

University of Dundee

Saksritavee, Burachat; Chanwanpen, Ekarat; Phenwan, Tharin

Published in:
Region 11 Medical Journal

Publication date:
2019

Licence:
CC BY-NC-ND

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Discovery Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Saksritavee, B., Chanwanpen, E., & Phenwan, T. (2019). . *Region 11 Medical Journal*, 33(2), 327-338. Article 15. <https://digitaljournals.moph.go.th/tj/index.php/RMJ11/article/view/7209/0>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in Discovery Research Portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล

บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี พ.บ., เอกวิฑู จันทร์วันเพ็ญ พ.บ., ธารินทร์ เพ็ญวรรณ พ.บ.

Factors associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders in school aged children of Sichon hospital in crosssectional study

Abstract

Objectives: To study factors associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders in school aged children of Sichon Hospital

Method: The study was the cross-sectional analytic study conducted by the questionnaires as Self administered questionnaire. The participants of this research are 6-12 years of age, who were diagnosed ADHD and used services in Sichon Hospital .Other groups were children whose ages are between 6-12 years. These children used service in Sichon Hospital. Sample groups were 87 people by Simple Random sampling. The questionnaires were analyzed by using the frequency and finding the relationship of factors associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders in school aged by using the statistic of Chi-square univariate analysis odds ratio in the level of statistical significance as p-value < 0.05.

Results: The factors associated with ADHD in school aged children of Sichon hospital were male having risk more 2.7 times than female. Children who were punished by teachers had risk 1.8 times more than the ones who have never been punished by teachers. Children who spent more than two hours a day watching TV had 2.2 times more risk than the ones who spent less than two hours a day. Fathers who graduated lower than secondary school had 2.6 times more risk than the ones who did higher than secondary school. Fathers who used to use drugs had 1.7 times more risks than the ones who have never done

Burachat Saksritavee, MD.

Ekarat Chanwanpen, MD.

Tharin Phenwan, MD

Department of Community Medicine,

Sichon Hospital,

Nakhonsithammarat, 80120,

Thailand

วารสารวิชาการแพทย์ :33

เขต **112562** |
Reg Med J 2019 : 327 -338

Conclusion: The first factor is sex. The second factor is children who are punished by teacher. The third factor is children who watched TV more than two hours. The fourth factor is children whose fathers graduated lower than secondary school. The fifth factor is children whose fathers used to have drug addicted.

Key words: ADHD, Sichon hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับโรคสมาธิสั้นของเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็กโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระเบียบวิธีวิจัย : วิจัยเชิงวิเคราะห์ ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) โดยใช้ แบบสอบถาม โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก และเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ในระหว่าง เดือน มีนาคม - กรกฎาคม 2561 ที่มีอายุระหว่าง 6 - 12 ปี ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) จำนวนกลุ่มละ 87 คน โดยการสุ่มวิธี Simple random sampling วิเคราะห์สถิติโดย วิเคราะห์สถิติโดยใช้ความถี่ ร้อยละ หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา : ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เด็กเพศชาย เสี่ยงเป็น 2.7 เท่าของเพศหญิง เด็กที่เคยประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง เสี่ยงเป็น 1.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคยมีประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง เด็กที่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์มากกว่าหรือเท่ากับ สองชั่วโมงต่อวัน เสี่ยงเป็น 2.2 เท่าของเด็กที่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์น้อยกว่า สองชั่วโมงต่อวัน บิดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับชั้นมัธยม เสี่ยงเป็น 2.6 เท่า และบิดาที่เคยมีประวัติเสพสารเสพติด เสี่ยงเป็น 1.7 เท่าของครอบครัวที่บิดาไม่เคยมีประวัติเสพสารเสพติดมาก่อน

สรุปผลการวิจัย : ปัจจัยที่สัมพันธ์ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น มีทั้งหมด 5 ปัจจัย แบ่งเป็น ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ เพศ ประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์ สำหรับปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษาของบิดา และ ประวัติเสพสารเสพติดของบิดา

คำรหัส : โรคสมาธิสั้น, โรงพยาบาลสิชล

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD) เป็นภาวะบกพร่องที่มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) ซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) ขาดการ ยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ทั้งนี้หากอ้างอิง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องมีอาการขาดสมาธิและ/หรืออาการ อยู่นิ่ง - หุนหันพลันแล่นที่เป็นมากกว่า พฤติกรรมตาม ปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน

เกิดขึ้นใน อย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไปเป็นเวลานานติดต่อกัน อย่างน้อย 6 เดือน จนทำให้เกิดปัญหาในด้านสังคม การเรียนโดยอาการ ดังกล่าวเริ่มปรากฏตั้งแต่อ่อนอายุ 12 ปี และไม่ได้เป็น จากโรคทางจิตเวชอื่นๆ⁽³⁾ โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทาง จิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด⁽⁴⁾ โดยมีอัตราความชุกเฉลี่ย จากการศึกษานานาชาติต่างๆ (worldwide-pooled prevalence) เท่ากับร้อยละ 5.29 พ.ศ.2560⁽⁵⁾ ในประเทศไทย พ.ศ.2560 มีอัตราความชุกโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 6 และพบมากในเด็กเพศชายกว่าหญิง 3-4 เท่า⁽⁶⁾

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นหากได้รับการ วินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มแรกและค้นหาปัจจัย ที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น จะสามารถช่วยให้มี การวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น เช่น พฤติกรรม

ก้าวร้าว ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และความเครียด รวมถึงปัญหาการเรียน⁽²⁾ ซึ่งการช่วยเหลือทั้งเด็กและครอบครัว จะส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวมีความสุข เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ปัจจัยที่ส่งผลกับโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน จึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้วิจัยสนใจเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดทำแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลสิชล รวมทั้ง นำไปใช้ประโยชน์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการบูรณาการแนวทางการดูแลรักษาต่อไป

งานวิจัยในไทยและต่างประเทศศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้น พบว่า การศึกษาของ Ayyoub และคณะ⁽²⁷⁾ ศึกษาแบบ case-control study ในเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 164 คน ในคลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตาบรัช ประเทศอิหร่าน ปี 2012 พบว่าเพศชาย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญและพบว่าจำนวนบุตร ไม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้น การศึกษาของ Joan และคณะ⁽²⁸⁾ ศึกษาแบบ cross-sectional ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลกัมปาลา ประเทศยูกันดา จำนวน 332 คน ในปี 2016 พบว่า เพศชาย ระดับชั้นเรียนประถมต้น ระดับการศึกษาบิดามารดาที่ต่ำกว่าระดับชั้นมัธยม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับ ประวัติการวินิจฉัยโรคจิตเวชของบิดา มารดา ไม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้น การศึกษาของ นพ.บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์ และคณะ⁽²⁹⁾ ศึกษาแบบ cross-sectional ในเด็กชั้นประถมศึกษาจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2017 ทั้งหมด 495 คน พบว่า บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ด้วยกัน ประวัติซ้ำชั้นเป็นปัจจัย ประวัติถูกกลืนโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับ เพศ ระดับชั้นเรียนประถมต้น สถานภาพสมรสไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้น การศึกษาของพิศมัย พงศาธิรัตน์ กับพรทิพย์ วชิรดิถก⁽³⁰⁾ ศึกษา

แบบ cross-sectional ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาทั้งสี่ภาค ได้แก่ ภาคกลาง กรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ จังหวัดอุตรดิตถ์และพะเยา ภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช ภาคตะวันออกเฉิงเหนือ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี และร้อยเอ็ด จำนวน 7,085 คน ในปี 2012 ถูกวินิจฉัยเป็นเด็กสมาธิสั้น 521 คน พบว่าเพศชายเสี่ยงเป็น 3.7 เท่าของเพศหญิง เด็กที่อาศัยอยู่กับญาติเสี่ยง 1.6 เท่าของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ เด็กที่มีประวัติซ้ำชั้นเสี่ยงเป็น 1.9 เท่า เด็กที่มีประวัติถูกกลืนโทษหรือเรียกพบผู้ปกครองเสี่ยงเป็น 2.8 เท่า ครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือแยกกันอยู่หรือเป็นหม้ายเสี่ยงเป็น 1.7 เท่าของครอบครัวที่อยู่ร่วมกับปกติ ระดับการศึกษาบิดามารดาที่ต่ำกว่าระดับมัธยมเสี่ยงเป็น 1.6 เท่า ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอเสี่ยงเป็น 1.4 เท่า ผู้ปกครองที่ไม่มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นเสี่ยงเป็น 2.3 เท่า สำหรับระดับชั้นเรียน จำนวนบุตร ไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้น การศึกษาของ Ravi Lingineni⁽³¹⁾ ศึกษาแบบ cross-sectional ในเด็ก 68,634 คนในช่วงอายุ 5 - 17 ปี จากสถาบันสุขภาพเด็กปี 2007-2008 พบว่าเวลาเฉลี่ยในการใช้คอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตที่มากกว่า หนึ่งชั่วโมงต่อวัน และเวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์ที่มากกว่าหนึ่งชั่วโมงต่อวันเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของชฎา พิมพักกับฐิตาวี⁽³²⁾ ศึกษาแบบ case control study ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น 122 คน ที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลศิริราชปี 2005 พบว่า การวินิจฉัยโรคจิตเวชของบิดามารดา เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่า การใช้สารเสพติดของบิดามารดา ไม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกับโรคสมาธิสั้นของเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยเด็กที่รับบริการทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิชลที่มีอายุ 6 - 12 ปี ในระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกออกจากงานวิจัย คือ ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 6 ปี หรือมีอายุมากกว่า 12 ปี ผู้ที่ไม่สามารถเข้าใจประเด็นคำถามและไม่สมัครใจในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปฐมภูมิของผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิชล โดยมีข้อมูลดังนี้

ข้อมูลด้านเด็ก ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน จำนวนบุตรในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ประวัติย้ายโรงเรียน ประวัติซ้ำชั้น ประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง เวลาเฉลี่ยในการใช้โทรศัพท์มือถือ แทปเล็ต ดูโทรทัศน์

ข้อมูลด้านผู้ปกครองและครอบครัว ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาบิดามารดา ความเพียงพอของรายได้ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้น การวินิจฉัยโรคจิตเวชบิดามารดา การเสพสารเสพติด บิดามารดา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐาน แจกแจงข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS เป็นที่จัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์สถิติโดยใช้ความถี่ ร้อยละ หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

โครงการวิจัยฉบับนี้รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ทั้งหมด 174 ฉบับ นำเสนอข้อมูลเป็นตารางโดยจำแนกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มเด็กวัยเรียนเป็นโรคสมาธิสั้น และ กลุ่มเด็กวัยเรียนที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น กลุ่มเด็กวัยเรียนที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งหมด 174 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นเด็กโรคสมาธิสั้น และ กลุ่มเด็กที่ไม่เป็นเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นเด็กโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.7 ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 74.7 รองลงมาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 25.3 ตามลำดับ ระดับชั้นเรียนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมต้น มากกว่าระดับประถมปลาย โดยกลุ่มเด็กที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับประถมต้นร้อยละ 58.6 และประถมปลาย ร้อยละ 41.4 ส่วนกลุ่มเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับประถมต้นร้อยละ 60 และประถมปลาย ร้อยละ 31.0 ตามลำดับ จำนวนบุตรในครอบครัว ทั้งสองกลุ่ม จำนวนบุตรในครอบครัวมากกว่าหนึ่งคน คือ ร้อยละ 70.1 และร้อยละ 78.1 ในกลุ่มเด็กที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น และสมาธิสั้นตามลำดับ บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ บิดาและมารดา โดยกลุ่มเด็กที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น อยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 54.0 ส่วนกลุ่ม

เด็กโรคสมาธิสั้นอาศัยอยู่กับ บิดาและมารดา ร้อยละ 48.2 ประวัติย้ายโรงเรียน พบว่า ทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มเด็กไม่เป็นโรคสมาธิสั้น และ กลุ่มเด็กโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติย้ายโรงเรียน ร้อยละ 70.1 และ 74.7 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ ประวัติเข้าชั้น ทั้งสองกลุ่ม ไม่เคยมีประวัติเข้าชั้นเป็นส่วนใหญ่ โดยอยู่ที่ร้อยละ 96.6 และ 93.1 ตามลำดับ ประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ ไม่เคยถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง ทั้งสองกลุ่ม อยู่ที่ร้อยละ 95.4 และ 82.8 ตามลำดับ สำหรับ ปัจจัยด้านการใช้ คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต รวมถึง เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์ พบว่า กลุ่มไม่เป็นโรคสมาธิสั้น ใช้เวลาเฉลี่ยในการเล่นคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต ส่วนใหญ่ น้อยกว่า สองชั่วโมงต่อวัน คือ ร้อยละ 86 ในขณะที่ กลุ่มเด็กโรคสมาธิสั้น มีจำนวนร้อยละ 64.6 เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์ มีความแตกต่างกันในสองกลุ่ม คือ กลุ่มเด็กไม่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์น้อยกว่า สองชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 54 ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์ มากกว่าหรือเท่ากับ สองชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 67.8

เมื่อนำมาคำนวณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีทางสถิติการแจกแจงความถี่ univariate analysis ,odds ratio พบว่า ปัจจัยด้านเด็ก ที่มีผลทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ คือ ปัจจัยด้านเพศ ประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง เวลาเฉลี่ยในการใช้คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต รวมถึง เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้าน ปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว ในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่ม แสดงให้เห็นดังนี้ ด้านสถานภาพสมรส ของทั้งกลุ่มเด็กไม่เป็นโรคสมาธิสั้น และกลุ่มเด็กโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ครอบครัวสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.0 และ 60.9 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาของบิดา ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยม คิดเป็นร้อยละ 75.9 และ 90.8 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาของมารดา ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยม ทั้งสองกลุ่ม คิดเป็น

ร้อยละ 78.2 และ 98.5 ตามลำดับ ด้านรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 75.9 ตามลำดับ สำหรับความรู้ความเข้าใจด้านโรคสมาธิสั้น พบว่า กลุ่มเด็กไม่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ ผู้ปกครองไม่มีความรู้ความเข้าใจร้อยละ 83.9 เช่นเดียวกับ กลุ่มเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ผู้ปกครองไม่มีความรู้ความเข้าใจถึงร้อยละ 92.0 ด้านการวินิจฉัยโรคจิตเวช และสารเสพติดบิดา กลุ่มเด็กไม่เป็นโรคสมาธิสั้น พบว่า ส่วนใหญ่ บิดาไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชและไม่เคยติดสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 98.8 และ 95.4 ตามลำดับ สำหรับในกลุ่มเด็กเป็นโรคสมาธิสั้น พบว่า ส่วนใหญ่ บิดาไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชและไม่เคยติดสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 73.9 และ 85.0 ตามลำดับ ด้านการวินิจฉัยโรคจิตเวชและสารเสพติดมารดา กลุ่มเด็กไม่เป็นโรคสมาธิสั้น พบว่า ส่วนใหญ่ มารดาไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชและไม่เคยติดสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 98.9 และ 98.9 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเด็กเป็นโรคสมาธิสั้น พบว่า ส่วนใหญ่ มารดาไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชและไม่เคยติดสารเสพติดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 98.9 และ 96.6 ตามลำดับ

เมื่อนำมาคำนวณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีทางสถิติการแจกแจงความถี่ univariate analysis ,odds ratio พบว่า ปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว ที่มีผลทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ คือ ระดับการศึกษาของบิดา ความรู้ความเข้าใจโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง, การเสพสารเสพติดบิดา

คัดเลือกปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น โดย มีค่า p-value<0.05 จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศ, ประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง, เวลาเฉลี่ยในการใช้คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต, เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์, ระดับการศึกษาบิดา, ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจโรคสมาธิสั้น การเสพสารเสพติดบิดา

เมื่อวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เด็กเพศชาย เสี่ยงเป็น 2.7 เท่า

ของเพศหญิง เด็กที่เคยประวัตินักถูกละทิ้งหรือเรียกพบผู้ปกครอง เสี่ยงเป็น 1.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคยมีประวัติถูกละทิ้งหรือเรียกพบผู้ปกครอง เด็กที่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์มากกว่าหรือเท่ากับ สองชั่วโมงต่อวัน เสี่ยงเป็น 2.2 เท่าของเด็กที่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์น้อยกว่า สองชั่วโมงต่อวัน บิดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับชั้นมัธยม เสี่ยงเป็น 2.6 เท่า และบิดาที่เคยมีประวัติเสพสารเสพติด เสี่ยงเป็น 1.7 เท่าของครอบครัวที่บิดาไม่เคยมีประวัติเสพสารเสพติดมาก่อน ดังตารางที่ 3 วิจัยกรณี

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล ผลการศึกษา พบว่า เด็กเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽²³⁾ สำหรับเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีประวัติทะเลาะวิวาทจนถูกครูลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครองมีความเสี่ยงที่เป็นปัจจัยสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ JAMES D. UNNEVER AND DEWEY G. CORNELL ซึ่งพบว่า เด็กสมาธิสั้นมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและมักถูกกระทำและทำร้ายผู้อื่น รวมถึงคุณครูไม่ใส่ใจหรือทำโทษเด็กอย่างรุนแรงอีกด้วย⁽²⁴⁾ อีกทั้งจากการศึกษาพบว่าเด็กที่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์มากกว่าหรือเท่ากับ สองชั่วโมงต่อวันทำให้มีปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล⁽²⁵⁾

สำหรับปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า เด็กที่บิดามีการศึกษาน้อยกว่าระดับมัธยม มีความเสี่ยงสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Malek A (22)พบว่า บิดามารดา ที่มีการศึกษาน้อยกว่าระดับมัธยมมีความเสี่ยงสูงที่จะพบการวินิจฉัยเด็กสมาธิสั้นได้มากขึ้น นอกจากนี้การศึกษารังนี้ยังพบว่าบิดาที่

เคยใช้สารเสพติด มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ของ Danforth, Barky and Strokes พบว่า การใช้สารเสพติด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น⁽²⁶⁾ ข้อจำกัดของการศึกษา งานวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรส่วนใหญ่ในเขตพื้นที่อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรในกลุ่มๆ หนึ่งทำให้การนำผลการศึกษาไปใช้ในประชากร ในชุมชนอื่นหรือเขตเมืองอื่นที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างออกไปยังมีข้อจำกัด การนำวิจัยไปใช้ สามารถนำข้อมูลปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น ไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติคลินิกด้านการค้นหาและเฝ้าระวังการเกิดโรคสมาธิสั้นได้ การทำวิจัยครั้งต่อไป การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกเหนือระบบการศึกษา จึงควรศึกษารวมเด็กสมาธิสั้นที่อยู่นอกระบบการศึกษา หรืออยู่ในระบบศาลเยาวชนและครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

สรุป

ปัจจัยที่สัมพันธ์ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น มีทั้งหมด 5 ปัจจัย แบ่งเป็น ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ เพศ ประวัติถูกละทิ้งหรือเรียกพบผู้ปกครอง เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์ สำหรับปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษาของบิดา และ ประวัติเสพสารเสพติดของบิดา

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างประชากรส่วนใหญ่ในเขตพื้นที่อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรในกลุ่มๆ หนึ่งทำให้การนำผลการศึกษาไปใช้ในประชากร ในชุมชนอื่นหรือเขตเมืองอื่นที่มีลักษณะทางประชากรแตกต่างออกไปยังมีข้อจำกัด และอาจมีปัจจัยกวนที่ไม่ทราบมาก่อน (unknown confounders) ซึ่งเป็นข้อจำกัดของงานวิจัยภาคตัดขวาง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกเหนือระบบการศึกษา จึงควรศึกษาเด็กสมาธิสั้นที่อยู่นอกระบบการศึกษา หรืออยู่ในระบบศาลเยาวชนและครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย
2. นำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างแนวปฏิบัติในการคัดกรองเพื่อค้นหาเด็กสมาธิสั้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. staff D. ADHD In: กรมสุขภาพจิต, editor. 2550.
2. รัตน์ พมพธ, ดิลก พทว. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH). 2013;27(1):108-20.
3. Association D-AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013.
4. Ketumarn P, Hataiyusuk S, Pornoppadol C, Apinuntavech S. Prevalence and Factors Associated with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Male Juvenile Delinquent of Metta Remand Home. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2016;61(1):27-40.
5. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The world wide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. American journal of psychiatry. 2007;164(6):942-8.
6. 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 Psychiatric Association of Thailand. 2016;61(1):15-26.
7. ราชวิทยาลัยกุมารแห่งประเทศไทย. คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านกาดูแลสุขภาพและพัฒนาเด็ก. 2561.
8. พรนภดล ผนช. เด็กสมาธิสั้น; 2560.
9. Association AP. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition; 2000.
10. Szymanski ML ZA. Attention-deficit/hyperactivity disorder: management; 2001.
11. Brassett-Harknett A BN. Attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and life course outcomes for men and women. 2007;27:188-210.
12. Wacharasindhu A PB. Psychiatric disorders in Thai school-aged children: I Prevalence; 2002.
13. Schweitzer JB CT, Kant CA. Attention-deficit/hyperactivity disorder; 2001.
14. Faraone SV PR, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ HM, et al. Molecular

- genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*; 2005.
15. Mick E BJ, Faraone SV, Sayer J., S K. Case-control study of attention deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy; 2002.
 16. A S. Update: attention deficit/hyperactivity disorder in the primary care office; 2005.
 17. Castellanos FX LP, Sharp W, Jeffries NO,, Greenstein DK C, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder; 2002.
 18. Krain AL CF. Brain development and ADHD. 2006.
 19. Barkley RA FM, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. 2006;45:192-202.
 20. Barkley RA F, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. 2002;111:89-279.
 21. SR P. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder; 2000.
 22. Malek A, Amiri S. Associated factors with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A case-control study. *Archives of Iranian medicine*. 2012; 15(9):560.
 23. กรมสุขภาพจิต. โรคสมาธิสั้น. In: กระทรวงสาธารณสุข ก, editor; 2016.
 24. CORNELL JDUDG. Bullying, Self-Control, and ADHD. 2003;18:129-47.
 25. สมาคมจิตแพทย์. เด็กสมาธิสั้น. In: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล สภ, editor; 2016.
 26. Danforth JS, Barkly, R.A., & Stokes, T.F. Observations of parent-child interactions with hyperactive children: research and clinical implications. 2001;11:703-27.
 27. Malek A, Amiri S, Sadegfard M, Abdi S, Amini S. Associated factors with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a case-control study. *Arch Iran Med*. 2012;15(9):560-563
 28. Joan Wamulugwa, Angelina Kakooza, Sabrina Bakeera Kitaka, Joyce Nalugya, Mark Kaddumukasa, Shirley Moore, Martha Sajatovic, and Elly Katabira. Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among Ugandan children; a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2016; 11: 18
 29. Boonsub Sakboonyarat, Kritchaporn Chokcharoensap, Nadcha Sathuthum. Prevalence and Associated Factors of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in a Rural Community, Central Thailand: A Mixed Methods Study. *Global Journal of Health Science* 2018; 10 (3) :60-69

30. Pisamai Phongsathirat. Factors associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders in school-age children. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2013;27(1): 108-120
31. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: Results from a national survey. Ravi K Lingineni, Swati Biswas, Naveed Ahmad, Bradford E Jackson, Sejong Bae, Karan P Singh Pediatric. 2012; 12: 50.
32. Chadapim Sasaluxnanon MD, Titawee Kaewpornsawan MD Risk Factor of Birth Weight below 2,500 Grams and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Thai Children .Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University. J Med Assoc Thai 2005; 88 (11): 1514-8

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านเด็ก และการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน(ร้อยละ)		Crude OR	P-value
	Non-ADHD (N=87)	ADHD (N=87)		
เพศ				
หญิง	45(51.7)	22(25.3)	1	
ชาย	42(48.3)	65(74.7)	3.2	<0.05
ระดับชั้นเรียน				
ประถมปลาย	36(41.4)	27(31.0)	1	
ประถมต้น	51(58.6)	60(69.0)	1.6	0.2
จำนวนบุตรในครอบครัว				
มากกว่า หนึ่งคน	61(70.1)	68(78.1)	1	
บุตรคนเดียว	26(29.9)	19(21.8)	0.693	0.3
บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย				
บิดาและมารดา	47(54.0)	42(48.2)	1	
บิดาหรือมารดา	17(19.5)	22(25.3)	1.5	
ญาติ	23(26.5)	23(26.5)	1.6	0.4
ประวัติย้ายโรงเรียน				
ไม่เคย	61(70.1)	65(74.7)	1	
เคย	26(29.9)	22(25.3)	0.84	0.8
ประวัติซ้ำชั้น				
ไม่เคย	84(96.6)	81(93.1)	1	
เคย	3(3.4)	6(6.9)	2.1	0.4

ประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง ไม่เคย เคย	83(95.4)	72(82.8)	1	<0.05
	4(4.6)	15(17.2)	3.9	
เวลาเฉลี่ยในการใช้คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต น้อยกว่า สอง ชม. มากกว่าหรือเท่ากับสอง ชม.	75(86.0)	56(64.6)	1	<0.05
	12(14.0)	31(35.4)	2.9	
เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์ น้อยกว่า สอง ชม. มากกว่าหรือเท่ากับสอง ชม.	47(54)	28(32.2)	1	<0.05
	40(46)	59(67.8)	2.5	

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว และการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว

ปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว	จำนวน(ร้อยละ)		Crude OR	P-value
	Non-ADHD (N=87)	ADHD (N=87)		
สถานภาพสมรส คู่ หย่า/หม้าย/แยก	64(74.0)	53(60.9)	1	0.1
	23(26.0)	34(39.1)	1.7	
ระดับการศึกษาบิดา สูงกว่ามัธยม ต่ำกว่ามัธยม	21(24.1)	8(9.2)	1	<0.05
	66(75.9)	79(90.8)	2.2	
ระดับการศึกษามารดา สูงกว่ามัธยม ต่ำกว่ามัธยม	19(21.8)	13(15)	1	0.3
	68(78.2)	74(84.5)	1.5	
ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ไม่เพียงพอ	29(33.3)	21(24.1)	1	0.2
	58(66.7)	66(75.9)	1.5	
ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจโรคสมาธิสั้น รู้บ้าง ไม่เคยรู้เลย	14(16.1)	7(8.0)	1	<0.05
	73(83.9)	80(92.0)	2.1	
การวินิจฉัยโรคจิตเวชบิดา ไม่เคย เคย	86(98.8)	85(73.9)	1	1.0
	1(1.2)	2(26.1)	2.0	

การเสพสารเสพติดบิดา				
ไม่เคย	83(95.4)	74(85.0)	1	
เคย	4(4.6)	13(15.0)	3.6	<0.05
การวินิจฉัยโรคจิตเวชมารดา				
ไม่เคย	86(98.9)	86(98.9)	1	
เคย	1(1.1)	1(1.1)	1.0	1.0
การเสพสารเสพติดมารดา				
ไม่เคย	86(98.9)	84(96.6)	1	
เคย	1(1.1)	3(3.4)	3.0	0.6

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น	Adjust OR	P-value
เพศ		
หญิง	1	
ชาย	2.7	<0.05
ประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง		
ไม่เคย	1	
เคย	1.8	<0.05
เวลาเฉลี่ยในการใช้คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต		
น้อยกว่า สอง ชม.	1	
มากกว่าหรือเท่ากับสอง ชม.	0.5	0.4
เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์		
น้อยกว่า สอง ชม.	1	
มากกว่าหรือเท่ากับสอง ชม.	2.2	<0.05
ระดับการศึกษาบิดา		
สูงกว่ามัธยม	1	
ต่ำกว่ามัธยม	2.6	<0.05
ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจโรคสมาธิสั้น		
รู้/รู้น่าง	1	
ไม่เคยรู้เลย	1.2	0.1
การเสพสารเสพติดบิดา		
ไม่เคย	1	
เคย	1.7	<0.05