทำได้ในสถานการณ์นั้นๆ ด้วยเหตุนี้มักทำให้เด็กมีปัญหากับผู้ใหญ่ หรือมักมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนๆ มักจะไม่ชอบ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ<sup>20</sup>ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 7-10 ปี จำนวน 60 คนที่เข้ารับการรักษาในคลินิก โรงพยาบาลอ่างทองผลการวิจัย

พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด มากกว่าได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่ามัธยฐานของคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความขัดแย้งในครอบครัวของเด็กโรคสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิต จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น โดยใช้ Independent t-test ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นที่เกิดจากครอบครัวของเด็ก เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ เด็กที่อยู่ในครอบครัวฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีอาการของโรคสมาธิสั้นรุนแรงเนื่องจากเด็กที่ไม่ได้รับการรักษาตามกระบวนการรักษาทางการแพทย์ นอกจากนั้นรูปแบบครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง แยกกันอยู่ เด็กกลุ่มนี้จะขาดความอบอุ่น ขาดที่พึ่งทางอารมณ์ เด็กกับพ่อแม่มีปัญหากันในเรื่องของสัมพันธภาพ เด็กจึงไม่สามารถได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง ประสบการณ์ที่พบเจอไม่ดี ไร้ซึ่งความสุข ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวที่รุนแรง ที่เด็กต้องเผชิญ ส่งผลให้เด็กเกิดความหวาดระแวง และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ แม้แต่สภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย สับสน ไม่มีกฎเกณฑ์สม่ำเสมอ สมาชิกใช้ชีวิตปราศจากการวางแผน ไม่มีแบบอย่างที่ดีได้ปฏิบัติตาม จะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลระยะยาวในเรื่องของบุคลิกภาพในอนาคตของเด็กตามมาอีกด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ<sup>21</sup>ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตควรเป็นการวัดในด้านอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งครอบคลุมมิติด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม และปัญญา นอกจากนี้ เพื่อให้ครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิต ควรนำการวัดในด้านภาวะวิสัย (Objective) มาใช้ร่วมกับการวัดคุณภาพชีวิตใน

การกรณีที่การวัดเชิงอัตวิสัยไม่สามารถดำเนินการวัดคุณภาพชีวิตได้อย่างครบถ้วน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ<sup>22</sup>ได้ทำการศึกษาผลของการจัดกิจกรรมเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่ส่งเสริมความรู้และความสามารถในการออกแบบกิจกรรมสร้างทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาประถมศึกษาพิษณุโลก เขต 1 ที่สนใจเข้าร่วมอบรม จำนวน 25 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบทดสอบวัดความรู้ แบบประเมินความสามารถในการออกแบบกิจกรรมสร้างทักษะทางสังคม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรม ผลการวิจัย พบว่า 1) ครูมีความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้นและการออกแบบกิจกรรมสร้างทักษะทางสังคมหลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, 2) ครูมีความสามารถในการออกแบบกิจกรรมสร้างทักษะทางสังคมหลังอบรมสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ผู้วิจัยไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าเมื่อพิสูจน์สมมติฐานของงานวิจัยแล้วจะมีปัจจัยใดแตกต่างกันบ้าง ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยเชิงทดลองที่ผู้วิจัยสามารถคาดการณ์ความแม่นยำของการทดลองได้ว่ามีความมากกว่า หรือน้อยกว่าของค่าคะแนนเฉลี่ยจากงานวิจัย เนื่องจากการออกแบบการวิจัยแยกเป็นกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3. ผลการเปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเด็กสมาธิสั้นกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคสมาธิสั้น มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากในเด็กบางคนกว่าผู้ปกครองจะทราบได้ว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นอาจใช้ระยะเวลา การสังเกต และการเอาใจใส่ต่อเด็กไม่เหมือนกัน สอดคล้องกับ<sup>23</sup>ที่กล่าวว่าโรคสมาธิสั้น หรือ ADHD เป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมชนิดหนึ่งที่ ประกอบด้วย รูปแบบ

พฤติกรรมที่แสดงออกบ่อยๆ ซ้ำๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับอายุและหรือระดับพัฒนาการ และแสดงออกอย่างต่อเนื่องยาวนานพอสมควร ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ การขาดสมาธิ หรือ มีความซุกซนอยู่ไม่นิ่ง หนัสนั่นพลันเล่น และสอດคล่องกับ<sup>24</sup> ได้กล่าวถึงสาเหตุของโรคสมาธิสั้นว่า ผู้ดูแลเด็ก โดยเฉพาะแม่ผู้ซึ่งมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดที่ทราบหรือสามารถสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของเด็กได้ และอาจรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเด็กด้วย

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.13) ดังนั้น ควรให้การเลี้ยงดูที่อบอุ่นอย่าง

ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะการขาดแคลนทางจิตใจ ส่งเสริมให้พ่อแม่และลูกมีปฏิสัมพันธ์ในทางบวก เพื่อลดปัจจัยความเครียดที่มีผู้กล่าวว่าเป็นปัจจัยการเสริมการเกิดโรคสมาธิสั้นได้ และจัดสภาพแวดล้อมและชีวิตในบ้านให้มีระเบียบแบบแผนที่เหมาะสม เช่น ไม่มีการกระตุ้นเด็กที่มากเกินไป หรือขาดแบบอย่างที่เหมาะสมจนเด็กไม่สามารถพัฒนาพฤติกรรมที่ปกติได้ และควรมีกิจกรรมที่ผ่อนคลายเพื่อลดความเครียดของเด็กโรคสมาธิสั้น

### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลหนองคาย ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง เนื่องจากใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่มากนัก ผู้วิจัยสามารถดูแลเด็กที่นำมาทดลองได้ทั่วถึง โดยมีการพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กอายุสั้นมาใช้ในการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

- 1.American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). American Psychiatric Association.
- 2.Drechsler,R.,Brem,S.,Brandeis,D.,Grunblatt,E.,Berger,G.,&Walitza,S.(2020).ADHD:Current Concepts and treatments in children and adolescents.Neuropediatrics,51(5),315- 335.
- 3.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2560).“รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2560” คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต,กรุงเทพฯ.
4. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลหนองคาย.(2565).รายงานสถิติโรงพยาบาลหนองคาย. โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย.
- 5.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิถ, และคณะ.(2556).ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย, วารสาร สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ;21(2):66-75.
6. Trangkasombat U.(2008). ลักษณะทางคลินิกของ ADHD ในเด็กไทย. J Med Assoc Thai ;91(12): 1894-9.
7. Pongwilairat, K., Louthrenoo, O., Chamsil, C. & Witoonchart, C. (2005). Quality of Life of Children with Attention-Deficit/Hyper Activity Disorder. Journal of the Medical Association of Thailand. 88(8). 1062 – 1066.
8. Srimakutphun, N. (2007). The Correlation between Self-Esteem and Parenting Styles of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Attending Child Psychiatric Outpatient Unit of King Chulalongkorn Memorial Hospital. Retrieved from Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University Description.

9. Juengsiragulwit, D., Pityaratstian, N., & Nimnuan, C. (2012). The Efficacy of Brief Group Cognitive Behavioral Therapy in Children with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 57(1). 19 - 28.
10. 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.
11. Patjanasoonorn, N., Singkhom-ard, J., Unphrai, P., Srisawat, W., Udomsin, C., & Kittisiriwattanakul, O. (2011). Learning and Behavioral Problems in a Demonstration School Children, Education level 1 (Grade 1 – 3) in Khon Kaen Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 56(4). 345 – 351.
12. Lakanapichitkul, D. (1997). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD. *Sukhothai Thammathirat Open University Journal*, 10(1), 94 – 101.
13. WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2, <https://doi.org/10.1007/BF00435734>
14. กันยา พาณิษฐ์ศิริ,เบญจพร ตันตสุติ.(2559).การติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย;61(3):191-204.
- 15.พรชนก หิรัญเข้ว่า.(2564). โรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 5-14 ปี โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ.ชัยภูมิเวชสาร;41(2):42-52.
- 16.ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และคณะ.(2557). คุณสมบัตินี้ของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson,Nolan,and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD)ฉบับภาษาไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย;59(2):97-110.
- 17.วรานุช ปิติพัฒน์.(2557). ระเบียบวิธีวิจัยทางทันต แพทยศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
18. Varni JW, Seid M, Kurtin PS.(2001). PedsQLTM 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Med Care*;39:800-12.
- 19.Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D.(2003). The PedsQLTM 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Ambulatory Ped* ;3:329-341.
- 20.นิญฐา ยอดแก้ว. (2556). ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น . วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้,8(2):259-272.
21. Haas. (2000). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, 21: 728–742.
- 22.ชนาภา บุรณชาติ. (2560). ผลของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่ส่งเสริมความรู้และความสามารถในการออกแบบกิจกรรมสร้างทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น สำหรับครู. การค้นคว้าการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- 23.นงพาง ลิมสุวรรณ. (2554). โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- 24.อลิสา วัชรสินธุ.(2559).ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการตรวจ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.จุฬาลงกรณ์เวชสาร;60(5):535-544.