

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

พิชญ์สินี จินดาวัฒนวงศ์
โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ จังหวัดสมุทรปราการ

รับต้นฉบับ 11 เมษายน 2569

ปรับแก้ไข 2 มิถุนายน 2569

รับลงตีพิมพ์ 8 มิถุนายน 2569

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ:

โรคสมาธิสั้น (ADHD) พบบ่อยในเด็กวัยเรียนและเป็นสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาการเรียน ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยแสดงอาการตั้งแต่วัยเด็ก หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Analytical retrospective case-control study) ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 254 ราย (กลุ่มศึกษา 127 ราย และกลุ่มควบคุม 127 ราย) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา และการหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression analysis) นำเสนอข้อมูลด้วยค่า Adjusted odds ratio และช่วงเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

พบว่าเพศชาย การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น บิดามารดาหย่าร้างแยกทาง การไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา และการใช้หน้าจอ ≥ 1 ชั่วโมง/วัน มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยปัจจัยดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น ได้แก่ เพศชาย (adjusted OR 4.41; 95%CI 2.22–8.73) การคลอดก่อนกำหนด (adjusted OR 6.95; 95%CI 1.50–32.07) น้ำหนักแรกเกิดน้อย (adjusted OR 8.85; 95%CI 1.51–51.77) ประวัติครอบครัว (adjusted OR 8.82; 95%CI 1.23–63.03) บิดามารดาหย่าร้าง (adjusted OR 4.46; 95%CI 1.99–9.98) การไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา (adjusted OR 2.76; 95%CI 1.50–5.06) และการใช้หน้าจอ ≥ 1 ชั่วโมง/วัน (adjusted OR 3.63; 95%CI 1.98–6.64)

สรุปผล

การศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางนำไปวางแผนการดูแลตั้งแต่ระยะก่อนคลอด หลังคลอด ตลอดจนให้คำแนะนำการดูแลเลี้ยงดูเด็ก เพื่อลดการเกิดโรคสมาธิสั้นในระยะยาว

คำสำคัญ

สมาธิสั้น เพศ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด การใช้หน้าจอ

The factors associated with ADHD in children under 15 years old at Phrasamutchedi Sawatyanon Hospital

Pitsinee Jindawatthanawong
Phra Samut Chedi Sawatyanon Hospital, Samut Prakan

Abstract

Background

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is common among school-aged children and is a major cause of academic difficulties. Its prevalence has been increasing, with symptoms typically emerging in childhood. If left untreated, ADHD can adversely affect educational achievement, occupation, family, and social functioning.

Objective

To identify factors associated with ADHD among children under 15 years of age.

Methods

An analytical retrospective case-control study was conducted among 254 children under 15 years of age, including 127 cases and 127 controls. Data were analyzed using descriptive statistics. Associations between variables were examined using multiple logistic regression analysis, and the results were presented as adjusted odds ratios (OR_{adj}) with 95% confidence intervals (95% CIs).

Results

Male gender, preterm birth, birth weight <2,500 g, family history of ADHD, parental separation or divorce, not living with parents, and screen time ≥ 1 hour/day were significantly associated with ADHD ($p < 0.05$). These factors were associated with increased odds of ADHD, including male gender (adjusted OR 4.41; 95% CI 2.22–8.73), preterm birth (adjusted OR 6.95; 95% CI 1.50–32.07), low birth weight (adjusted OR 8.85; 95% CI 1.51–51.77), family history of ADHD (adjusted OR 8.82; 95% CI 1.23–63.03), parental separation or divorce (adjusted OR 4.46; 95% CI 1.99–9.98), not living with parents (adjusted OR 2.76; 95% CI 1.50–5.06), and screen time ≥ 1 hour/day (adjusted OR 3.63; 95% CI 1.98–6.64).

Conclusions

These findings may inform preventive strategies and early interventions from the prenatal period through childhood, including appropriate child-rearing practices to reduce the long-term risk of ADHD.

Keywords

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), gender, gestational age, birth weight, screen time

บทนำ

โรคสมาธิสั้น(Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) เป็นปัญหาทางพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในเด็กวัยเรียนและเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียน โดยมีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ อยู่นิ่ง(hyperactivity) อยู่นิ่งไม่อยู่นิ่ง วุ่นวาย ใจร้อน(impulsivity) และ ขาดสมาธิ(inattention) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน¹ ซึ่งโรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด²

จากการศึกษาที่มีความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลก ประมาณร้อยละ 3-5 สำหรับประเทศไทยพบเด็กที่มีอาการโรคสมาธิสั้นอยู่ประมาณร้อยละ 5-8 โดยพบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง³ สอดคล้องกับผลการสำรวจในประเทศไทยเมื่อปี 2555 โดยกรมสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จาก 10 จังหวัด ใน 4 ภาค จำนวน 7,188 ราย พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และเพศหญิงร้อยละ 4.2⁴

จากการสำรวจข้อมูลปี 2553-2562 พบเด็กสมาธิสั้นแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง อัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นทั่วโลกมีอัตราส่วนระหว่างเพศชายกับเพศหญิงประมาณ 3:1⁵

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพเด็กแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กอายุ 4-17 ปี มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 6 ในช่วงทศวรรษ 1990 และในปี 2016 ตัวเลขดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 และยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁶

โดยผลสำรวจของกรมสุขภาพจิต ปี 2559 พบโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.38 หรือพบได้ 2-3 คนต่อห้องเรียนที่มีเด็ก 50 คน⁷

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้นที่ชัดเจน ประมาณร้อยละ 75-80 ไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน⁸ แต่มีความเชื่อได้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้นอาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันมากกว่า 1 ปัจจัย โดยปัจจัยที่ทำให้เด็กโรคสมาธิสั้นเกิดจากปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางจิตสังคม⁹ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ของ พิรณัฐ พันธุ์กิติ¹⁰ พบว่า แบ่งประเภทปัจจัยส่งเสริมการเกิดความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านตัวเด็ก ด้านครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม

ประเทศไทยเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง ข้อมูลปี 2556 พบว่าเด็กเหล่านี้เข้ารับการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 10¹¹ ซึ่งการคัดกรองจะช่วยให้สามารถค้นหาบุคคลกลุ่มบุคคลหรือชุมชนที่มีความเสี่ยงหรือมีอาการในระยะเริ่มแรก ซึ่งส่งผลด้านลบต่อพฤติกรรมและอารมณ์ และให้การดูแลช่วยเหลือก่อนที่จะป่วยหรือมีปัญหาชัดเจน¹²

เนื่องจากในปัจจุบันพบเด็กสมาธิสั้นแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่ในวัยเด็ก และส่วนใหญ่มักเป็นต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่ดี อาการความผิดปกติที่เป็นจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม ซึ่งการรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นต้องอาศัย การช่วยเหลือหลายวิธีร่วมกัน² และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุของโรคสมาธิสั้นนั้นเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านตัวเด็ก ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม จากที่มาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น การศึกษาปัจจัยดังกล่าวและนำผลของการศึกษา มาวางแผนการดูแลคัดกรอง การป้องกันและส่งเสริมโรคสมาธิสั้นในประชากรเด็กในเขตอำเภอพระสมุทรเจดีย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ได้รับการส่งต่อพบจิตแพทย์ ของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

1.การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง(Analytical retrospective case-control study)

2.เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนประชากรเป้าหมายเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มารับบริการในแผนกกุมารเวชกรรม และได้รับการส่งต่อพบจิตแพทย์ ณ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2568

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ โดยกุมารแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมงานจิตเวชเด็กแล้วได้รับการส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์

ขนาดประชากรกลุ่มศึกษา

คำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ^{13,14} โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 ($Z_{\alpha/2} = 1.96$) และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ($Z_{\beta} = 0.84$)

$$n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 [p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)] / (p_1 - p_2)^2$$

$$n = (1.96 + 0.84)^2 [(0.60)(1 - 0.60) + (0.43)(1 - 0.43)] / (0.60 - 0.43)^2$$

≈ 127 รายต่อกลุ่ม (คำนวณได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 127 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 254 ราย)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

กลุ่มศึกษา(Case) กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ ในช่วงปี 2564 - 2568 มีประวัติการส่งต่อไปพบจิตแพทย์และได้รับวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น และมีเวชระเบียนครบถ้วนสมบูรณ์

กลุ่มควบคุม(Control) กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น และมีเวชระเบียนครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion Criteria)

- 1.มีการบันทึกเวชระเบียนข้อมูลไม่สมบูรณ์
- 2.มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอื่นที่ไม่ใช่โรคสมาธิสั้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย 012/2569 วันที่รับรอง 8 มกราคม 2569 และงานวิจัยจะถูกดำเนินไปตามหลักจริยธรรมสากลและตามคำประกาศเฮลซิงกิ โดยข้อมูลของผู้ป่วยทั้งชื่อและนามสกุลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เวชระเบียนผู้ป่วย (Medical Records) เป็นแหล่งข้อมูลหลักสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังของกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก

2.แบบบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2.สถิติเชิงพรรณนา(Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละ

3.สถิติเชิงวิเคราะห์

3.1 การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว(Univariate analysis)

การหาความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

3.2 การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุโดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบลอจิสติก(Multiple logistic regression analysis) นำเสนอข้อมูลด้วยค่า Adjusted odds ratio และช่วงเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มศึกษาเป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 127 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.7 ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 12.6 น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.2 กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89 ผลการเรียน/เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 ร้อยละ 65.4 ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 127 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.5 กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.9 ผลการเรียน/เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 ร้อยละ 54.3 ประวัติการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 2.4 น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 1.6

ปัจจัยด้านครอบครัวของกลุ่มศึกษาเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีประวัติครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 7.1 สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรส ร้อยละ 70.1 ระดับการศึกษาของบิดามารดาจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 67.7 อาชีพของบิดามารดาทำธุรกิจส่วนตัวและรับจ้าง ร้อยละ 98.4 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย และญาติ ร้อยละ 61.4 ส่วนกลุ่มควบคุม มีประวัติครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 1.6 สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรส ร้อยละ 87.4 ระดับการศึกษาของบิดามารดาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 57.5 อาชีพของบิดามารดาทำธุรกิจส่วนตัวและรับจ้าง ร้อยละ 96.1 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ร้อยละ 58.3

ปัจจัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม กลุ่มศึกษาเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีการใช้สารระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา ได้แก่ การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา ร้อยละ 10.2 การใช้หน้าจอของเด็กตั้งแต่ 1 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 55.9 ส่วนกลุ่มควบคุม การใช้สารระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา ได้แก่ การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา ร้อยละ 3.1 การใช้หน้าจอของเด็กตั้งแต่ 1 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 33.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมาธิสั้น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละตัวแปร(Univariate analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีดังนี้ (1)เพศชาย มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.19 เท่า (OR=2.19;95%CI=1.30-3.69) ของเพศหญิง (2) การคลอดก่อนกำหนด มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 5.96 เท่า (OR=5.96; 95%CI=1.69-20.99) ของเด็กที่คลอดครบกำหนด (3)น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 7.13 เท่า (OR=7.13; 95%CI=1.57-32.27) ของเด็กที่น้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม (4)ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 4.77 เท่า (OR=4.77; 95%CI=1.01-22.52) ของเด็กที่ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น (5)

บิดามารดาหย่าร้างแยกทาง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.96 เท่า (OR=2.96; 95%CI=1.55-5.66) ของเด็กที่บิดามารดาสมรสกัน (6)การไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.22 เท่า (OR=2.22; 95%CI=1.35-3.67) ของเด็กที่อาศัยอยู่กับบิดามารดา (7) มารดามีประวัติสูบบุหรี่หรือดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 3.51 เท่า (OR=3.51;95%CI=1.11-11.07) ของเด็กที่มารดาไม่มีประวัติสูบบุหรี่หรือดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์ (8)การใช้หน้าจอ ≥ 1 ชั่วโมง/วัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.48 เท่า(OR=2.48;95%CI=1.49-4.12) ของเด็กที่ใช้หน้าจอ<1 ชั่วโมง/วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (Univariate analysis) (n=254)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		OR _{Crude}	95%CI	P-value
	(โรคสมาธิสั้น)n=127		(ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น)n=127				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	91	71.7	68	53.5	2.19	1.30-3.69	0.003*
หญิง	36	28.3	59	46.5			
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	113	89	104	81.9	1.79	0.87-3.65	0.109
มัธยมศึกษา	14	11	23	18.1			
ผลการเรียน/เกรดเฉลี่ย							
<3.00	83	65.4	69	54.3	1.59	0.96-2.63	0.073
≥ 3.00-4.00	44	34.6	58	45.7			
ประวัติคลอดอายุครรภ์							
<37 สัปดาห์	16	12.6	3	2.4	5.96	1.69-20.99	0.002*
≥ 37 สัปดาห์	111	87.4	124	97.6			
น้ำหนักแรกเกิด							
< 2,500 กรัม	13	10.2	2	1.6	7.13	1.57-32.27	0.003*
≥ 2,500 กรัม	114	89.8	125	98.4			
ประวัติครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น							
ใช่	9	7.1	2	1.6	4.77	1.01-22.52	0.031*
ไม่ใช่	118	92.9	125	98.4			
สถานภาพสมรสของบิดามารดา							
สมรส	89	70.1	111	87.4	2.96	1.55-5.66	0.001*
หย่า/แยกทาง	38	29.9	16	12.6			

*หมายเหตุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (Univariate analysis) (n=254) (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		OR _{Crude}	95%CI	P-value
	(โรคสมาธิสั้น)n=127		(ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น)n=127				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการศึกษาของบิดา							
มารดา							
มัธยมศึกษา	86	67.7	73	57.5	1.55	0.93-2.59	0.092
สูงกว่ามัธยมศึกษา	41	32.3	54	42.5			
อาชีพของบิดามารดา							
ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง	125	98.4	122	96.1	2.56	0.49-13.45	0.250
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.6	5	3.9			
อาศัยอยู่กับ							
บิดา/มารดา	49	38.6	74	58.3	2.22	1.35-3.67	0.002*
ปู่/ย่า/ตา/ยาย/ญาติ อื่นๆ	78	61.4	53	41.7			
การใช้สารระหว่างตั้ง ครรภ์ของมารดา							
ไม่ใช้	114	89.8	123	96.9	3.51	1.11-11.07	0.024*
สูบบุหรี่ /ดื่มสุรา	13	10.2	4	3.1			
การใช้หน้าจอ							
ใช้ < 1 ชั่วโมง/วัน	56	44.1	84	66.1	2.48	1.49-4.12	<0.001*
ใช้ ≥ 1 ชั่วโมง/วัน	71	55.9	43	33.9			

*หมายเหตุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

**ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปร
เชิงซ้อน(Multivariate analysis)** พบว่าเพศชาย การคลอด
ก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ประวัติ
คนในครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น บิดามารดาหย่าร้างแยกทาง
การไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา และการใช้หน้าจอ ≥ 1
ชั่วโมง/วัน มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนี้ (1)เพศชาย มีโอกาสเสี่ยง
ที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 4.41 เท่า (OR_{adj} =4.41;95%CI=
2.22–8.73) ของเพศหญิง(P-Value < 0.001) (2)การคลอด
ก่อนกำหนด มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 6.95 เท่า
(OR_{adj} =6.95;95%CI=1.50–32.07) ของเด็กที่คลอดครบ
กำหนด(P-Value = 0.013) (3)น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500
กรัม มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 8.85
เท่า(OR_{adj} =8.85;95%CI=1.51–51.77) ของเด็กที่น้ำหนักแรก

เกิดมากกว่า 2,500 กรัม (P-Value = 0.016) (4)ประวัติคนใน
ครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้น
เป็น 8.82 เท่า (OR_{adj} =8.82; 95%CI=1.23–63.03) ของเด็ก
ที่ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น(P-Value = 0.030) (5)
บิดามารดาหย่าร้างแยกทาง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิ
สั้นเป็น 4.46 เท่า (OR_{adj} =4.46;95%CI=1.99–9.98) ของเด็ก
ที่บิดามารดาสมรสกัน(P-Value < 0.001) (6)การไม่ได้อาศัย
อยู่กับบิดามารดา มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.76
เท่า (OR_{adj} =2.76;95%CI=1.50–5.06) ของเด็กที่อาศัยอยู่กับ
บิดามารดา(P-Value = 0.001) (7)การใช้หน้าจอ ≥ 1 ชั่วโมง/
วัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 3.63
เท่า(OR_{adj} =3.63; 95%CI=1.98–6.64) ของเด็กที่ใช้หน้า
จอ < 1 ชั่วโมง/วัน(P-Value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariate analysis)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม		OR _{Crude}	OR _{adj}	95%CI	P-value	
	(โรคสมาธิสั้น)n=127		(ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น)n=127						OR _{adj}
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
เพศ									
ชาย	91	71.7	68	53.5	2.19	4.41	2.22-8.73	<0.001*	
หญิง	36	28.3	59	46.5					
ประวัติคลอดอายุครรภ์									
<37 สัปดาห์	16	12.6	3	2.4	5.96	6.95	1.50-32.07	0.013*	
≥ 37 สัปดาห์	111	87.4	124	97.6					
น้ำหนักแรกเกิด									
< 2,500 กรัม	13	10.2	2	1.6	7.13	8.85	1.51-51.77	0.016*	
≥ 2,500 กรัม	114	89.8	125	98.4					
ประวัติครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น									
ใช่	9	7.1	2	1.6	4.77	8.82	1.23-63.03	0.030*	
ไม่ใช่	118	92.9	125	98.4					
สถานภาพสมรสของบิดามารดา									
สมรส	89	70.1	111	87.4	2.96	4.46	1.99-9.98	<0.001*	
หย่า/แยกทาง	38	29.9	16	12.6					
อาศัยอยู่กับ									
บิดา/มารดา	49	38.6	74	58.3	2.22	2.76	1.50-5.06	0.001*	
ปู่/ย่า/ตา/ยาย/ญาติ/อื่นๆ	78	61.4	53	41.7					
การใช้สารระหว่างตั้งครรภ์ของมารดา									
ไม่ใช้	114	89.8	123	96.9	3.51	3.39	0.86-13.34	0.081	
สูบบุหรี่ /ดื่มสุรา	13	10.2	4	3.1					
การใช้หน้าจอ									
ใช้ < 1 ชั่วโมง/วัน	56	44.1	84	66.1	2.48	3.63	1.98-6.64	<0.001*	
ใช้ ≥ 1 ชั่วโมง/วัน	71	55.9	43	33.9					

*หมายเหตุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

อภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโรคสมาธิสั้นในเด็กมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ทั้งด้านชีวภาพ พันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม สะท้อนถึงลักษณะของโรคที่มีความซับซ้อนและมีสาเหตุแบบพหุปัจจัย (multifactorial disorder) ผลการศึกษาพบว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ความรู้ทางระบาดวิทยาที่รายงานว่าโรคสมาธิสั้นพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากความแตกต่างของพัฒนาการทางระบบประสาทและการควบคุมการทำงานของสมองส่วนหน้าที่เกี่ยวข้องกับการยับยั้งพฤติกรรมและการควบคุมความสนใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรชนก หิรัญเขว้า ศึกษาเรื่องเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุ 5-14 ปี โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย¹⁵ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wamulugwa และคณะ¹⁶ ได้ทำการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคสมาธิสั้นในเด็กยูกันดา พบว่า ความชุกของโรคสมาธิสั้นในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้ คือ 11.7% ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นพบว่า ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Malek, Amiri, Sadegfard, Abdi, & AMINI¹⁷ ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า เด็กผู้ชาย มีสมาธิสั้นมากกว่าเด็กผู้หญิงถึง 54% และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิสมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรติลล¹⁸ ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 5 พบว่า ปัจจัยที่รวมอธิบายโรคสมาธิสั้น ได้แก่ เด็กเพศชายเสี่ยงเป็น 3.7 เท่าของเพศหญิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนศักดิ์ ทั้งนา¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 3-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษพบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 4.55 เท่าของเพศหญิง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของบุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ²⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล พบว่า ปัจจัยที่รวมอธิบายโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เด็กเพศชาย เสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้น 2.7 เท่า

ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจอธิบายได้จากความไม่สมบูรณ์ของพัฒนาการระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะในส่วนของ

prefrontal cortex ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความสนใจและพฤติกรรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของ early neurodevelopment ต่อความเสี่ยงของ ADHD ซึ่งการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ Crump, Sundquist²¹ ได้ศึกษาความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้น (ADHD) จากการคลอดก่อนกำหนด พบว่า การคลอดก่อนกำหนด มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นที่เพิ่มขึ้นในเพศชายและเพศหญิง โดยไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมและปัจจัยทางครอบครัวร่วมกัน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Geethanjali Lingasubramanian, Corman, Noonan, Reichman²² ที่พบว่าทารกที่เกิดก่อน 39 สัปดาห์มีแนวโน้มที่จะมีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น (ADHD) มากกว่า โดยพบว่าเด็กที่เกิดระหว่าง 37 ถึง 38 สัปดาห์มีคะแนนอาการสมาธิสั้นสูงกว่าเด็กที่เกิดระหว่าง 39 ถึง 41 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ และในแต่ละสัปดาห์ของอายุครรภ์มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะสมาธิสั้น (hyperactivity scores) ที่ลดลง 6% และอาการสมาธิสั้นและปัญหาทางสติปัญญา ลดลง 5% ในส่วนของน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sasaluxnanon C., Kaewpornawan T.²³ ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงในเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น พบว่าเด็กส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ระหว่าง 2,500-3,000 กรัม จำนวนเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมในกลุ่ม ADHD สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ ADHD เกือบ 4 เท่า และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$)

นอกจากนี้ ประวัติครอบครัวของโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรค ซึ่งสนับสนุนบทบาทของปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค โดยมีรายงานว่าความสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมของ ADHD อยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางพันธุกรรมอาจมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในการกำหนดการแสดงออกของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen W, และคณะ²⁴ ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้มีปัญหาสมาธิสั้น (ADHD) จำนวน 894 คน และพี่น้อง 1,135 คน อายุระหว่าง 5-17 ปี พบว่าพี่น้องในกลุ่มตัวอย่างผู้มีปัญหาสมาธิสั้นมีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น 9 เท่าเมื่อเทียบกับพี่น้องในกลุ่มควบคุม และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนศักดิ์ ทั้งนา¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 3-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า บิดาของเด็กที่เคยมีประวัติ

จนอยู่ไม่เนิ่น มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าบิดาของเด็กที่ไม่เคยมีประวัติจนอยู่ไม่เนิ่น

ในส่วนของปัจจัยด้านครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าการหย่าร้างของบิดามารดา การไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา และการใช้หน้าจอนานเป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้อาจสะท้อนถึงสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดสูง การขาดการกำกับดูแล หรือรูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งการหย่าร้างแยกทางของบิดามารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรดิกล¹⁸ ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 5 พบว่า ครอบครัวที่หย่าร้าง/หม้าย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนศักดิ์ ทั้งนา¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 3-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า เด็กที่พ่อแม่หย่าร้าง หรือแยกทาง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 8.49 เท่า ของเด็กที่พ่อแม่สมรสและอยู่ร่วมกัน และการไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิศมัย พงศาธิรัตน์ และพรทิพย์ วชิรดิกล¹⁸ ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 5 พบว่า เด็กที่อาศัยอยู่กับญาติเลี้ยง 1.6 เท่า ของเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนศักดิ์ ทั้งนา¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 3-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้ที่ได้รับการเลี้ยงดูโดยปู่ย่าตายายและอื่นๆ เช่น ลุง ป้า น้า อา มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.35 เท่า ของผู้ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาและหรือมารดา

พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็ก โดยเฉพาะการใช้หน้าจอในระยะเวลาอันยาวนาน อาจส่งผลต่อการพัฒนาทักษะด้าน executive function และความสามารถในการควบคุมตนเอง รวมถึงการลดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก อันเป็นกลไกสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการของโรคสมาธิสั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีญา สุริพล และคณะ²⁵ ศึกษาการใช้สื่อเทคโนโลยีกับโรคสมาธิสั้น ในนักเรียนชาย ชั้นประถมศึกษาตอนต้น พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นคือนักเรียนชายที่เริ่มดูโทรทัศน์เมื่ออายุน้อยกว่า 1 ปี 6 เดือน (OR=5.56;95%CI=1.36-22.66)

การได้รับอนุญาตให้นำโทรศัพท์มือถือไปใช้งานที่โรงเรียน (OR=41.19;95%CI=3.40-499.41) และสอดคล้องกับการศึกษาของกันยา พาณิษฐ์ศิริ และคณะ²⁶ ที่ศึกษาเรื่องการติดสื่อสังคมออนไลน์ และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ $p < .001$ และสอดคล้องกับการศึกษาของบุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ²⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล พบว่าเด็กที่ใช้เวลาเฉลี่ยในการดูโทรทัศน์มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมงต่อวัน เสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้น 2.2 เท่า (OR = 2.2, $p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lingineni และคณะ²⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในเด็กสหรัฐอเมริกา ที่มีอายุ 5 - 17 ปี จำนวน 68,634 คน พบว่าเด็กที่ใช้คอมพิวเตอร์และดูโทรทัศน์เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมงต่อวัน มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ (OR=1.82;95%CI=1.55 - 2.13) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Beyens, Valkenburg, & Piotrowski²⁸ ได้ทำการศึกษา Meta-analysis เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อเทคโนโลยีของเด็กและวัยรุ่นกับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น พบว่า เด็กมีการใช้สื่อเทคโนโลยี เช่น มือถือ คอมพิวเตอร์พกพา และโทรทัศน์ เพิ่มขึ้นและมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าความสัมพันธ์โรคสมาธิสั้นในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nikkelen, Valkenburg, Huizinga, & Bushman²⁹ ที่ทำการศึกษา Meta - analysis จากงานวิจัยทั้งหมด 45 เรื่อง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อเทคโนโลยีกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น มีเหตุผลทางทฤษฎีหลายประการที่เชื่อว่าการใช้สื่ออาจเกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นแสดงให้เห็นว่ายิ่งใช้สื่อเทคโนโลยีมากยิ่งขึ้นส่งผลต่อความเสี่ยงที่จะเป็นสมาธิสั้นได้มาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนศักดิ์ ทั้งนา¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 3-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษพบว่า เด็กที่เล่นโทรศัพท์มือถือมากกว่า 1 ชั่วโมง/วัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 8.82 เท่า ของเด็กที่เล่นโทรศัพท์มือถือน้อยกว่า 1 ชั่วโมง/วัน ซึ่งเกณฑ์ ≥ 1 ชั่วโมง/วัน อ้างอิงจากคำแนะนำของ AAP³⁰ และ WHO³¹ ในเด็กเล็ก แม้แนวทางดังกล่าวมุ่งเน้นในเด็กอายุน้อย แต่ได้มีการนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาอย่างแพร่หลาย

ข้อจำกัดของการศึกษา(Limitation)

1. อคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง(selection bias) เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วย ADHD เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการประเมินโดยจิตแพทย์ ซึ่งอาจมีอาการหรือความรุนแรงของโรคที่ชัดเจนกว่าในประชากรทั่วไป ขณะเดียวกัน กลุ่มควบคุมอาจมีผู้ป่วย ADHD ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยรวมอยู่ด้วย ซึ่งอาจส่งผลให้ผลการศึกษาลดคลื่อน
 2. ปัจจัยกวน(confounding factors) แม้ว่าผู้วิจัยจะได้ใช้การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร(multiple logistic regression analysis) เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวนที่สามารถวัดได้แล้วก็ตาม แต่อาจมีปัจจัยกวนตกค้าง(residual confounding) ที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด ในด้านปัจจัยชีวภาพ ภาวะคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อยเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันโดยธรรมชาติ เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนดมักมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยร่วมด้วย ส่งผลให้การแยกอิทธิพลของแต่ละปัจจัยออกจากกันอย่างสมบูรณ์ทำได้ยาก นอกจากนี้ จำนวนตัวอย่างของเด็กที่คลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อยในการศึกษานี้มีค่อนข้างจำกัด จึงอาจลดความแม่นยำของผลการศึกษา ในด้านปัจจัยครอบครัว พบว่าปัจจัยต่างๆ อาจมีความเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน เช่น เด็กที่บิดามารดาหย่าร้างหรือไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา อาจมีรูปแบบการกำกับดูแล ที่แตกต่างจากเด็กในครอบครัวปกติ ซึ่งอาจส่งผลให้มีระยะเวลาการใช้สื่อน้ำจอเพิ่มขึ้นได้ ทำให้แยกผลของแต่ละตัวแปรได้ไม่สมบูรณ์
 3. การศึกษาแบบย้อนหลัง(retrospective case-control study) การศึกษาครั้งนี้อาศัยข้อมูลจากเวชระเบียนเป็นหลัก จึงอาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลบางส่วน นอกจากนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวัดผลตัวแปรต่าง ๆ เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดโรคสมาธิสั้น(ADHD) แล้ว การศึกษาจึงสะท้อนความสัมพันธ์(association) ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาและโรคสมาธิสั้นในเด็กได้เพียงเท่านั้น ไม่อาจสรุปความเป็นเหตุเป็นผล(causal relationship) ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการเกิดโรคสมาธิสั้น ได้อย่างชัดเจน
- ดังนั้น การตีความผลการศึกษาควรพิจารณาข้อจำกัดดังกล่าวร่วมด้วย

บทสรุป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็ก โดยใช้การศึกษา

แบบเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและกลุ่มเด็กที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น กลุ่มละ 127 ราย รวมทั้งสิ้น 254 ราย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ปีที่ได้รับการส่งต่อพบจิตแพทย์ ของโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์ ในช่วงปี 2564 - 2568 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ เพศชาย การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น บิดามารดาหย่าร้างแยกทาง การไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดา และการใช้หน้าจอ ≥ 1 ชั่วโมง/วัน

ในขณะที่ระดับการศึกษาและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็ก ระดับการศึกษาและอาชีพของบิดามารดา รวมถึงมารดามีประวัติสูบบุหรี่ /ดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์ ไม่พบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในการศึกษานี้

เมื่อพิจารณาภาพรวม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด biopsychosocial model ที่อธิบายว่าโรคสมาธิสั้นเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัยร่วมกัน ไม่ใช่เพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ในเชิงการประยุกต์ใช้ ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญต่อการวางแผนป้องกันและดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง โดยควรเริ่มตั้งแต่ระยะก่อนคลอด เช่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อย รวมถึงการส่งเสริมสภาพแวดล้อมครอบครัวที่เหมาะสม และการกำหนดแนวทางการใช้สื่อน้ำจอในเด็กอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ บุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่วัยเริ่มต้น เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบในระยะยาวต่อการเรียนรู้และพฤติกรรมของเด็ก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พัฒนาระบบคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่วัยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะเด็กคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อย
2. ให้ความรู้แนะนำการกำหนดระยะเวลาใช้หน้าจอที่เหมาะสมในเด็ก และส่งเสริมบทบาทผู้ปกครองในการกำกับดูแลการใช้สื่อ
3. พัฒนาระบบติดตามพัฒนาการเด็กในครอบครัวกลุ่มเสี่ยง เพื่อการวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือได้ตั้งแต่วัยเริ่มต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในอนาคตควรมีการออกแบบการวิจัยแบบไปข้างหน้า(prospective study) ที่มีขนาดตัวอย่างมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่คลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อย รวมถึงการเก็บข้อมูลปัจจัยด้านครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างละเอียด เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยกวน ลดความคลาดเคลื่อนของผลการศึกษา และช่วยยืนยันความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นได้อย่างชัดเจนและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เด็กสมาธิสั้น: คู่มือสำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.
2. วิฐารณ บุญสิทธิ. โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(4):373-86.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โรคสมาธิสั้น เป็นได้ก็รักษาได้ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31481>
4. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. J Ment Health Thai. 2013;21(2):66-75.
5. Ilic I, Ilic M. Global incidence of attention deficit/hyperactivity disorder among children. Biol Life Sci Forum. 2022;19:6.
6. Brown University Health. ADHD: why diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder is rising [Internet]. Providence (RI): Brown University Health; 2023 [cited 2025 Sep 2]. Available from: <https://www.brownhealth.org/be-well/adhd-why-diagnosis-attention-deficit-hyperactivity-disorder-rising>
7. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. โรคสมาธิสั้น (ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.ajanukul.go.th/preview-4003.htm>
8. จิรนนท์ วีรกุล. โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งในเด็ก. พุทธชินราชเวชสาร. 2557;31(1):65-75.
9. Ngamkum D, Yunibhan J. Relationships between family factors and behavioral problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder, Eastern Region. J Psychiatr Nurs Ment Health. 2013;27(1):16-28.
10. พิรณัฐ พันธุ์ภักดี. ปัจจัยทำนายความเสี่ยงโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนต้นตามการรับรู้ของผู้ปกครอง [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
11. ประเวศ ปรีดาชัยกุล. ประสิทธิผลการคัดกรองช่วยเหลือเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางพัฒนาการและการเรียนรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา 12 โรงเรียนในจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2559;30(1):179-86.
12. ทวีศักดิ์ สิริรัตนธาดา. การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง; 2560.
13. Schlesselman JJ. Case-control studies: design, conduct, analysis. New York: Oxford University Press; 1982.
14. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.
15. พรชนก หิรัญเข้ว่า. โรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 5-14 ปี โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2564;41(2):42-52.
16. Wamulugwa J, Kakooza A, Kitaka SB, Nalugya J, Kaddumukasa M, Moore S, et al. Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among Ugandan children: a cross-sectional study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2017;11:18.

17. Malek A, Amiri S, Sadegfard M, Abdi S, Amini S. Associated factors with attention deficit hyperactivity disorder: a case-control study. *Arch Iran Med*. 2012;15(9):560-3.
18. พิศมัย พงศาธิรัตน์, พรทิพย์ วชิรดิติก. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2556;27(1):108-20.
19. พัฒนศักดิ์ ทังนาค. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 3-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษ [อินเทอร์เน็ต]. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://healthregion10.moph.go.th/ชื่อผลงาน-ปัจจัยที่มีค/>
20. บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี, เอกรัฐ จันทวันเพ็ญ, ชารินทร์ เพ็ญวรรณ. การศึกษาเชิงวิเคราะห์ตามขวางของปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลสิชล. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*. 2562;33(2):327-38.
21. Crump C, Sundquist J, Sundquist K. Preterm or early term birth and risk of attention-deficit/hyperactivity disorder: a national cohort and co-sibling study. *Ann Epidemiol*. 2023;86:119-25.
22. Lingasubramanian G, Corman H, Noonan K, Reichman NE. Gestational age at term and teacher-reported attention-deficit hyperactivity disorder symptom patterns. *J Pediatr*. 2022;246:120-6.
23. Sasaluxnanon C, Kaewpornsawan T. Risk factor of birth weight below 2,500 grams and attention deficit hyperactivity disorder in Thai children. *J Med Assoc Thai*. 2005;88(11):1514-8.
24. Chen W, Zhou K, Sham P, Franke B, Kuntsi J, Campbell D, et al. DSM-IV combined type ADHD shows familial association with sibling trait scores: a sampling strategy for QTL linkage. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2008;147B:1450-60.
25. ปรีญา สุริพล, สุคนธา ศิริ, ดุสิต สุจิรารัตน์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง. การใช้สื่อเทคโนโลยีกับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนต้น. ใน: อาริรัตน์ แยมเกษร, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2562; 26 เม.ย. 2562; ปทุมธานี, ประเทศไทย. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2562. หน้า 104-13.
26. กันยา พาณิษย์ศิริ, เบญจพร ตันตสุติ. การติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2559;61(3):191-204.
27. Lingineni RK, Biswas S, Ahmad N, Jackson BE, Bae S, Singh KP. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: results from a national survey. *BMC Pediatr*. 2012;12:50.
28. Beyens I, Valkenburg PM, Piotrowski JT. Screen media use and ADHD-related behaviors: four decades of research. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018;115(40):9875-81.
29. Nikkelen SW, Valkenburg PM, Huizinga M, Bushman BJ. Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: a meta-analysis. *Dev Psychol*. 2014;50(9):2228-41.
30. American Academy of Pediatrics. Media and young minds. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20162591.
31. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization; 2019.