



## The Prevalence of Adult ADHD among Parents of Patients with ADHD at Siriraj Hospital

Parawee Chalotorn\* Suporn Apinuntawed\* Sirinadda Punyapas\*

### ABSTRACT

The aim of this research was to study the prevalence and related factors of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among parents of children with ADHD at Siriraj Hospital. This study employed a descriptive research design with simple random sampling among biological parents of children with ADHD who attended the OPD the day of collection research data using accidental selection methods. The instrument comprised the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener, V1.1 questionnaire. When the score met the criteria for risks, the parents were interviewed to confirm the diagnosis by psychiatrist and data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test.

In all, 281 participants comprised 85 males (30.2%) and 196 females (69.8%). The mean age was 41.47 years. The prevalence of adult ADHD totaled 8, (2.8%) i.e., 4 males (50%) and 4 females (50%). The factor significantly related to ADHD was psychiatric disorder ( $p = 0.004$ ). This study showed a lower prevalence than other studies possibly from the large number of females participating and using self-rating questionnaires that may have led to underestimation. Other psychiatric disorders which were concomitants should be further studied.

**Keywords:** ADHD among adults, parents of patients with ADHD, ADHD among children

## บทนำ

58

ปัจจุบันปัญหาโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder-ADHD) พบบ่อยมากขึ้นทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่ การศึกษาในต่างประเทศพบความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กร้อยละ 5-12 และสัดส่วนเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-5:1 กรมสุขภาพจิต ได้ทำการศึกษาในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาทั่วประเทศพบความชุกร้อยละ 8.1 โดยพบในเพศชายร้อยละ 12 และเพศหญิงร้อยละ 4.2<sup>1</sup> โรคสมาธิสั้นนั้นประกอบด้วยอาการผิดปกติในด้านพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) ชนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติ และทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยเด็ก<sup>2</sup> โดยประชาชนทั่วไปมักคิดว่าโรคสมาธิสั้นมักพบในเด็กเท่านั้น แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 จะมีอาการถึงวัยผู้ใหญ่<sup>3</sup> จากการศึกษาในผู้ใหญ่อายุ 18-44 ปี พบโรคสมาธิสั้นร้อยละ 4.4 และพบร้อยละ 3-6 ที่มีอาการคล้ายโรคสมาธิสั้นที่รบกวนชีวิตประจำวัน<sup>4</sup> อาการสำคัญของโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่คืออาการขาดสมาธิและอาการหุนหันพลันแล่น ส่วนอาการอยู่นิ่งมักไม่เด่นชัดเท่าในเด็ก โดยอาจมีเพียงความรู้สึกกระวนกระวายภายในใจเมื่อต้องนั่งอยู่นิ่งๆ<sup>1</sup> ซึ่งโรคสมาธิสั้นจะส่งผลต่อชีวิตประจำวันเนื่องจากมักจะมีอาการ วอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิระหว่างการทำงาน ใจร้อน โมโหง่าย เปลี่ยนงานบ่อยเนื่องจากมีความผิดพลาดในการทำงาน หรือปัญหาลัมพันธภาพกับหัวหน้าและผู้ร่วมงาน และปัญหากับคู่สมรส<sup>5</sup> โรคที่เกิดร่วมกับโรคสมาธิสั้น และเป็นต่อเนื่องจนถึงผู้ใหญ่ ได้แก่ Substance abuse,

Depression และ Antisocial Personality Disorder<sup>6</sup>

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่เกิดจากพัฒนาการที่บกพร่องของสมอง (neurodevelopmental disorder) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของพฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ และการเข้าสังคมกับผู้อื่น<sup>7</sup> สาเหตุของโรคสมาธิสั้นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวภาพปัจจัยทางพัฒนาการ และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมและพบการเพิ่มความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นในบุตรในมารดาที่อายุน้อย<sup>8</sup> การศึกษาทางพันธุกรรมพบว่า โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่ายีนที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นได้แก่ dopamine transporter (SLC6A3/DAT1), dopamine receptor D4(DRD4)<sup>9</sup> ดังนั้นการถ่ายทอดในครอบครัวจึงเป็นปัจจัยหนึ่งของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยได้เคยมีผู้ทำวิจัยเรื่อง Adult ADHD ในพ่อแม่ของเด็กที่เป็น ADHD ในปี พ.ศ. 2545 ผลการวิจัยพบว่าพ่อแม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ (Adult ADHD) และเข้าเกณฑ์บางข้อ (ADHD NOS) จำนวน 8 คน จาก 25 คน<sup>10</sup> การศึกษาในต่างประเทศพบว่าแม่ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคสมาธิสั้น 24 เท่าเมื่อเทียบกับแม่ของเด็กที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น<sup>11</sup> มีการศึกษาในบิดามารดาที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความสามารถในการทำงานต่ำกว่า และจบการศึกษาต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น พบว่ากลุ่มที่มีโรคสมาธิสั้นมีปัญหาทางจิตเวชมากกว่า<sup>12</sup>

จากการศึกษาพบว่าพ่อแม่ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีอาการของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 25-30 โดยมักพบอาการขาดสมาธิและหุนหันพลันแล่น<sup>6</sup> พ่อแม่ที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีการเลี้ยงดูที่มีประสิทธิภาพน้อย และส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก และสัมพันธ์กับอาการโรคสมาธิสั้นที่แย่งของลูกรวมทั้งมีความเสี่ยง



ต่อการเกิดโรคอันธพาล (conduct disorder)<sup>13</sup> เนื่องจากพ่อแม่มีปัญหาสมาธิสั้นจึงมักไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลลูกของแพทย์ได้<sup>11</sup> ความซุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นมีความสำคัญเนื่องจากปัญหาโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครองนั้นมีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูและการตอบสนองทางอารมณ์ต่อเด็ก<sup>14</sup>

ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในเรื่องนี้เพิ่มเติมในจำนวนประชากรที่มากขึ้นและศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆที่พบร่วม ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยให้แพทย์ผู้รักษาระหนักถึงความสำคัญของโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครอง ซึ่งหากแพทย์ผู้รักษาพบว่าผู้ปกครองนั้นเป็นโรคสมาธิสั้นและได้ให้การรักษาที่เหมาะสมก็จะส่งผลดีต่อการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กด้วย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความซุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

### วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2559 ถึงพฤศจิกายน 2560 โครงการศึกษาค้นครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม 2559 รหัสโครงการ 474/2559

กลุ่มประชากร ผู้ปกครองคือบิดาและมารดาผู้ให้กำเนิดของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ปกครองที่มีความบกพร่องด้าน

การมองเห็น การฟัง และระดับสติปัญญา

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากงานวิจัย Parenting of children with attention-defecit/hyperactivity disorder(ADHD):the role of parental ADHD symptomatology ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาการของพ่อแม่ที่เป็นโรคสมาธิสั้นและพฤติกรรมของพ่อแม่และเด็ก โดยการศึกษานี้ได้อ้างอิงความซุกจาก E.Harvey<sup>6</sup> พบความซุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ ในพ่อแม่ของเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 30 ค่าความคลาดเคลื่อน 6% และสำรองความไม่ครบถ้วนของข้อมูล 20% จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 281 ราย ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha} P (1-P)}{d^2}$$

Z คือ ค่าความเชื่อมั่น มีค่าเท่ากับ 1.96

P คือ Prevalence

d คือ ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง มีค่าเท่ากับ 6%

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (demographic data) ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภูมิฐานะ โรคประจำตัวทางกายและโรคประจำตัวทางจิตเวช อายุของผู้ปกครองเมื่อครั้งมีลูกที่เป็นสมาธิสั้น ประวัติโรคสมาธิสั้นของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว

2. แบบสอบถามอาการโรคสมาธิสั้นอยู่ไม่นิ่งในผู้ใหญ่ด้วยตนเองฉบับที่ 1.1 (6 คำถาม) โดยมีค่า content validation index 0.83-1.00, sensitivity 0.93, specificity 0.71 และทุกข้อคำถามมีค่า loading



factor มากกว่า 0.4 ค่าอำนาจการทำนายเชิงบวก (positive predictive value : PPV) เท่ากับ 0.62 และค่าอำนาจการทำนายเชิงลบ (negative predictive value: NPV) เท่ากับ 0.96 และมีค่า internal consistency อยู่ที่ 0.80 โดยใน 6 ข้อแบ่งเป็น inattention 4 ข้อ และ hyperactivity-impulsivity 2 ข้อ โดยหากมีเครื่องหมายถูกในช่องที่มีสีเข้มมากกว่า หรือเท่ากับ 4 ข้อเป็นข้อบ่งชี้ว่าอาจมีอาการของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่<sup>15</sup>

การเก็บข้อมูล ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารักษาที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 โรงพยาบาลศิริราชในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาจะได้รับการติดต่อและสอบถามความยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีได้เป็นแพทย์ผู้รักษา ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยจะได้รับคำแนะนำและอธิบายเพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการเก็บและการใช้แบบประเมินและแบบสอบถาม และทำหน้าที่ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วย ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกแบบสอบถามและแบบประเมินโดยอิสระประมาณ 10 นาที หากคะแนนแบบสอบถามอาการโรคสมาธิสั้นเข้าเกณฑ์การเสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อนัดหมายมาพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อสัมภาษณ์และให้การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้- สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ครอบครัว และความชุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น แสดงในรูปของความถี่ ร้อยละ

สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพ ภูมิสำเนา ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัวทางกาย และโรคประจำตัวทางจิตเวชมีประวัติโรคสมาธิสั้นของสมาชิกคนอื่นในครอบครัวใช้สถิติ Chi-square test

## ผลการศึกษา

ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 281 ราย เป็นเพศชาย 85 ราย (ร้อยละ 30.2) หญิง 196 ราย (ร้อยละ 69.8) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา อายุเฉลี่ย 41.47 ปี อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 62 ปี อายุเฉลี่ยขณะมีบุตร 31 ปี อายุขณะมีบุตรน้อยที่สุด 13 ปี อายุขณะมีบุตรมากที่สุด 49 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 86.6 หย่าร้างร้อยละ 8.6 คู่สมรสเสียชีวิตร้อยละ 4.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 45.5 รายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,000-15,000 บาท ร้อยละ 32.5 ภูมิสำเนาส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครร้อยละ 50.9 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.5 โรคประจำตัวทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.4 ไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชร้อยละ 95.3 พบว่ามีประวัติโรคสมาธิสั้นของคนอื่นในครอบครัวร้อยละ 7.2 (ตารางที่ 1)

ความชุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โดยการทำแบบสอบถาม Adult ADHD Self-Report Scale(ASRS) screener V1.1 พบผู้ที่ผ่านเกณฑ์จัดเป็นกลุ่มเสี่ยง 11 ราย (ร้อยละ 3.9) และผู้ที่ได้รับการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นพบ 8 ราย (ร้อยละ 2.8) (ตารางที่ 2)



**Table 1** Demographic characteristics in normal and attention deficit hyperactivity disorder subjects

| Demographic characteristics        | Number       | %    |
|------------------------------------|--------------|------|
| <b>Gender (n=281)</b>              |              |      |
| - Male                             | 85           | 30.2 |
| - Female                           | 196          | 69.8 |
| <b>Age: Mean (S.D.) (Yrs.)</b>     |              |      |
| - Mean age                         | 41.7 (7.46)  |      |
| - Age at children birth            | 30.39 (6.72) |      |
| <b>Marital status (n=268)</b>      |              |      |
| - Married                          | 232          | 86.6 |
| - Divorced                         | 23           | 8.6  |
| - Widow                            | 13           | 4.8  |
| <b>Hometown (n=275)</b>            |              |      |
| - Bangkok                          | 140          | 50.9 |
| - Samut Prakan                     | 6            | 2.2  |
| - Pratum Thani                     | 4            | 1.5  |
| - Nonthaburi                       | 14           | 5.1  |
| - Others                           | 111          | 40.3 |
| <b>Education levels (n=279)</b>    |              |      |
| - Not educated                     | 1            | 0.4  |
| - Primary school                   | 24           | 8.6  |
| - High school                      | 77           | 27.6 |
| - Vocational Certificate           | 50           | 17.9 |
| - Bachelor Degrees or higher       | 127          | 45.5 |
| <b>Occupational status (n=278)</b> |              |      |
| - Government officer               | 35           | 12.6 |
| - Self employed                    | 79           | 28.4 |
| - Employee                         | 102          | 36.7 |
| - Unemployed                       | 13           | 4.7  |
| - Others                           | 49           | 17.6 |



**Table 1** Demographic characteristics in normal and attention deficit hyperactivity disorder subjects (con't)

| Demographic characteristics                      | Number | %    |
|--------------------------------------------------|--------|------|
| <b>Salary (baht) (n=266)</b>                     |        |      |
| - < 5,000                                        | 17     | 6.4  |
| - 5,000-15,000                                   | 86     | 32.5 |
| - 15,001-25,000                                  | 65     | 24.4 |
| - 25,001-35,000                                  | 36     | 13.5 |
| - 35,001-45,000                                  | 22     | 8.3  |
| - > 45,000                                       | 40     | 15   |
| <b>Physical illness (n=279)</b>                  |        |      |
| - None                                           | 205    | 73.5 |
| - Allergy                                        | 20     | 7.2  |
| - Hypertension                                   | 13     | 4.7  |
| - DM                                             | 9      | 3.2  |
| - Others                                         | 32     | 11.4 |
| <b>Psychiatric disorders (n=276)</b>             |        |      |
| - None                                           | 263    | 95.3 |
| - Depression                                     | 4      | 1.4  |
| - Claustrophobia                                 | 1      | 0.4  |
| - Panic                                          | 1      | 0.4  |
| - Others                                         | 7      | 2.5  |
| <b>History of ADHD in family members (n=277)</b> |        |      |
| - No                                             | 257    | 92.8 |
| - Yes                                            | 20     | 7.2  |

**Table 2** prevalence of adult ADHD in parents of ADHD patients at Siriraj Hospital

|                                   | Number | %   |
|-----------------------------------|--------|-----|
| Positive Screening                | 11     | 3.9 |
| Confirm diagnosis by psychiatrist | 8      | 2.8 |



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อนำมาวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) คือ การมีโรคประจำตัวทางจิตเวช ส่วนปัจจัยอื่นที่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา อาชีพ โรคประจำตัวทางกาย ประวัติโรคสมาธิสั้นของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (ตารางที่ 3)

**Table 3** Analysis of variance of the study factors

| Factors                                                         | ADHD   |      | Non ADHD |      | p-value |
|-----------------------------------------------------------------|--------|------|----------|------|---------|
|                                                                 | Number | %    | Number   | %    |         |
| <b>Gender</b>                                                   |        |      |          |      |         |
| - Male                                                          | 4      | 50   | 81       | 29.7 | 0.249   |
| - Female                                                        | 4      | 50   | 192      | 70.3 |         |
| <b>Marital status</b>                                           |        |      |          |      |         |
| - Married                                                       | 7      | 87.5 | 225      | 86.5 | 1.000   |
| - Divorced/Widow                                                | 1      | 12.5 | 35       | 13.5 |         |
| <b>Physical illness</b>                                         |        |      |          |      |         |
| - No                                                            | 6      | 75   | 200      | 73.8 | 1.000   |
| - Yes                                                           | 2      | 25   | 71       | 26.2 |         |
| <b>Psychiatric disorders</b>                                    |        |      |          |      |         |
| - No                                                            | 5      | 62.5 | 258      | 96.3 | 0.004   |
| - Yes                                                           | 3      | 37.5 | 10       | 3.7  |         |
| <b>History of ADHD in family members</b>                        |        |      |          |      |         |
| - No                                                            | 6      | 75   | 251      | 93.3 | 0.107   |
| - Yes                                                           | 2      | 25   | 18       | 6.7  |         |
| <b>Education levels</b>                                         |        |      |          |      |         |
| - Not educated, Primary school, High school                     | 1      | 12.5 | 101      | 37.3 | 0.265   |
| - Vocational Certificate, Bachelor Degrees or higher            | 7      | 87.5 | 170      | 62.7 |         |
| <b>Hometown</b>                                                 |        |      |          |      |         |
| - Bangkok Metropolitan (Samut Prakan, Pratum Thani, Nonthaburi) | 3      | 37.5 | 161      | 59   | 0.284   |
| - Others                                                        | 5      | 62.5 | 112      | 41   |         |



## อภิปรายผลและสรุปผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความชุกของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช เท่ากับ ร้อยละ 2.8 ซึ่งมากกว่าความชุกในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่ทั่วไปในการศึกษาของ Martin A. Katzman และคณะ<sup>16</sup> ซึ่งพบได้ร้อยละ 2.5 แต่น้อยกว่าการศึกษาของ Joseph L. Hines และคณะ<sup>4</sup> ซึ่งพบได้ร้อยละ 4.4 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของศิริชัย หงสสงวนศรี<sup>10</sup> ที่ศึกษาความชุกของผู้ปกครองในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นโดยใช้เครื่องมือคือแบบสอบถามอาการ ADHD สำหรับพ่อแม่ ซึ่งสร้างขึ้นโดยใช้ข้อความตามข้อกำหนดของ DSM-IV และแบบสอบถาม Wender Utah Rating Scale ฉบับภาษาไทย พบถึงร้อยละ 16 ที่มีอาการครบในการวินิจฉัย ADHD ในผู้ใหญ่พบว่าความชุกในการศึกษาครั้งนี้ต่ำกว่าทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาดังนั้นใช้กลุ่มประชากรค่อนข้างน้อย อีกทั้งมีประชากรของผู้ชายกับผู้หญิงใกล้เคียงกัน จึงอาจทำให้พบความชุกของโรคสมาธิสั้นได้มากกว่าเนื่องจากโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเป็นสัดส่วน 4:1<sup>17</sup> แต่การศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีคัดกรองด้วยแบบประเมินตนเอง (ASRS) ก่อน เมื่อได้ผลบวกแล้วจึงให้จิตแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ซึ่งการคัดกรองเบื้องต้น ได้ประชากรที่เป็นเพศหญิงถึงเกือบร้อยละ 70 และเพศชายเพียงร้อยละ 30 เนื่องจากมารดามักเป็นผู้พาบุตรมาโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจทำให้การศึกษานี้พบความชุกของโรคสมาธิสั้นได้ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น แต่บางการศึกษาพบว่าสัดส่วนของเพศชายและหญิงในผู้ใหญ่สมาธิสั้นใกล้เคียงกัน การศึกษาของ Williamson และ Johnston<sup>18</sup> พบว่าอัตราส่วนในผู้ใหญ่จะลดลงเหลือ 1:1 ถึง 2:1 นอกจากนี้ ผลการคัดกรองได้จำนวนที่เข้าเกณฑ์

สมาธิสั้นค่อนข้างน้อย อาจเป็นเพราะการตอบคำถามด้วยตนเองนั้น ผู้ปกครองอาจมีแนวโน้มประเมินอาการของตนเองน้อยกว่าความเป็นจริง เมื่อเปรียบเทียบกับในต่างประเทศพบว่าความชุกในต่างประเทศร้อยละ 25-30<sup>6</sup> นอกจากนี้งานวิจัยของ Ruth Marshall และคณะ<sup>19</sup> พบว่าผู้ปกครองของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นนั้นมีอาการสมาธิสั้นถึงร้อยละ 45.83 โดยศึกษาจากกลุ่มประชากรใน ADHD clinic จำนวน 24 คน และให้ตอบแบบสอบถาม The 18-item adult ADHD self-report scale (ASRS-v1.1) และปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น ประวัติอาชญากรรม การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์และพบว่ากลุ่มนี้มีผลต่อการเลี้ยงดูบุตรถึงร้อยละ 37.5 ที่มีคะแนนสูงพอที่จะมีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ซึ่งในการศึกษานี้ใช้ประชากรค่อนข้างน้อยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นที่มีค่า sensitivity 0.56, specificity 0.98 โดยดู 2 กลุ่มอาการคือ กลุ่มอาการขาดสมาธิและกลุ่มอาการอยู่ไม่นิ่งพ่นไฟ<sup>20</sup> และไม่ได้มีการวินิจฉัยยืนยันโดยจิตแพทย์อาจทำให้มีการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อน Margina Starck และคณะ<sup>21</sup> ได้ทำการศึกษาพ่อแม่ที่เป็นโรคสมาธิสั้นในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยมีบิดามารดาของเด็กโรคสมาธิสั้น 79 รายเข้าร่วมโครงการ โดยแจก The Wender Utah Rating Scale และ ADHD-Self-Report ให้กับมารดา 75 คน และบิดา 49 คน เพื่อดูอาการย้อนหลัง ผลการศึกษาพบว่ามารดามีโรคสมาธิสั้นร้อยละ 41.3 บิดามีอาการโรคสมาธิสั้นร้อยละ 51 ซึ่ง The Wender Utah Rating Scale มีข้อคำถาม 61 ข้อและมี 25 ข้อที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคสมาธิสั้นและเป็นการย้อนถามไปในวัยเด็ก<sup>22</sup> อาจทำให้มีการให้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนได้





ทางด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสมาธิสั้น คือการมีประวัติโรคประจำตัวทางจิตเวช การศึกษานี้พบถึงร้อยละ 37.5 โดยพบ 3 รายจาก 5 ราย ซึ่งพบโรคซึมเศร้า 2 รายและโรคกลัวที่แคบ 1 ราย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตา ลัมสุวรรณ และคณะ<sup>23</sup> ที่ศึกษาลักษณะทางคลินิกของโรคสมาธิสั้น ในวัยผู้ใหญ่พบว่ากลุ่มประชากรศึกษาร้อยละ 40 มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 ชนิด โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ และสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศเดิมที่พบว่าผู้ป่วยสมาธิสั้นในผู้ใหญ่มักมีโรคทางจิตเวช ร่วมด้วย ได้แก่ กลุ่มโรคทางอารมณ์ โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติด เป็นต้น<sup>13</sup> James J. McGough และคณะ<sup>12</sup> ได้ทำการศึกษาโรคร่วมในผู้ใหญ่ที่มีโรคสมาธิสั้นเทียบกับผู้ใหญ่ที่ไม่มีโรคสมาธิสั้น พบว่ากลุ่มที่มีโรคสมาธิสั้นมีปัญหาทางจิตเวชมากกว่า โดยมีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคเท่ากับร้อยละ 87 โรคสมาธิสั้นมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรม การใช้สารเสพติด โรคทางอารมณ์ โรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่า บิดามารดาที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความสามารถในการทำงานต่ำกว่า และจบการศึกษาต่ำกว่าบิดามารดาที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Anne Halmøy<sup>24</sup> ที่พบว่าผู้ใหญ่ที่มีโรคสมาธิสั้นมีระดับการศึกษาต่ำกว่าผู้ใหญ่ที่ไม่มีโรคสมาธิสั้น แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของระดับการศึกษา อาจเนื่องมาจากประชากรที่เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่

อยู่ในเขตเมือง ทำให้ได้รับโอกาสทางการศึกษาที่ดี

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โดยการทำแบบสอบถาม Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) screener V1.1 พบผู้ที่ผ่านเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยง 11 ราย (ร้อยละ 3.9) และผู้ที่ได้รับการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นพบ 8 ราย (ร้อยละ 2.8) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นคือการมีประวัติโรคประจำตัวทางจิตเวช การศึกษานี้พบร้อยละ 37.5  $p=0.004$  ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นจึงควรตระหนักถึงโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครองเมื่อตรวจรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นเพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาในผู้ปกครองร่วมด้วย เพื่อให้การรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นไปด้วยดียิ่งขึ้น

## ข้อจำกัดในการศึกษานี้

การศึกษานี้ทำเฉพาะในโรงพยาบาลศิริราช ไม่สามารถเป็นตัวแทนความชุกทั้งประเทศได้ นอกจากนี้ปัจจัยที่นำมาศึกษาอาจจะไม่ครอบคลุมปัจจัยทุกด้าน

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศิริราชที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอบคุณผู้ปกครองทุกท่านที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้



## เอกสารอ้างอิง

1. Hongsanguansri S, Kiatrungrit K. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Lotrakul M, Sukanich P, eds. Ramathibodi essential psychiatry. 4<sup>th</sup>ed. Bangkok: Department of psychiatry faculty of medicine Ramathibodi hospital; 2015: 541-51.
2. Boon-yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(4): 373-86.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of Psychiatry. 11<sup>th</sup> ed. New York: Wolters Kluwer. 2015.
4. Hines JL, King TS, Curry WJ. The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). JAm Board Fam Med 2012; 25: 847-53.
5. Pornnoppadol C. Attention-deficit/hyperactive disorder-ADHD. In: Piyasilp W, Kateman P, eds. Child and adolescent psychiatry. 1<sup>st</sup>. Bangkok: Beyond Enterprise, 2002: 209-19.
6. Harvey E, Danforth JS, Mckee TE, Ulaszek WR, Friedman JL. Parenting of children with attention-defecit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. J Atten Disord 2003; 7: 31-42.
7. Pornnoppadol C, Piyasilp V, Jittorn J, Chanpen S. The development of screening scales for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Thai children and adolescents age of 3-18 years. J Psychiatr Assoc Thailand 2014; 59(4): 335-54.
8. Mikkelsen SH, Olsen J, Bech BH, Obel C. Parental age and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Int J Epidemiol 2017; 46: 409-20.
9. Franke B, Faraone SV, Asherson P, Buitelaar J, Bau CH, Ramos-Quiroga JA, et al. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. Mol Psychiatry 2012; 17: 960-87.
10. Hongsanguansri S, Sukanich P. Adult ADHD in parents of ADHD children. J Psychiatr Assoc Thailand 2002; 1: 21-9.
11. Chronis-Tuscano A, O'Brien KA, Johnston C, Jones HA, Clarke TL, Raggi VL, et al. The relation between maternal ADHD symptoms & improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting. J Abnorm Child Psychol 2011; 39: 1045-57.
12. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Homme MD, Lynn DE, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. Am J Psychiatry 2005; 162: 1621-7.



13. Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K. Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD?. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22: 369-77.
14. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 215-28.
15. Bussaratid S, Atsariyasing W, Wannarit K, Pukrittayakami P, Hosiri T, Wiwatwararom N, et al. Reliability and validity study of adult ADHD self-report scale (ASRS) screener v1.1 Thai version. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61(2): 145-54.
16. Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu Aand Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry* 2017; 17: 302.
17. Ramtekkar UP, Reiersen AM, Todorov AA, Todd RD. Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 217-28.
18. Williamson D, Johnston C. Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a narrative review. *Clin Psychol Rev* 2015; 40: 15-27.
19. Marshall R, Neill P, Theodosiou L. Prevalence of attention deficit hyperactivity symptoms in parents of children diagnosed with the condition. *Procedia Soc Behav Sci* 2011;15: 3056-58.
20. Pornnoppadol C. Rating scales. In: Pornnoppadol C, editor. *Attention deficit hyperactivity disorder*. 1<sup>st</sup>ed. Bangkok: Siriraj, 2018: 139-75.
21. Starck M, Gruenwald J, Schlarb AA. Occurrence of ADHD in parents of ADHD children in a clinical sample. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 581-8.
22. McCann BS, Scheele L, Ward N, Byrne PR. Discriminant validity of the wender Utah rating scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12(2): 240-5
23. Limsuwan N, Wisajun P. Clinical presentations of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017; 62(2): 139-48.
24. Halmøy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment a cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *J Atten Disord* 2009; 13:175-87.



ความชุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น  
ที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

ภาระวี ชโลธร\* สุพร อภินันท์เวช\* สิริรัตดา ปัญญาภาส\*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โดยเชิญชวนบิดาหรือมารดาผู้ให้กำเนิดผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มาตามนัดการรักษาในวันเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบบังเอิญ (accidental selection) ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามอาการโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ ฉบับที่ 1.1 (Adult ADHD Self Report Scale(ASRS) screener V1.1) หากคะแนนแบบสอบถามเข้าเกณฑ์การเสี่ยง จะได้รับการสัมภาษณ์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Chi-square test ผู้ปกครองที่เข้าร่วมมีจำนวน 281 คน เป็นชาย 85 คน (ร้อยละ 30.2) หญิง 196 คน (ร้อยละ 69.8) อายุ

เฉลี่ย 41.47 ปี พบความชุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ 8 ราย (ร้อยละ 2.8) เป็นชาย 4 ราย (ร้อยละ 50) และหญิง 4 ราย (ร้อยละ 50) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การมีโรคประจำตัวทางจิตเวช ( $p=0.004$ ) ผลการวิจัยนี้พบความชุกน้อยกว่าการศึกษาทั่วไป อาจเพราะมีจำนวนมารดามากกว่าบิดา เนื่องจากเป็นผู้พาบุตรมาโรงพยาบาลและการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง อาจทำให้ได้จำนวนผู้เข้าเกณฑ์เสี่ยงน้อยกว่าที่ควร และควรตระหนักถึงโรคทางจิตเวชที่มักเกิดร่วมกับโรคสมาธิสั้น

**คำสำคัญ:** โรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่, ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น, เด็กสมาธิสั้น

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล