



Adult ADHD ในพ่อแม่ของเด็กที่เป็น ADHD

ศิริไชย หงษ์สงวนศรี พ.บ.*

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของ ADHD ในผู้ใหญ่ในพ่อแม่ของเด็กที่เป็น ADHD และศึกษาผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับจากการเป็นโรคและผลกระทบต่อลูกที่เป็น ADHD

วิธีการ พ่อแม่ของเด็กที่เป็น ADHD จำนวน 25 คน ได้รับการประเมินเพื่อการวินิจฉัย ADHD โดยการตอบแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากอาการตามข้อกำหนดของ DSM-IV ฉบับภาษาไทย และ Wender Utah Rating Scale (WURS) ฉบับภาษาไทย และการสัมภาษณ์โดยตรงเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ส่วนผลกระทบต่อการดำเนินโรคของลูกที่เป็น ADHD ประเมินจากการเป็น Oppositional defiant disorder (ODD) ร่วมด้วย และแบบสอบถามพฤติกรรม disruptive behavior disorder (DBD) ซึ่งประเมินโดยครูประจำชั้น

ผลการศึกษา พ่อแม่ 4 คน (ร้อยละ 16) มีอาการครบในการวินิจฉัย ADHD ในผู้ใหญ่ พ่อแม่ 4 คน (ร้อยละ 16) มีอาการครบในการวินิจฉัย ADHD NOS และไม่มีพ่อแม่ที่ได้รับการวินิจฉัย ADHD, in partial remission พ่อแม่ที่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่หรือ ADHD NOS มีปัญหาพฤติกรรมจากการประเมินโดย WURS ภาษาไทย โดยเฉพาะ “ปัญหาพฤติกรรมที่โรงเรียน/การทำงาน” มากกว่าพ่อแม่ที่ไม่มีอาการของ ADHD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เคยมีปัญหา “เรียนซ้ำชั้น” มากกว่า ($p = 0.02$) และในจำนวนนี้ 2 คน เคยมีปัญหาติดกัญชาในช่วงวัยรุ่น ผู้ป่วยเด็ก ADHD ที่พ่อแม่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่หรือ ADHD NOS มีโอกาสเป็น ODD ร่วมด้วยมากกว่า ($OR = 1.7, 95\% CI = 1.01 - 2.76$) และมีแนวโน้มว่ามีพฤติกรรมต่อต้านก้าวร้าว จากการประเมินโดยครูประจำชั้นมากกว่า (8.7 ± 5.2 vs $4.7 \pm 4.8, p = 0.08$)

สรุป พ่อแม่ของเด็กที่เป็น ADHD มีโอกาสเป็น ADHD ในผู้ใหญ่สูง ซึ่งสนับสนุนลักษณะการถ่ายทอดในครอบครัวของ ADHD พ่อแม่ที่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่ หรือ ADHD NOS นั้นมีปัญหาวินัย โดยเฉพาะปัญหาเรื่องการเรียนรู้และการทำงานมากกว่าพ่อแม่ที่ไม่มีอาการ ADHD และ ADHD ในผู้ใหญ่ในพ่อแม่อาจส่งผลต่อการดำเนินโรคของลูกที่เป็น ADHD ด้วยวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2545; 47(1): 19-30.

คำสำคัญ โรคสมาธิบกพร่องในผู้ใหญ่, พ่อแม่, ผลกระทบ

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10400

บทนำ

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) ในผู้ใหญ่เพิ่งได้รับความสนใจมากขึ้นเมื่อไม่นานมานี้¹⁻⁵ เพราะเดิมเคยเชื่อกันว่าเด็กที่เป็น ADHD ส่วนใหญ่จะหายได้เองเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น แต่จากการติดตามระยะยาวแล้วพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 10-60 ยังคงมีอาการอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่⁶⁻⁹ ดังนั้นจึงน่าจะเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ใหญ่โรคหนึ่ง แม้ว่ายังมีการศึกษาความชุกของ ADHD ในผู้ใหญ่โดยตรงไม่มากนัก¹⁰ แต่สามารถคาดประมาณจากความชุกของโรคในเด็กและการดำเนินโรค^{6-9,11-13} ว่าควรจะมี ความชุกอยู่ในราวร้อยละ 0.3-6^{1,5,14,15} ผู้ป่วย ADHD ในผู้ใหญ่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคอย่างมากหลาย ด้าน ทั้งในด้านการเรียน การทำงาน สังคม รวมถึงการพัฒนาบุคลิกภาพ มักมีปัญหาพฤติกรรมหลายอย่าง แม้แต่ปัญหาพฤติกรรมการขับรถ^{2,3,10,16-20} และยังสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางจิตเวชอื่นหลายโรค เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การติดสารเสพติด และบุคลิกภาพแปรปรวน^{2,3,16,17,20-23} แม้ว่า ADHD ในผู้ใหญ่เป็นโรคที่สามารถให้การรักษาได้ผลดีใกล้เคียงกับผลการรักษาในผู้ป่วยเด็ก^{3,8,14,15,24,25} แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นอาจไม่ได้ติดตามผู้ป่วยจนถึงวัยผู้ใหญ่ ส่วนจิตแพทย์ทั่วไปยังไม่คุ้นเคยกับการวินิจฉัย ADHD ในผู้ใหญ่ และผู้ป่วย ADHD ในผู้ใหญ่มักมีอาการคล้ายกับโรคทางจิตเวชอื่น หรือเป็นโรคทางจิตเวชอื่นที่ปิดบังอาการของ ADHD ในผู้ใหญ่ร่วมด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง^{1,2,21,22,26}

ADHD ในผู้ใหญ่เป็นโรคที่สามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำ^{2,3,10-20,27} และอาจมีความแม่นยำมากกว่าการวินิจฉัยในเด็ก เพราะผู้ใหญ่สามารถเข้าใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคที่มีลักษณะเป็นนามธรรมได้ถูกต้องมากกว่า²⁸ แม้ว่ายังมีความเห็นขัดแย้งกันบ้างสำหรับการใช้

ข้อกำหนดเดียวกันกับการวินิจฉัยโรคในเด็กตาม DSM-IV เพราะอาการของโรคในเด็กและผู้ใหญ่ อาจแตกต่างกัน และยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเองทั้งในวัยเด็กและปัจจุบันหรือข้อมูลย้อนหลังจากบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง^{1,8,24,29,30} แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาจำนวนมากสนับสนุนว่าสามารถใช้ข้อกำหนดเดียวกันได้สำหรับการวินิจฉัย ADHD ทุกวัย^{10,11,31,32} และพบว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่ส่วนมากสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของตนเองทั้งในวัยเด็กและปัจจุบันได้ตรงความเป็นจริง^{20,32-35}

ADHD เป็นโรคที่มีการถ่ายทอดในครอบครัวสูง³⁶⁻³⁸ พ่อแม่ของเด็กที่เป็น ADHD มีโอกาสเป็น ADHD เพิ่มขึ้น 2-8 เท่า หรือประมาณหนึ่งในสี่ของเด็กที่เป็น ADHD มีพ่อแม่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่³⁹ พ่อแม่ที่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่มักมีปัญหาในการเลี้ยงดูและการฝึกวินัยลูกอย่างมาก³⁹⁻⁴¹ โดยเฉพาะหากมีลูกเป็น ADHD ด้วย พ่อแม่เหล่านี้มักไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัดหรือคำแนะนำอื่นที่เป็นการช่วยเหลือลูกที่เป็น ADHD ได้ แม้ว่าอาจเข้าใจพฤติกรรมของลูกได้ดีกว่าพ่อแม่ที่ไม่ได้เป็นโรคก็ตาม^{39,42} และยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พ่อแม่ไม่ร่วมมือต่อการรักษา⁴³ แต่ยังมีการศึกษาความชุกและลักษณะทางคลินิกของ ADHD ในผู้ใหญ่ในพ่อแม่ของเด็กที่เป็น ADHD และผลกระทบของการที่พ่อแม่เป็น adult ADHD ต่อลูกที่เป็น ADHD ค่อนข้างน้อย

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของ ADHD ในผู้ใหญ่ในพ่อแม่ของเด็กที่เป็น ADHD โดยวิธีให้พ่อแม่ตอบแบบสอบถามที่สร้างจากอาการตามข้อกำหนดของ DSM-IV ด้วยตนเอง ผลกระทบที่ได้รับจากการเป็นโรค และผลกระทบต่อลูกที่เป็น ADHD

วิธีการ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นพ่อแม่ของเด็กอายุ 6-12 ปี ที่มารับการรักษาที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ตามข้อกำหนดของ DSM-IV โดยต้องไม่เป็นโรคในกลุ่ม psychotic disorder หรือ mental retardation และยินยอมให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา

พ่อและแม่ของผู้ป่วยเด็กที่เป็น ADHD จะได้รับแบบสอบถามเกี่ยวกับอาการ ADHD ของตนเอง 2 ชุด คือ

1. แบบสอบถามอาการ ADHD สำหรับพ่อแม่ ซึ่งสร้างขึ้นโดยใช้ข้อความตามข้อกำหนดของ DSM-IV ฉบับภาษาไทย⁴⁴ จำนวน 18 ข้อ ให้พ่อแม่เป็นผู้ตอบอาการของตนเองทั้งในวัยเด็กและในปัจจุบัน และผลกระทบของอาการต่อความสามารถด้านการเรียน การทำงาน หรือสังคม ซึ่งเป็นวิธีการที่สามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้^{10,19,32,34,35} และได้เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติการเสพสารเสพติดทั้งในวัยเด็กและปัจจุบันด้วย

2. แบบสอบถาม Wender Utah Rating Scale (WURS)²⁹ ฉบับภาษาไทย ซึ่งผู้ศึกษาได้แปลเป็นภาษาไทยสำหรับการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่สามารถใช้ช่วยวินิจฉัย ADHD ในวัยเด็กย้อนหลังได้ โดยมีคะแนนจุดตัดที่บ่งว่ามีอาการ ADHD ที่สำคัญในวัยเด็ก คือ มากกว่า 36 คะแนน และยังสามารถบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยเด็กได้ 3 ด้าน คือ 1. ด้านพฤติกรรมดื้อต่อต้าน ก้าวร้าว 2. ด้านอารมณ์ซึมเศร้า และ 3. ด้านปัญหาที่โรงเรียน/การทำงาน⁴⁵ สำหรับข้อความในด้าน “ปัญหาที่โรงเรียน/การทำงาน” มีทั้งหมด 7 ข้อ คือ “ทำสิ่งต่างๆ ได้ไม่เต็มความสามารถ” “มีปัญหาการคงสมาธิวอกแวกง่าย” “โดยรวมแล้วเป็นนักเรียนที่ไม่ดี เป็นเด็กเรียนช้า” “มีปัญหาในการจดจ่อ ไม่สามารถทำงานอย่างต่อเนื่อง และทำงานให้แล้วเสร็จได้”

“ไม่มีสมาธิ เหม่อลอย” “มีปัญหาวิชาคณิตศาสตร์และการนับจำนวน” และ “มีปัญหากับผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า มีปัญหาที่โรงเรียน เคยถูกอาจารย์ฝ่ายปกครองเรียกพบ”

การวินิจฉัย ADHD ในผู้ใหญ่ พ่อแม่จะต้องตอบแบบสอบถามว่ามีอาการครบตามข้อกำหนดของ DSM-IV ในวัยเด็ก หรือมีคะแนนจากแบบสอบถาม Wender Utah Rating Scale (WURS) มากกว่า 36 คะแนน และยังมีอาการครบตามข้อกำหนดของ DSM-IV ในปัจจุบัน

การวินิจฉัย ADHD, in partial remission พ่อแม่จะต้องตอบแบบสอบถามว่ามีอาการครบตามข้อกำหนดของการวินิจฉัย ADHD ในวัยเด็ก หรือมีคะแนน WURS มากกว่า 36 คะแนน และยังคงมีอาการที่ทำให้ความสามารถด้านการเรียน การทำงาน หรือสังคมบกพร่องอยู่ แต่ไม่ครบตามข้อกำหนดของการวินิจฉัยในปัจจุบัน

การวินิจฉัย ADHD NOS พ่อแม่จะต้องตอบแบบสอบถามว่ามีอาการ ADHD ที่ทำให้ความสามารถด้านการเรียน การทำงาน หรือสังคมบกพร่อง แต่จำนวนอาการไม่ครบตามข้อกำหนดในการวินิจฉัยทั้งในวัยเด็กและปัจจุบัน แม้ว่า DSM-IV ไม่ได้กำหนดจำนวนอาการไว้ แต่ในการศึกษานี้ได้กำหนดเพิ่มเติมว่าต้องมีอาการอย่างน้อย 6 ข้อจากจำนวนอาการทั้งหมดของทั้ง 2 กลุ่มอาการรวม 18 ข้อ

พ่อแม่ที่ตอบแบบสอบถามว่ามีอาการครบในการวินิจฉัยโรค 3 กลุ่มดังกล่าว จะได้รับการสัมภาษณ์โดยตรงเพื่อยืนยันความถูกต้องของการวินิจฉัย

การประเมินความรุนแรงอาการของผู้ป่วยเด็กที่เป็น ADHD ใช้แบบสอบถามพฤติกรรม disruptive behavior disorder (DBD) แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดยใช้ข้อความตามข้อกำหนดของ DSM-IV ภาษาไทย⁴⁴ ในการวินิจฉัย ADHD และ Oppositional defiant disorder (ODD)

ประกอบด้วยอาการของ ADHD จำนวน 18 ข้อ และ ODD จำนวน 8 ข้อ ให้ครูประจำชั้นเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของแต่ละอาการเป็น 3 ระดับ คือ 0 หมายถึง “ไม่ทำเลย” 1 หมายถึง “ทำเล็กน้อย” 2 หมายถึง “ทำค่อนข้างมาก” และ 3 หมายถึง “ทำมาก” ซึ่งเป็นวิธีการประเมินความรุนแรงของอาการของโรคในกลุ่ม disruptive behavior disorder ที่แม่นยำและเชื่อถือได้วิธีหนึ่ง⁴⁶⁻⁴⁷

การวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงบรรยายใช้ค่าสถิติค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; S.D.) และพิสัย (range) การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่มีค่าเป็นจำนวนนับใช้ Chi square test หรือ Fisher's exact test ในกรณีที่ข้อมูลมีจำนวนไม่มากพอ และ Odd ratio สำหรับการเปรียบเทียบอัตราส่วน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่มี

ค่าต่อเนื่องใช้ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ตามข้อกำหนดของ DSM-IV มีจำนวนทั้งหมด 14 คน อายุ 8.6 ± 1.9 ปี เป็น ADHD แบบ predominantly inattentive type จำนวน 3 คน (ร้อยละ 21.4) predominantly hyperactive-impulsive type จำนวน 1 คน (ร้อยละ 7.1) และ combined type จำนวน 10 คน (ร้อยละ 71.5) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ODD รวมด้วย มีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 71.5) และไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Conduct disorder (CD) รวมด้วย จากผู้ป่วยเด็กที่เป็น ADHD 14 คนนี้ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากพ่อแม่ได้ทั้งหมด 25 คน พ่อแม่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 38.2 ± 5.3 ปี (พิสัย 29-53 ปี) และมีข้อมูลพื้นฐานดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของพ่อแม่ของเด็กที่เป็น ADHD (N=25)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	2	8
มัธยมศึกษา/ปวช	7	28
อนุปริญญา	2	8
ปริญญาตรี	11	44
ปริญญาโท	3	12
อาชีพ		
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน	5	20
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9	39
ธุรกิจส่วนตัว	8	32
แม่บ้าน	3	12
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้(แม่บ้าน)	3	12
10,000-25,000	16	64
25,000-50,000	3	12
50,000-100,000	0	0
มากกว่า 100,000	3	12

ตารางที่ 2 ปัญหาพฤติกรรมของพ่อแม่ที่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่

ปัญหาพฤติกรรม	พ่อแม่ที่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่ (n = 4)	พ่อแม่ที่ไม่ได้เป็น ADHD ในผู้ใหญ่ (n = 21)	p
คะแนน WURS ฉบับภาษาไทย	38.5 ± 11.5	12.9 ± 8.7	< 0.01
พ่อแม่ที่มี “ปัญหาที่โรงเรียน/การทำงาน”	4 คน (100%)	6 คน (28.6%)	0.02
พ่อแม่ที่เคย “เรียนซ้ำชั้น”	2 คน (50%)	0 คน	0.02
พ่อแม่ที่เคยมีปัญหาการเสพติด	1 คน (25%)	1 คน (4.8%)	0.30

พ่อแม่ 4 คน (ร้อยละ 16) ตอบแบบสอบถามว่าตนเองมีอาการครบในการวินิจฉัย ADHD ในผู้ใหญ่ตามข้อกำหนดของ DSM-IV เป็นพ่อ 2 คน และแม่ 2 คน เป็น ADHD แบบ predominantly inattentive type จำนวน 1 คน predominantly hyperactive-impulsive type จำนวน 2 คน และ combined type จำนวน 1 คน โดยในจำนวน 4 คนนี้ พ่อแม่ 2 คน เป็นพ่อและแม่ของผู้ป่วย ADHD 2 คน ที่เป็นพี่น้องกัน ไม่มีพ่อแม่คนใดตอบแบบสอบถามว่ามีอาการครบในการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD, in partial remission และพ่อแม่ 4 คน (ร้อยละ 16) ตอบแบบสอบถามว่ามีอาการครบในการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD NOS

พ่อแม่ 4 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ในผู้ใหญ่มีคะแนนแบบสอบถาม WURS ฉบับภาษาไทยมากกว่าพ่อแม่ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (38.5 ± 11.5 vs 12.9 ± 8.7 , $p = <0.01$) มีจำนวนผู้ที่มีปัญหาในด้าน “ปัญหาที่โรงเรียน/การทำงาน” จาก

แบบสอบถาม WURS ฉบับภาษาไทยมากกว่า [4 คน (ร้อยละ 100) vs 6 คน (ร้อยละ 28.6), $p = 0.02$] มีจำนวนผู้ที่เคย “เรียนซ้ำชั้น” มากกว่า [2 คน (ร้อยละ 50) vs 0 คน (ร้อยละ 0.0), $p = 0.02$] และมีผู้ที่เคยมีปัญหาการเสพติดจำนวน 1 คน (ร้อยละ 25) ($p = 0.30$) (ตารางที่ 2)

กลุ่มพ่อแม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ในผู้ใหญ่และ ADHD NOS มีจำนวนรวมกัน 8 คน พ่อแม่ในกลุ่มนี้มีคะแนน WURS มากกว่าพ่อแม่ที่ไม่มีอาการของ ADHD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (32.5 ± 11.8 vs 9.7 ± 4.4 , $p = <0.01$) มีจำนวนผู้ที่มีปัญหาในด้าน “ปัญหาที่โรงเรียน/การทำงาน” มากกว่า [8 คน (ร้อยละ 100) vs 2 คน (ร้อยละ 11.8), $p = <0.01$] มีจำนวนผู้ที่เคย “เรียนซ้ำชั้น” มากกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ [2 คน (ร้อยละ 25) vs 0 คน (ร้อยละ 0.0), $p = 0.09$] และมีผู้ที่เคยมีปัญหาการเสพติดจำนวน 2 คน (ร้อยละ 25) ($p = 0.09$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัญหาพฤติกรรมของพ่อแม่ที่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่ หรือ ADHD NOS

ปัญหาพฤติกรรม	พ่อแม่ที่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่ หรือ ADHD NOS (n = 4)	พ่อแม่ที่ไม่ได้เป็น ADHD ในผู้ใหญ่ หรือ ADHD NOS (n = 21)	p
คะแนน WURS ฉบับภาษาไทย	32.5 ± 11.8	9.7 ± 4.4	< 0.01
พ่อแม่ที่มี “ปัญหาที่โรงเรียน/การทำงาน”	8 คน (100%)	2 คน (11.8%)	< 0.01
พ่อแม่ที่เคย “เรียนซ้ำชั้น”	2 คน (25%)	0 คน	0.09
พ่อแม่ที่เคยมีปัญหาการเสพยาเสพติด	2 คน (25%)	0 คน	0.09

จากจำนวนผู้ป่วยเด็กที่เป็น ADHD 14 คน ผู้ป่วย 4 คน (ร้อยละ 28.6) มีพ่อหรือแม่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่ และผู้ป่วย 7 คน (ร้อยละ 50.0) มีพ่อหรือแม่เป็น ADHD หรือ ADHD NOS ผู้ป่วยที่มีพ่อหรือแม่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่มีโอกาสเป็น ODD ร่วมด้วยมากกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ [4 คน (ร้อยละ 100.0) vs 10 คน (ร้อยละ 60.0), OR = 1.5, 95% CI = 0.74 - 3.05] ผู้ป่วยที่มีพ่อหรือแม่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่หรือ ADHD NOS มีโอกาสเป็น ODD ร่วมด้วยมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [6 คน (ร้อยละ 85.7) vs 4 คน (ร้อยละ 57.1), OR = 1.7, 95% CI = 1.01 - 2.76]

ผู้ป่วยที่มีพ่อหรือแม่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่หรือ ADHD NOS มีความรุนแรงของอาการในกลุ่มอาการ inattention (13.4 ± 2.7 vs 12.2 ± 3.3 , $p = 0.57$) กลุ่มอาการ hyperactivity/impulsivity (11.9 ± 9.0 vs 9.0 ± 5.1 , $p = 0.51$) และคะแนนรวมของทั้ง 2 กลุ่มอาการ (25.3 ± 9.9 vs 21.2 ± 7.7 , $p = 0.46$) จากการประเมินโดยครูประจำชั้นไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่พ่อแม่ไม่ได้เป็นโรคในกลุ่ม ADHD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรุนแรงของอาการในกลุ่มอาการ oppositional defiant disorder มีแนวโน้มมากกว่า (8.7 ± 5.2 vs 4.7 ± 4.8 , $p = 0.08$) ส่วนการวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วย 4 คน ที่มีพ่อ

หรือแม่เป็น ADHD ในใหญ่นั้น พบว่ามีความรุนแรงของอาการไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่เหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มอาการ

สรุปและวิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าพ่อแม่ของผู้ป่วยเด็กที่เป็น ADHD มีโอกาสเป็น ADHD ในผู้ใหญ่ได้สูงคือพ่อแม่ผู้ป่วย ADHD ถึงร้อยละ 16 ที่ตอบแบบสอบถามว่าตนเองมีอาการครบในการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ในผู้ใหญ่ และอีกร้อยละ 16 มีอาการครบในการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD NOS คือ มีอาการของ ADHD ที่ทำให้ความสามารถด้านการเรียน การทำงาน หรือสังคมบกพร่อง แต่ยังไม่ครบตามข้อกำหนดในการวินิจฉัย ADHD โดยพ่อแม่ทั้งหมดนี้ได้รับการสัมภาษณ์โดยตรงเพื่อยืนยันการวินิจฉัยด้วย และพ่อแม่ทั้งหมดนี้ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและการรักษามาก่อน

พ่อแม่ที่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมในวัยเด็กที่เป็นผลกระทบจากการเป็น ADHD จากการวัดโดยใช้ WURS ฉบับภาษาไทยมากกว่าพ่อแม่ที่ไม่ได้เป็น ADHD ในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีจำนวนผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมด้าน “ปัญหาที่โรงเรียน/การทำงาน” และ “เรียนซ้ำชั้น” มากกว่า แม้ว่าพ่อแม่ที่เป็น ADHD

ในผู้ใหญ่ 2 คน สามารถเรียนจบระดับปริญญาโท และประสบความสำเร็จในการทำงาน แต่ยังคงมีความรู้สึกว่าเขา “ทำสิ่งต่างๆ ได้ไม่เต็มความสามารถ” ส่วนอีก 1 คน เรียนจบเพียงระดับประถมศึกษา เนื่องจากผลการเรียนไม่ดี ต้องเรียนซ้ำชั้น และมีปัญหาติดยาเสพติด (กัญชา)

เมื่อนำพ่อแม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ในผู้ใหญ่ และ ADHD NOS มาวิเคราะห์รวมเป็นกลุ่มเดียวกัน เรียกว่าพ่อแม่ที่มีอาการของโรคในกลุ่ม ADHD นั้น พ่อแม่ในกลุ่มนี้ก็ยังมีปัญหาพฤติกรรมในวัยเด็กที่เป็นผลกระทบจากการเป็น ADHD มากกว่าพ่อแม่กลุ่มที่ไม่มีอาการของ ADHD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีจำนวนผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมด้าน “ปัญหาที่โรงเรียน/การทำงาน” มากกว่าด้วยเช่นกัน

การที่ทั้งพ่อแม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ในผู้ใหญ่ และ ADHD NOS ต่างได้รับผลกระทบจากการมีอาการของโรคในกลุ่ม ADHD เช่นเดียวกันนั้น อาจมีความเป็นไปได้ว่าแท้จริงแล้วพ่อแม่กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD NOS นั้น น่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ในผู้ใหญ่ด้วย แต่ผู้ป่วย ADHD ในผู้ใหญ่มักประเมินอาการของตนเองน้อยกว่าความเป็นจริง^{24,31} ซึ่งจากการสัมภาษณ์โดยตรงนั้นก็สนับสนุนสมมติฐานนี้เพราะผู้ศึกษามีความเห็นเห็นว่าพ่อแม่ในกลุ่มที่เป็น ADHD NOS 2 คนมีอาการที่สมควรได้รับการวินิจฉัย ADHD ในผู้ใหญ่ได้ หรืออาจมีความเป็นไปได้ว่าการวินิจฉัย ADHD ในผู้ใหญ่ นั้นควรมีข้อกำหนดในเรื่องอาการที่ต่างไปจากการวินิจฉัยโรคในเด็กหรือกำหนดจำนวนอาการน้อยกว่า³⁰

การประเมินอาการเพื่อการวินิจฉัย ADHD ในผู้ใหญ่โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นจากอาการตามข้อกำหนดของ DSM-IV ด้วยตนเองนั้นนับว่าเป็นวิธีการที่สามารถนำมาใช้ช่วยในการวินิจฉัยได้ เพราะผู้ป่วยที่ประเมินตนเองว่ามี

อาการของโรคในกลุ่ม ADHD นั้นเป็นผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมในด้านต่างๆ ที่เกิดจากการเป็นโรคตามผลการศึกษาจริง โดยเฉพาะปัญหาในเรื่องการเรียนและการทำงาน และยังพบว่าส่วนหนึ่งเคยมีปัญหากการติดสารเสพติดอีกด้วย แต่ในการศึกษานี้ยังไม่ได้ประเมินโรคทางจิตเวชอื่นที่อาจเกิดร่วมในพ่อแม่ที่มีอาการของโรคในกลุ่ม ADHD^{16,17,20-23} เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น เพราะจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ยังมีค่อนข้างน้อย

ผู้ป่วย ADHD ที่มีพ่อแม่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่ หรือ ADHD NOS นั้นอาจได้รับผลกระทบจากการที่พ่อแม่เป็น ADHD ด้วยเพราะพบว่ามีโอกาสเป็น ODD ร่วมด้วยมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีแนวโน้มว่ามีปัญหาพฤติกรรมต่อเนื่องต่อกันก้าวร้าว จากการประเมินโดยครูประจำชั้นมากกว่าผลกระทบนี้อาจเกิดเนื่องจากพ่อแม่ที่มีอาการของโรคในกลุ่ม ADHD มักมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นขาดความอดทนและความสามารถในการจัดระบบกิจกรรมและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับลูกที่เป็น ADHD และมักมีปฏิสัมพันธ์ทางลบกับลูกเป็นส่วนใหญ่³⁹ มีส่วนทำให้ลูกมีอาการของ ODD ในที่สุด

ADHD ในผู้ใหญ่จึงเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในพ่อแม่ของเด็กที่เป็น ADHD พ่อแม่ที่เป็นโรคนี้นักได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคในด้าน การเรียน การทำงาน และสังคมมากทั้งในวัยเด็กและในปัจจุบัน และยังอาจมีผลต่อการเลี้ยงดูลูกที่เป็น ADHD ด้วย ทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการเป็น ODD ร่วมด้วยมากขึ้น และอาจมีพฤติกรรมต่อเนื่องต่อกันก้าวร้าว จากการประเมินโดยครูประจำชั้นมากกว่าผู้ป่วยที่พ่อแม่ไม่ได้เป็น ADHD

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจึงต้องประเมินอาการของ ADHD ในผู้ใหญ่ในพ่อแม่เพื่อให้คำแนะนำ และการช่วยเหลือที่เหมาะสม เพราะการที่พ่อแม่เป็น ADHD นั้นมีผลกระทบต่อความสามารถใน

การเลี้ยงดู การฝึกวินัยและการดูแลช่วยเหลือลูกที่เป็น ADHD อย่างมาก อาจมีผลต่อการดำเนินโรคของลูกดังกล่าว และยังอาจมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วย⁴³ การใช้แบบสอบถามอาการ ADHD ในผู้ใหญ่สำหรับพ่อแม่ที่ใช้ในการศึกษานี้ และ WURS ฉบับภาษาไทย ก็นับว่าเป็นวิธีการประเมินอาการ ADHD ในผู้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพ หรืออาจประเมินจากการสัมภาษณ์พ่อแม่ทุกคนโดยตรงก็ได้ หากมีเวลามากพอ พ่อแม่ที่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่บางคนอาจถามว่าผู้ใหญ่สามารถเป็นโรคสมาธิบกพร่องได้ด้วยหรือไม่

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นต้องให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ที่เป็น ADHD ในผู้ใหญ่ให้เข้าใจและตระหนักว่าพฤติกรรมของพ่อแม่ที่เกิดจากการเป็น ADHD ในใหญ่นั้นจะมีผลต่อการดูแลช่วยเหลือลูกอย่างไรบ้าง พ่อแม่เหล่านี้จะได้คอยระมัดระวังและควบคุมพฤติกรรมบางอย่างของตนเองมากขึ้น คำแนะนำดังกล่าวนี้ยังอาจช่วยให้พ่อแม่ลดความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำต่อลูกที่เป็น ADHD อย่างเหมาะสมได้ และในกรณีที่พ่อแม่มีอาการของ ADHD รุนแรงแพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาด้วยยาเพิ่มเติมด้วย

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดคือมีจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างน้อย และมีข้อมูลบางส่วนที่สูญหายไปจากกลุ่มมาก คือ มีครอบครัวหนึ่งที่ทั้งพ่อแม่และลูก 2 คนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ทั้งหมดหรือเรียกว่าเป็นครอบครัว ADHD แต่ก็เป็นการสนับสนุนว่า ADHD เป็นโรคที่มีการถ่ายทอดในครอบครัวสูง³⁶⁻³⁸ อย่างไรก็ตามนับว่าเป็นข้อมูลที่น่าสนใจที่จะได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Shaffer D. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 1994; 151:633-8.
2. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Faraone SV. Adults with ADHD: a controversial diagnosis. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 7): 59-68.
3. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, et al. ADHD in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 2000;48:9-20.
4. Searight HR, Burke JM, Rottnek F. Adult ADHD: evaluation and treatment in family medicine. *Am Fam Physician* 2000; 62: 2077-86.
5. Wender PH. Adult manifestations of ADHD. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins 2000:2688-92.
6. Weiss G, Hechtman L, eds. Hyperactive children grown up. 2nd ed. New York: Guilford Press, 1993.
7. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 978-87.
8. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (suppl.10): 85s-121s.
9. Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9: 711-26.

10. Murphy KR, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders* 1996; 1: 147-61.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press. 1994.
12. Weiss G. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 544-63.
13. Hansen C, Weiss D, Last CG. ADHD boys in young adulthood: psychosocial adjustment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 165-71.
14. Spencer T, Biederman J, Wilens T, et al. Pharmacotherapy of ADHD across the life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 409-32.
15. Wender PH. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Psychiatr Clin N Am* 1998; 21: 761-74.
16. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with ADHD. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-8.
17. Biederman J, Wilens T, Mick E, et al. Psychoactive substance use disorder in adults with ADHD: effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1652-8.
18. Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Motor vehicle driving competencies and risks in teens and adults with ADHD. *Pediatrics* 1996; 98: 1089-95.
19. Jerome L, Segal A. Benefit of long-term stimulants on driving in adults with ADHD. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 63-4.
20. Downey KK, Stelson FW, Pomerleau OF, Giordani B. Adult ADHD: psychological test profiles in a clinical population. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 32-8.
21. Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, et al. ADHD in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Res* 1996; 62: 213-9.
22. Mancini C, van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychol Med* 1999; 29: 515-25.
23. Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. ADHD is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 475-82.
24. Wender PH, Reimherr FW, Wood DR. Attention deficit disorder ("minimal brain damage") in adults: a replication study of diagnosis and drug treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 449-56.
25. Spencer T, Biederman J, Wilens T, et al. Efficacy of a mixed amphetamine salts compound in adults with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 775-82.
26. Ratey JJ, Greenberg MS, Bemporad JR, Lindem KJ. Unrecognized attention-deficit hyperactivity disorder in adults presenting for out-patient psychotherapy. *J Child Adolesc*

- Psychopharmacol 1992; 2: 267-75.
27. Gallagher R, Blader J. The diagnosis and neuropsychological assessment of adult attention deficit/hyperactivity disorder: Scientific study and practical guidelines. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 931: 148-71.
28. Faraone SV, Biederman J, Feighner JA, Monuteaux MC. Assessing symptoms of ADHD in children and adults: which is more valid? *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 830-42.
29. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood ADHD. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 885-90.
30. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Child psychopathology*. New York: Guilford Press, 1996: 63-112.
31. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:565-76.
32. O'Donnell JP, McKann KK, Pluth S. Assessing adult ADHD using a self-report symptom checklist. *Psychol Rep* 2001; 88: 871-81.
33. Morrison JR. Adult psychiatric disorder in parents of hyperactive children. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 825-7.
34. Murphy P, Schachar R. Use of self-ratings in the assessment of symptoms of ADHD in adults. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1156-9.
35. De Quiros, Kinsbourne M. Adult ADHD. Analysis of self-ratings on a behavior question-
naire. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 931: 140-7.
36. Biederman J, Faraone SV, Mick E, et al. High risk for ADHD among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 431-5.
37. Faraone SV, Biederman J. Is attention-deficit hyperactivity disorder familial? *Harv Rev Psychiatry* 1994; 1: 271-87.
38. Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2001; 10: 299-316.
39. Weiss M, Hechtman L, Weiss G. ADHD in parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1059-61.
40. Daly JM, Fritsch SL. Case study: maternal residual ADD associated with failure to thrive in a 2-month-old infant. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:55-7.
41. Evans SW, Vallano G, Pelham W. Treatment of parenting behavior with a psychostimulant: a case study of an adult with ADHD. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1994; 4: 63-9.
42. Weinstein CS, Apfel RJ, Weinstein SR. Descriptions of mothers with ADHD with children with ADHD. *Psychiatry* 1998; 61: 12-9.
43. Stine JJ. Psychosocial and psychodynamic issues affecting noncompliance with psychostimulant treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1994; 4: 75-86.
44. ปราโมทย์ สุคนิชย์, มาโนช หล่อตระกูล. DSM-IV ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539.

45. McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for ADHD in adults. *J Neoropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12: 240-5.
46. Pelham WE, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:210-8.
47. Swanson JM. SNAP-IV scale. Irvine,CA: University of California Child Development Center, 1995.



Adult ADHD in Parents of ADHD Children

Sirichai Hongsanguansri M.D.*

Pramote Sukanich M.D.*

Abstract

Objectives: To determine the prevalence of adult ADHD in the parents of Thai ADHD children and to examine the impacts of ADHD on themselves and their ADHD children.

Methods: Twenty-five parents of 14 children with ADHD were assessed for ADHD by means of a self-reported questionnaire developed based on the Thai version of the DSM-IV criteria and the Thai version of the Wender Utah Rating Scale (WURS). The diagnoses of ADHD were confirmed by direct interviews. Also, the impacts on their ADHD children were measured through the prevalence rate of comorbid ODD and the use of the disruptive behavior disorder (DBD) rating scale by their teachers.

Results: Four parents (16.0%) had all the symptoms specified in the DSM-IV criteria for adult ADHD, while another four parents (16.0%) met all the criteria for ADHD NOS. However, none of them met the criteria for ADHD, in partial remission. As for the parents with adult ADHD or ADHD NOS, they had more behavioral problems when assessed with the Thai version of WURS, especially "behavioral problems in school/work," than those who did not have ADHD with statistical significance ($p < 0.01$), and they were more likely to have problems of failure in school and had to repeat their grades ($p = 0.02$). Among these parents, two of them reported a history of cannabis abuse during adolescence. Also, ADHD children whose parents had adult ADHD or ADHD NOS had a higher chance to have comorbid ODD than those without ADHD parents (OR = 1.7, 95% CI = 1.01 -2.76), as well as a higher tendency to have defiant, rebellious, or aggressive behaviors as indicated by the ODD scores on the DBD rating scale used by the teachers (8.7 ± 5.2 vs 4.7 ± 4.8 , $p = 0.08$).

Conclusions: This study reveals that there is a high likelihood of adult ADHD in the parents of ADHD children which confirms the hereditary nature of ADHD. Moreover, parents with adult ADHD or ADHD NOS have more behavioral problems, especially problems in school and work, than those without ADHD. Finally, adult ADHD in parents may also have influences on the clinical course of their ADHD children. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2001; 47(1): 19-30.

Key words: Adult ADHD, parents, impacts

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400.