



# การศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา

## Prevalence and Factors Associated with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Male Juvenile Delinquent of Metta Remand Home

พนม เกตุมาน พบ.\*, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข พบ.\*, ชาญวิทย์ พรนภดล พบ.\*,  
สุพร อภินันทเวช พบ.\*

Panom Ketumarn M.D.\*, Somboon Hataiyusuk M.D.\*, Chanvit Pornnoppadol M.D.\*,  
Suporn Apinuntavech M.D.\*

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นของวัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นชายอายุ 11-18 ปีในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2555 - ธันวาคม 2556 จำนวน 275 ราย ขั้นตอนแรกเก็บข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง ขั้นตอนที่สองคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น Thai ADHD Screening Scales (THASS) ฉบับตนเองและฉบับผู้ปกครอง ขั้นตอนที่สามสัมภาษณ์วัยรุ่นที่ผลการคัดกรองบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้นโดยใช้ Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R) section ADHD ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ค่าความชุกด้วยการหาค่าร้อยละ แล้วนำข้อมูลปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นมาเปรียบเทียบกันทางสถิติ

**ผลการศึกษา** วัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 31 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 12.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ การว่างงาน การเข้าเสพติดชนิดอื่นๆ (ยกเว้นเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์และบุหรี่) กำลังใจจากพ่อหรือแม่ และการถูกลวนลามทำอนาจารทางเพศจากสมาชิกในชุมชน

**สรุป** ความชุกของโรคสมาธิสั้นของวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา เท่ากับร้อยละ 12.5 ซึ่งสูงกว่าในประชากรทั่วไป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวควรได้รับการศึกษาต่อไป

**คำสำคัญ** โรคสมาธิสั้น ความชุก วัยรุ่น เยาวชนที่กระทำผิดกฎหมาย

Corresponding author: สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(1): 27-39

## ABSTRACT

**Objective :** To evaluate the prevalence and associated factors of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in male juvenile delinquent of Metta Remand Home.

**Methods :** This cross-sectional study examined 275 male adolescents, aged 11-18 years old, in male juvenile delinquent of Metta Remand Home between July 2012 and December 2013. Self-administered questionnaires were used to collect basic clinical characteristics and potential factors associated with ADHD. Then participants were screened for ADHD by using both self and parent versions of Thai ADHD screening scales (THASS). Finally, semi-structured interviews was performed by investigator among those adolescents with positive THASS results using ADHD section of Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R) - Thai language. The prevalence rate of ADHD was reported. Statistical analyses were performed to compare factors in those subjects with and without ADHD diagnosis.

**Results :** Of 275 male juvenile delinquent of Metta Remand Home, 31 (12.5%) were diagnosed with ADHD. Factors that were statistically associated with ADHD were employment status, use of illicit drugs other than alcohol or smoking, parental support and history of sexual harassment from community members.

**Conclusions :** Prevalence of ADHD in male juvenile delinquent of Metta Remand Home is 12.5%, which is higher than general population. Factors associated with ADHD in this population need further investigation.

**Keywords :** ADHD, prevalence, adolescents, juvenile delinquent

---

Corresponding author: Somboon Hataiyusuk

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(1): 27-39

## บทนำ

โรคสมาธิสั้นหรือ attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องที่มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) ซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ทั้งนี้หากอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องมีอาการขาดสมาธิและ/หรืออาการอยู่นิ่ง-หุนหันพลันแล่นที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกันเกิดขึ้นในอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไปเป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน จนทำให้เกิดปัญหาในด้านสังคม การเรียนหรืออาชีพการงานของผู้ป่วยโดยอาการดังกล่าวเริ่มปรากฏตั้งแต่ก่อนอายุ 12 ปี และไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ<sup>1</sup> โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด<sup>2</sup> โดยมีอัตราความชุกเฉลี่ยจากการศึกษาในประเทศต่างๆ (worldwide-pooled prevalence) เท่ากับร้อยละ 5.29<sup>3</sup> และความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จาก 10 จังหวัดใน 4 ภาค จำนวน 7,188 ราย พบว่ามีความชุกร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2<sup>4</sup>

โรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันหลายด้าน ภาวะไม่อยู่นิ่ง ไม่มีสมาธิ มีผลต่อประสิทธิภาพทางการเรียน ไม่ประสบความสำเร็จทางการศึกษา<sup>5</sup> พฤติกรรมซุกซน ก้าวร้าว ทำให้ผู้ป่วยถูกปฏิเสธจากเพื่อน<sup>6</sup> มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติเหตุรถยนต์ และการบาดเจ็บที่รุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไป มีความสัมพันธ์กับการไม่ประสบความสำเร็จในการทำงาน<sup>8</sup> การหย่าร้าง การใช้สารเสพติด มีอัตราการเป็นโรคร่วมทางจิตเวชสูง<sup>9</sup> และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงการทำผิดกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญ<sup>10</sup>

จากการศึกษาได้ติดตามเด็กชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นในระยะเวลา 8 ปี พบว่าเด็กชายที่มีภาวะสมาธิสั้น ในวัย 17 ปี มีอัตราการถูกคุมขังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ<sup>11</sup> และเมื่อติดตามผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจนถึงอายุเฉลี่ย 22 ปี ผลการศึกษาชี้ว่าผู้ที่มีภาวะสมาธิสั้นมีอัตราการถูกจับกุมเนื่องจากกระทำผิดกฎหมายในวัยผู้ใหญ่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ<sup>12</sup>

นอกจากนั้นยังมีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในต่างประเทศ พบว่าความชุกโรคสมาธิสั้นของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ สูงกว่าในประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีการศึกษาที่เป็นรูปแบบ meta-analysis จากการศึกษาก่อนหน้าจำนวน 42 การศึกษา พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นในเยาวชนที่กระทำผิดจำนวนร้อยละ 25.5 โดยมีความชุกที่แตกต่างกันในแต่ละทวีป<sup>13</sup>

มีการศึกษาความสัมพันธ์ของโรคสมาธิสั้นและการกระทำผิดที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการน้อยมากในประเทศแถบเอเชีย สำหรับประเทศไทยนั้น ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของโรคสมาธิสั้นกับการทำผิดกฎหมาย หรือก่ออาชญากรรมโดยตรง มีเพียงการศึกษาเรื่องความชุกของโรคทางจิตเวชในสถานพินิจ โดยศึกษาในเด็กและวัยรุ่นในสถานพินิจกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 ราย ด้วยการสัมภาษณ์เด็กโดยตรงจากคณะจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พบโรคทางจิตเวชในกลุ่มศึกษาถึงร้อยละ 96 โดยมีโรคสมาธิสั้นร้อยละ 28<sup>14</sup>

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น เมื่อพบทวนหลายๆ การศึกษาก่อนหน้านี้แล้ว พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น เช่น ภาวะพิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด<sup>15</sup> การใช้แอลกอฮอล์และบุหรี่ของบุคคลรอบๆ ตัวในช่วงที่มารดาตั้งครรภ์<sup>16</sup>

โรคทางจิตเวชของบิดาหรือมารดา<sup>17</sup> บิดาหรือมารดาที่มีอายุน้อย<sup>18</sup>

ในปัจจุบันจำนวนเด็กและเยาวชนกระทำผิดและเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมมีจำนวนมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจทั่วประเทศทั้งสิ้น 36,763 คดี แบ่งเป็นเพศชาย 34,279 คดี (ร้อยละ 93.24) เพศหญิง 2,484 คดี (ร้อยละ 6.76)<sup>19</sup> ซึ่งมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และโรคทางจิตเวช ดังนั้นการทราบความชุกของโรคทางจิตเวช จึงมีประโยชน์ในด้านระบาดวิทยา เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการคัดกรอง และการรักษาภาวะทางจิตเวสดังกล่าว

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในเด็กและเยาวชนผู้กระทำผิดกฎหมาย โดยเลือกศึกษาความชุกในวัยรุ่นชายเนื่องจากประชากรที่กระทำผิดส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นชายและอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นในประชากรทั่วไปพบมากในเพศชาย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงประมาณ 3:1<sup>2</sup>

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและเยาวชนชายจากศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา ซึ่งเป็นที่พักแรกรับของเด็กและเยาวชนชายที่กระทำผิดทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร และอยู่ระหว่างการสอบสวนดำเนินคดีก่อนทำการตัดสินและลงโทษตามกฎหมาย โดยมีสมมติฐานว่าเด็กและเยาวชนชายที่ได้รับการควบคุมในศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชนในประเทศไทย มีความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงกว่ากลุ่มประชากรเด็กและเยาวชนทั่วไปในประเทศไทย และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคสมาธิสั้น

## วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น

ของวัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา

## วิธีการศึกษา

### กลุ่มประชากร

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากการประมาณความชุกของโรคสมาธิสั้นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตาโดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องของต่างประเทศและจากการศึกษาของสุวรรณีย์ พุทธิศรี และคณะ ที่ศึกษาเรื่องความชุกของโรคทางจิตเวชในสถานพินิจ ได้ค่าความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 28<sup>14</sup> เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กที่กระทำผิด โดยใช้แบบคัดกรอง THASS มาก่อน ผู้วิจัยจึงคาดการณ์ความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กที่กระทำผิดคิดเป็นร้อยละ 20 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 (ร้อยละ 15-25) ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับการศึกษาเดิม ดังนั้นถ้าในการศึกษาครั้งนี้ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกินร้อยละ 5 จะต้องใช้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 246 ราย โดยมีรายละเอียดในการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p (1-p)}{d^2}$$

เมื่อ  $n$  = จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

$p$  = สัดส่วนของโรคสมาธิสั้นในศูนย์แรกรับเด็ก

และเยาวชนชายบ้านเมตตา = 0.20

$d$  = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการประมาณค่า = 0.05

$Z_{\alpha/2}$  = 1.96 เมื่อกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

และอำนาจการทดสอบเท่ากับ 80% จะต้องใช้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 246 ราย

เพื่อป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการถอนตัวจากโครงการ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้ขนาดตัวอย่างเป็น 275 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา

(inclusion criteria)

- วัยรุ่นชายอายุ 11 ถึง 18 ปีซึ่งกำลังถูกควบคุม

ตัวที่ศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา

- วิทยาลัยและผู้ปกครองสามารถอ่าน เขียนหรือพูดภาษาไทยได้
- วิทยาลัยและผู้ปกครองให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และลงชื่อในใบยินยอม

**เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการศึกษาหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา (exclusion criteria)**

- วิทยาลัยที่มีปัญหาการได้ยิน ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้
- วิทยาลัยที่ไม่มีผู้ปกครอง
- ผู้เข้าร่วมการศึกษาของถอนตัว
- วิทยาลัยที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้สัมภาษณ์

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลด้านต่างๆ เช่น อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สภาพครอบครัว ประเภทคดี การใช้ยาเสพติด เป็นต้น

2. แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น Thai ADHD screening scales (THASS) ซึ่งสามารถคัดกรองโรคสมาธิสั้นได้ตั้งแต่อายุ 3-18 ปี มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยข้อที่ 1-15 เป็นการวัดอาการชน อยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity) และข้อที่ 16-30 เป็นการวัดอาการขาดสมาธิ (inattentiveness) ซึ่งผู้ตอบแบบคัดกรองคือตัววิทยาลัยและผู้ปกครอง ทั้งนี้เพื่อให้การคัดกรองมีความน่าเชื่อถือและแม่นยำมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 11-13 ปี ทำแบบคัดกรองฉบับเด็กโต (สำหรับเด็กอายุ 6ปี- 12ปี 11 เดือน) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี ทำแบบคัดกรองฉบับวิทยาลัย (สำหรับวิทยาลัยอายุ 13 ปี - 18 ปี 11 เดือน) ผู้ปกครองที่ทำแบบคัดกรองต้องเป็นผู้ที่ดูแล และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับวิทยาลัยเป็นอย่างดี จากการศึกษพบว่าแบบคัดกรองดังกล่าวมีค่า Cronbach's alpha coefficient ตั้งแต่ 0.94 ขึ้นไป มีค่าสัมประสิทธิ์ Pearson correlation coefficient (r) เฉลี่ย 0.80

( $p < 0.001$ ) ณ จุดตัด (cut-off point) ที่ T-score  $\geq 61$  จะมีค่าความไวร้อยละ 90 และค่าความจำเพาะร้อยละ 88<sup>20</sup>

3. Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R) section ADHD ฉบับภาษาไทย โดย DICA-R เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นชนิด semi-structured interview โดยคำถามใช้จากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตาม DSM-IV, DSM-III-R ซึ่งเพียงทิพย์ พรหมพันธุ์และคณะได้แปลมาเป็นภาษาไทยแล้วนำมาศึกษาพบว่าค่าความสอดคล้องภายใน ความแม่นยำตรงด้านเนื้อหาและด้านเกณฑ์การวินิจฉัยเทียบกับต้นฉบับแล้วอยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยค่าความเชื่อถือได้ระหว่างผู้สัมภาษณ์ของฉบับเด็กมีค่า 0.9684 ค่าความไวร้อยละ 100 ค่าความจำเพาะร้อยละ 88.35<sup>21</sup>

**วิธีการ**

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (Siriraj institutional review board) รหัสโครงการ 109/2555(EC2) และได้มีการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากอธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน และผู้อำนวยการศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา

กระบวนการเก็บข้อมูลเริ่มต้นตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 โดยขั้นตอนคือ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัยแก่ผู้ร่วมวิจัย ดำเนินการแจกแบบสอบถามเรื่องทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวิทยาลัยที่กระทำผิด แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น THASS แบบใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้แก่วิทยาลัยและผู้ปกครองที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยโดยใช้เวลาในการตอบแบบคัดกรอง และแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที ในรายที่คัดกรองจากแบบคัดกรอง THASS จากวิทยาลัยและผู้ปกครองอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างได้ผล T-score  $\geq 61$  วิทยาลัยและผู้ปกครองจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นจากแผนพบ และวิทยาลัยจะได้รับการ

สัมภาษณ์โดยผู้วิจัย โดยใช้เครื่องมือ DICA-R ฉบับเด็ก (อายุ 6-12 ปี) และฉบับวัยรุ่น (อายุ 13-18 ปี) โดยรายที่เข้าได้กับโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ของแบบสัมภาษณ์ DICA-R จะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ผู้ปกครองจะทราบผลการวินิจฉัยและได้รับคำแนะนำให้ไปพบจิตแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยซ้ำ และรับการรักษาต่อไป หลังจากนั้นจะนำข้อมูลปัจจัยต่างๆ จากกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัย และไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกันทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) คือข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (sd)

2. ใช้สถิติ chi-square test สำหรับข้อมูลปัจจัยที่เป็นตัวแปรแบบจัดกลุ่มเพื่อหาความสัมพันธ์และ Mann-Whitney U test เพื่อหาความสัมพันธ์สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไปและความชุกของโรคสมาธิสั้น

การศึกษาคั้งนี้มีกลุ่มประชากรศึกษาทั้งหมด 275 ราย แต่ได้รับการประกันตัวระหว่างเก็บข้อมูล 27 ราย จึงได้เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากวัยรุ่นทั้งสิ้น 248 ราย ผลการคัดกรองจากแบบคัดกรอง THASS พบรายที่มีค่า T-score  $\geq 61$  จำนวน 43 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นจากแบบสัมภาษณ์ DICA-R ทั้งสิ้น 31 ราย (ร้อยละ 12.5) แบ่งเป็น predominantly inattentive presentation 15 ราย (ร้อยละ 6.05) predominantly hyperactive/impulsive presentation 2 ราย (ร้อยละ 0.81) combined presentation 14 ราย (ร้อยละ 5.65) โดยกลุ่มประชากรเป็นวัยรุ่นชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 16.2 ปี อายุน้อยที่สุด 13 ปี อายุมากที่สุด 18 ปี เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้นและกลุ่มที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น ปัจจัยด้านอายุไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มประชากรมีโรคประจำตัวทางจิตเวช 2 ราย ซึ่งเป็นโรคสมาธิสั้นและได้รับการรักษาต่อเนื่อง นอกจากนั้นไม่ทราบและไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	ADHD 31 ราย จำนวน (ร้อยละ)	Non ADHD 217 ราย จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี $\pm$ SD)	16.1 $\pm$ 1.2	16.3 $\pm$ 1.1	0.136
ระดับการศึกษาสูงสุด			
- ต่ำกว่าประถมศึกษา	1 (3.2)	1 (0.5)	
- ประถมศึกษา	11 (35.5)	52 (24.0)	
- มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (51.6)	121 (55.8)	
- มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช. และ ปวส.	3 (9.7)	43 (19.8)	
เกรดเฉลี่ยปีการศึกษาล่าสุด			
- < 2.50	15 (48.4)	92 (42.4)	
- $\geq$ 2.50	16 (51.6)	125 (57.6)	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)			
- $\leq$ 10,000	14 (45.2)	113 (52.1)	
- > 10,000	17 (54.8)	104 (47.9)	
โรคประจำตัวทางจิตเวช	2 (6.5)	0 (0)	

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น**

เมื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติแล้วพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในกลุ่มประชากรศึกษาที่มีนัยสำคัญทางสถิติมีทั้งหมด 4 ปัจจัย คือ ภาวะการมีงานทำ ความถี่ในการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ (ยกเว้นเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์และบุหรี่ยี่) กำล้างใจจากพ่อหรือแม่ การถูกลวนลามทำอนาจารทางเพศ

จากสมาชิกในชุมชน สำหรับปัจจัยที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย ประเภทของคดี ประวัติการศึกษา สถานภาพของบิดามารดา ประวัติการทำผิดกฎหมายของสมาชิกในครอบครัว ความถี่ในการใช้เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ บุหรี่ ความรุนแรงในครอบครัว สภาพแวดล้อม ชุมชน (ตารางที่ 2 และ 3)

**ตารางที่ 2** ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น

ข้อมูล	ADHD 31 ราย จำนวน (ร้อยละ)	Non ADHD 217 ราย จำนวน (ร้อยละ)	p-value	odds ratio (95%CI)
<b>ประเภทของคดี</b>				
- ทรัพย์	12 (38.7)	50 (23.0)	0.059	2.11 (0.96-4.64)
- ชีวิตและร่างกาย	2 (6.5)	31 (14.3)	0.230	0.41 (0.09-1.82)
- ยาเสพติด	15 (48.4)	132 (60.8)	0.187	0.60 (0.28-1.29)
- อื่นๆ	3 (9.7)	9 (4.2)	0.180	2.48 (0.63-9.70)
<b>ภาวะการมีงานทำ</b>				
- มีงานทำ	20 (64.5)	175 (80.7)	0.040*	2.29 (1.02-5.16)
-ว่างงาน	11 (35.5)	42 (19.4)		
<b>ประวัติการศึกษา</b>				
- กำลังศึกษา	10 (32.3)	87 (40.1)	0.403	1.40 (0.63-3.13)
- ออกจากโรงเรียนกลางคัน	21 (67.7)	130 (59.9)		
<b>สถานภาพของบิดามารดา</b>				
- บิดามารดาอยู่ร่วมกัน	14 (45.2)	93 (42.9)	0.428	0.70 (0.30-1.67)
- บิดามารดาแยกทางกัน	10 (32.3)	94 (43.3)		
<b>สมาชิกในครอบครัวเคยทำผิดกฎหมาย</b>				
- เคย	5 (16.1)	44 (20.3)	0.587	0.76 (0.28-2.08)
- ไม่เคย	26 (83.9)	173 (79.7)		
<b>ความถี่ในการใช้เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์</b>				
- น้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	12(38.7)	123 (56.7)	0.354	1.60 (0.59-4.31)
- อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์	7 (22.6)	45 (20.7)		
<b>ความถี่ในการใช้บุหรี่ยี่</b>				
- น้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	3 (9.7)	22 (10.1)	0.842	1.14 (0.32-4.08)
- อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์	25 (80.7)	161 (74.2)		
<b>ความถี่ในการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ</b>				
- น้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน	5 (16.1)	59 (27.2)	0.014*	3.83 (1.25-11.77)
- อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์	12 (38.7)	37 (17.1)		

หมายเหตุ \* p value < 0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น

ข้อมูล	ADHD (ค่าเฉลี่ย (SD))	Non ADHD (ค่าเฉลี่ย (SD))	p-value
<b>ปัจจัยในครอบครัว</b>			
- ความอบอุ่นและการเอาใจใส่จากพ่อหรือแม่	3.7 (1.3)	4.1 (1.0)	0.080
- กำลังใจจากพ่อหรือแม่	3.4 (1.5)	4.2 (1.0)	0.002*
- สมาชิกมีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายร่างกายให้คนในครอบครัว ได้รับบาดเจ็บ	1.4 (0.9)	1.2 (0.5)	0.178
- สมาชิกใช้คำพูดก้าวร้าว อารมณ์รุนแรงทำให้ได้รับการกระทบ กระเทือนทางจิตใจ	1.9 (1.0)	1.6 (0.8)	0.135
- ถูกกลั่นแกล้ง ทำอนาจารทางเพศโดยสมาชิกในครอบครัว	1.1 (0.4)	1.0 (0.2)	0.118
<b>ปัจจัยในชุมชนและสภาพแวดล้อม</b>			
- สมาชิกมีพฤติกรรมรุนแรง ทำร้ายร่างกายให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ	1.9 (1.0)	1.6 (0.8)	0.076
- มีการใช้ยาเสพติด	2.4 (1.2)	2.1 (0.9)	0.221
- ถูกทำร้ายร่างกายโดยสมาชิกในชุมชน	1.3 (0.7)	1.1 (0.4)	0.057
- ถูกกลั่นแกล้ง ทำอนาจารทางเพศจากสมาชิกในชุมชน	1.2 (0.5)	1.0 (0.3)	0.004*
- กลุ่มเพื่อนมีการใช้ยาเสพติด	2.3 (1.1)	1.9 (0.9)	0.119

หมายเหตุ \* p value < 0.05

## วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา โดยผู้วิจัยพบความชุกร้อยละ 12.5 หากศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไปจะพบว่าในการศึกษานี้มีความชุกสูงกว่า โดยประชากรทั่วโลกมีความชุกร้อยละ 5.29<sup>3</sup> ประชากรประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 8.1<sup>4</sup> ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าที่พบความชุกของโรคสมาธิสั้นในกลุ่มประชากรที่มีภาวะกระทำผิดมากกว่ากลุ่มประชากรที่ไม่ได้กระทำผิด<sup>13, 22</sup> ซึ่งความชุกในการศึกษานี้มีค่าน้อยกว่าการศึกษาก่อนๆ ทั้งนี้ผู้วิจัยคิดว่าเกิดจากเครื่องมือที่ใช้ โดยการศึกษาที่ใช้เครื่องมือคือแบบคัดกรอง THASS ในการคัดกรอง และวินิจฉัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ DICA-R ซึ่งถือเป็นการศึกษาแรกที่นำเอาเครื่องมือดังกล่าวมาใช้คู่กันกับกลุ่มประชากรที่มีการกระทำผิด เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาโดยสุวรรณี

พุทธิศรี และคณะ ที่ใช้การสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพียงขั้นตอนเดียว<sup>14</sup>

ทั้งนี้หากแบ่งตามอาการของโรคสมาธิสั้นแล้วสามารถจำแนกตามชนิดคือ predominantly inattentive presentation, combined presentation และ predominantly hyperactive/impulsive presentation ตามลำดับ ซึ่งจะแตกต่างกับการศึกษาของทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ ที่พบ combined presentation มากที่สุด และ predominantly hyperactive/impulsive presentation พบน้อยที่สุดเช่นกัน<sup>4</sup> โดยการศึกษาดังกล่าวกลุ่มประชากรอายุเฉลี่ยน้อยกว่า เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่กระทำผิดในการศึกษาของ Rosler และคณะ จะพบ combined presentation, predominantly hyperactive/impulsive presentation และ predominantly inattentive presentation ตามลำดับ<sup>23</sup>



ในการศึกษาคั้งนี้พบว่าข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มประชากรคล้ายคลึงกับประชากรที่กระทำผิดทั่วไป โดยประชากรทั้งหมดเป็นวัยรุ่นชาย อายุเฉลี่ย 16.2 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คดีที่กระทำผิดส่วนใหญ่เป็นคดียาเสพติด ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลในประชากรทั่วไป จากสถิติของคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจฯ ทั่วประเทศประจำปี พ.ศ. 2556 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นชาย อายุตั้งแต่ 15-18 ปี ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คดีที่กระทำผิดเป็นคดียาเสพติด<sup>19</sup>

ในประชากรทั่วไปที่กระทำผิดพบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ<sup>19</sup> ต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีงานทำ และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น พบว่าภาวะการมีงานทำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (odds ratio = 2.29) โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นมีอัตราการมีงานทำมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ประชากรที่เป็นโรคสมาธิสั้นประสบความสำเร็จในอาชีพน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น<sup>24</sup>

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป พบว่าโรคสมาธิสั้นสัมพันธ์กับภาวะการติดยาเสพติด ทั้งเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาเสพติดชนิดอื่นๆ<sup>25</sup> และบางการศึกษาพบความสัมพันธ์กับการใช้กัญชา<sup>26</sup> เฮโรอีนและโคเคน<sup>27</sup> ต่างจากการศึกษานี้ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของโรคสมาธิสั้นกับการใช้เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์และบุหรี่ พบแต่ความสัมพันธ์ของโรคสมาธิสั้นกับการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้มีการระบุชัดเจนว่าเป็นยาเสพติดชนิดใด เมื่อทำการศึกษาข้อมูลของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 พบว่าคดียาเสพติดส่วนใหญ่เป็นคดียาบ้า (methamphetamine)<sup>19</sup> จากข้อมูล

ดังกล่าวทำให้เห็นว่าชนิดของยาเสพติดในประเทศไทยนั้นมีความแตกต่างกันกับชนิดของยาเสพติดในต่างประเทศ หากแบบสอบถามในการศึกษานี้มีการระบุชนิดของยาเสพติดอื่นๆ อย่างชัดเจน อาจเห็นผลการศึกษาที่คล้ายคลึงกันกับประชากรทั่วไปที่กระทำผิดของประเทศไทย

กลุ่มประชากรที่เป็นสมาธิสั้นชอบความท้าทายร่วมกับขาดการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ปกครองจึงนำไปสู่การกระทำผิด<sup>28</sup> สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบปัจจัยเรื่องกำลังใจจากพ่อหรือแม่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ถึงแม้ว่าปัจจัยเรื่องความอบอุ่นและการเอาใจใส่จากพ่อหรือแม่นั้นจะไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็พบว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นนั้น มีค่าคะแนนที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ในทางตรงกันข้ามหากผู้ปกครองต่อว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นสมาธิสั้น ก็จะทำให้พฤติกรรมของเด็กกลุ่มนี้แย่ลง<sup>29</sup>

เป็นที่ทราบแน่ชัดแล้วว่าในผู้ป่วยสมาธิสั้นจำนวนมากจะมีโรคร่วมทางจิตเวช โดยโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่เช่น โรคเกร (conduct disorder) โรคต่อต้าน (oppositional defiant disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder)<sup>30</sup> เป็นต้น ในการศึกษานี้พบโรคประจำตัวทางจิตเวช 2 รายคือโรคสมาธิสั้น ทั้งนี้โรคประจำตัวทางจิตเวชถือเป็นข้อมูลที่ประชากรศึกษาส่วนใหญ่ไม่ทราบหรือไม่เข้าใจความหมายของคำดังกล่าว ทำให้ข้อมูลส่วนนี้แตกต่างจากการศึกษาก่อนๆ หากต้องการรายละเอียดที่แม่นยำผู้วิจัยต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยจำเพาะในแต่ละโรคคล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้านั้น<sup>14</sup> ส่วนของการให้การรักษาพบว่ากรณีที่วินิจฉัยโรคสมาธิสั้นและให้การรักษาทั้งโรคสมาธิสั้นและโรคร่วมทางจิตเวชอย่างทันท่วงที่จะช่วยลดการกระทำผิดได้<sup>31</sup>

ปัจจัยการถูกระงับการกระทำทารุณกรรมและความรุนแรงในครอบครัวถือเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ ในประชากรทั่วไปพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคสมาธิสั้นกับการกระทำทารุณกรรมทางเพศ การกระทำทารุณกรรมทางร่างกาย และความรุนแรงในครอบครัว<sup>32</sup> ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นล้วนให้คะแนนในการตอบแบบสอบถามเรื่องปัจจัยในครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งส่วนใหญ่ไม่พบว่ามีความสำคัญ ยกเว้นการถูกลวนลามทำอนาจารทางเพศจากสมาชิกในชุมชน เพียงปัจจัยเดียวที่มีนัยสำคัญในการศึกษาครั้งนี้

#### ข้อจำกัด

การศึกษานี้พบค่าความชุกน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ เนื่องจากวิธีการศึกษาที่จะต้องมีการตอบแบบคัดกรองจากทั้งตัววัยรุ่นที่กระทำผิดเองและผู้ปกครอง ซึ่งกระบวนการเก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยต้องเดินทางไปเก็บข้อมูลที่ศูนย์แรกรับฯ ในวันที่ผู้ปกครองมาเยี่ยมวัยรุ่น และหากผู้วิจัยไม่ได้เดินทางไปในวันดังกล่าว จะส่งผลให้วัยรุ่นรายนั้นไม่ได้ถูกคัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มประชากรศึกษา ทำให้ขาดข้อมูลจากวัยรุ่นรายนั้นไป และวัยรุ่นที่ไม่มีผู้ปกครองก็ไม่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาเป็นกลุ่มประชากรเช่นกัน โดยวัยรุ่นรายดังกล่าวอาจจะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นก็เป็นไปได้ ส่วนของการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองนั้นผู้ปกครองแต่ละรายให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบคัดกรองไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นกับปัจจัยเฉพาะตัวของผู้ปกครองแต่ละราย ทำให้ข้อมูลที่ได้จากผู้ปกครองอาจจะไม่ใช่ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนทั้งหมด และการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นนั้น ต้องการข้อมูลในวัยเด็กอายุก่อน 12 ปี แต่ขณะที่ทำการศึกษานี้กลุ่มประชากรทุกรายเป็นวัยรุ่นอายุมากกว่า 12 ปี ทำให้ผู้ปกครองและวัยรุ่นอาจจะตอบข้อมูลในวัยเด็กได้ไม่ครบถ้วน

จึงไม่สามารถคัดกรองและให้การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในรายนั้นได้ เมื่อก้าวถึงชนิดของโรคสมาธิสั้นในการศึกษานี้ สาเหตุที่ทำให้ผลการศึกษาที่ออกมาต่างจากการศึกษาอื่น ผู้วิจัยคาดว่าเป็นเพราะในการศึกษานี้ยืนยันการวินิจฉัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ DICA-R กับตัววัยรุ่นเพียงอย่างเดียว ทำให้วัยรุ่นบางรายทราบเพียงแต่อาการขาดสมาธิ อาจจะไม่ทราบประวัติอาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของตนเองอย่างชัดเจน หากมีการสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่ใกล้ชิดเพื่อยืนยันการวินิจฉัยร่วมด้วย ผู้ปกครองจะให้ประวัติในส่วนนี้ได้ดีกว่าตัววัยรุ่น และอีกสาเหตุที่ทำให้ชนิดของโรคสมาธิสั้นต่างจากการศึกษาอื่น เนื่องจากการดำเนินโรคของโรคสมาธิสั้น พบว่าในวัยรุ่นนั้นมักจะมีอาการชอนอยู่ไม่นิ่งลดลง เมื่อเทียบกับอาการขาดสมาธิ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นนั้น ผลการศึกษาในเรื่องดังกล่าวมีความใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้บางส่วน แต่ในส่วนของภาวะการมีงานทำ ข้อมูลก่อนคลอดหรือช่วงหลังคลอดนั้นไม่ได้มีการสอบถามชัดเจนจากกลุ่มประชากร รวมทั้งไม่ได้เก็บข้อมูลประวัติที่สำคัญของบิดามารดา ชนิดของยาเสพติดที่วัยรุ่นใช้นอกเหนือจากเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์และบุหรี่ ข้อมูลที่ได้อาจจะไม่ชัดเจนเท่าการศึกษาก่อนหน้านี้ ทำให้การวางแผนป้องกันโรคสมาธิสั้น หรือการนำไปใช้ในทางปฏิบัติจากเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาจจะไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร

#### สรุป

การศึกษานี้พบความชุกของโรคสมาธิสั้นของวัยรุ่นในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา มีจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.5 และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นทั้งหมด 4 ปัจจัยคือ ภาวะการมีงานทำ ความถี่ในการใช้ยาเสพติดชนิดอื่น ๆ (ยกเว้นเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ และบุหรี่) กำลังใจจาก

พ่อหรือแม่ การถูกลวนลามทำอนาจารทางเพศจากสมาชิกในชุมชน โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านอื่นๆ นั้น ควรได้รับการศึกษาต่อไป ผลที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นประโยชน์ มีหลายอย่างที่สุดอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ สามารถนำไปพัฒนาศึกษาต่อ เพื่อวางแผนการป้องกัน และให้การดูแลช่วยเหลือในประชากรกลุ่มดังกล่าวต่อไป

### **กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบคุณอธิบดีกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ผู้อำนวยการศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา ที่ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในศูนย์แรกรับฯ คุณอัญชิษฐา แสงอรุณ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของศูนย์แรกรับฯ ที่ได้ให้ข้อมูลเบื้องต้น อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล พญ.สุรัชชา เรื่องเวชที่ได้วางแผนการวิจัยและเก็บข้อมูลในช่วงแรก ดร.เสาวลักษณ์ สุนนางกูร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำด้านระเบียบวิธีวิจัยและสถิติ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### **เอกสารอ้างอิง**

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Boon-yasidhi V. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2012; 57:373-86.
3. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. AmJ Psychiat 2007; 164:942-8.

4. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. Journal of Mental Health of Thailand 2013; 21:66-75.
5. Polderman TJ, Boomsma DI, Bartels M, Verhulst FC, Huizink AC. A systematic review of prospective studies on attention problems and academic achievement. Acta Psychiatr Scand 2010; 122:271-84.
6. Hoza B, Mrug S, Gerdes AC, Hinshaw SP, Bukowski WM, Gold JA, et al. What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? J Consult Clin Psych 2005; 73:411-23.
7. Leibson CL, Katusic SK, Barbaresi WJ, Ransom J, O'Brien PC. Use and costs of medical care for children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. JAMA 2001; 285:60-6.
8. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiat 2005; 62:617-27.
9. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001; 40:147-58.
10. Mannuzza S, Klein RG, Konig PH, Giampino TL. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. Arch Gen Psychiat 1989; 46: 1073-9.

11. Satterfield JH, Hoppe CM, Schell AM. A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *Am J Psychiat* 1982; 139:795-8.
12. Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1997; 36:1726-35.
13. Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychol Med* 2015; 45:247-58.
14. Putthisri S, Yingsaree S. Prevalence of psychiatric disorders in juvenile detention. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2003; 49:213-22.
15. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2002; 41:378-85.
16. Han JY, Kwon HJ, Ha M, Paik KC, Lim MH, Gyu Lee S, et al. The effects of prenatal exposure to alcohol and environmental tobacco smoke on risk for ADHD: a large population-based study. *Psychiat Res* 2015; 225:164-8.
17. vanDyk L, Springer P, Kidd M, Steyn N, Solomons R, van Toorn R. Familial-Environmental Risk Factors in South African Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Case-Control Study. *J Child Neurol* 2015; 30:1327-32.
18. Chudal R, Joelsson P, Gyllenberg D, Lehti V, Leivonen S, Hinkka-Yli-Salomaki S, et al. Parental age and the risk of attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide, population-based cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2015; 54:487-94.e1.
19. Annual report 2013 case statistics. Bangkok: Department of juvenile observation and protection; 2014.
20. 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. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2014; 59:335-54.
21. Promphan P, Pornnoppadol C, Kaowepornsavade T. Test of Reliability and Validity of the Thai Version of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R) for Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Aged 6 to 12 Years. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2003; 49(3):191-211.
22. Moffitt TE, Silva PA. Self-reported delinquency, neuropsychological deficit, and history of attention deficit disorder. *J Abnorm Child Psychol* 1988; 16:553-69.

23. Rosler M, Retz W, Retz-Junginger P, Hengesch G, Schneider M, Supprian T, et al. Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *Eur Arch Psych Clin N* 2004; 254:365-71.
24. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med* 2012; 10:99.
25. Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C, Fried R, Petty C, et al. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2011; 50:543-53.
26. Ramtekkar U, Mezzacappa E. Is ADHD an independent risk factor for cannabis use? A literature review. *Compr Psychiatry* 2012; 54:e14.
27. Dunne EM, Hearn L, Rose JJ, Latimer WW. ADHD as risk factor for early onset and later severity of illicit substance use: An accelerated gateway model. *Drug Alcohol Depen* 146:e270.
28. Jones S, Lynam DR. In the Eye of the Impulsive Beholder: The Interaction Between Impulsivity and Perceived Informal Social Control on Offending. *Crim Justice Behav* 2009; 36:307-21.
29. Mukolo A, Heflinger CA. Factors associated with attributions about child health conditions and social distance preference. *Community Ment Hlt J* 2011; 47:286-99.
30. Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiat Clin N Am* 2000; 9:525-40, vii.
31. Belcher JR. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Offenders and the Need for Early Intervention. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2014; 58:27-40.
32. Fuller-Thomson E, Lewis DA. The relationship between early adversities and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Abuse Negl* 2015; 47:94-101.

