

ความสัมพันธ์ของระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นัยรัตน์ บรรดาศักดิ์*, ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช*, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของคุณภาพการนอนที่ไม่ดีของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับคุณภาพการนอนในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) ศึกษาในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุ 13 - 18 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 134 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามโดยผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นตอบแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์ แบบสอบถามการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social-Media Addiction Screening Scale; S-MASS) แบบสอบถามคุณภาพการนอน (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) และผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้นตอบแบบสอบถามอาการสมาธิสั้น (the Swanson, Nolan, and Pelham rating scale; SNAP-IV (short form)) หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรเดียวระหว่างความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ โดยสถิติ Pearson correlation, Independent t-test และ one-way ANOVA รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลแบบพหุเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดีในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น ด้วยสถิติ Multiple logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 134 คน มีอายุเฉลี่ย 14.5 ± 1.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 95 คน (ร้อยละ 70.9) มีระดับการศึกษาอยู่มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 93 คน (ร้อยละ 69.9) มี Body Mass Index (BMI) อยู่ในช่วง 18.5 - 22.9 (ร้อยละ 32.8) ไม่มีโรคร่วมทางกาย (ร้อยละ 82.1) และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ร้อยละ 58.2) ความชุกของคุณภาพการนอนที่ไม่ดีในกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 50.0 ความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลางถึงสูง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี คิดเป็น 2.98 เท่า (adjusted OR = 2.98, $p = 0.006$) การมีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือน มากกว่า 56 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี 5.64 เท่า (adjusted OR = 5.64, $p = 0.009$) และการได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood (affective) disorders; F30-F39) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดี 7.82 เท่า (adjusted OR = 7.82, $p = 0.008$)

สรุป ระยะเวลาใช้สื่อสังคมออนไลน์และความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์สูง สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดีในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น โดยระยะเวลาใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นและความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์สูง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ลดลง

คำสำคัญ สื่อสังคมออนไลน์ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ วัยรุ่น โรคสมาธิสั้น คุณภาพการนอน ปัญหาการนอน

Corresponding author: ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: sasithorn.p@chula.ac.th

วันรับ 26 พฤษภาคม 2568 วันแก้ไข 28 กุมภาพันธ์ 2569 วันตอบรับ 23 เมษายน 2569

The Association between Duration of Social Media Use and Quality of Sleep among Thai Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder at King Chulalongkorn Memorial Hospital

Naiyarat Bandasak*, Sasithorn Preechawuttidech*, Jirada Prasartpornsirichoke*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to examine the prevalence of poor sleep quality in adolescent patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and to investigate the relationship between the duration of social media usage and sleep quality among these patients who were receiving outpatient treatment at the child and adolescent psychiatry outpatient clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: This study was a cross-sectional study with a sample of 134 adolescent patients, aged 13 - 18 years, who were diagnosed with ADHD and receiving outpatient treatment at the child and adolescent psychiatry outpatient clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Data was collected using questionnaires. The participants completed self-report questionnaires on demographic data, social media usage, the social-media addiction screening scale (S-MASS), and the Pittsburgh sleep quality index (PSQI). Concurrently, their parents completed the Swanson, Nolan, and Pelham rating scale (SNAP-IV (short form)) to assess the adolescents' ADHD symptoms. Statistical analysis was performed to evaluate the collected data. Descriptive statistics were used to describe the characteristics of the sample. Univariate analyses, including Pearson correlation, independent 1samples t-test, and one-way ANOVA, were conducted to examine the relationships between various factors. Finally, multiple logistic regression was performed to identify factors independently associated with poor sleep quality. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: The study sample comprised 134 participants with a mean age of 14.5 ± 1.5 years. The majority of the sample were male (70.9%). Educational level was predominantly at the lower secondary school level, representing 93 individuals (69.9%). The most common body mass index (BMI) range was 18.5 - 22.9, which accounted for 32.8% of the sample. A high proportion of participants had no comorbid physical illness (82.1%) or psychiatric disorders (58.2%). The prevalence of poor sleep quality was 50.0%. The findings from the multiple logistic regression analysis revealed that: 1) a moderate to high risk of social media addiction was associated with an increased likelihood of poor sleep quality (adjusted OR = 2.98, $p = 0.006$) 2) spending more than 56 hours on social media in one month was strongly associated with poor sleep quality (adjusted OR = 5.64, $p = 0.009$) 3) a diagnosis of mood (affective) disorders (F30-F39) was significantly associated with poor sleep quality (adjusted OR = 7.82, $p = 0.008$).

Conclusion: The duration of social media usage and the risk of high social media addiction were associated with poor sleep quality in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Increased social media usage time and higher risk of social media addiction contribute to worsening sleep quality.

Keywords: social media, social media use, adolescent, attention deficit hyperactivity disorder, sleep quality, sleep problems

Corresponding author: Sasithorn Preechawuttidech

E-mail: sasithorn.p@chula.ac.th

Received: 26 May 2025 Revised: 28 February 2026 Accepted: 23 April 2026

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น ทั้งจากสถิติของทั่วโลกและในประเทศต่างๆ^{1,2} จากงานวิจัย systematic review และ meta-analysis ของ Salari, et al. (2023) พบความชุกของโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นอายุ 12 - 18 ปี ทั่วโลก อยู่ที่ร้อยละ 5.6³ ในประเทศไทยพบว่าเด็กได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 4.2 - 8.1⁴ โรคสมาธิสั้นสามารถพบปัญหาได้หลายประการ หนึ่งในปัญหาที่พบได้ในโรคสมาธิสั้นคือปัญหาการนอน โดยพบได้ถึงร้อยละ 73.0⁵ ซึ่งปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ สมาธิ พฤติกรรม ความสามารถในการเรียนหรือการทำงาน และคุณภาพชีวิต⁶

มีการศึกษาต่างๆ ที่ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น หนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนในผู้ป่วยสมาธิสั้นคือเวลาในการใช้หน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์⁷⁻¹³ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าวัตถุประสงค์หนึ่งของการใช้หน้าจอในวัยรุ่นคือการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จากการสำรวจในประเทศแคนาดา ปี 2019 พบว่าเด็กอายุ 13 ปี มีปัญหามากที่สุดในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ อีกทั้งมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น¹⁴ ในประเทศไทยพบว่ามีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการติดต่อสื่อสาร สนทนามากที่สุด เมื่อเทียบกับการใช้งานอินเทอร์เน็ตสำหรับวัตถุประสงค์อื่นๆ¹⁵

จากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์และคุณภาพการนอนในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น พบว่าการติดสื่อสังคมออนไลน์ และเวลาในการใช้หน้าจอที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้คุณภาพการนอนของผู้ป่วยสมาธิสั้นลดลง^{13,16} ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการใช้สื่อสังคมมีเดียช่วงก่อนนอน ต่อปัญหาการนอนของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6 - 8 ปี พบว่าการมีจำนวนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อยู่ในห้องนอนที่เพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับคะแนนปัญหาการนอนด้านการตื่นระหว่างหลับที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะเวลาในการเล่นเกมที่เพิ่มขึ้นในช่วงก่อนเข้านอน สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคะแนนปัญหาการนอนด้านระยะเวลาการนอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์แบบเป็นปัญหาเพิ่มอาการของโรคสมาธิสั้นทางอ้อมผ่านการนอนที่แย่¹⁸ และอีกงานวิจัยได้พบว่าการใช้หน้าจอในเวลาเย็นเพิ่มการรบกวนการนอนโดยตรง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาทางพฤติกรรมและอาการของโรคสมาธิสั้น¹⁹

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยพบอาการ hyperactive และ impulsive ได้มาก²⁰ ซึ่งแตกต่างจากวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นในต่างประเทศ²¹ และมีการศึกษาพบว่าอาการ hyperactive และ impulsive สัมพันธ์กับการติดสื่อสังคมออนไลน์²² นอกจากนี้งานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาผลกระทบของสื่อสังคมออนไลน์ที่มีต่อการนอนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคสมาธิสั้น มีการจัดทำในกลุ่มเด็กเล็กและเด็กโต โดยยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น ผู้ศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับคุณภาพการนอน โดยมีวัตถุประสงค์รองคือ ศึกษาความชุกของคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ลักษณะการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และความสัมพันธ์ของลักษณะการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับคุณภาพการนอนในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น ณ คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อนำผลการศึกษาไปต่อยอดวางแผนป้องกันการใช้น้ำจอไม่ให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการนอน สามารถพัฒนาคุณภาพการนอนของผู้ป่วยสมาธิสั้น ซึ่งอาจลดปัญหาทางด้านอารมณ์ สมาธิ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้จากคุณภาพการนอนที่ไม่ดี รวมทั้งหากคุณภาพการนอนดีอาจส่งผลให้ความสามารถในการเรียนหรือการทำงาน และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 0754/2024 เก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมการศึกษา และผู้ปกครองของผู้เข้าร่วมการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 โดยอาสาสมัครและผู้ปกครองของอาสาสมัครให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยแบบลงลายลักษณ์อักษร (written form)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น (ICD-10: F90) จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น มีผู้ปกครองมาด้วย และใช้ภาษาไทยเป็นหลัก เกณฑ์การคัดออกคือ มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

(ICD10: F70-F79) หรือมีภาวะการเรียนรู้บกพร่อง (ICD-10: F81) คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Estimating a finite population proportion

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

จากการเก็บข้อมูลในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่าจำนวนวัยรุ่นอายุ 13 - 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาระบบผู้ป่วยนอก ที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคสมาธิสั้นในปี 2022 มีจำนวน 196 คน และอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาของ Langberg, et al. (2020)²³ พบว่า 72.8% ของวัยรุ่น ที่มีโรคสมาธิสั้นผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาการนอน จึงได้แทนค่า population size (N) = 196, proportion (p) = 0.72, error (d) = 0.05, alpha (α) = 0.05 ได้ค่า n = 120.28 ดังนั้นจำนวน sample size เท่ากับ 121 คน และเพื่อป้องกันการผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 จึงได้ขนาดตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาเท่ากับ 134 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น เป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (demographic questionnaire) สร้างโดยผู้วิจัยทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับชั้นเรียนปัจจุบัน เกรดเฉลี่ยล่าสุด รับประทานยาทุกชนิดที่จิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นสั่งทุกวันตามคำสั่งแพทย์ที่เขียนบน ฉลากยาหรือไม่ สภาพแวดล้อมของห้องนอน มีดนตรี เเจ๊บบงบหรือไม่ มีการใช้เตียงเพื่อทำ กิจกรรมอื่นนอกจากการนอนหลับ เช่น เล่นโทรศัพท์ เล่นเกม ดูภาพยนตร์ ทำการบ้านหรือไม่ จำนวนวัน ที่นอนกลางวันในช่วงเวลา 14.00 - 18.00 น. เป็นเวลา มากกว่า 30 นาที ทั้งหมด ใน 1 เดือน ออกกำลังกาย (เช่น วิ่ง กระโดด ขี่จักรยาน ยกน้ำหนัก เล่นกีฬา) ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 60 นาที ทุกวันหรือไม่ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน

2. แบบสอบถามข้อมูลการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (social media use data) สร้างโดยผู้วิจัยทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในหนึ่งวันและ ไม่ไปโรงเรียน ช่วงเวลาที่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และแพลตฟอร์มที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์คือ Facebook, TikTok, Instagram, Line, X หรืออื่นๆ
3. แบบสอบถามการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social-Media Addiction Screening Scale; S-MASS) สร้างขึ้นโดย ศรินดา จันทร์เพ็ญ และคณะ ในปี 2022²⁴ แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรง ของการติดสื่อสังคมออนไลน์ เป็นแบบสอบถามที่ให้ อาสาสมัครตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมี ทั้งหมด 16 คำถาม ให้คะแนนแบบ 4 ระดับ ตาม Likert-scale โดย 0 คือ ไม่จริงแน่นอน และ 3 คือ จริงแน่นอน สามารถแปลผลแบบทดสอบได้ดังนี้ 0 - 15 คะแนน คือ ความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์ต่ำ, 16 - 30 คะแนน คือ ความเสี่ยงในการติดสื่อสังคม ออนไลน์ปานกลาง และ 31 - 48 คะแนน คือ ความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์สูง แบบสอบถามนี้มีความตรงและความเชื่อมั่นใน เกณฑ์ดี สำหรับกลุ่มผู้ป่วยอายุระหว่าง 13 - 75 ปี โดยมี Content validity index ในส่วนของ relevance, clarity, และ simplicity ที่ 0.992, 0.938 และ 0.977 ตามลำดับ และมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90 (95% CI: 0.89 - 0.90)
4. แบบสอบถามคุณภาพการนอน (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) สร้างขึ้นโดย Buysse และ คณะ ในปี 1988²⁵ และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย ตฤยา สัตถุวรรณ และคณะ ในปี 2014²⁶ แบบสอบถามนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินคุณภาพ การนอนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 7 ส่วนย่อย ได้แก่ subjective sleep quality, sleep latency, sleep duration, habitual sleep efficiency, sleep disturbance, use of sleep medication และ daytime dysfunction ทั้งหมดประกอบไปด้วย 9 ข้อ ที่ผู้ทำการทดสอบตอบด้วยตัวเอง และ 1 ข้อ ที่เป็น ผู้นอนร่วมเตียงช่วยในการประเมิน แต่ 1 ข้อนี้ไม่ได้ ถูกนำมาคิดคะแนน จะถูกใช้ในการบอกอาการที่

ผู้เข้าร่วมเพียงสังเกตเห็นเท่านั้น คือ กรณเสียงดัง มีช่วงหยุดหายใจเป็นระยะเวลาสั้นขณะหลับ ขากรระตุกขณะหลับ สับสนเป็นช่วงๆ ขณะหลับ และอาการกระสับกระส่ายอื่นๆ การให้คะแนนเป็นแบบ Likert-scale ของแต่ละ 7 ส่วนย่อย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คะแนน 0 - 3 คะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ 3 หมายถึง มีอาการมาก และคิดคะแนน global PSQI score โดยนำคะแนนทั้ง 9 ข้อมารวมกัน โดยจุดตัดคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนที่ไม่ดี นอกจากนี้หากพิจารณาคะแนนรวมที่มากขึ้นบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนที่ไม่ดี อย่างไรก็ตามแบบสอบถามนี้ไม่มีค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุ 13 - 18 ปี ผู้วิจัยจึงทำการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างนี้ที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองของอาสาสมัคร ได้แก่ แบบสอบถามความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น (the Swanson, Nolan, and Pelham rating scale; SNAP-IV (short form)) ฉบับผู้ปกครองหรือครูเป็นผู้ประเมิน แปลเป็นภาษาไทยโดย ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร²⁷ ประกอบไปด้วย 26 ข้อคำถาม แบ่งเป็นด้าน Inattention ด้าน Hyperactivity/Impulsivity และด้าน Oppositional defiant disorder คิดคะแนนแบบ Likert scale 4 ระดับ คือ 0 = ไม่เลย, 1 = เล็กน้อย, 2 = ค่อนข้างมาก และ 3 = มาก มีค่าจุดตัด (cut-offs) ฉบับผู้ปกครอง คือ Inattention 16 คะแนน, Hyperactivity/Impulsivity 13 คะแนน, Oppositional defiant disorder 15 คะแนน มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.93 - 0.96 มีค่าความเชื่อมั่นในเกณฑ์ดี

ส่วนที่ 3 การสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล (case record form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับเก็บข้อมูลจากการค้นหาข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนและข้อมูลของระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่ โรคประจำตัวทางกาย (เก็บข้อมูลรหัส ICD-10) โรคประจำตัวทางสุขภาพจิต (เก็บข้อมูลรหัส ICD-10) โดยเฉพาะกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์และกลุ่มโรควิตกกังวล เนื่องจากมีงานวิจัยพบว่าในวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น การมีอารมณ์เศร้าและความวิตกกังวลส่งผลต่อการนอนหลับ²⁸ นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลของยาทั้งหมด

ที่รับประทาน ได้แก่ ชื่อยา วิธีที่รับประทาน และขนาดของยาที่รับประทานเป็นปริมาณมิลลิกรัมในขณะที่เก็บข้อมูลงานวิจัย โดยได้ทำการจัดประเภทของยา Methylphenidate เป็น 2 ประเภท คือ intermediate-release และ extended-release เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของยา Methylphenidate ที่มีต่อคุณภาพการนอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 26.0 รายงานลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% CI) วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่างๆ ด้วยสถิติ Pearson correlation, Independent t-test และ one-way ANOVA หลังจากนั้นนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบทดสอบ PSQI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนที่ไม่ดีในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression โดยใช้ enter method กำหนดค่า p-value < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ในงานวิจัยนี้มีผู้ช่วยเก็บวิจัยที่ตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามจึงไม่พบ missing data

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 134 คน มีอายุเฉลี่ย 14.5 ± 1.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 95 คน (ร้อยละ 70.9) มีระดับการศึกษาอยู่มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 93 คน (ร้อยละ 69.9) มี Body Mass Index (BMI) อยู่ในช่วง 18.5 - 22.9 (ร้อยละ 32.8) ไม่มีโรคร่วมทางกาย (ร้อยละ 82.1) และไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช (ร้อยละ 58.2) ได้รับยา Methylphenidate (immediate-release) ร้อยละ 38.1 มีจำนวนวันเฉลี่ยที่นอนกลางวันช่วง 1 เดือน เท่ากับ 6.1 ± 15.8 วัน และคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม SNAP-IV เท่ากับ 32.7 ± 26.7 คะแนน ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับ 165.7 ± 102.4 ชั่วโมง โดยแพลตฟอร์มที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ Instagram (ร้อยละ 59.7) ในด้านคะแนนแบบทดสอบ S-MASS พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบเท่ากับ 25.0 ± 9.2 คะแนน โดยอาสาสมัครส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลาง (ร้อยละ

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 134)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น	
เพศ	
ชาย	95 (70.9)
หญิง	39 (29.1)
อายุ (mean ± SD)	14.5 ± 1.5
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษาตอนต้น	93 (69.9)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	31 (23.3)
มหาวิทยาลัยปีที่ 1	2 (1.5)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	5 (3.8)
สำนักงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย	2 (1.5)
รับประทานยาทุกชนิด ทุกวัน ตามคำสั่งแพทย์	
ไม่ใช่	47 (35.1)
ใช่	87 (64.9)
สภาพแวดล้อมของห้องนอนมีตึสนิท เงียบสงบ	
ไม่ใช่	49 (36.6)
ใช่	85 (63.4)
มีการใช้เตียงเพื่อทำกิจกรรมอื่นนอกจากการนอนหลับ	
ไม่ใช่	25 (18.7)
ใช่	109 (81.3)
จำนวนวันตื่นนอนกลางวันใน 1 เดือน (mean ± SD)	6.1 ± 15.8
ออกกำลังกายอย่างน้อย 60 นาที ทุกวัน	
ไม่ใช่	91 (67.9)
ใช่	43 (32.1)
ปัจจัยความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น	
คะแนนแบบสอบถาม SNAP-IV (short form) (mean ± SD)	32.7 ± 26.7
Inattention (mean ± SD)	14.3 ± 9.2
Hyperactivity/impulsivity (mean ± SD)	8.7 ± 9.4
Oppositional defiant disorder (mean ± SD)	9.6 ± 9.3
ปัจจัยโรคร่วม และยาที่รับประทาน	
โรคร่วมทางกาย	
ไม่มี	110 (82.1)
มี	24 (17.9)
โรคร่วมทางจิตเวช	
ไม่มี	78 (58.2)
มี	56 (41.8)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
ยา	
ไม่ได้รับ Methylphenidate	33 (24.6)
ได้รับ Methylphenidate	101 (75.4)
Antidepressant	
ไม่มี	95 (70.9)
มี	39 (29.1)
Antipsychotic	
ไม่มี	111 (82.8)
มี	23 (17.2)
ปัจจัยการใช้สื่อสังคมออนไลน์	
ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือน (ชั่วโมง) (mean ± SD)	165.7 ± 102.4
ช่วงเวลาที่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (ชั่วโมง:นาที)	
05:00 - 17:59	16 (12.0)
18:00 - 04:59	11 (8.3)
ใช้ทั้งสองช่วงเวลา	105 (8.9)
แพลตฟอร์มที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์^a	
Facebook	61 (45.5)
TikTok	76 (56.7)
Instagram	80 (59.7)
Line	74 (55.2)
X	37 (27.6)
อื่นๆ	24 (17.9)
ปัจจัยการติดสื่อสังคมออนไลน์	
คะแนนแบบทดสอบ S-MASS (mean ± SD)	25.0 ± 9.2
ความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์	
ต่ำ	20 (14.9)
ปานกลาง	73 (54.5)
สูง	41 (30.6)
ปัจจัยคุณภาพการนอน	
คะแนนแบบสอบถาม PSQI (mean ± SD)	6.1 ± 5.5
คุณภาพการนอน	
ดี	67 (50.0)
ไม่ดี	67 (50.0)

^a แพลตฟอร์มที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ, SD = standard deviation, SNAP-IV = the Swanson, Nolan, and Pelham rating scale, S-MASS = social-media addiction screening scale, PSQI = Pittsburgh sleep quality index

54.5) ด้านคุณภาพการนอนที่ดีและไม่ดีของกลุ่มตัวอย่างมีความซุกเท่ากันที่ร้อยละ 50.0 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบ PSQI เท่ากับ 6.1 ± 5.5 คะแนน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและคะแนนแบบทดสอบ PSQI โดยสถิติ Independent t-test พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยแบบทดสอบ PSQI สูง (มีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี) กว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 1.96, $t = 3.28$, $p = 0.001$) การใช้เตียงเพื่อทำกิจกรรมอื่นนอกจากการนอนหลับทำให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนสูงกว่าการไม่ใช้เตียงเพื่อทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 1.52, $t = 2.13$, $p = 0.04$) นอกจากนี้การมีโรคร่วมทางจิตเวชยังมีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบทดสอบ PSQI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 1.16, $t = 2.06$, $p = 0.04$) โดยค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมีคะแนนแบบทดสอบ PSQI ที่สูงกว่า และการได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (ICD-10: F30-F39) มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบทดสอบ PSQI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 3.13, $t = 2.69$, $p = 0.002$) โดยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) มีคะแนนแบบทดสอบ PSQI ที่สูงกว่า

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way ANOVA พบว่า ช่วงเวลาที่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่สัมพันธ์กับคะแนนแบบทดสอบ PSQI ($F = 1.48$, $p = 0.22$) แต่ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือน มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบทดสอบ PSQI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.63$, $p = 0.008$) โดยระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับคะแนนแบบทดสอบ PSQI ที่เพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์ด้วย multiple comparison ด้วยวิธี Bonferroni ในส่วนแรกเมื่ออ้างอิงจากคำแนะนำในการใช้หน้าจอออนไลน์ของประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และสหราชอาณาจักร ที่แนะนำว่าไม่ควรให้วัยรุ่นใช้หน้าจอมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน^{29,30} เมื่อนำมาคำนวณระยะเวลาการใช้หน้าจอใน 1 เดือน (การศึกษานี้กำหนด 1 เดือนเท่ากับ 28 วัน) จึงได้เท่ากับไม่มากกว่า 56 ชั่วโมง โดยพบว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในช่วง 0 - 56 ชั่วโมง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบ PSQI ต่ำกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 140 ชั่วโมง ($p = 0.005$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบทดสอบ PSQI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 11.95$, $p < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มเพิ่มขึ้นตามความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์ เมื่อวิเคราะห์ด้วย

multiple comparison ด้วยวิธี Bonferroni พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์ต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบ PSQI ต่ำกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์ปานกลาง ($p < 0.001$) และสูง ($p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบว่าเพศหญิงสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 3.09 เท่า เมื่อเทียบกับเพศชาย ($aOR = 3.09$, $p = 0.005$, 95% CI: 1.40 - 6.84) ความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์สูง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 2.98 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ในระดับต่ำและปานกลาง ($aOR = 2.98$, $p = 0.006$, 95% CI: 1.37 - 6.48) นอกจากนี้ยังพบว่าการมีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือน มากกว่า 56 ชั่วโมง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 5.64 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 56 ชั่วโมง ($aOR = 5.64$, $p = 0.009$, 95% CI: 1.54 - 20.66) และการได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 7.82 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) ($aOR = 7.82$, $p = 0.008$, 95% CI: 1.69 - 36.20) ส่วนปัจจัยอื่นไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอน

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความซุกซนของคุณภาพการนอนที่ไม่ดีในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น โดยพบว่ามีความซุกซนของคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ร้อยละ 50 ซึ่งพบความซุกซนน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าเด็กโรคสมาธิสั้นมักมีปัญหาคุณภาพการนอนที่ไม่ดีประมาณร้อยละ 70^{5,31-33} ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น ที่มีอายุ 13 - 18 ปี ซึ่งตามพัฒนาการของวัยรุ่นจะมีความคิดเอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง และมักมองตนเองดีกว่าความเป็นจริง จึงอาจทำให้เกิดการให้ข้อมูลที่ผิดเกินกว่าความเป็นจริงได้ นอกจากนี้อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านเพศ โดยในกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นวัยรุ่นเพศชายซึ่งมักพบปัญหาการนอนน้อยกว่าวัยรุ่นเพศหญิง เนื่องจากวัยรุ่นเพศหญิงมีความเครียด วิตกกังวลได้ง่ายกว่า ซึ่งส่งผลกับการนอน และความซุกซนที่ลดลงอาจมีผลจากระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด

ซึ่งยังเป็นวัยที่ผู้ปกครองอาจจะยังดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้มีความ
 ความรู้เรื่องพฤติกรรมนอนมาก จึงอาจส่งผลให้ความสุขของ
 การศึกษานี้ไม่เท่ากับการศึกษาที่ผ่านมา

ด้านปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพการนอนเมื่อพิจารณา
 แต่ละด้าน โดยเริ่มจากปัจจัยด้านเพศ พบว่าการเป็นเพศหญิง
 ทำให้พบคุณภาพการนอนที่ไม่ดีมากกว่าเพศชาย 3.09 เท่า

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและคะแนนแบบทดสอบ Pittsburgh sleep quality index วิเคราะห์โดยสถิติ Independent t-test

ปัจจัย	คะแนน PSQI (mean $\pm$ SD)	t	mean diff.	95% CI	p-value
เพศ		3.28	1.96	0.78 – 3.14	0.001*
ชาย	5.51 $\pm$ 3.17				
หญิง	7.46 $\pm$ 3.06				
ทานยาทุกชนิด ทุกวัน ตามคำสั่งแพทย์		1.54	0.90	-2.06, 0.26	0.13
ไม่ใช้	5.49 $\pm$ 3.06				
ใช่	6.39 $\pm$ 3.32				
สภาพแวดล้อมห้องนอนมีดสนิท เยียบสงบ		0.74	0.43	-0.73, 1.58	0.46
ไม่ใช้	6.35 $\pm$ 3.58				
ใช่	5.92 $\pm$ 3.05				
มีการใช้เตียงเพื่อทำกิจกรรมอื่นนอกจากการนอนหลับ		2.14	1.52	0.11 – 2.92	0.04*
ไม่ใช้	4.84 $\pm$ 3.09				
ใช่	6.36 $\pm$ 3.23				
ออกกำลังกายอย่างน้อย 60 นาที ทุกวัน		1.01	0.61	-0.58 – 1.80	0.31
ไม่ใช้	5.88 $\pm$ 3.24				
ใช่	6.49 $\pm$ 3.28				
โรคร่วมทางกาย		0.61	0.45	-1.01, 1.90	0.54
ไม่มี	6.15 $\pm$ 3.32				
มี	5.71 $\pm$ 2.93				
โรคร่วมทางจิตเวช		2.06	1.16	0.48 – 2.27	0.04*
ไม่มี	5.59 $\pm$ 2.91				
มี	6.75 $\pm$ 3.59				
ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39)		3.13	2.69	0.99 – 4.40	0.002*
ไม่ใช้	5.77 $\pm$ 3.12				
ใช่	8.47 $\pm$ 3.36				
ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรควิตกกังวล (F40-F48)		0.42	0.30	-1.13 – 1.73	0.68
ไม่ใช้	6.02 $\pm$ 3.00				
ใช่	6.32 $\pm$ 4.22				
Antidepressant		1.84	1.12	-0.09 – 2.34	0.07
ไม่มี	5.75 $\pm$ 2.99				
มี	6.87 $\pm$ 3.73				
Antipsychotic		1.22	0.91	-0.57 – 2.38	0.23
ไม่มี	5.92 $\pm$ 3.16				
มี	6.83 $\pm$ 3.69				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$, SD = standard deviation, mean diff. = mean difference, 95% CI = 95% confidence interval, PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index

อาจเกิดเนื่องจากเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดวิตกกังวลได้สูงกว่าเพศชาย³⁴ ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์พบว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในช่วง 0 - 56 ชั่วโมง มีคุณภาพการนอนที่ดีกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 140 ชั่วโมง ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำระยะเวลาการให้น้ำจอกของหลายประเทศ³⁵⁻³⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ลดลง^{13,17,38-40} นอกจากนี้ยังพบว่าการมีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือนมากกว่า 56 ชั่วโมงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีคุณภาพการนอนไม่ดีคิดเป็น 5.64 เท่า

ของกลุ่มที่มีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 56 ชั่วโมง อาจอธิบายได้จากการใช้เวลาไปกับสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้นทำให้ระยะเวลาที่สมองถูกกระตุ้นจากความคิด และอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ทั้งจากเนื้อหาของสื่อสังคมออนไลน์หรือจากการที่ต้องได้ตอบกับสื่อสังคมออนไลน์ทำให้เกิดภาวะตื่นตัวมากเกินไปทางความคิดและอารมณ์ (cognitive-emotional hyperarousal)⁴¹ เกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้เกิดการพุ่งสูงของสารโดพามีน (dopamine surge) ทำให้สมองเกิดความตื่นตัวมากขึ้นและตื่นตัวเป็นเวลานานขึ้น รวมถึงระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นยังทำให้

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและคะแนนแบบทดสอบ Pittsburgh sleep quality index วิเคราะห์โดยสถิติ one-way ANOVA

ปัจจัย	คะแนน PSQI		F	p	multiple comparison ^a
	mean	SD			
ระดับการศึกษา			1.03	0.39	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5.84	3.35			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6.71	2.96			
มหาวิทยาลัยปีที่ 1	6.50	0.70			
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	5.40	3.05			
สำนักงานการศึกษานอกโรงเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย	9.50	4.95			
ช่วงเวลาที่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์			1.48	0.22	
05.00 – 17.59	5.94	1.08			
18.00 – 04.59	4.36	1.04			
ใช้ทั้งสองช่วงเวลา	6.29	0.30			
ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือน			3.63	0.008*	
0 – 56 ชั่วโมง	3.76	2.25			0 – 56 ชั่วโมง vs มากกว่า 140 ชั่วโมง*
57 – 84 ชั่วโมง	5.12	2.12			
85 – 112 ชั่วโมง	6.38	3.33			
113 – 140 ชั่วโมง	6.20	3.45			
มากกว่า 140 ชั่วโมง	6.76	3.38			
ความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์			11.95	<0.001*	
ต่ำ	3.05	1.32			ต่ำ vs ปานกลาง* ต่ำ vs สูง*
ปานกลาง	6.52	3.45			
สูง	6.76	2.72			
ได้รับยา Methylphenidate			1.82	0.17	
ไม่ได้รับ	6.55	3.01			
ได้รับประเภท intermediate-release	5.78	3.14			
ได้รับประเภท intermediate-release และ extended-release	5.15	1.95			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$, SD = standard deviation, PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index, a = Bonferroni test

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและคุณภาพการนอน วิเคราะห์โดยสถิติ Multiple logistic regression

ปัจจัย	adjusted OR	95% CI	p-value
เพศ			
ชาย	ref.	ref.	
หญิง	3.09	1.40 – 6.84	0.005*
อายุ			
13 – 15 ปี	ref.	ref.	
16 – 18 ปี	1.79	0.70 – 4.58	0.23
ความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์			
ความเสี่ยงต่ำและปานกลาง	ref.	ref.	
ความเสี่ยงสูง	2.98	1.37 – 6.48	0.006*
ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือน			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 56 ชั่วโมง	ref.	ref.	
มากกว่า 56 ชั่วโมง	5.64	1.54 – 20.66	0.009*
การใช้เตียงเพื่อทำกิจกรรมอื่นนอกจากการนอนหลับ			
ไม่มี	ref.	ref.	
มี	1.63	0.66 – 3.99	0.29
โรคร่วมทางจิตเวช			
ไม่มี	ref.	ref.	
มี	1.90	0.93 – 3.90	0.08
การวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39)			
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	ref.	ref.	
ได้รับการวินิจฉัย	7.82	1.69 – 36.20	0.008*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$, adjusted OR = adjusted odds ratio, 95% CI = 95% confidence interval, ref. = reference

ร่างกายได้รับแสงสีฟ้าจากหน้าจอมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการหลั่งสารเมลาโทนิน (melatonin)⁴² ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการนอนหลับซึ่งทั้งหมดส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ หรือระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่นานขึ้นอาจส่งผลต่อระยะเวลาการนอนโดยตรงได้ ทำให้คุณภาพการนอนลดลง และจากผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์สูง จะพบคุณภาพการนอนที่เลวร้ายกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำและปานกลาง 2.98 เท่า อาจอธิบายได้จากการที่มีความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์สูง แสดงให้เห็นถึงการใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์ที่มากขึ้น ซึ่งการใช้เวลาไปกับสื่อสังคมออนไลน์ที่มากขึ้นอาจทำให้กระทบกับเวลาการนอนและสุขอนามัยการนอน เช่น ส่งผลให้ไม่สามารถงดหน้าจอ ก่อนเข้านอนอย่างน้อย 1 ชั่วโมงได้ ทำให้ร่างกายถูกกระตุ้นให้

ตื่นตัวจากแสงสีฟ้าของหน้าจอ ส่งผลต่อการหลั่งสารเมลาโทนิน (melatonin) และกระทบต่อคุณภาพการนอน

ปัจจัยด้านสุขอนามัยการนอน พบว่าการมีการใช้เตียงเพื่อทำกิจกรรมอื่นนอกจากการนอนหลับสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ลดลง ซึ่งอาจจะสามารถอธิบายได้ว่าการใช้เตียงเพื่อทำกิจกรรมอื่นนอกจากการนอนหลับเป็นการทำให้เกิดการสร้างเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการตื่นตัว (conditioned arousal)⁴³ ทำให้สมองมีการหลั่งสารอะดรีนาลีน (adrenaline) และสารคอร์ติซอล (cortisol) ส่งผลให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้⁴⁴⁻⁴⁶ แต่ช่วงเวลาที่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอน ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในช่วง

เวลากลางคืนส่งผลต่อคุณภาพการนอน⁴⁷ ซึ่งอาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีลักษณะของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถแยกให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของแต่ละช่วงเวลาได้

ปัจจัยทางด้านโรคร่วมพบว่าโรคร่วมทางจิตเวชยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ลดลง ซึ่งตรงกับการศึกษาก่อนหน้า อาจมีสาเหตุจากโรคทางจิตเวชเป็นกลุ่มโรคหนึ่งที่ส่งผลให้มีปัญหาการนอนอยู่เดิม จึงยิ่งทำให้คุณภาพการนอนของกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมทางจิตเวชลดลง นอกจากนี้ยังพบข้อมูลเพิ่มเติมว่ากลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) มีคุณภาพการนอนลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) โดยพบว่าการได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้คุณภาพการนอนไม่ดี คิดเป็น 7.82 เท่า ของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) ซึ่งอาจอธิบายได้จากอาการหนึ่งที่พบได้ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) คือนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพการนอนที่ไม่ดีอยู่เดิม แต่การมีโรคร่วมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าโรคร่วมทางกายสัมพันธ์กับปัญหาการนอน⁴⁸ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีโรคร่วมทางกาย

ปัจจัยทางด้านการรักษาพบว่า การได้รับยา Methylphenidate ไม่ส่งผลกับคุณภาพการนอน ซึ่งแตกต่างจากข้อมูลและการศึกษาที่พบว่า การได้ยากลุ่ม stimulant ทำให้คุณภาพการนอนไม่ดี^{49,50} อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมักได้รับยาในเวลาเช้าและเที่ยง ทำให้ยามดึกฤทธิ์ก่อนที่จะถึงเวลาเข้านอน จึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพการนอน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ การศึกษานี้เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งทำให้ไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์แบบเป็นเหตุและผลได้ นอกจากนี้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างยังมีจำนวนน้อย อาจทำให้ไม่สามารถพบความสัมพันธ์ได้ในบางปัจจัย และเป็นกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษา คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่รับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากเนื่องมาจากเกินศักยภาพของโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้ลักษณะของผู้ป่วยอาจมีอาการที่รุนแรงกว่าผู้ป่วยที่รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลทั่วไป แต่ในขณะเดียวกันในโรงพยาบาลมีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป

อาจส่งผลกับอาการของผู้ป่วย ความเข้าใจในตัวโรคด้วยเช่นกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลกับความถูกต้องของการให้ข้อมูลของผู้ป่วยได้ ทำให้อาจไม่สามารถที่จะนำไปใช้ได้กับประชากรทั่วไปทุกกลุ่ม เนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยอาจต่างกัน นอกจากนี้การวัดคุณภาพการนอนเป็นการวัดจากแบบสอบถามประเภทที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report method) อาจทำให้เกิดอคติจากการตอบแบบสอบถามได้ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรในงานวิจัยนี้เป็นวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นที่อาจมีปัญหาเรื่องความจำเพื่อใช้งาน (working memory) ทำให้จำข้อมูลผิดพลาด นอกจากนี้ อาจเกิดการตอบให้อาการดีกว่าความเป็นจริงได้ เนื่องจากในวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นอาจพบการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการตัวโรคได้ และตามพัฒนาการของวัยรุ่นจะพบการมีความคิดเอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง ซึ่งอาจส่งผลทำให้มองอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงน้อยกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้การวัดคุณภาพการนอนจากแบบสอบถามคุณภาพการนอน (PSQI) ไม่ได้นำคะแนนของอาการที่บุคคลอื่นสังเกตได้ เช่น การนอนกรน ขากระตุก หรือกระสับกระส่าย เป็นต้น มาคิดคำนวณ อาจทำให้ไม่สามารถได้ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนที่แท้จริงหรือเกิดการคลาดเคลื่อนของการเก็บข้อมูลให้ได้ผลลัพธ์ตามความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนได้อีก เช่น อาหารที่รับประทาน การรับประทานเครื่องดื่มคาเฟอีน การใช้สารเสพติด รวมถึงสุราและบุหรี่ ความเครียดในปัจจุบัน กิจกรรมอื่นในช่วงเวลากลางวัน รวมถึงปัจจัยเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์อื่นๆ เช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์จากหลายแหล่ง และเนื้อหาของสื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น จึงอาจมีแนวทางสำหรับทำการศึกษาต่อในอนาคต โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น หลากหลายขึ้น และใช้การวัดผลที่น่าเชื่อถือมากขึ้น เช่น ใช้อุปกรณ์วัดคุณภาพการนอนแทนการใช้แบบสอบถาม หรือใช้แบบสอบถามที่มีการประเมินจากหลายฝ่ายร่วมกัน เพื่อหาความเที่ยงตรงของข้อมูล รวมถึงพยายามจำกัดปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพการนอนออกไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพการนอนที่ไม่ดี ได้แก่ การเป็นเพศหญิง มีความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์สูง มีระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือนมากกว่า 56 ชั่วโมง และได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) อาจนำไปสู่การให้คำแนะนำแก่พ่อแม่ ผู้ปกครองที่มีลูกเป็นวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น เกี่ยวกับการจำกัด

ระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือน ไม่ควรมากกว่า 56 ชั่วโมง การสังเกตพฤติกรรมที่อาจบ่งบอกถึงความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงอาจสร้างคำแนะนำในการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์มากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะที่เป็นเพศหญิง หรือได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) อีกทั้งอาจสร้างเป็นคำแนะนำการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เป็นนโยบายของประเทศผ่านกลุ่มองค์กรต่างๆ โดยระยะเวลาการใช้สื่อสังคมออนไลน์ใน 1 เดือน ไม่ควรมากกว่า 56 ชั่วโมง

สรุป

ระยะเวลาใช้สื่อสังคมออนไลน์และความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์สูง สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ไม่ดีในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น โดยระยะเวลาใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นและความเสี่ยงในการติดสื่อสังคมออนไลน์สูง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนที่ลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล สำหรับการอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามการติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social-Media Addiction Screening Scale; S-MASS) รศ.นพ.วัฒน์ชัย โชตินัยวัตรกุล สำหรับการอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอน (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI) รศ.นพ.ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร สำหรับการอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น (the Swanson, Nolan, and Pelham rating scale; SNAP-IV (short form)) ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สำหรับความช่วยเหลือในการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณหน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สำหรับการช่วยเหลือในการค้นหาข้อมูล ทั้งนี้ งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกันที่อาจเกิดเกี่ยวกับงานวิจัยนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

นัยรัตน์ บรรดาศักดิ์: ออกแบบการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม เขียนโครงร่างวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ; ศศิธร ปรีชาวุฒิเดช: ออกแบบการศึกษา การตรวจสอบแก้ไขบทความ; จิรดา ประสาทพรศิริโชค: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Erskine HE, Baxter AJ, Patton G, Moffitt TE, Patel V, Whiteford HA, Scott JG. The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017; 26(4): 395-402.
2. UNICEF. Ensuring mental health and well-being in an adolescent's formative years can foster a better transition from childhood to adulthood [Internet]. UNICEF; 2019 [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/#:~:text=In%202019%2C%20it%20was%20estimated,per%20cent%20of%20mental%20disorders>.
3. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr* 2023; 49(1): 48.
4. Choo-pun K, Boonlue N. Attention deficit hyperactivity disorder in primary school Chiang Mai, Thailand. *Chiang Mai Med J* 2022; 10(1): 11-9.
5. Won DC, Feldman HM, Huffman LC. Sleep problem detection and documentation in children with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder by developmental-behavioral pediatricians: A DBPNet Study. *J Dev Behav Pediatr* 2019; 40(1): 20-31.
6. Wajszilber D, Santiseban JA, Gruber R. Sleep disorders in patients with ADHD: impact and management challenges. *Nat Sci Sleep* 2018; 10: 453-80.
7. Gomes R, Sousa B, Gonzaga D, Prior C, Rios M, Vaz Matos I. Association between attention-deficit/hyperactivity symptoms and sleep in preschoolers. *An Pediatr (Engl Ed)* 2023; 98(4): 283-90.
8. Mayes SD, Puzino K, DiGiovanni C, Calhoun SL. Cross-sectional age analysis of sleep problems in 2 to 17 year olds with ADHD combined, ADHD Inattentive, or autism. *J Clin Psychol Med Settings* 2022; 29(2): 239-48.
9. Thomas S, Lycett K, Papadopoulos N, Sciberras E, Rinehart N. Exploring behavioral sleep problems in children with ADHD and comorbid autism spectrum disorder. *J Atten Disord* 2018; 22(10): 947-58.
10. Bergwerff CE, Luman M, Oosterlaan J. No objectively measured sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Sleep Res* 2016; 25(5): 534-40.
11. McGowan NM, Voinescu BI, Coogan AN. Sleep quality, chronotype and social jetlag differentially associate with

- symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Chronobiol Int* 2016; 33(10): 1433-43.
12. Shen C, Luo Q, Chamberlain SR. What is the link between attention-deficit/hyperactivity disorder and sleep disturbance? A multimodal examination of longitudinal relationships and brain structure using large-scale population-based cohorts. *Biol Psychiatry* 2020; 88(6): 459-69.
 13. Hong GCC, Conduit R, Wong J, Di Benedetto M, Lee E. Diet, physical activity, and screen time to sleep better: multiple mediation analysis of lifestyle factors in school-aged children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *J Atten Disord* 2021; 25(13): 1847-58.
 14. Wong SL, King N, Gariépy G, Michaelson V, Canie O, King M, et al. Adolescent social media use and its association with relationships and connections: Canadian health behaviour in school-aged children, 2017/2018. *Health Reports* 2022; 33(12): 14-23.
 15. Electronic Transactions Development Agency. Thai internet user behavior 2022. Bangkok: Electronic Transactions Development Agency; 2022.
 16. Paulina LR, Csejtei I, Miklósi M. Attention deficit/hyperactivity symptoms, quality of sleep, and social media use in young adults during the COVID-19 epidemic. *Neuropsychopharmacol Hung* 2023; 25(2): 70-81.
 17. Withayasakpant Hathaipat, Suwannee P. Impact of multimedia use before bed on sleep problems in ADHD children. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020; 65(4): 317-30.
 18. Paulina LR, Csejtei I, Miklósi M. Sleep quality mediates the relationship between problematic social media use and attention-deficit/hyperactivity symptoms. *Eur Psychiatry* 2024; 67(Suppl 1): S102-3.
 19. Cavalli E, Anders R, Chaussoy L, Herbillon V, Franco P, Putois B. Screen exposure exacerbates ADHD symptoms indirectly through increased sleep disturbance. *Sleep Med* 2021; 83: 241-247.
 20. Ketumarn P, Hataiyusuk S, Pornnoppadol C, Apinuntavech S. Prevalence and factors associated with attention-deficit hyperactivity disorder in male juvenile delinquent of Metta Remand Home. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61(1): 27-39.
 21. Paulina LR, Csejtei I, Miklósi M. Sleep quality mediates the relationship between problematic social media use and attention-deficit/hyperactivity symptoms. *Eur Psychiatry*. 2024; 67.
 22. Langberg JM, Molitor SJ, Oddo LE, Eadeh HM, Dvorsky MR, Becker SP. Prevalence, patterns, and predictors of sleep problems and daytime sleepiness in young adolescents with ADHD. *J Atten Disord* 2020; 24(4): 509-23.
 23. Chanpen S, Pornnoppadol C, Vasupanrajit A, Dejatiwongse Na Ayudhya Q. An assessment of the validity and reliability of the social-media addiction screening scale (S-MASS). *Siriraj Med J* 2023; 75(3): 167-80.
 24. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2): 193-213.
 25. Sitasuwan Tullaya, Bussaratid Sontuss, Ruttanaumpawan Pimon, Wattanachai C. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai* 2014; 97 (Suppl. 3): S57-67.
 26. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, S B. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014; 59: 97-100.
 27. Sung V, Hiscock H, Fau S, Sciberras E, Sciberras E, Efron D, Efron D. Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162(4): 336-42.
 28. Marten F, Keuppens L, Baeyens D, Boyer BE, Danckaerts M, Cortese S, Van der Oord S. Sleep parameters and problems in adolescents with and without ADHD: A systematic review and meta-analysis. *JCPP Adv*. 2023; 3(3): e12151.
 29. Okely AD, Ghersi D, Loughran SP, Cliff DP, Shilton T, Jones RA, Stanley RM, Sherring J, Toms N, Eckermann S, Olds TS, Zhang Z, Parrish AM, Kervin L, Downie S, Salmon J, Bannerman C, Needham T, Marshall E, Kaufman J, Brown L, Wille J, Wood G, Lubans DR, Biddle SJH, Pill S, Hargreaves A, Jonas N, Schranz N, Campbell P, Ingram K, Dean H, Verrinder A, Ellis Y, Chong KH, Dumuid D, Katzmarzyk PT, Draper CE, Lewthwaite H, Tremblay MS. A collaborative approach to adopting/adapting guidelines. The Australian 24-hour movement guidelines for children (5-12 years) and young people (13-17 years): An integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2022; 19(1): 2.
 30. Toigo S, Wang C, Prince SA, Varin M, Roberts KC, Betancourt MT. Recreational screen time and mental health among Canadian children and youth. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2025; 45(7-8): 311-322.
 31. Cortese S, Brown TE, Corkum P, Gruber R, O'Brien LM, Stein M, et al. Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52(8): 784-96.
 32. Sciberras E, Hiscock H, Cortese S, Becker SP, Fernando JW, Mulraney M. Variation in sleep profiles in children with ADHD and associated clinical characteristics. *J Child Psychol Psychiatry* 2023; 64(10): 1462-9.
 33. Martin SR, Boergers J, Kopel SJ, McQuaid EL, Seifer R, LeBourgeois M, et al. Sleep hygiene and sleep outcomes in a sample of urban children with and without Asthma. *J Pediatr Psychol* 2017; 42(8): 825-36.
 34. Hosseini L, Khazali H. Comparing the Level of Anxiety in Male & Female School Students. *Procedia Soc Behav Sci* 2013; 84: 41-6.
 35. Australian Government. The Department of Health. Australian 24-hour movement guidelines for children (5–12 years) and young people (13–17 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep [Internet]. Australia: Australian Government; 2019 [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ti-5-17years>.
 36. Chief Medical Officers. Physical activity guidelines: UK chief medical officers' report [Internet]. United Kingdom: Chief Medical

Officers; 2019 [cited 2025 Apr 7]. Available from: <http://publichealthwell.ie/node/1278661>.

37. Azhari A, Toms Z, Pavlopoulou G, Esposito G, Dimitriou D. Social media use in female adolescents: Associations with anxiety, loneliness, and sleep disturbances. *Acta Psychol (Amst)* 2022; 229: 103706.
38. Orhon F, Ergin A, Topcu S, Colak B, Almis H, Durmaz N, et al. The role of social support on the relationships between internet use and sleep problems in adolescents during COVID-19 pandemic: a multicentre study. *Child Adolesc Ment Health* 2023; 28(1): 117-23.
39. Otsuka Y, Kaneita Y, Itani O, Matsumoto Y, Jike M, Higuchi S, et al. The association between Internet usage and sleep problems among Japanese adolescents: three repeated cross-sectional studies. *Sleep* 2021; 44(12).
40. Tereshchenko S, Kasparov E, Smolnikova M, Shubina M, Gorbacheva N, Moskalenko O. Internet addiction and sleep problems among Russian adolescents: a field school-based study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(19).
41. Dressle RJ, Riemann D. Hyperarousal in insomnia disorder: Current evidence and potential mechanisms. *J Sleep Res.* 2023; 32(6): e13928.
42. AlShareef SM. The impact of bedtime technology use on sleep quality and excessive daytime sleepiness in adults. *Sleep Sci.* 2022; 15(Spec 2): 318-327.
43. Rossman J. Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: An Effective and Underutilized Treatment for Insomnia. *Am J Lifestyle Med.* 2019; 13(6): 544-547.
44. Martin SR, Boergers J, Kopel SJ, McQuaid EL, Seifer R, LeBourgeois M, et al. Sleep hygiene and sleep outcomes in a sample of urban children with and without Asthma. *J Pediatr Psychol* 2017; 42(8): 825-36.
45. LeBourgeois MK, Giannotti F, Cortesi F, Wolfson A, Harsh J. Sleep hygiene and sleep quality in Italian and American adolescents. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1021: 352-4.
46. Bartel KA, Gradisar M, Williamson P. Protective and risk factors for adolescent sleep: a meta-analytic review. *Sleep Med Rev* 2015; 21: 72-85.
47. Alonzo R, Hussain J, Stranges S, Anderson KK. Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2021; 56: 101414.
48. Wolniczak I, Caceres-DelAguila JA, Palma-Ardiles G, Arroyo KJ, Solis-Visscher R, Paredes-Yauri S, et al. Association between Facebook dependence and poor sleep quality: a study in a sample of undergraduate students in Peru. *PLoS One* 2013; 8(3): e59087.
49. Vernon L, Barber BL, Modecki KL. Adolescent problematic social networking and school experiences: the mediating effects of sleep disruptions and sleep quality. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2015; 18(7): 386-92.
50. van den Eijnden R, Geurts SM, Ter Bogt TFM, van der Rijst VG, Koning IM. Social media use and adolescents' sleep: a longitudinal study on the protective role of parental rules regarding internet use before sleep. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(3): 1346.

SUPPLEMENT

ตารางที่ 6 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในด้านปัจจัยเกรดเฉลี่ย และ

Body Mass Index (n = 134)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
เกรดเฉลี่ย	
1.00 – 1.99	9 (6.7)
2.00 – 2.99	39 (29.1)
3.00 – 3.99	66 (49.3)
4.00	1 (0.7)
ข้อมูลขาดหาย (missing data)	19 (14.2)
BMI	
<18.5	41 (30.6)
18.5 – 22.9	44 (32.8)
23 – 24.9	17 (12.7)
25 – 29.9	20 (14.9)
≥ 30	12 (9.0)