

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่มีโรคทางกายเรื้อรังที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง พบว่า เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อายุมากที่สุด คือ 6 ปี รองลงมา คือ 8 ปี และน้อยที่สุด คืออายุ 10 ปี นับถือศาสนาพุทธเป็นจำนวนมากที่สุด ส่วนมากเป็นบุตรคนที่ 1 และป่วยด้วยโรคหัวใจเป็นปริมาณมากที่สุด จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 - 6 คนเป็นส่วนมาก และเรียนอยู่ในระดับอนุบาล ผลการเรียนอยู่ในช่วงเกรดเฉลี่ย 3-4 เป็นส่วนมาก รายได้ของครอบครัวส่วนมากอยู่ที่มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน สถานภาพสมรสบิดามารดาที่พบมากที่สุดคือ อยู่ด้วยกัน และส่วนมากเด็กอาศัยอยู่กับบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองส่วนมากดีตลอด ความขัดแย้งส่วนมากจะมีบ้างนาน ๆ ครั้ง ระยะเวลาในการเจ็บป่วยส่วนมากอยู่ที่มากกว่า 6 ปี - 9 ปี และเคยเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลมากกว่าไม่เคย ในสัดส่วน 4 : 1 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากอยู่ที่ 1 - 3 ครั้ง บิดามารดาส่วนมากไม่มีประวัติอาการทางจิต ติดสุราหรือสารเสพติด และผู้ปกครองจะเห็นว่าเด็กไม่มีปัญหาพฤติกรรมเป็นจำนวนมากกว่าที่คิดว่าเด็กมีปัญหาและเด็กส่วนมากจะชอบเล่นกีฬา หรือมีงานอดิเรก และมีเพื่อนสนิท มากกว่าไม่มี และจากความคิดเห็นของผู้ปกครองพบความสามารถในการเข้ากับพี่น้องและเด็กอื่น ๆ การปฏิบัติตนต่อบิดามารดา การขยันทำการบ้านอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ส่วนการขยันทำการบ้านและผลการเรียนที่โรงเรียนส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนมากไม่เคยสอบตกซ้ำชั้น

และจากการหาความชุกของพฤติกรรม พบว่า โดยรวมมีปัญหาพฤติกรรมระดับมีปัญหาร้อยละ 33.20 และระดับเสี่ยงที่มีปัญหาปานกลาง ร้อยละ 9.76 และระดับเสี่ยงที่มีปัญหาน้อย ร้อยละ 10.93 และเมื่อสังเกตตามเพศจะพบว่า เพศชายจะมีความชุกของปัญหาพฤติกรรมในระดับมีปัญหามากกว่าเพศหญิง คือ เพศชายร้อยละ 35.5 ส่วนเพศหญิง ร้อยละ 30.6

เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมปัจจัยที่พบความแตกต่างในการทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมคือ สถานภาพสมรสบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก ความขัดแย้งและการทะเลาะเบาะแว้งของบุคคลในครอบครัว และประวัติการมีอาการทางจิต ติดสุราหรือสารเสพติดของบิดามารดา

และเมื่อพิจารณาในแต่ละเพศ ปัจจัยที่พบความแตกต่างในการทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมจะมีรายละเอียดที่เหมือนและต่างกันบ้างเช่น เพศชาย จะได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก ความขัดแย้งของพ่อแม่ผู้ปกครองและคนในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบิดามารดา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการเรียน สถานภาพสมรสบิดามารดา

ส่วนในเพศหญิง ปัจจัยที่พบความแตกต่างในการทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรม คือ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก ความขัดแย้งในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตติดสุราหรือสารเสพติดของบิดามารดา อายุ

โดยจะพบว่า เด็กที่มีพ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน, ความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็กไม่ดี มีความขัดแย้งทะเลาะเบาะแว้งบ่อย บิดามารดามีประวัติโรคจิต, ประสบติดสุราหรือสารเสพติด มีจำนวนการเข้ารับการรักษาตัวบ่อย ผลการเรียนไม่ดี ระดับการศึกษาต่ำ อายุน้อย จะมีคะแนนเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรมสูงกว่าเด็กที่มีลักษณะตรงข้าม

ส่วนปัจจัยที่ไม่พบว่ามีความแตกต่างและสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาเลย คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา และชนิดของโรค

และเมื่อนำปัญหาของแต่ละกลุ่มอาการมาแบ่งเป็นระดับปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มมีปัญหา กลุ่มอาการที่มีระดับความรุนแรงคือระดับมีปัญหามากที่สุดของทั้งสองเพศคือ Somatic Complaints คือ เพศชาย ร้อยละ 48.1 เพศหญิง ร้อยละ 43.0 ซึ่งเป็นลักษณะปัญหาแบบ Internalizing Problems

และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและรูปแบบปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางจิตเวช ในระดับ clinical range

ในเพศชายจะพบว่า

- ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตติดสุราหรือสารเสพติดของบิดามารดา ในเด็กที่บิดามารดามีประวัติ เด็กจะมีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรม Immaturity และ Aggression น้อยกว่าไม่เคยมีประวัติ

- สถานภาพสมรสของบิดามารดา เด็กที่บิดามารดาอยู่ด้วยกันจะมีการเกิดพฤติกรรม Immaturity สูงกว่าบิดามารดาไม่อยู่ด้วยกัน
- ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ที่ดีบ้างไม่ดีบ้าง จะพบว่ามีปัญหาในด้าน Anxiety Depression, Hyperactivity/Impulsivity/Social Problem และ Aggression ในแนวโน้มที่สูงขึ้น แต่จะพบรูปแบบปัญหาด้าน Somatic Complaints และ Immaturity ลดลง
- ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น มีแนวโน้มการเกิด Depression สูงขึ้น
- ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้น จะพบว่า ปัญหาทางอารมณ์ด้าน Anxiety และ Depression ที่สูงขึ้น
- จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาบ่อยจะเกิดปัญหาด้าน Somatic Complaints และ Sex Problem สูงขึ้น

ในเพศหญิงจะพบว่า

- สถานภาพสมรสของบิดามารดา เด็กที่บิดามารดาอยู่ด้วยกันจะพบรูปแบบปัญหาด้าน Somatic Complaints และ Social Withdrawal สูงกว่าบิดามารดาไม่อยู่ด้วยกัน
 - ความสัมพันธ์ในครอบครัวเด็กที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองดี จะพบปัญหาด้าน Somatic Complaints และ Depression สูงกว่าความสัมพันธ์ไม่ดี
 - ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตติดยาหรือสารเสพติดของบิดามารดา เด็กที่มีบิดามารดา มีประวัติจะมีปัญหาด้าน Depression, Social Withdrawal, Aggression, Hyperactivity ที่น้อยกว่าไม่เคยมีประวัติ
 - ระดับการศึกษาต่ำจะสัมพันธ์กับการเกิด Social Withdrawal และ Aggression ที่สูงจะลดลงเมื่อการศึกษาสูงขึ้น
 - จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เด็กที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีปัญหาพฤติกรรมด้าน Aggression น้อย และจะเพิ่มขึ้นเมื่อเข้ารับการรักษา จำนวนครั้งไม่มาก และเมื่อเข้ารับการรักษาบ่อยมากขึ้น ปัญหา Aggression มีแนวโน้มลดลง
 - รายได้ เด็กที่ครอบครัวมีรายได้ 3,000-6,000 บาท จะพบว่ามีปัญหาด้าน Hyperactivity/Impulsivity/Social Problem มากที่สุด และลดลงเมื่อรายได้เพิ่มขึ้นหรือลดลงกว่านี้
- และเพื่อจัดอันดับปัญหาสำคัญ 10 อันดับแรกที่พบในเด็กเรียงตามลำดับ ได้แก่ ชอบโต้เถียง, ซุกซน, ดื้อ บังคับ หรือฉุนเฉียว เหนื่อยง่าย และชอบเล่นกับเด็กที่อายุน้อยกว่า, ไม่อยู่นิ่ง ลุกี้ลุกลอนอยู่ไม่สุข ไม่เชื่อฟังเมื่ออยู่บ้าน, ชอบเล่นกับเด็กที่อายุมากกว่า, ถูกเด็กอื่นแกล้ง, กินอาหารได้น้อย และขี้อายหรือกระดาก (ขี้ตื่น) เคยไม่พูดจาเวลาโกรธหรือไม่สบายใจ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของปัญหาพฤติกรรม

จากการศึกษาปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่มีโรคทางกายเรื้อรัง อายุ 6-11 ปี ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ยังไม่เข้าเรียน จนถึงประถมปีที่ 6 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (TYC) ฉบับสำหรับผู้ปกครอง พบว่ามีความชุกของปัญหาพฤติกรรมในเด็ก ในระดับที่มีปัญหา (Clinical range) ร้อยละ 33.20 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาพฤติกรรมของเด็ก ในกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 8-11 ปี และกำลังเรียนอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่ศึกษาโดย แพทย์หญิงอลิสรา วัชรสินธุ และแพทย์หญิงเบญจพร ปัญญา⁽³⁶⁾ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันพบว่า เด็กป่วยเรื้อรังมีความชุกสูงกว่า ปัญหาพฤติกรรมเด็กในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีความชุกของปัญหาพฤติกรรมในระดับ Clinical range เท่ากับร้อยละ 25.86 และเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น มัธยมปีที่ 1 - 3 สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดลพบุรี ซึ่งทำการศึกษาในเด็กอายุ 12-16 ปี โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน โดยปนัดดา มุมบ้านเช่า⁽³⁷⁾ พบว่า เด็กป่วยเรื้อรังมีความชุกสูงกว่าเด็กวัยรุ่นซึ่งมีความชุกของปัญหาพฤติกรรมในระดับ Clinical range ร้อยละ 20.5 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับความเห็นของผู้ปกครองจะพบว่าใกล้เคียงกันเนื่องจากผู้ปกครองที่คิดว่าบุตรของตนมีปัญหาพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 28.9

เมื่อศึกษาดูระหว่างเพศจะพบว่า เพศชายมีความชุกของปัญหาพฤติกรรมในระดับ Clinical range ร้อยละ 35.5 และเพศหญิงมีร้อยละ 30.6 จะเห็นได้ว่าเพศชายมีความชุกมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเด็กวัยรุ่นชั้นมัธยมต้น ที่จังหวัดลพบุรี ที่เพศชายร้อยละ 29.34 และเพศหญิงร้อยละ 11.82 และสอดคล้องกับการสำรวจในเด็กอายุ 8-11 ปี ในกรุงเทพมหานคร ที่เด็กชายจะมีความชุกมากกว่า คือร้อยละ 27.38 และเพศหญิงร้อยละ 23.92 และจะสอดคล้องกับการศึกษาของ Luih ที่ศึกษาในเด็กอายุ 13-14 ปีที่ Blackburn และของ Rutter ที่บอกว่าเพศชายจะมีความชุกมากกว่าเพศหญิง เมื่อศึกษาโดยภาพรวมสอดคล้องกับการศึกษาของ Newachech PW.⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าเด็กป่วยเรื้อรังจะมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าปกติ และการศึกษาของ Serketich WJ. ที่พบว่า เด็กที่เป็น dysfunctional children จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์มากกว่า⁽³⁸⁾ ซึ่งอาจเนื่องมาจากเด็กป่วยเรื้อรังมีการปรับตัวทางสังคมที่ยากกว่า⁽³⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Britmayer ที่พบว่าเด็กที่ป่วยเรื้อรังและเด็กธรรมดาจะมีความสามารถทางสังคมที่ต่างกัน⁽⁴⁰⁾ และ Eiser C. ที่พบว่าเด็กป่วยเรื้อรังจะมีปัญหาการปรับตัวที่แย่กว่า⁽³⁹⁾ ซึ่งอาจเป็นเพราะเด็กที่ป่วยด้วยโรคทางกายต้องเผชิญกับความทุกข์จากร่างกายทำให้เกิดความเครียด

ทางอารมณ์ จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวตามมา เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มักจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น ทำให้ครอบครัวลำบาก และมองว่าตนเองมีปมด้อย มีคุณค่าน้อย ขาดความภูมิใจในตนเอง

จะเห็นได้ว่าปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับเด็ก และเป็นปัญหาที่ค่อนข้างสำคัญ ซึ่งหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจเพื่อช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้

อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรตระหนักอีกอย่างคือ จากการศึกษาของ Wamboldt MZ. พบว่าพ่อแม่มักจะให้คะแนนปัญหาพฤติกรรมสูงกว่าตัวเด็กเองและการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เพิ่มความเครียดให้พ่อแม่⁽⁴¹⁾ และจะต่างไปจากผลการศึกษาของ Codman D ที่พบว่าอาการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่มีผลต่อการเกิดปัญหาในเด็ก

2. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรม พบว่า

1. ปัจจัยทางด้านตัวเด็ก ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับการศึกษา ผลการเรียน

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรสบิดามารดา รายได้ของบิดามารดา ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบิดามารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาพฤติกรรมของเด็กอายุ 8-11 ปี ที่เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในเขตกรุงเทพมหานคร⁽³⁶⁾ ที่ใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก TYC ฉบับสำหรับผู้ปกครองเช่นกันที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเด็กคือ ความขัดแย้งในครอบครัว พ่อแม่มีประวัติเป็นโรคจิตประสาท มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และการศึกษาของปนัดดา มุมบ้านเช่า ในเด็กมัธยมปีที่ 1 - 3 อายุ 12-16 ปี ที่ใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์คือ สถานภาพสมรสบิดามารดา⁽³⁷⁾

ปัจจัยทางด้านตัวเด็ก

อายุ จะพบว่า อายุที่ต่างกันจะมีค่าคะแนนด้าน Externalizing Problem ต่างกัน เฉพาะในเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McDermott PA. ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรม⁽⁴²⁾ โดยพบว่าอายุน้อยจะมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมสูงกว่า และจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นทั้งนี้อาจเป็นจากการเรียนรู้ จากตัวเด็กเองและทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อลูก

ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์กับเด็ก คือ เกิด Anxiety และ Depression ในเด็กชาย ซึ่งเป็นลักษณะ Internalizing Problem

ซึ่งพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยนานขึ้นจะทำให้แนวโน้มการเกิดปัญหา Anxiety และ Depression ในระดับมีปัญหาเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Newachech PW.⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าเด็กที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีปัญหามากกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ต้องทนทรมานจากการเจ็บป่วย การเจ็บปวดจากการรักษา หรือการถูกจำกัดกิจกรรม ซึ่งเด็กผู้ชายส่วนมากปฏิบัติ และการที่รู้สึกสูญเสียความสามารถ และมีปมด้อย ขาดความภูมิใจในตนเอง ประกอบกับการที่ถูกอบรมจากวัฒนธรรมไทยว่าเป็นผู้ชายต้องไม่แสดงความรู้สึกอ่อนแอออกมา อาจเป็นส่วนที่ทำให้เกิดปัญหาภายในขึ้น

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะพบว่าเด็กชายที่มีปัจจัยด้านจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างกัน จะมี Internalizing Problem Scores ต่างกัน โดยจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาพฤติกรรมสูงขึ้น นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการเกิด Somatic Complaints และ Sex problem ในเด็กชาย โดยจะพบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาเพิ่ม แนวโน้มของการเกิดปัญหาในระดับ Clinical range จะเพิ่มขึ้น ในเพศหญิงจะสัมพันธ์กับการเกิด Aggression ในเด็กหญิงโดยเด็กที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีพฤติกรรม Aggression น้อยกว่ารายที่เคย และในรายที่เคยจำนวนครั้งไม่มาก จะมีพฤติกรรม Aggression ในระดับ clinical range จำนวนสูงและจะลดลงเมื่อเข้ารับการรักษาบ่อยขึ้น ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเป็นตัวสร้างภาวะเครียดให้กับเด็ก และสร้างความกดดันทางจิตใจให้เด็กอย่างหนึ่ง เนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม หรือจากการต้องจากบ้าน สิ่งแวดล้อมเดิมมาสู่สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย, ความเจ็บปวดจากการรักษา ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ และการปรับตัวของเด็ก ซึ่งเมื่อเข้ารับการรักษาบ่อยขึ้นเด็กเริ่มปรับตัวได้จึงพบว่าปัญหาเริ่มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พยอม อิงคตานุวัฒน์⁽⁴³⁾ ที่พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย เมื่อระยะเวลาผ่านไปนาน ๆ เด็กจะชอบมาโรงพยาบาลเพื่อรับเลือด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของโรค

ระดับการศึกษา จะพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีผลต่อ Total Problem Scores และ Externalizing Problem Scores ที่แตกต่างกันในเพศหญิง แต่ไม่พบในเพศชาย โดยในระดับการศึกษาที่ต่ำจะพบว่ามีค่าเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรมสูงและลดลงเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น และจะพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาต่อทั้งสองเพศต่างกัน คือ ในเพศชายจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์แบบ Internalizing Problem คือ Depression โดยระดับการศึกษาต่ำจะพบปัญหาระดับ Clinical range เปรอร์เซนต์ต่ำ และเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น จะพบ Depression ในระดับมีปัญหาสูงขึ้น ในขณะที่เพศหญิงจะพบทั้งปัญหาทางด้านอารมณ์ คือ Social Withdrawal โดยการศึกษาต่ำจะพบปัญหาระดับ Clinical range มาก และการศึกษาสูงจะพบน้อย และปัญหาทางพฤติกรรม คือ Aggressive behavior ที่ในระดับการ

ศึกษาต่ำจะพบมากและมีแนวโน้มลดลงเมื่อการศึกษาสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความสนใจของเด็กหญิงจะมุ่งไปที่การเรียน มากกว่าการเล่นหรือการทำกิจกรรมอย่างอื่นเหมือนเด็กผู้ชาย และทัศนคติที่ค่านิยมของพ่อแม่ ที่มักคาดหวังลูกผู้หญิงในด้านการเรียนมากกว่าจะทำกิจกรรมหรือการเล่น ซึ่งในเด็กผู้ชาย พ่อแม่จะยอมรับและถือเป็นธรรมชาติมากกว่า

ผลการเรียน พบว่า ปัจจัยด้านผลการเรียนที่แตกต่างกันจะมี Externalizing Problem Scores ในเพศชายที่แตกต่างกันแต่ไม่พบในเพศหญิง โดยผลการเรียนดีจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาพฤติกรรมต่ำ และผลการเรียนที่แย่งค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาพฤติกรรมจะสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโดยธรรมชาติ เพศชายจะค่อนข้างแสดงพฤติกรรมออกมาให้เห็นชัดกว่า และผลการเรียนเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อเด็กชายทั้งในแง่ความภาคภูมิใจในตนเอง และการยอมรับจากเพื่อนฝูง ซึ่งจากผลการศึกษาจะสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Byrd RS. ที่พบว่า grade retention จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็ก⁽⁴⁴⁾

ปัจจัยทางด้านครอบครัว

สถานภาพสมรสบิดามารดา จะพบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมทั้งในภาพรวม และเพศชายจะพบว่าสถานภาพสมรสบิดามารดาที่ต่างกันจะมี Externalizing Problem ต่างกัน โดยเด็กที่มีพ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน มีปัญหาหย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือเสียชีวิต จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาพฤติกรรมสูงกว่าเด็กที่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมคือ Immaturity โดยเด็กที่พ่อแม่อยู่ด้วยกันจะพบในเปอร์เซ็นต์ที่สูงกว่าเด็กที่พ่อแม่ไม่อยู่ด้วยกัน ในเด็กชายและเกิดปัญหาทางอารมณ์ในเด็กผู้หญิง คือ Somatic Complaints และ Social Withdrawal ซึ่งในเด็กที่พ่อแม่อยู่ด้วยกันจะพบว่าปัญหาดังกล่าวสูงกว่า ซึ่งจะสัมพันธ์กับการศึกษาอื่น เช่น Silver EJ. และคณะ ที่ศึกษาและพบว่า โครงสร้างครอบครัว, การเจ็บป่วยของเด็กและการปรับตัวของเด็กมีความสัมพันธ์กับเด็กที่อยู่กับแม่คนเดียว หรืออยู่กับแม่ที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ เด็กจะมีปัญหาการปรับตัวมากกว่า⁽⁴⁵⁾ ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อบิดามารดาคนใดคนหนึ่งออกจากบ้านหรือเสียชีวิต จะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว เป็นผลทำให้รบกวนการทำหน้าที่ของบิดามารดาคนที่จะดูแลลูก โดยเฉพาะพบว่าหลังการหย่าร้างคนที่ดูแลเด็กมักจะเป็นมารดาซึ่งมักมีรายได้ต่ำ เนื่องจากมีการศึกษาและประสบการณ์ไม่เพียงพอการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นอาจทำให้ครอบครัวต้องเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ ในลักษณะที่เลวลง เพื่อนบ้านมักจะแย่งด้วย ประกอบกับมารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้เวลาในการดูแลเด็กลดลง เด็กจึงมีปัญหามากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wallers tein และ Kally ที่พบว่าเด็กมักได้รับประสบการณ์ความ

เจ็บปวดทางอารมณ์จากการหย่าร้างของบิดามารดา เด็กมักบอกว่าเขารู้สึกโกรธ, กลัวซึมเศร้า ขาดความรักจนรักภักดีต่อบิดามารดา และรู้สึกผิด และสอดคล้องกับการศึกษาของปนัดดา มุมบ้านเช่า ที่พบว่าสถานภาพสมรสบิดามารดา มีผลต่อพฤติกรรมเด็ก⁽³⁷⁾

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาจะต่างไปจากการศึกษาของ Youngblut JM. และคณะ ที่พบว่าครอบครัวที่มีพ่อแม่คนเดียว และมีงานทำ มีความคงที่ความสัมพันธ์และความคงที่ที่จะเป็นไปในแง่บวก⁽⁴⁶⁾ และการศึกษาของ Codman D. ที่พบว่าเด็กป่วยเรื้อรังที่อยู่กับพ่อแม่คนเดียว ถูกแยกจากสังคมมี family disfunction หรือพ่อแม่มีปัญหาเรื่อง alcohol ไม่มีผลต่อเด็ก

ดังนั้นจะเป็นได้ว่าสถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสำคัญต่อปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ของลูกที่ทุกฝ่ายควรได้ตระหนัก

รายได้ พบว่ารายได้บิดามารดามีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็ก ผู้หญิง คือ Hyperactivity / Impulsivity / Social Problems โดยจะพบว่า ครอบครัวที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ จะพบเปอร์เซ็นต์การเกิดปัญหาสูงสุด และจะลดลงเมื่อรายได้สูงขึ้น ส่วนรายได้ต่ำจะพบปัญหาพฤติกรรมค่อนข้างน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Zima BT ที่พบว่า เด็กวัยเรียนที่ไม่มีบ้านอยู่จะมีปัญหาด้าน Depression ปัญหาพฤติกรรมและการเรียนล่าช้า⁽⁴⁷⁾ และการศึกษาของ Buchner JC. ที่พบว่าเด็กที่ไม่มีบ้านฐานะยากจน จะมีอัตราการมีปัญหาลักษณะจิตสูงกว่า⁽⁴⁸⁾ และการศึกษาของ Westbom L.⁽⁴⁹⁾ ที่พบว่า เด็กป่วยจะมีเศรษฐกิจต่ำกว่าเด็กปกติ ชั่วโมงการทำงานของพ่อแม่จะน้อยกว่า แม่จะมีปัญหาสุขภาพและเจ็บป่วยมากกว่าเด็กปกติ และความสัมพันธ์ทางสังคมจะถูกจำกัด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีความกดดันกับเด็กทางด้านจิตใจ เนื่องจากการขาดปัจจัยที่จะตอบสนองความต้องการของบุคคล และเมื่อรายได้ของครอบครัวต่ำอาจมีผลต่อสภาพแวดล้อมของครอบครัว เช่น ที่อยู่อาศัย เพื่อนบ้าน ซึ่งจะเป็นคนในระดับสังคมชั้นล่าง ซึ่งอาจมีปัญหาในด้านพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งทำให้เด็กเกิดการเลียนแบบ และจากการที่ครอบครัวมีรายได้น้อยอาจนำไปสู่ความขัดแย้งในครอบครัวที่เป็นภาวะกดดันเด็กอย่างหนึ่ง ซึ่งทั้งหมดจะสัมพันธ์กับการศึกษาของ Bor W. ที่พบว่า รายได้สัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรม⁽⁵⁰⁾ และ Butter และ Madge กล่าวว่าการศึกษาที่ครอบครัวได้มีรายได้ต่ำจะส่งผลกระทบต่อที่อยู่อาศัยก็ไม่สะดวกสบายพอรวมทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของเด็ก ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความเครียดของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและลูกไม่ดีเท่าที่ควร และ Kohn และ Laose กล่าวว่า เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและชนชั้น แรงงานการปฏิบัติของบิดามารดาที่มีต่อเด็กจะเป็นไปในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ มีการลงโทษทางกายบ่อยครั้ง ซึ่งจะทำให้เด็กเรียนรู้ที่จะแสดงพฤติกรรมในลักษณะก้าวร้าวรุนแรงกับบุคคลอื่นด้วย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้อาจเป็น

เพราะพ่อแม่ที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ อาจต้องทำมาหาเลี้ยงครอบครัว อาจไม่มีเวลาให้ความอบอุ่นลูกเท่าที่ควร แต่จะยังมีเวลาและกำลังทรัพยากรลูกมาพบแพทย์เมื่อลูกไม่สบาย ทำให้พบปัญหาซึ่งแตกต่างจากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ บางครอบครัวไม่มีรายได้มากต้องทำงานตลอด ทำให้ไม่มีเวลามาพบแพทย์ ทำให้พบปัญหาในเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Buckner JC. ที่พบว่าเด็กไม่มีบ้าน ฐานะยากจน จะมีอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง แต่มาใช้บริการสาธารณสุขน้อย⁽⁴⁶⁾ ส่วนในครอบครัวที่ฐานะดี พ่อแม่เวลาว่างให้ความอบอุ่น ดูแลลูก จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้พบปัญหาพฤติกรรมน้อย

ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ติดสุราหรือสารเสพติดของบิดามารดา พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาของเด็กทั้งโดยภาพรวมและในเพศชายจะพบว่ามีผลต่อรูปแบบของปัญหาทั้งในแง่ Total Problem Score, Externalizing Problem Scores ส่วนในเพศหญิงจะพบทั้งใน Total Problem Score, Internalizing Problem Scores, โดยบิดามารดาที่มีประวัติจะพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนปัญหาพฤติกรรมสูงเกินกว่าบิดามารดาที่ไม่มีประวัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในกรุงเทพมหานครที่พบว่าประวัติการเจ็บป่วยทางจิตติดสุราหรือสารเสพติดของบิดามารดามีผลต่อการเกิดพฤติกรรมเด็ก และเมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์พบว่า ในเพศชายจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาโดยภาพรวมและปัญหาพฤติกรรมคือ Immaturity และ Aggressive Behavior โดยเด็กที่บิดามารดามีประวัติจะพบว่าเกิดปัญหาพฤติกรรมน้อยกว่าที่ไม่มีประวัติ ส่วนในเพศหญิงจะพบว่าผลต่อทั้งปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ คือ Depression / Thought Problem, Social withdrawal, Aggressive behavior Hyperactivity / Impulsivity / Social Problem โดยเด็กที่บิดามารดามีประวัติจะมีแนวโน้มการเกิดปัญหาน้อยกว่า ซึ่งจะต่างไปจากการศึกษาของ Svedin CG. ที่พบว่า แม่ที่มีปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม ซึ่งสัมพันธ์กับการติดยามีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์และพัฒนาการของเด็กทำให้เด็กมีสุขภาพจิตที่แย่กว่า และมีภาพพจน์ต่อตนเองในด้านลบ⁽⁵¹⁾ และต่างจากการศึกษาของ Fitzgenal ที่พบว่า เด็กที่บิดามารดาติ่มสุรา มีลักษณะ Impulsive ที่เด่นชัด⁽⁵²⁾ และต่างจากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในกรุงเทพมหานครที่พบว่าประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ติดสุราหรือสารเสพติดของบิดามารดามีผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมเด็ก ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการที่บิดามารดามีอาการจากภาวะดังกล่าว จะมีผลต่อการปฏิบัติและการดูแลลูก ๆ โดยอาจกระทำในลักษณะที่รุนแรงขึ้น และความสัมพันธ์ที่อาจไม่ราบรื่น บิดามารดาอาจมีความใกล้ชิดกับลูกน้อยลงจากรูปแบบการดำเนินชีวิตของตนเองทำให้รับรู้ปัญหาของลูกน้อยลง หรือเด็กอาจต้องเติบโตมาในสภาพที่ต้องดูแลตนเองทำให้พัฒนาความรับผิดชอบ และปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม

จะเห็นว่าประวัติการเจ็บป่วยทางจิตการติดยา และสารเสพติดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่หลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรได้ตระหนักในการหาแนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหา

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก และความขัดแย้งในครอบครัว พบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลกับการเกิดปัญหาพฤติกรรมทั้งในภาพรวม ซึ่งในเพศชายจะพบทั้งใน Total Problem Scores, Internalizing Problem Scores และ Externalizing Problem Scores เช่นเดียวกับเพศหญิง โดยเด็กที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองไม่ดี และมีความขัดแย้งในครอบครัวสูง จะมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมสูงกว่า ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่ไม่ดี และความขัดแย้งในครอบครัว เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมเด็กเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาของกลุ่มอาการทางจิตเวชในเพศชายคือ Anxiety Depression, Hyperactivity / Impulsivity / Social Problem Aggressive Behavior โดยจะพบว่าความสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้เกิดปัญหาน้อย และถ้าความสัมพันธ์ไม่ดี ความขัดแย้งสูง จะทำให้เกิดสูงขึ้น ส่วนความสัมพันธ์ที่บ้างไม่ดีบ้าง จะพบว่าเกิด Somatic Complaints และ Immaturity ลดลง และในเพศหญิงจะพบว่าสัมพันธ์กับการเกิด Somatic Complaints, Depression/Thought Problem โดยความสัมพันธ์ที่ดีจะเกิดปัญหาสูงกว่า ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ Daniels D. ที่พบว่าความเข้มแข็งของพ่อแม่ ความเครียดในครอบครัว ปัญหาของพี่น้อง ขนาดความเจ็บป่วยทำให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น และในครอบครัวที่พ่อแม่ทำหน้าที่ไม่ดี ความยึดเหนี่ยวในครอบครัวทำให้เกิดปัญหาการปรับตัว⁽⁵³⁾ และการศึกษาของ Hamlett KW. ที่พบว่าความเครียดของพ่อแม่ family functioning maternal Social support การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของเด็ก⁽⁵⁴⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson RJ. ที่พบว่าพ่อแม่ที่มีลูกป่วยจะมีการปรับตัวทางสังคมที่แย่ง และมีความขัดแย้งในครอบครัว ความเข้มแข็งกังวล และในเด็กจะพบปัญหาพฤติกรรม และการศึกษาของ Knight DR. ที่พบว่า เด็กที่ได้รับการประคับประคอง support จากพ่อแม่ต่ำและมี conflict สูงทำให้เกิดปัญหาด้าน antisocial และเป็นข้อบ่งชี้ในด้านของ hostility และเป็น risk taking เช่น การติดยาในวัยผู้ใหญ่⁽²⁹⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Nilzon KR. ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด Anxiety Depression ในเด็ก และวัยรุ่นตอนต้นคือ ปัญหาครอบครัว กฎเกณฑ์ในชีวิต อาการของพ่อแม่ การเลี้ยงดูที่ปกป้องเกินไป การยึดเหนี่ยวในครอบครัวน้อย ขาดความสุข⁽⁵⁵⁾ และ Christenses A. ศึกษาพบว่า การมีปัญหาละเลยของพ่อแม่มีผลกับปัญหาพฤติกรรมของลูกและการรับรู้ปัญหาพฤติกรรมของลูกมีผลต่อการปฏิบัติต่อลูกในทางลบ⁽⁵⁶⁾ และ Aragona JA. ศึกษาพบว่า เด็กที่มีแม่ที่ทอดทิ้ง ปฏิกริยาในทางลบและควบคุมตลอดเวลา เด็กจะมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่า⁽⁵⁷⁾ และสัมพันธ์

กับการศึกษาของ ปนัดดา มุมบ้านเช่า ที่พบว่ารูปแบบการอบรมเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมเด็ก⁽³⁷⁾

จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและเด็ก ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความขัดแย้งในครอบครัว มีผลต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรมเด็กในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งอาจเนื่องมาจากเด็กยังอยู่ในวัยที่ต้องพึ่งพาพ่อแม่ และยังคงอาศัยอยู่ในครอบครัวเป็นส่วนมาก การที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีอาจเป็นสิ่งบั่นทอนจิตใจ และกดดันเด็กให้มีปัญหาพฤติกรรมและอาจจะเกิดจากการเลียนแบบพฤติกรรมของพ่อแม่เอง หรืออาจเป็นการทำเพื่อเรียกร้องความสนใจเพื่อประท้วงประชัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้จะต่างจากการศึกษาของ Codman D. ที่พบว่าเด็กป่วยที่อยู่กับพ่อแม่คนเดียวถูกแยกจากสังคม มี family disfunction พ่อแม่มีปัญหาเรื่อง alcohol ไม่มีผลต่อเด็ก

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหา

จำนวนสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาพฤติกรรมในเด็ก ซึ่งต่างจากที่ Rutter และ Made กล่าวไว้ว่า จากที่จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย จะมีผลดีมากกว่า อย่างไรก็ตาม Hurlock กล่าวไว้ว่า ขนาดของครอบครัวไม่มีผลโดยตรงต่อความสัมพันธ์ แต่ขึ้นกับจำนวนปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ถ้าครอบครัวที่มีลูก 1 คน ก็จะมีปฏิสัมพันธ์เท่ากับ 3 ข้อ พ่อกับแม่ พ่อกับลูก และแม่กับลูก แต่ถ้าลูก 2 คน ปฏิสัมพันธ์จะเท่ากับ 6 ซึ่งถ้าปฏิสัมพันธ์เพิ่มขึ้น โอกาสที่จะมีความขัดแย้งก็จะเพิ่มขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยอื่นที่มีความสำคัญต่อปัญหาที่ต้องพิจารณาร่วมด้วย คือ เจตคติของครอบครัว ความสัมพันธ์และความอบอุ่นในครอบครัว การเข้าใจซึ่งกันและกัน

ศาสนา จากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์และความเกี่ยวข้องทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากลักษณะของสังคมไทย ที่มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกับมีความคิดความเชื่อที่ใกล้เคียงกันและมีการอบรมเลี้ยงดูลูกที่คล้าย ๆ กัน ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใด และเป็นสังคมที่เชื่อในเรื่องของบุญและบาป ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหา

ชนิดของโรค จากการวิเคราะห์ทางสถิติไม่พบความแตกต่างในด้านค่าเฉลี่ยของปัญหาพฤติกรรม และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับรูปแบบปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการทางจิตเวช ไม่พบความสัมพันธ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากตัวอย่างที่น้อย และตัวอย่างโรคยังไม่มากพอ

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการวิจัย เสนอผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบ เช่น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลศึกษาเกี่ยวกับเด็กป่วยเรื้อรัง เพื่อที่จะได้ให้คำแนะนำและจัดโครงการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่เด็กทั่วไป
2. จัดโครงการหรือกิจกรรมในการให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรัง เช่น การจัดค่ายฤดูร้อน เด็กป่วยโรคต่าง ๆ เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ และเสริมทักษะชีวิต และควรได้ร่วมมือกันทั้งทางผู้ปกครอง โรงเรียนและสถานบริการสาธารณสุข มีการทำงานเป็นทีม
3. ในเด็กที่พบมีปัญหารุนแรงควรได้จัดให้มีโปรแกรมพิเศษ เฉพาะสำหรับเด็ก เช่น Behavior therapy, Family therapy ตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยเพิ่มเติม

1. เพื่อให้เกิดความถูกต้องในการวินิจฉัย ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของบิดามารดาในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีจิตแพทย์ร่วมในโครงการวิจัย เพื่อประเมินสภาพจิตบิดามารดา
2. ควรให้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยใน เพื่อศึกษาถึงความแตกต่างในการเกิดปัญหาพฤติกรรมกับเด็ก
3. ควรได้มีการศึกษาในกลุ่มของพี่น้องเด็กป่วยเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและได้รับผลกระทบมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง
4. ควรได้มีการศึกษาในกลุ่มของเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการเกิดปัญหามากกลุ่มหนึ่ง
5. ควรได้มีการศึกษาเน้นไปที่ครอบครัวโดยเฉพาะในด้านเจตคติของพ่อแม่, รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งอาจศึกษาโดยใช้รูปแบบของการสังเกต ซึ่งจะได้ข้อมูลตรงความเป็นจริงมากขึ้น
6. ควรได้มีการศึกษาในด้านของชนิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวเด็ก