



ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พ.บ.

โซษิตา ภาวสุทธิไพศาล, พ.บ.

พรทิพย์ วชิรติลก, พย.ม.

พัชรินทร์ อรุณเรือง, ศศ.ม.

ฉันทวรุจน์ บุรณสุขสกุล, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕

วัสดุและวิธีการ เป็นการสำรวจระดับชาติแบบภาคตัดขวาง 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรก คัดกรองด้วยแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SNAP-IV Rating Scale ฉบับภาษาไทย ขั้นตอนที่สองวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM-IV-TR ฉบับภาษาไทย โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 จำนวน 7,188 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบ three-stages stratified cluster sampling จำแนกตามสังกัดการศึกษาจาก 10 จังหวัด ใน 4 ภาค รวมทั้งกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ค่าความชุกด้วยร้อยละ และ 95% confidence interval

ผล ตัวอย่างจำนวน 521 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1 พบสูงสุดที่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 9.7 โดยพบความชุกโรคสมาธิสั้นสูงสุดในภาคใต้ ร้อยละ 11.7 และต่ำสุดที่ภาคเหนือ ร้อยละ 5.1 จำแนกตามกลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้น พบสูงสุดคือ combined type ร้อยละ 3.8 inattentive type ร้อยละ 3.4 และต่ำสุด hyperactive/impulsive type ร้อยละ 0.9

สรุป ความชุกของโรคสมาธิสั้นในการศึกษานี้ เท่ากับร้อยละ 8.1 พบมากที่สุดประเภท combined type ร้อยละ 3.8 ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการดูแลรักษา และส่งเสริมป้องกันโรคสมาธิสั้นต่อไป

คำสำคัญ : ความชุก สมาธิสั้น

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ติดต่อสอบถามได้ที่ visa2043@gmail.com



The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand

Taweessin Visanuyothin, M.D.

Chosita Pavasuthipaisit, M.D.

Porntip Wachiradilok, M.Ns.

Patcharin Arunruang, M.A.

Thunvaruj Buranasuksakul, M.D.

Abstract

Objective To obtain the estimates of the national prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) of Thai children in the year 2012.

Materials and methods It was two steps cross sectional survey. The first step was done by using screening test of SNAP-IV Thai version. The second step was to interview by child and adolescent psychiatrists using DSM-IV TR criteria. Thai students graded 1-5 in primary school recruited in the study were 7,188 cases. The samples were selected by using three-stages stratified cluster sampling and classified by regions, provinces and school types. The percentage and 95% confidence interval were used to represent the results.

Results Five hundred and twenty one Thai children subjects were diagnosed with ADHD, making a national prevalence of Thai students equals to 8.1%. The prevalence in boy (12%) was substantially higher than girl (4.2%), therefore the ratio was about 3:1. Considering the difference in regions, southern region was highest at 11.7% and northern region was lowest at 5.1%. The prevalence of subtype in ADHD were mostly of the combined type of 3.8% and hyperactive/impulsive type were lowest equals to 0.9%

Conclusion The prevalence of ADHD in this study was 8.1%. Mostly, it was in the combined type (3.8%). This information will be useful to implement policy in order to improve health service system, and prevention of ADHD in the country.

Key words : attention deficit/hyperactivity disorder, prevalence

Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute

Contact address: visa2043@gmail.com

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มเด็กที่พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของเด็กอายุ 8-11 ปี และร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียน โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า¹ อาการสำคัญ คือ ขาดสมาธิ ซนอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น ทำให้มีผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคมกับผู้อื่น เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่สามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้เหมือนเด็กปกติ มักจะรบกวนชั้นเรียนเนื่องจากการที่ทำอะไรไม่ได้เท่ากับเพื่อน จะรู้สึกเศร้าและหงุดหงิด² เมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้น จะไม่ยอมไปโรงเรียน รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ค่า ทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้

ผลกระทบที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการประเมินและการบำบัดรักษานั้น มีความรุนแรงและเป็นปัญหาระยะยาวทั้งต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม มีรายงานการศึกษาเด็กที่ต้องคดีในสถานพินิจกรุงเทพมหานคร อายุ 11-18 ปี เป็นกลุ่มโรคสมาธิสั้นอย่างเดีย্বর้อยละ 28 และเป็นกลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้น ร่วมกับภาวะเกเร ก้าวร้าว ถึงร้อยละ 82³ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในต่างประเทศพบว่าโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์โดยตรง และมีโอกาสสูงในการพัฒนาไปสู่ภาวะต่อต้านด้าน (oppositional defiant disorder) และภาวะเกเร ก้าวร้าว (conduct disorder) เมื่อโตขึ้น⁴ และเด็กสมาธิสั้นมีโอกาสกลายเป็นเด็กเกเรและต่อต้านสังคมหลังอายุ 16 ปี ได้มากกว่าเด็กปกติ 3.5-4 เท่า⁵ ส่วนผลกระทบของการที่เด็กสมาธิสั้นถูกทำโทษบ่อยๆ หรือถูกลงโทษอย่างรุนแรง จากการวิจัยพบว่ากลุ่มคนกลุ่มนี้จะมีอาการซึมเศร้า พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ติดสุรา เมื่อโตขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนอื่น

เช่น การทุบตี ทำร้ายคู่สมรสของตนเอง มักนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในครอบครัว⁶

การสำรวจความชุกโรคสมาธิสั้นในต่างประเทศ⁷ พบความชุกระหว่างร้อยละ 0.2 ถึงร้อยละ 27.0 ซึ่งความแตกต่างของความชุกในแต่ละประเทศเป็นผลมาจากหลายสาเหตุ เช่น กลุ่มประชากร เครื่องมือ และขั้นตอนการดำเนินวิจัย เป็นต้น สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจเด็กนักเรียนในปี ๒๕๔๑⁸ พบว่ามีความชุกร้อยละ 5.1 ในตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 1,698 คน ในกรุงเทพมหานครและมีการศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสงขลา พบความชุกร้อยละ 8.0⁹ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการสำรวจความชุกของโรคสมาธิสั้นในระดับประเทศ จึงเป็นข้อจำกัดที่ไม่สามารถประเมินขนาดของปัญหาในระดับประเทศ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความชุกของโรคสมาธิสั้น ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาในประเทศไทย ขนาดของปัญหาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการช่วยเหลือรักษาและส่งเสริมป้องกันปัญหาโรคสมาธิสั้นต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการสำรวจนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 ในโรงเรียนชั้นประถมศึกษาที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นและสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร ใน 10 จังหวัดทั่วประเทศ ไม่รวมเด็กที่อยู่นอกระบบการศึกษา และไม่ได้อยู่ในสังกัดการศึกษาดังกล่าว โดยดำเนินการสำรวจ

ระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม ๒๕๕๕

ขนาดตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้ประมาณค่าความชุกของนักเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 5 โดยมี 95%CI เท่ากับ $5\% \pm 0.6\%$ จะได้ขนาดตัวอย่าง 4,529 คน เนื่องจากการศึกษานี้มีการสุ่มนักเรียนด้วย cluster sampling เมื่อกำหนดให้ design effect เท่ากับ 1.5 และ non-response rate เท่ากับร้อยละ 15 ขนาดตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้จึงเป็น 7,805 คน เนื่องจากการทำงานภาคสนามที่มีข้อจำกัด ไม่สามารถทำงานได้ตามที่วางแผนไว้ทั้งหมด จึงทำการคำนวณความคลาดเคลื่อนของค่าประมาณสัดส่วนความชุกย้อนกลับ หลังจากได้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้วพบว่าได้ค่าประมาณสัดส่วนความชุกของเด็กสมาธิสั้นทั่วประเทศ แตกต่างจากค่าพารามิเตอร์ของสัดส่วนไม่เกิน 0.16 ด้วยความเชื่อมั่น 95% สำหรับการใช้นขนาดตัวอย่าง 10 จังหวัด จาก 76 จังหวัด ส่วนความคลาดเคลื่อนของค่าประมาณสัดส่วนความชุกย้อนกลับในรายภาค พบว่าค่าประมาณสัดส่วนความชุกของเด็กสมาธิสั้นแตกต่างจากค่าพารามิเตอร์ของสัดส่วนไม่เกิน 0.018 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 0.016 ในภาคเหนือ 0.04 ในภาคกลาง 0.16 ในภาคใต้ และ 0.02 ในกรุงเทพมหานคร ด้วยความเชื่อมั่น 95%

การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มเชิงชั้นภูมิ 3 ชั้น (three-stages stratified cluster sampling)

ขั้นที่ 1 สุ่มจังหวัด ให้ภาคเป็นชั้นภูมิ ซึ่งมี 5 ชั้นภูมิ คือ (1) ภาคเหนือ (2) ภาคกลาง (3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (4) ภาคใต้ และ (5) กรุงเทพมหานคร สุ่มตัวอย่างจังหวัดจำนวน 10 จังหวัด โดยภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี

และพะเยา ภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ นครศรีธรรมราช ภาคตะวันออกเฉยเหนือ ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี และร้อยเอ็ด ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดสระแก้ว ระยอง และกรุงเทพมหานคร

ขั้นที่ 2 สุ่มโรงเรียน ให้สังกัดโรงเรียนเป็นชั้นภูมิโดยมี 3 ชั้นภูมิคือ (1) โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ซึ่งมี 44 โรงเรียน (2) โรงเรียนในสังกัดสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) จำนวน 12 โรงเรียน และ (3) โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษา (สนศ.) ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 3 โรงเรียน และโรงเรียนในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (เทศบาล) ในต่างจังหวัด จำนวน 9 โรงเรียน โดยจำนวนโรงเรียนที่สุ่มจะกระจายตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละจังหวัด ด้วยข้อจำกัดด้านการเดินทางและค่าใช้จ่าย โรงเรียนที่จะเป็นตัวอย่างต้องมีจำนวนนักเรียนต่อห้องไม่ต่ำกว่า 20 คน เพื่อให้ได้จำนวนโรงเรียนไม่มากเกินไป

ขั้นที่ 3 สุ่มห้องเรียน จาก 5 ชั้นภูมิตามระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 สุ่มห้องเรียนในแต่ละชั้นระดับการศึกษา โดยเจาะจงเลือกห้องเรียนที่จำนวนนักเรียนสูงสุด แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนทุกคนในห้องเรียนนั้น

เครื่องมือในการสำรวจประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับชั้นเรียน ประวัติการรักษาโรคสมาธิสั้น และประวัติการเรียน สำหรับปัจจัยด้านผู้ปกครอง ได้แก่ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้และหนี้สิน ความรู้ความเข้าใจและการดูแลเกี่ยวกับโรค

สมาธิสั้น ประวัติพฤติกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ชน อยู่ไม่นิ่ง เป็นโรคจิตเวช ติดสารเสพติดและก่อความรุนแรง

2) แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV ฉบับภาษาไทย¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นและโรคต่อต้าน โดยแยกเป็นด้าน inattention 9 ข้อ hyperactivity/impulsivity 9 ข้อ และ oppositional defiant disorder (ODD) 8 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.93-0.96 สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นหรือภาวะต่อต้าน โดยมีการจัดตามเกณฑ์ผู้สร้างเครื่องมือ เท่ากับ 16, 14, 12 คะแนนตามลำดับ มีค่าความไวประมาณร้อยละ 50-60 สำหรับในการวิจัยนี้เพื่อให้ได้ค่าความชุกที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด จึงต้องเพิ่มค่าความไวเป็นร้อยละ 80 ให้เหมาะสม สำหรับการคัดกรอง ทีมวิจัยจึงได้เลือกค่าจุดตัดคะแนนที่ต่ำลงเป็น 14, 12, 11

3) DSM-IV symptoms checklist โดยเนื้อหาทั้งหมดมาจาก DSM-IV TR ฉบับภาษาไทย¹¹

การศึกษานี้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 เป็นการคัดกรองนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น โดยทีมผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักของนักเรียนที่สุ่มได้เป็นห้องเรียนตัวอย่าง แล้วให้ตอบแบบคัดกรอง SNAP-IV ฉบับภาษาไทย¹⁰ โดยมีจุดตัดของอาการ inattention, hyperactivity/impulsivity และ ODD อยู่ที่คะแนน 14, 12 และ 11 ขึ้นไปตามลำดับ ถือเป็น positive และ

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรค โดยผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักและนักเรียนตัวอย่างที่มีคะแนน positive จากแบบคัดกรอง SNAP-IV จะได้รับการสัมภาษณ์ทางคลินิก และวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย 10 จังหวัด วินิจฉัยโรคสมาธิสั้นด้วย clinician interview by DSM-IV symptoms checklist ตามเกณฑ์ DSM-IV-TR¹²

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการประมวลผลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป นำเสนอเป็นตาราง นำข้อมูลที่ได้มาถ่วงน้ำหนัก เพื่อให้ได้ข้อมูลประชากรที่เป็นตัวแทนระดับภาคและระดับประเทศ นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% confidence interval

ผล

ตัวอย่างที่ตอบรับเข้าร่วมการสำรวจจำนวน 7,188 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 สัดส่วนระหว่างเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยอายุมากที่สุด 14 ปี และน้อยที่สุด 6 ปี กระจายแต่ละระดับชั้นเรียน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดาและมีพี่น้อง ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาร้อยละ 56.7 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 71.9 และหย่าร้างพบมากที่สุดที่ภาคเหนือ ร้อยละ 11.0 รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินร้อยละ 71.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไป	ภูมิภาค จำนวน (ร้อยละ)					
	กรุงเทพฯ (n=674)	เหนือ (n=1,492)	ตะวันออก เฉียงเหนือ (n=2,379)	กลาง (n=1,280)	ใต้ (n=1,363)	รวม (n=7,188)
ข้อมูลทั่วไปของเด็ก						
เพศ (ไม่ตอบจำนวน 21 ราย)						
ชาย	306 (45.6)	809 (54.3)	1,171 (49.4)	617 (48.5)	734 (53.9)	3,637 (50.7)
หญิง	365 (54.4)	681 (45.7)	1,200 (50.6)	656 (51.5)	628 (46.1)	3,530 (49.3)
อายุ						
6-9 ปี	381 (56.5)	844 (56.6)	1,296 (54.5)	695 (54.3)	738 (54.1)	3,954 (55.0)
≥ 10 ปี	293 (43.5)	648 (43.4)	1,083 (45.5)	585 (45.7)	625 (45.9)	3,234 (45.0)
บุตรคนเดียว (ไม่ตอบจำนวน 149 ราย)						
ใช่	172 (26.3)	432 (29.4)	436 (18.9)	266 (21.1)	231 (17.1)	1,537 (21.8)
ไม่ใช่	481 (73.7)	1,038 (70.6)	1,868 (81.1)	995 (78.9)	1,120 (82.9)	5,502 (78.2)
ระดับชั้นเรียน (ไม่ตอบจำนวน 4 ราย)						
ป. 1	134 (19.9)	273 (18.3)	466 (19.6)	251 (19.7)	295 (21.6)	1,419 (19.8)
ป. 2	150 (22.3)	328 (22.0)	483 (20.3)	234 (18.3)	248 (18.2)	1,443 (20.1)
ป. 3	129 (19.1)	299 (20.1)	412 (17.3)	275 (21.5)	272 (20.0)	1,387 (19.3)
ป. 4	143 (21.2)	313 (21.0)	504 (21.2)	239 (18.7)	253 (18.6)	1,452 (20.2)
ป. 5	118 (17.5)	278 (18.6)	514 (21.6)	278 (21.8)	295 (21.6)	1,483 (20.6)
อาศัยอยู่กับ (ไม่ตอบจำนวน 121 ราย)						
บิดาและมารดา	448 (68.6)	831 (56.1)	1,340 (57.4)	659 (52.5)	891 (66.2)	4,169 (59.0)
บิดาหรือมารดา	116 (17.8)	308 (20.8)	441 (18.9)	308 (24.5)	253 (18.8)	1,426 (20.2)
ญาติฯ	89 (1.6)	341 (23.0)	552 (23.7)	289 (23.0)	201 (14.9)	1,472 (20.8)
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง						
ผู้ให้ข้อมูล (ไม่ตอบจำนวน 374 ราย)						
บิดา	138 (21.5)	301 (21.4)	493 (22.0)	262 (21.6)	267 (20.4)	1,461 (21.4)
มารดา	365 (56.9)	769 (54.7)	1,236 (55.1)	715 (59.0)	776 (59.2)	3,861 (56.7)
ญาติ	139 (21.7)	336 (23.9)	516 (23.0)	234 (19.3)	267 (20.4)	1,492 (21.9)
สถานภาพสมรสของบิดามารดา (ไม่ตอบจำนวน 263 ราย)						
คู่	473 (73.7)	995 (68.6)	1,712 (75.0)	784 (64.2)	1,013 (76.3)	4,977 (71.9)
แยกกันอยู่	117 (18.2)	243 (16.7)	324 (14.2)	249 (20.4)	174 (13.1)	1,107 (16.0)
หย่า	41 (6.4)	159 (11.0)	175 (7.7)	131 (10.7)	84 (6.3)	590 (8.5)
หม้าย	11 (1.7)	54 (3.7)	73 (3.2)	57 (4.6)	56 (4.2)	251 (3.7)
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (ไม่ตอบจำนวน 571 ราย)						
< 15,000 บาท	245 (39.0)	1,030 (72.8)	1,659 (78.3)	783 (66.8)	688 (53.6)	4,405 (66.6)
15,000-40,000	285 (45.4)	325 (23.0)	412 (19.4)	334 (28.5)	528 (41.2)	1,884 (28.5)
> 40,000	98 (15.6)	60 (4.2)	48 (2.3)	55 (4.7)	67 (5.2)	328 (5.0)
ความเพียงพอของรายได้และหนี้สิน (ไม่ตอบจำนวน 385 ราย)						
เพียงพอ	216 (33.7)	362 (25.1)	563 (25.3)	308 (26.2)	498 (37.8)	1,947 (28.6)
ไม่เพียงพอ	425 (66.3)	1,080 (74.9)	1,659 (74.7)	871 (73.8)	821 (62.2)	4,856 (71.4)

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคสมาธิสั้นจำแนกตามเพศ ระดับช่วงชั้น และกลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้นตามระดับภาคและประเทศ

การจำแนก	ความชุกของโรคสมาธิสั้น: ร้อยละ (95% confidence interval)				
	กรุงเทพฯ	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	กลาง	ใต้
ความชุก (n = 521)	6.5 (4.6, 8.4)	5.1 (4.0, 6.2)	9.4 (8.2, 10.6)	6.7 (5.3, 8.1)	11.7 (10.0, 13.4)
เพศ					
- ชาย (n = 387)	11.7 (8.1, 15.3)	7.7 (5.2, 9.0)	13.5 (11.6, 15.5)	10.6 (8.2, 13.0)	16.2 (13.5, 18.9)
- หญิง (n = 134)	2.1 (0.6, 3.6)	3.0 (1.7, 4.3)	5.3 (4.0, 6.2)	3.1 (1.8, 4.5)	6.1 (4.2, 8.0)
ระดับชั้น					
- ประถมต้น (n = 358)	7.7 (5.2, 10.3)	5.9 (4.3, 7.4)	11.0 (9.3, 12.7)	8.7 (6.7, 10.8)	11.7 (9.5, 13.9)
- ประถมปลาย (n = 163)	4.6 (2.1, 7.1)	4.0 (2.4, 5.5)	7.3 (5.6, 8.9)	3.8 (2.2, 5.5)	11.8 (9.1, 14.5)
ประเภทของโรคสมาธิสั้น					
- combined type (n = 254)	4.0 (2.5, 5.5)	2.5 (1.7, 3.3)	3.5 (2.8, 4.3)	2.8 (1.9, 3.7)	7.0 (5.6, 8.3)
ชาย (n = 198)	7.8 (4.8, 10.8)	3.4 (2.1, 4.6)	5.5 (4.2, 6.9)	5.1 (3.4, 6.9)	9.3 (7.2, 11.4)
หญิง (n = 56)	0.8 (0.0, 1.7)	1.5 (0.6, 2.4)	1.6 (0.9, 2.3)	0.7 (0.0, 1.3)	4.0 (2.5, 5.5)
- inattentive type (n = 206)	1.9 (0.8, 2.9)	1.8 (1.1, 2.5)	4.7 (3.9, 5.6)	2.5 (1.6, 3.4)	4.6 (3.1, 5.2)
ชาย (n = 146)	2.9 (1.0, 4.8)	2.6 (1.5, 3.7)	6.1 (4.7, 7.4)	4.0 (2.4, 5.5)	6.0 (4.3, 7.7)
หญิง (n = 60)	1.1 (0.0, 2.1)	0.9 (0.2, 1.7)	3.4 (2.4, 4.4)	1.2 (0.4, 2.1)	1.8 (0.8, 2.9)
- hyperactive/impulsive type (n = 61)	0.6 (0.0, 1.1)	0.7 (0.3, 1.1)	1.0 (0.6, 1.4)	1.3 (0.7, 1.9)	0.5 (0.1, 0.9)
ชาย (n = 43)	0.9 (0.0, 2.0)	0.9 (0.2, 1.6)	1.8 (1.1, 2.6)	1.4 (0.5, 2.4)	0.8 (0.2, 1.5)
หญิง (n = 18)	0.2 (0.0, 0.8)	0.5 (0.0, 1.0)	0.2 (0.0, 0.5)	1.2 (0.3, 2.0)	0.2 (0.0, 0.6)

การสำรวจความชุกครั้งนี้ ผลการคัดกรองในขั้นตอนที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงในการเป็นโรคสมาธิสั้นกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือมีภาวะดื้อต่อต้าน จำนวน 1,520 ราย ที่ค่าความไว (sensitivity) มากกว่าร้อยละ 80 และขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่มีผลบวกจากการคัดกรองจำนวน 1,513 ราย ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ซึ่งมีนักเรียนออกจากการวินิจฉัยขั้นตอนนี้ 7 ราย เนื่องจากย้ายโรงเรียนและไม่สามารถติดตามได้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พบเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 521 คน คำนวณได้ความชุกของโรคสมาธิสั้นของประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 8.1 (95%CI=7.5, 8.7) แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 (95%CI=10.9, 13.0) และเพศหญิงร้อยละ 4.2 (95%CI=3.6, 4.9) ด้วยอัตราส่วน 3:1 พบในระดับชั้นประถมต้น (ประถมศึกษาปีที่ 1-3) ที่ร้อยละ 9.4 (95%CI=8.5, 10.3) และระดับชั้นประถมปลาย (ประถมศึกษาปีที่ 4-5) ที่ร้อยละ 6.4 (95%CI=5.5, 7.2)

ความชุกตามรายภาค พบว่าภาคใต้มีความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงสุด เท่ากับร้อยละ 11.7 (95%CI=10.0, 13.4) โดยพบสูงสุดช่วงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เท่ากับร้อยละ 11.8 (95%CI=9.1, 14.5) ภาคเหนือมีความชุกของโรคสมาธิสั้นต่ำสุด เท่ากับร้อยละ 5.1 (95%CI=4.0, 6.2)

สำหรับความชุกของโรคสมาธิสั้นแยกตามกลุ่มย่อยของประเทศไทย พบสูงสุดคือ combined type เท่ากับร้อยละ 3.8 (95%CI=3.2, 4.2) และกลุ่มย่อยที่พบต่ำที่สุดคือ hyperactive-impulsive type ร้อยละ 0.9 (95%CI=0.9, 1.1) โดย combined type พบที่ภาคใต้สูงสุด hyperactive-impulsive type พบที่ภาค

กลางสูงสุด และ inattentive type พบที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงสุด ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

ความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียนไทยจากการศึกษานี้ เท่ากับร้อยละ 8.1 (95%CI=7.5, 8.7) หรือประมาณการว่ามีเด็กนักเรียนไทยที่เป็นโรคสมาธิสั้นอยู่ 1 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรเด็กนักเรียนประถมศึกษา 1-5 ซึ่งมีความใกล้เคียงข้อมูลล่าสุดของสหรัฐอเมริกา ที่รายงานการสำรวจสุขภาพเด็กประเทศสหรัฐอเมริกาปี 2009 พบว่าเด็กอายุ 3-17 ปี มีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 9 หรือประมาณ 5 ล้านคน¹³ และใกล้เคียงกับรายงานของคลินิกเมโยที่พบความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 7.5¹⁴

เมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษาในประเทศไทย ความชุกของโรคสมาธิสั้นในระดับชั้นประถม (ร้อยละ 4.6) ในกรุงเทพมหานคร พบว่าไม่แตกต่างกันกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹ ในตัวอย่างที่เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 5.1) และการศึกษาครั้งนี้มีความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงกว่า (ร้อยละ 11.7) เมื่อเปรียบเทียบกับตัวอย่างเฉพาะนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 8.0)⁹

เมื่อพิจารณาความชุกของโรคสมาธิสั้นจำแนกตามเพศ การศึกษานี้พบความชุกในเพศชาย (ร้อยละ 12) สูงกว่าความชุกในเพศชายจากการศึกษาทั่วโลก ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 10 ขณะที่ความชุกในเพศหญิง (ร้อยละ 4.2) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยความชุกในเพศหญิงจากการศึกษาทั่วโลก ซึ่งมีอยู่เกือบร้อยละ 5⁷ และเพศชายมีความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่าในภาพระดับประเทศ

ซึ่งเมื่อวิเคราะห์โดยแยกตามรายภาคและลักษณะกลุ่มย่อย จะพบว่าภาคใต้มีความชุกสูงที่สุดคือร้อยละ 11.7 (95%CI=10.0, 13.4) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 9.4 (95%CI = 8.2, 10.6) ในขณะที่ภาคเหนือมีความชุกของโรคสมาธิสั้นต่ำที่สุดคือร้อยละ 5.1 (95%CI = 4.0, 6.2) ภาคกลางและกรุงเทพมหานครมีความชุกใกล้เคียงกันคือร้อยละ 6.7 และ 6.5 ตามลำดับ โดยภาคใต้และกรุงเทพมหานครจะมีความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กชาย โดยเฉพาะกลุ่มย่อยแบบอาการรวม (combined type) สูงสุด คือ ภาคใต้ร้อยละ 9.3 (95%CI = 7.2, 11.4) และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 7.8 (95%CI = 4.8, 10.8) ซึ่งจากการลงเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนามในภาคใต้ พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพสวนยาง มีการเลี้ยงดูเด็กแบบปล่อยปละละเลย หรือได้รับความเอาใจใส่น้อย ซึ่งมีโอกาสเกิดปัญหาพฤติกรรมสูง และกรุงเทพมหานครถือเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาความหนาแน่นและความหลากหลายของประชากรมาก มีปัญหาครอบครัว ลิงแวดล่อม และการดูแลเลี้ยงดูเด็กอย่างไม่เหมาะสมในหลายๆ ด้าน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น

พิจารณาความชุกจำแนกตามกลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV TR¹² พบลักษณะของกลุ่มย่อยแบบอาการรวม (combined type) มากที่สุด ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีความชุกของกลุ่มขาดสมาธิ (inattentive type) มากที่สุด เนื่องจากกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่พบอาการคล้ายคลึงในสาเหตุอื่นๆ เช่น กลุ่มปัญหาการเรียนรู้บกพร่อง (learning disabilities) กลุ่มเด็กที่มีปัญหาการทำงานของสมองส่วนการตัดสินใจ (executive function disorders)¹⁵

กลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางโภชนาการ (poor nutrition)¹⁶ และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีปัญหาเด็กขาดสารอาหารสูงที่สุด¹⁷ และเป็นภาคที่มีเด็กกลุ่มที่มีสติปัญญาการเรียนรู้บกพร่องสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ¹⁸ โดยพบว่าความชุกกลุ่มซนใจร้อน (hyperactive/impulsive type) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักมีปัญหาเรื่องอารมณ์รุนแรง มีพฤติกรรมรุนแรงที่มักนำไปสู่ภาวะติด ต่อต้าน ก้าวร้าว

เมื่อพิจารณาข้อมูลตามระดับชั้น พบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงสุดในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 คือ ร้อยละ 9.7 (95%CI = 8.1, 11.2) โดยพบว่าระดับชั้นที่สูงขึ้นมีลักษณะของความชุกที่ต่ำลง ซึ่งก็ตรงกับลักษณะการดำเนินโรคของสมาธิสั้นคือเมื่อพัฒนาการของสมองเริ่มโตเต็มที่ ซึ่งพบว่าช่วงอายุ 8-10 ปี เป็นช่วงที่สมองจะพัฒนาเต็มที่ เด็กส่วนหนึ่งพบว่าจะมีอาการดีขึ้นหรือหายได้เอง¹⁹

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านเวลาและงบประมาณทำให้ไม่ได้หาค่า inter-rater reliability ระหว่างจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 10 คนที่ร่วมการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในภาคสนาม แต่ใช้การประชุมชี้แจงและใช้แนวปฏิบัติตาม clinician interview by DSM-IV symptoms checklist ตามเกณฑ์ DSM-IV-TR¹²

สรุป

ความชุกของโรคสมาธิสั้นในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับร้อยละ 8.1 เพศชายมากกว่าหญิง 3 เท่า พบมากที่สุดในประเภท combined type ร้อยละ 3.8 ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาและส่งเสริมป้องกันโรคสมาธิสั้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. Piyasil V, Katumarn P, editor. Textbook of child and adolescent psychiatry 2nded. Bangkok: Tana Press; 2007.
2. Trangkasombat U. The meditation for your child. Bangkok: Santa Press; 1998.
3. Puthisri S, Yingsaree S. The prevalence of psychiatric disorders. J Psychiatr Assoc Thai 2003;49:213-22.
4. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. J Child Psychol Psychiatry 1999;40:57-88.
5. Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R, Bonagura N. Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. Arch Gen Psychiatry 1985;42:937-47.
6. Straus MA, Kantor GK. Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. Adolescence 1994;29:543-61.
7. Polanczyk G, Lma SM, Horta BL, Biederman J. and Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta regression analysis. Am J Psychiatry 2007;164:942-48.
8. Wacharasindhu A, Panyayong B. Psychiatric disorder in Thai school-aged children: I prevalence. J Med Assoc Thai 2002;85:S125-36.
9. Pattarakitnirun W. The prevalence of ADHD in primary school children in Hat Yai, Songkla. [Ph.D. thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2007.
10. Buranasuksakul T, Pityaratsatien N. Validity and reliability of the Thai version of Swanson, Nolan and Pelham version IV (SNAP-IV). Bangkok: Chulalongkorn Hospital; 2008.
11. Sukanich P, Lotrakul M. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: version Thai. 2nded. Bangkok: Chuanpim; 1998.
12. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. Task force on DSM-IV. diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4thed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
13. Bloom B, Cohen RA, Freeman G. Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey; 2009. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 10(247); 2010.
14. Mayo Clinic staff. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. Available from <http://www.mayoclinic.com/health/adhd/DS00275/DSECTION=risk-factors> [25 September 2012]
15. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Biol Psychiatry 2005;57:1336-46.
16. Samuel C, Zeiler SC. ADD/ADHD or other names for malnutrition. Available from <http://education.jhu.edu> [19 December 2012]
17. Mohsuwan L, Idsaranarak S, Ruengdarakarnon N, Channarong P, Sangsupavanit P, Satiennopakow W, et al. Report of Thai health survey 4th 2008-9: child health. Nonthaburi: National health examination survey office, Ministry of Public Health; 2011.
18. Mongkol A, Visanuyothin T, Chanarong P, Pavasuthipaisit C, and Watcharadilok P. National Intelligence quotient survey of Thai students in 2011. J Ment Health Thai 2012;20:79-89.
19. Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar A, Van den Bree M, Harold G et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit/hyperactivity disorder. Br J Psychiatry 2010;196:235-40.