ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา
Factors associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders in school-age children

*พิศมัย พงศาธิรัตน์ (Pisamai Phongsathirat, M.Ed.) **
*พรทิพย์ วชิรดิลก (Porntip Wachiradilok, M.Ns.) ***

Abstract

The purpose of this cross-sectional analytical study was to examine the relationship between factors of Attention Deficit/ Hyperactivity Disorders (ADHD) in school-age children. The samples were 7,805 of Thai students in primary school from grade 1 to 5 by regions in ten provinces of four regions in Thailand and Bangkok. The samples were screened by using SNAP-IV Thai parent version and interviewed by child and adolescent psychiatrists using DSM-IV criteria of ADHD. Five hundred and twenty-one ADHD children and 6,667 non-ADHD children. Data collection was a set of questionnaire including: risk factors of child and family. Descriptive statistic and multiple logistic regression with backward stepwise were used for examined the association between factors and ADHD.

The factors associated with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in primary school students were male had risk more 3.7 times than female, children who living with relatives had risk more 1.6 times than with parents, children who were repeatedly in class and punished by teacher had risk more 1.9 and 2.8 times. Parents who were widow, divorced, or separated had been greater risk 1.7 times than married couples. Family with insufficient income and debt had risk 1.4 times, the father who had history of inattention/hyperactivity, drug addicted, or disruptive behavior had risk more 2.0, 2.0, and 1.5 times. Particularly, parents who did not have knowledge of ADHD had greater risk 2.3 times

Keywords: ADHD, associated factors, school-age children

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์

** Corresponding author: อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต e-mail: leely575@gmail.com

_13-1068(108-120)P4.indd 108 9/24/13 3:14:14 PM

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จำนวน 7,805 คน จำแนกตามสังกัดการศึกษาใน 10 จังหวัด จาก 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการได้รับการคัดกรองด้วยแบบแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV ฉบับภาษาไทย (Thai version of Swanson, Nolan and Pelham IV) และได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ DSM-IV พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 521 คน และไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 6,667 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านเด็กและผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติค

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้นได้แก่ เด็กเพศชายเสี่ยงเป็น 3.7 เท่าของเพศหญิง เด็กที่อาศัยอยู่กับญาติเสี่ยง 1.6 เท่าของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ เด็กที่เคยมีประวัติเรียนซ้ำชั้นหรือเคยถูกครูลงโทษเสี่ยงเป็น 1.9 และ 2.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคย ครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ หรือเป็นหม้ายเสี่ยงเป็น 1.7 เท่าของครอบครัวที่อยู่ร่วมกันปกติ พ่อที่การศึกษาจบมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าเสี่ยงเป็น 1.6 เท่า ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินเสี่ยงเป็น 1.4 เท่า พ่อมีประวัติปัญหาพฤติกรรมซนอยู่ไม่นิ่ง เสพสารเสพติด หรือก่อกวนผู้อื่นเสี่ยงเป็น 2.0, 2.0 และ 1.5 เท่า และผู้ปกครองที่ไม่มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นเสี่ยงเป็น 2.3 เท่า

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น, ความสัมพันธ์, นักเรียนประถมศึกษา

ความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในเด็กโดยจะมีอาการก่อนอายุ 7 ปี โดยมีอาการที่สำคัญคือ ขาดสมาธิ ซนอยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ทำให้มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคมกับผู้อื่น (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2545; Larry, 2004) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 5 ของเด็กอายุ 8-11 ปี และร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียน พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า (วินัดดา ปียะศิลป์, 2550)

ผลกระทบจากโรคต่อตัวเด็ก พบว่าเด็กมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านการเรียน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2541) เนื่องจากลักษณะอาการของโรคจะทำให้เด็กไม่สนใจเรียน ไม่รับผิดชอบ เหม่อลอย ทำงานไม่เสร็จ ทำงานหยาบ หรือสะเพร่า ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็ก ผลกระทบต่อครอบครัว จากประสบการณ์การให้บริการครอบครัวเด็กสมาธิสั้นพบว่าครอบครัวมีความวิตกกังวล กลัวเด็กจะอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมไม่ได้ กลัวถูกให้ออกจากโรงเรียน อนาคตจะประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองไม่ได้ รู้สึกอายที่เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแตกต่างจากเด็กทั่วไป เครียดและรู้สึกถูกกดดันเมื่อครูหรือผู้ปกครองอื่นให้ข้อมูลทางลบของเด็กและเครียดเพิ่มมากขึ้นที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ในด้านพฤติกรรมของเด็กและครอบครัว ได้แก่ เด็กที่มี

_13-1068(108-120)P4.indd 109 9/24/13 3:14:14 PM

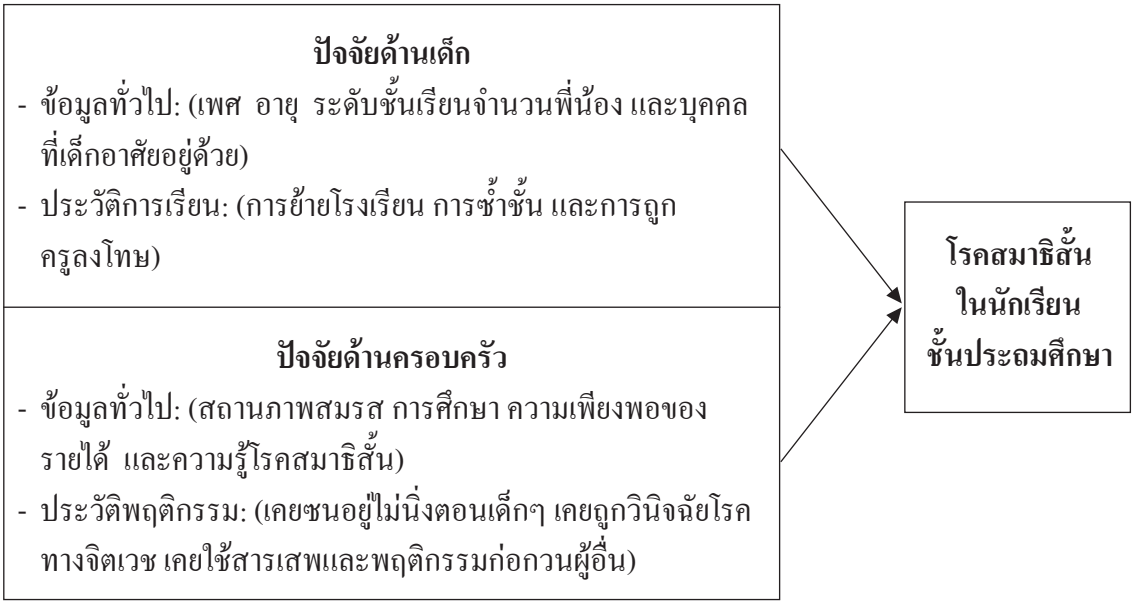
พฤติกรรมการรังแกข่มขู่ ระดับความรู้สึกมีค่าในตนเองต่ำ (บุฑบท พฤกษาพนาชาต, 2554) ความขัดแย้งในครอบครัว ครอบครัวขนาดใหญ่มีบุตรมากกว่า 4 คน เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อ-แม่ พ่อแม่เป็นโรคจิตประสาท ติดสุรา หรือสารเสพติด และเด็กที่มีประวัติสอบตกล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ (อลิสา วัชรสินธุ์ และเบญจพร ปัญญายง, 2541) รวมถึงพ่อแม่ที่เลี้ยงดูเด็กในทางลบ เช่น การทำโทษ ไม่เคยชมหรือให้รางวัล พูดถึงพฤติกรรมไม่ดีของเด็กอยู่เสมอ ใช้ความรุนแรงก็มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น (Danforth, Barkly and Stokes, 1991; Johnstone, 2001)

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นหากได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มแรกและค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น จะสามารถช่วยให้มีการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นเช่นพฤติกรรมก้าวร้าว ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และความเครียด รวมถึงปัญหาการเรียน (Rabiner, 2013; Rosenberg, Westling and Mcleskey, 2013) ซึ่งการช่วยเหลือทั้งเด็กและครอบครัว จะส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวมีความสุข เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีคุณภาพชีวิต ดังนั้น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น จึงเป็นข้อมูลสำคัญในการจัดทำแนวทางการพยาบาลเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว รวมทั้งนำใช้ประโยชน์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการบูรณาการแนวทางการดูแลรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา ระหว่าง กลุ่มที่ถูกแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น และกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ประชากร คือ นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 ทั่วประเทศในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และสำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร โดยอาศัยอยู่ใน 10 จังหวัดของแต่ละภูมิภาค โดยภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดอุตรดิตถ์ และพะเยา ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี และร้อยเอ็ด โดยไม่รวมเด็กที่อยู่นอกระบบการศึกษา และไม่ได้อยู่ในสังกัดการศึกษาดังกล่าว

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งในโครงการสำรวจความชุกของโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปี 2555 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล, 2555) ซึ่งมีการสุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 ด้วยวิธี Stratified three-stage cluster sampling จำแนกตามสังกัดการศึกษา ใน 10 จังหวัด จาก 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร จำนวน 7,805 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการได้รับการคัดกรองด้วยแบบแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV ฉบับภาษาไทย (Thai version of Swanson, Nolan and Pelham IV) และได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์ DSM-IV พบเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 521 คน และไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 7,284 คน

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาดังกล่าว โดยเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 521 คน และไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ในอัตรา 1:3 จำนวน1,750 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วยข้อมูลของเด็กเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับชั้นเรียน และประวัติการเรียน สำหรับข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น ประวัติปัญหาพฤติกรรมของผู้ปกครอง เช่น ตอนเด็กๆ เคยซน อยู่ไม่นิ่ง เคยถูกวินิจฉัยโรคจิตเวช การใช้สารเสพติด และเคยมีพฤติกรรมก่อกวนผู้อื่น

2. แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล และณัทธร พิทยรัตน์เสถียร (2551) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นและโรคดื้อต่อต้าน โดยแยกเป็นด้าน inattention 9 ข้อ hyperactivity/ impulsivity 9 ข้อ และ Oppositional Defiant Disorder 8 ข้อ มีค่า Cornbrash's alpha เท่ากับ 0.93-0.96 สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นหรือภาวะดื้อต่อต้าน โดยมีจุดตัดตามเกณฑ์ผู้สร้างเครื่องมือเท่ากับ16, 14, 12 คะแนนตามลำดับ มีค่าความไวประมาณร้อยละ 50-60

3. DSM-IV symptoms checklist โดย

_13-1068(108-120)P4.indd 111 9/24/13 3:14:15 PM

เนื้อหาทั้งหมดมาจาก DSM-IV TR ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2541) ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจจะได้รับจากการวิจัย ประโยชน์ การรักษาความลับ การปกป้องสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัย ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดตั้งคณะทำงานส่วนกลางที่ประกอบด้วยทีมวิจัยหลักและทีมนักวิจัยภาคสนาม

2. อบรมและฝึกปฏิบัตินักวิจัยภาคสนามในการใช้เครื่องมือสำรวจทุกหมวด รวมทั้งการชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยมีคู่มือการดำเนินงานภาคสนาม ทีมวิจัยภาคสนามในแต่ละจังหวัดประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวช 2 คน

3. ผู้ประสานงานหลักของหน่วยเก็บข้อมูลในทีมภาคสนาม ประสานงานโรงเรียนเพื่อยืนยันการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลา สถานที่ดำเนินการ และการเตรียมกลุ่มตัวอย่าง

4. ทีมวิจัยภาคสนามดำเนินการชี้แจงผู้ปกครองเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามเฉพาะผู้ปกครองที่เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

5. พยาบาลจิตเวชดำเนินการแปลผลแบบสอบถาม สรุปผลการคัดกรอง และแจ้งผลให้ผู้ปกครองทราบกรณี SNAP-IV (positive) นัดหมายผู้ปกครองให้นำเด็กนักเรียนกลุ่มเสี่ยง พบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อรับการวินิจฉัย กรณีที่ผลเป็น SNAP-IV (negative) ให้แจกเอกสาร “ทักษะการเลี้ยงดูลูก”

6. จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ดำเนินการวินิจฉัยโรค โดยสรุปผลการวินิจฉัยตาม DSM-IV symptoms checklist หากไม่พบว่าเป็นโรคสมาธิสั้น แจกเอกสารเรื่อง “10 วิธี สร้างสรรค์สมาธิให้ลูก”

7. พยาบาลจิตเวชแจ้งผลผู้ปกครองกรณีที่เด็กถูกวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ให้การปรึกษาและแนะนำขั้นตอนการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพก้าวหน้า เพื่อเข้าสู่การบำบัดต่อไป

8. ทีมวิจัยส่วนกลางและภาคสนามดำเนินการสรุปผลการวินิจฉัย ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรทั้งหมดโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับโรคสมาธิสั้นด้วย Chi-square, univariate analysis, odds ratio, 95% confidence interval คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $p < 0.25$ เข้าสู่การวิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้นด้วย

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,271 คน ถูกวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น 521 คน อายุเฉลี่ย 9 ปี (SD = 1.49) ส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 74.3 เรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 68.7 สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น 1,750 คน อายุเฉลี่ย 9 ปี (SD = 1.35) สัดส่วนชายและหญิงใกล้เคียงกัน เรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 58.3 ข้อมูลปัจจัยด้านนักเรียน และด้านผู้ปกครองแสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 1 และ 2

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น เมื่อวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย ประวัติการเรียนซ้ำชั้น เคยแกล้งเพื่อนจนถูกครูลงโทษ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และปัจจัยด้านผู้ปกครองหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ได้แก่ สถานภาพสมรส หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ หรือเป็นหม้าย พ่อแม่ที่ไม่ได้เลี้ยงดูเด็กเอง พ่อแม่ที่การศึกษาต่ำกว่าหรือมัธยมศึกษา ครอบครัวที่มีปัญหาเศรษฐานะ หรือมีปัญหาความเพียงพอของรายได้ ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น พ่อแม่ที่เคยมีประวัติพฤติกรรมซนอยู่ไม่นิ่ง พ่อที่เคยถูกวินิจฉัยเป็นโรคจิตเวช เสพสารเสพติด หรือมีพฤติกรรมก่อกวนผู้อื่น (disruptive behavior) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

การคัดปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นเพื่อนำเข้าสู่ model โดยมีค่า p-value < 0.25 จำนวน 17 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับชั้นเรียน บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย การเรียนซ้ำชั้น การถูกครูลงโทษ สถานภาพสมรสของพ่อแม่ ระดับการศึกษาพ่อ/แม่ ความเพียงพอของรายได้ ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น ประวัติพ่อ/แม่สมาธิสั้น การวินิจฉัยโรคจิตเวชของพ่อ สารเสพติดของพ่อ/แม่ และพฤติกรรมก่อกวน (disruptive behavior)

เมื่อวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้นได้แก่ เด็กเพศชายเสี่ยงเป็น 3.7 เท่าของเพศหญิง เด็กที่อาศัยอยู่กับญาติเสี่ยง 1.6 เท่าของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ เด็กที่เคยมีประวัติเรียนซ้ำชั้น หรือเคยถูกครูลงโทษเสี่ยงเป็น 1.9 และ 2.8 เท่าของเด็กที่ไม่เคย ครอบครัวที่มีสถานภาพสมรส หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ หรือเป็นหม้ายเสี่ยงเป็น 1.7 เท่าของครอบครัวที่อยู่ร่วมกันปกติ พ่อที่การศึกษาจบมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าเสี่ยงเป็น 1.6 เท่า ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินเสี่ยงเป็น 1.4 เท่า พ่อมีประวัติปัญหาพฤติกรรมซนอยู่ไม่นิ่ง เสพสารเสพติด หรือก่อกวนผู้อื่นเสี่ยงเป็น 2.0, 2.0 และ 1.5 เท่า และผู้ปกครองที่ไม่มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นเสี่ยงเป็น 2.3 เท่า ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

_13-1068(108-120)P4.indd 113 9/24/13 3:14:15 PM

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านเด็ก และการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว

ปัจจัยด้านเด็ก	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	P
	Non-ADHD (n=1,750)	ADHD (n=521)		
เพศ				
หญิง	902 (51.8)	134 (25.7)	1	
ชาย	840 (48.2)	387 (74.3)	3.1 (2.4, 3.8)	<0.01
ระดับชั้นเรียน				
ประถมปลาย	730 (41.7)	163 (31.3)	1	
ประถมต้น	1,020 (58.3)	358 (68.7)	1.5 (1.3, 1.9)	<0.01
จำนวนบุตรในครอบครัว				
มากกว่า 1 คน	1,333 (76.2)	391 (76.7)	1	
บุตรคนเดียว	417 (23.8)	119 (23.3)	1.0 (0.8, 1.3)	0.64
บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย				
บิดาและมารดา	1,033 (59.0)	250 (48.4)	1	
บิดาหรือมารดา	332 (19.0)	132 (25.5)	1.5 (1.2, 2.0)	<0.01
ญาติ	385 (22.0)	135 (26.1)	1.6 (1.2, 2.1)	<0.01
มีประวัติย้ายโรงเรียน				
ไม่เคย	1,349 (77.0)	382 (74.9)	1	
เคย	401 (23.0)	128 (25.1)	1.0 (0.8, 1.3)	0.52
มีประวัติซ้ำชั้น				
ไม่เคย	1,699 (97.0)	477 (92.6)	1	
เคย	51 (3.0)	38 (7.4)	2.6 (1.7, 3.9)	<0.01
มีประวัติถูกลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครอง				
ไม่เคย	1,666 (95.2)	420 (82.5)	1	
เคย	84 (4.8)	89 (17.5)	4.6 (2.9, 5.6)	<0.01

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว และการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว

ปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p
	Non-ADHD (n=1,750)	ADHD (n=521)		
สถานภาพสมรส				
คู่	1,295 (74.0)	311 (61.1)	1	
หย่า/หม้าย/แยก	455 (26.0)	198 (38.9)	1.7 (1.4, 2.1)	<0.01
ระดับการศึกษา (บิดา)				
สูงกว่ามัธยม	422 (24.0)	46 (9.7)	1	
≤มัธยม	1,328 (76.0)	427 (90.3)	1.7 (1.2, 2.4)	<0.01
ระดับการศึกษา (มารดา)				
สูงกว่ามัธยม	389 (22.2)	80 (15.4)	1	
≤มัธยม	1,361 (76.0)	441 (84.6)	1.6 (1.2, 2.0)	<0.01
ความพอเพียงของรายได้				
เพียงพอ	588 (33.2)	120 (24.0)	1	
ไม่เพียงพอ	1,168 (66.8)	381 (76.0)	1.3 (1.0, 1.6)	0.02
ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้น				
รู้/รู้บ้าง	277 (15.8)	43 (8.3)	1	
ไม่เคยรู้เลย	1,473 (84.2)	478 (91.7)	2.1 (1.5, 2.9)	<0.01
เด็กๆ เคยซน ไม่นิ่ง (บิดา)				
ไม่เคย	1,505 (86.0)	294 (64.6)	1	
เคย	245 (14.0)	161 (35.4)	2.9 (2.3, 3.7)	<0.01
การวินิจฉัยโรคจิตเวช (บิดา)				
ไม่เคย	1,731 (98.9)	448 (98.0)	1	
เคย	19 (1.1)	9 (2.0)	1.6 (0.7, 3.6)	0.23
การเสพสารเสพติด (บิดา)				
ไม่เคย	1,664 (65.1)	388 (85.1)	1	
เคย	86 (4.9)	68 (14.9)	2.9 (2.1, 4.2)	<0.01

ปัจจัยด้านผู้ปกครองและครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	p
	Non-ADHD (n=1,750)	ADHD (n=521)		
Disruptive behavior (บิดา)				
ไม่เคย	1,535 (87.7)	308 (68.1)	1	
เคย	215 (12.3)	144 (31.9)	2.9 (2.3, 4.2)	<0.01
เด็กๆ เคยซน ไม่นิ่ง (มารดา)				
ไม่เคย	1,549 (88.5)	340 (73.8)	1	
เคย	201 (11.5)	121 (26.2)	2.4 (1.8, 3.1)	<0.01
การวินิจฉัยโรคจิตเวช (มารดา)				
ไม่เคย	1,729 (98.8)	454 (98.3)	1	
เคย	21 (1.2)	8 (1.7)	1.3 (0.6, 2.9)	0.52
การเสพสารเสพติด (มารดา)				
ไม่เคย	1,734 (99.0)	450 (97.0)	1	
เคย	16 (1.0)	14 (3.0)	3.0 (1.5, 6.3)	<0.01
Disruptive behavior (มารดา)				
ไม่เคย	1,607 (91.8)	351 (76.3)	1	
เคย	143 (8.2)	109 (23.7)	3.1 (2.3, 4.1)	<0.01

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศ		
-หญิง	1	
-ชาย	3.7 (2.3 , 4.2)	< 0.01
บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย		
-บิดาและมารดา	1	
-บิดาหรือมารดา	1.5 (1.2 , 2.0)	< 0.01
-ญาติ	1.6 (1.2 , 2.1)	< 0.01

ปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น	Adjusted OR (95%CI)	p-value
ประวัติเรียนซ้ำชั้น		
-ไม่เคย	1	
-เคย	1.9 (1.1 , 3.2)	< 0.01
ประวัติถูกครูลงโทษ		
-ไม่เคย	1	
-เคย	2.8 (2.1 , 3.7)	< 0.01
สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง		
-คู่	1	
-หย่าร้าง/หม้าย/แยก	1.7 (1.2 , 2.3)	< 0.01
การศึกษา (บิดา)		
-สูงกว่ามัธยม	1	
-ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยม	1.6 (1.1 , 2.6)	0.01
ความเพียงพอของรายได้		
-เพียงพอ	1	
-ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน	1.4 (1.0 , 1.8)	0.04
ผู้ปกครองมีความรู้โรคสมาธิสั้น		
-รู้	1	
-ไม่เคยรู้เลย	2.3 (1.4 , 3.7)	< 0.01
ประวัติตอนเด็กๆ ซน ไม่นิ่ง (บิดา)		
-ไม่เคย	1	
-เคย	2.0 (1.5 , 2.7)	< 0.01
ประวัติเสพสารเสพติด (บิดา)		
-ไม่เคย	1	
-เคย	2.0 (1.2 , 3.1)	< 0.01
ประวัติพฤติกรรมก่อกวนผู้อื่น (บิดา)		
-ไม่เคย	1	
-เคย	1.5 (1.1 , 2.3)	0.01
ประวัติพฤติกรรมก่อกวนผู้อื่น (มารดา)		
-ไม่เคย	1	
-เคย	1.7 (1.2 , 2.6)	0.01

_13-1068(108-120)P4.indd 117 9/24/13 3:14:18 PM

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากนักเรียนชั้นประถมศึกษาทั่วทุกภาคของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า เด็กเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (อลิสา วัชรสินธุ์ และเบญจพร ปัญญายง, 2541; วรลักษณ์ ภัทรกิจนิรันดร์, 2550; Polanczyk, Lma, Horta and Biederman, 2007) โดยเฉพาะในช่วงที่ศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาตอนต้น สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ และยังพบอีกว่าเด็กที่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่ดีเคยสอบตกเรียนซ้ำชั้นมีความเสี่ยงสูง สอดคล้องกับกับการศึกษาของ Hanna (2009) ที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีปัญหาการเรียน ผลการเรียนต่ำ ร้อยละ 30 ของเด็กสมาธิสั้นมีความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD) ร่วมด้วย ความสัมพันธ์ของเด็กสมาธิสั้นกับปัญหาด้านการเรียน อาจอธิบายว่าเป็นผลกระทบจากอาการของโรค (Russell, 2011; Molina, Marshal, Pelham and Wirth, 2005) สำหรับเด็กที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีประวัติทะเลาะวิวาทจนถูกครูลงโทษหรือเรียกพบผู้ปกครองมีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Unnever & Cornell (2003) ซึ่งพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมักถูกกระทำและทำร้ายผู้อื่น รวมถึงครูไม่ใส่ใจหรือทำโทษเด็กอย่างรุนแรงอีกด้วย

สำหรับปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า เด็กที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก หย่าร้าง พ่อแม่แยกกันอยู่ มีความเสี่ยง 1.6 เท่าของเด็กที่อยู่ในครอบครัวปกติ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Brookes, Guindalini, Curran, et al. (2006) ที่พบว่าครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่ไม่สามารถทำหน้าที่ครอบครัว (dysfunction) ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้น สำหรับพ่อแม่ที่การศึกษาน้อย เศรษฐานะไม่ดี และขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยง 2.4 เท่า เช่นเดียวกับ การศึกษาของมาศมณี วีระณรงค์ (2551) ซึ่งพบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น มีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาไม่ถูกต้อง ไม่ตระหนัก ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของลูกรวมทั้งไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

การศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าพ่อแม่ที่มีประวัติซน อยู่ไม่นิ่ง มีความเสี่ยงที่ลูกจะเป็นเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นลักษณะทางพันธุกรรมที่มีอิทธิพลสูงต่อลูก (Hudziak, Derks, Althoff, Copeland and Boomsma, 2005) รวมทั้งเด็กที่มีพ่อแม่เคยใช้สารเสพติดมีพฤติกรรมก่อกวนผู้อื่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Danforth, Barkly and Stokes, 1991; Johnstone & Mash, 2001) ที่พบว่า มารดาที่มีประวัติสูบบุหรี่ดื่มสุราและใช้สารเสพติดระหว่างการตั้งครรภ์ ครอบครัวที่มีการเลี้ยงดูแบบใช้ความรุนแรงและขาดการอบรมสั่งสอน ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. พยาบาล ครู หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กช่วงประถมศึกษา ควรตระหนักเฝ้าระวัง สังเกต ทั้งด้านเด็กและครอบครัวที่มี

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น

2. พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กสามารถนำปัจจัยที่ร่วมอธิบายโรคสมาธิสั้น ไปพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติคลินิกทางการพยาบาลด้านการค้นหาและเฝ้าระวังการเกิดโรคสมาธิสั้น

3. การค้นหาคัดกรองโรคสมาธิสั้นจากกลุ่มเด็กและครอบครัวที่มีปัจจัยเสี่ยงมีความสำคัญ รวมทั้ง ให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นประสานส่งต่อเพื่อให้เด็กกลุ่มเสี่ยงได้เข้ารับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

4. การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นแก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ มีความจำเป็น เพื่อสร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญของการสังเกต คัดกรอง ดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกระบบการศึกษา จึงควรศึกษาเด็กสมาธิสั้นที่อยู่นอกระบบการศึกษา หรืออยู่ในระบบยุติธรรม และศาลเยาวชนและครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ของปัจจัยด้านต่างๆ โดยเฉพาะปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่ได้นำมาวิเคราะห์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ชาญวิทย์ พรนภดล. (2545). โรคสมาธิสั้น. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.* กรุงเทพฯ: บียอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล. (2555). *ความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2555.* สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. กรุงเทพฯ: เมตตาการพิมพ์.

ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล และณัทธร พิทยรัตน์เสถียร. (2551). *Validity and reliability of the Thai version of Swanson, Nolan and Pelham version IV (SNAP-IV).* กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

บุฑบท พฤกษาพนาชาต. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรังแก ข่มขู่กับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56 (2), 93-102.

ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2541). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย.* พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามาธิบดี.

มาศมณี วีระณรงค์. (2546). *ความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วินัดดา ปิยะศิลป์.(2550). Attention deficit hyperactivity disorder. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2.* กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

อลิสา วัชรสินธุ์, เบญจพร ปัญญายง. (2541). *ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาทางระบาดวิทยา.* กรุงเทพฯ: บียอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2541). *สร้างสมาธิให้ลูกคุณ.* กรุงเทพฯ: ซันต้า.

Brookes, K.J., Mill, J., Guindalini, C., Curran, S., Xu, X., Knight, J., et al. A common haplotype of the dopamine transporter gene associated with attention deficit hyperactivity disorder and interacting with maternal use of alcohol during pregnancy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 74-81.

Danforth, J.S., Barkly, R.A., & Stokes, T.F. (1991). Observations of parent-child interactions with hyperactive children: research and clinical implications. *Clinical Psychology Review, 11*, 703-727.

Hanna, N. (2009). Attention Deficit Disorder (ADD) Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD). *American Journal of Chinese Medicine, 6*, 22-28.

Hudziak, J.J., Derks, E.M., Althoff, R.R., Copeland, W., & Boomsma, D.I.(2005). The genetic and environment contribution to oppositional defiant behavior: a multi-informant twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 907-914.

Johnstone, C., & Mash, E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.

Larry, B.(2004). *Attention-deficit/hyperactivity disorder: a clinical guide to diagnosis and treatment for health and mental health professional.* Third edition. Washington: America Psychiatric Publishing.

Molina, S.G., Marshal, M.P., Pelham, W.E., & Wirth, R.J. (2005). Coping skills and parent support mediate the association between childhood attention deficit hyperactivity disorder and adolescent cigarette use. *Journal of Pediatric Psychology, 30*, 345-357.

Polanczyk, G., Lma, S.M., Horta, B.L., Biederman, J. and Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta regression analysis. *Journal of American Psychiatry*, 164, 942-948.

Rabiner, D. (2000). *Results from the largest ADHD treatment study ever conducted.* Retrieved January 22, 2013. from http://www.helpforadd.com/mta-study/.

Russell, A. B. (2011). *ADHD report.* New York: Guilford Press.

Unnever, J.D., & Cornell, D.G. (2003). Bullying, self–control, and ADHD. *Journal of Interpersonal Violence, 18*, 129-47.