นิพนธ์ต้นฉบับ

การตรวจคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่และปัจจัยที่สัมพันธ์ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันรับ : 22 มีนาคม 2562
วันแก้ไข : 7 มกราคม 2563
วันตอบรับ : 11 มกราคม 2563

เต็มหทัย นาคเทวัญ, พ.บ.
จตุรพร แสงกูล, พ.บ.
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาขนาดปัญหาของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ตกับโรคสมาธิสั้นของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2561 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

วิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive survey) จากการสุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ทุกคณะ โดยใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ฉบับภาษาไทย (ASRS Screener V1.1) และแบบสอบถามพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ ด้วยสถิติ Chi-square และ logistic regression นำเสนอโดย Odds ratio

ผล: กลุ่มตัวอย่าง 1,653 คน ตอบแบบสอบถามกลับร้อยละ 85.7 โดยร้อยละ 69.9 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก ไม่เคยทำผิดกฎจราจร ไม่เคยประสบอุบัติเหตุ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่พบพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 90.0, 73.2, 82.9, 81.9 และ 90.7 ตามลำดับ) นักศึกษาที่มีพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตร้อยละ 7.8 และร้อยละ 14.8 มีผลการคัดกรองเข้าข่ายโรคสมาธิสั้น โดยเมื่อปรับอิทธิพลของประวัติการเคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นในวัยเด็กแล้ว พบว่าประวัติการทำผิดกฎจราจรและพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.01 และ P<0.01 ตามลำดับ)

สรุป: ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่พบร้อยละ 14.8 และพบว่าประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

คำสำคัญ: นักศึกษา ผู้ใหญ่ โรคสมาธิสั้น มหาวิทยาลัย

ติดต่อผู้นิพนธ์: เต็มหทัย นาคเทวัญ; e-mail: nakthewan@gmail.com

Original article

The screening of adult attention deficit hyperactivity disorder and related factors in the first-year students at Prince of Songkla University

Received : 22nd March 2019
Revised : 7th January 2020
Accepted : 11th January 2020

Temhathai Nakthewan, M.D.
Jaturaporn Sangkool, M.D.
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

Abstract

Objective: This study aims to screen attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults, and to study the relationship between personal factors and internet use problems with ADHD in first year's students, of the 2018 academic year, at the Prince of Songkla University, Hat Yai Campus.

Methods: This was a cross-sectional study of random sample of all 1st year students at Prince of Songkla University. The participants were interviewed with 2 instruments, the adult attention deficit hyperactivity disorder self-report scale screener version 1.1 (ASRS Screener V1.1), Thai version, and the internet addiction test. Data was analyzed using descriptive, Chi-square and logistic regression statistics.

Results: Of the 1,653 participants, 85.7 % agreed to be interviewed. Of the total samples, 69.9 % were female and, 90.0 % had never been diagnosed with ADHD in their childhood, 73.2 % never had any traffic violation history, 82.9 % never had any accident, 81.9 % never drank alcohol and 90.7 % never had internet addiction behavior. 14.8 % of the participants were screened positive for ADHD. After adjusting for the diagnosis of ADHD and its treatment, possible factors associating with ADHD were traffic violation histories (P=0.01) and internet addiction behavior (P <0.01).

Conclusion: The positive screening of adult ADHD in first year's students at Prince of Songkla University in 2018 was 14.8 %. Traffic violation history and internet addiction behavior were possible factors associated with adult ADHD in this sample.

Key words: ADHD, adult, college, student

Corresponding author: Temhathai Nakthewan; e-mail: nakthewan@gmail.com

บทนำ

โรคสมาธิสั้น หรือ attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคจิตเวชเด็ก อาการของโรคสมาธิสั้นมักลดลงตามวัย แต่ก็ยังสามารถมีต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ได้[1-4] อาการสำคัญของโรค ได้แก่ อาการขาดสมาธิ (inattention) และอาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) ในวัยผู้ใหญ่อาการแสดงของอาการด้านขาดสมาธิ อาจแสดงออกในลักษณะของความจำไม่ดี ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเป็นระบบ ไม่มีระเบียบ หรือมีปัญหาในการจัดการเวลา ส่วนอาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น (impulsivity) อาจแสดงออกมาในลักษณะของการตัดสินใจที่รวดเร็ว เช่น การขับรถเร็ว ใช้จ่ายมาก เป็นต้น[3]

การศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศแถบตะวันตก มากกว่าแถบเอเชีย ศึกษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน และพบอัตราความชุกอยู่ในช่วงที่ค่อนข้างกว้างคือ ร้อยละ 0-25.1 โดยในกลุ่มประชากรทั่วไปพบอยู่ในช่วงร้อยละ 0-8.1 ส่วนในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยพบอยู่ในช่วงร้อยละ 10.1-25.1[3-6,11-16] ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยพบอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นมากกว่า[4-6]

การศึกษาที่ผ่านมามีการเลือกใช้เครื่องมือในการคัดกรองที่แตกต่างกัน เครื่องมือที่นิยมใช้ ได้แก่ adult attention deficit hyperactivity disorder self-report scale screener version 1.1 (ASRS Screener V1.1)[5,6,17], ASRS v1.1 symptom checklist[4,11,16] และ 24-item questionnaire[12] ในประเทศไทยได้มีการแปลเครื่องมือ ASRS v1.1 screener มาเป็นฉบับภาษาไทย[1] เพื่อใช้คัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ ส่วนปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่[4-15] ได้แก่ เพศชาย อายุน้อย ปัญหาการเรียน ปัญหาการทำผิดกฎหมาย ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาการเงิน ปัญหาโรคจิตเวชอื่นๆ ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ต ทั้งนี้มีรายงานวิจัยที่พบปัญหาการเสพติดอินเตอร์เน็ตในกลุ่มที่ปัญหาสมาธิสั้น และความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของพฤติกรรมการเสพติดอินเตอร์เน็ตกับระดับอาการของโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ[18] และยังพบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นใช้เวลาในการเข้าอินเทอร์เน็ตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8]

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ในประเทศไทยมาก่อน ส่วนในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์พบเพียงรายงานการศึกษาปัญหาการใช้สารเสพติด[19] โดยพบนักศึกษาร้อยละ 5.0 มีการใช้สารเสพติดบ่อยครั้ง และร้อยละ 40.9 ใช้สารเสพติดนานๆ ครั้ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคัดกรองปัญหาโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ซึ่งมีจำนวน 3,646 คน เป็นเพศชาย 1,263 คน (ร้อยละ 34.6) เพศหญิง 2,383 คน (ร้อยละ 65.4) เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่อาจพบความชุกของโรคสมาธิสั้นได้มาก ดังนั้นวัตถุประสงค์ของงานวิจัยฉบับนี้คือ เพื่อศึกษาขนาดปัญหาของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่โดยการคัดกรองตั้งแต่ต้น (early detection) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ตกับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เพื่อนำมาใช้วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

วิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive survey) โดยผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เลขที่ 60-464-03-4)

กรอบการสุ่ม (sampling frame) ได้แก่ คณะประชากรที่ศึกษา ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ปีการศึกษา 2561 และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (sampling method) นักศึกษาในแต่ละคณะด้วยวิธีการสุ่มแบบสะดวก (convenience sampling) โดยทีมผู้ประสานงาน ใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว โดยใช้ค่าความชุกของโรคสมาธิสั้นจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้มากที่สุด ได้แก่ การวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาและการวิจัยที่ใช้แบบสอบถาม ASRS Screener v1.1[20-23] ได้ขนาดตัวอย่างคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวนอย่างน้อย 1,521 คน

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ 1) *ข้อมูลทั่วไป* 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด (ม.6) คณะที่ศึกษา ค่าใช้จ่ายรายเดือน ปัญหาทะเลาะวิวาท ประวัติการทำผิดกฎจราจร และประวัติประสบอุบัติเหตุ 2) *ข้อมูลสุขภาพ* 5 ข้อ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดอื่นๆ ประวัติการวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นในอดีตและปัจจุบัน และประวัติโรคจิตเวชอื่นๆ 3) *แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ฉบับภาษาไทย* Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener V1.1[23-26] ซึ่งมีค่าความไว (sensitivity) และค่าอำนาจการทำนายเชิงลบ (NPV) ค่อนข้างสูงคือ ร้อยละ 93.9 และ 96.0 ตามลำดับ ส่วนค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 71.6[1] ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ โดยผู้ตอบให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยถึงบ่อยมาก การแปลผลคำถามข้อที่ 1-3 หากตอบความถี่ในช่วงเป็นบางครั้ง-บ่อยมากจะได้คะแนน 1 หากนอกเหนือจากนั้นให้คะแนนเป็น 0 ส่วนคำถามข้อที่ 4-6 หากตอบความถี่ในช่วงบ่อย-บ่อยมากจะได้คะแนน 1 หากนอกเหนือจากนั้นให้คะแนนเป็น 0 หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาจมีอาการของโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ 4) *ข้อมูลเกี่ยวกับอินเตอร์เน็ต* เป็นข้อคำถามการใช้อินเทอร์เน็ต 5 ข้อ และพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต 8 ข้อ[27,28] ที่อ้างอิงจากแบบทดสอบพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตของ Kimberly S. Young โดยมีค่า Cronbach Alpha 0.904 ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ผู้ตอบให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 คะแนน คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนน คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในการแปลผล หากตอบเห็นด้วยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่งกับคำถามมากกว่า 5 ข้อ แสดงถึงการมีพฤติกรรมเสพติดอินเทอร์เน็ต

เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยหรือหัวหน้าชั้นปีเป็นผู้แจกเอกสารเก็บข้อมูล และได้อธิบายวัตถุประสงค์เอกสารชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย และขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม หากนักศึกษายินดีให้ความร่วมมือจะได้รับแบบสอบถามแบบตอบเอง โดยไม่ต้องลงชื่อผู้ตอบ ทั้งนี้เพื่อลดความกังวลจากการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจะเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับทันที

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (bivariate analysis) โดยใช้สถิติ Chi-square พิจารณาตัวแปรที่ให้ค่า p-value < 0.2 เพื่อคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลเริ่มต้น (initial model) ซึ่งได้แก่ เพศ ประวัติการทำผิดกฎจราจร ประวัติประสบอุบัติเหตุ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก และพฤติกรรมการเสพติดอินเตอร์เน็ต และวิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariate analysis) โดยใช้ multiple logistic regression นำเสนอโดย Odds ratio

ผล

นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ทุกคณะของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ มีจำนวนทั้งหมด 3,646 คน ส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,653 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับ 1,416 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 85.7 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 18.7 ปี GPA สะสมเฉลี่ย 3.3 ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=1,416)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	423 (29.9)
หญิง	990 (69.9)
ไม่ตอบ	3 (0.2)
คณะที่ศึกษา	
แพทยศาสตร์	167 (11.8)
การแพทย์แผนไทย	130 (9.2)
พยาบาลศาสตร์	120 (8.5)
ทรัพยากรธรรมชาติ	120 (8.5)
เภสัชศาสตร์	119 (8.4)
วิทยาการจัดการ	112 (7.9)
วิทยาศาสตร์	110 (7.8)
นิติศาสตร์	106 (7.5)
เศรษฐศาสตร์	104 (7.3)
อุตสาหกรรมเกษตร	76 (5.4)
ศิลปศาสตร์	63 (4.4)
เทคนิคการแพทย์	55 (3.9)
วิศวกรรมศาสตร์	51 (3.6)
ทันตแพทยศาสตร์	43 (3.0)
โครงการจัดตั้งสัตวแพทยศาสตร์	23 (1.6)
โครงการจัดตั้งวิทยาลัยนานาชาติ	17 (1.2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=1,416) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เงินที่ได้รับสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท)	
น้อยกว่า 5,000	608 (42.9)
5,000-10,000	717 (50.6)
10,001-15,000	41 (2.9)
มากกว่า 15,000	10 (0.7)
ไม่ตอบ	40 (2.8)
ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เคยมีปัญหาทะเลาะกับบุคคลดังต่อไปนี้ บ่อยเพียงไร	
พ่อ-แม่	
ไม่เคย	673 (47.5)
บางครั้ง	703 (49.6)
บ่อยครั้ง	21 (1.5)
ไม่ตอบ	19 (1.3)
พี่-น้อง/ลูกพี่-ลูกน้อง	
ไม่เคย	759 (53.6)
บางครั้ง	580 (41.0)
บ่อยครั้ง	51 (3.6)
ไม่ตอบ	26 (1.8)
เพื่อน	
ไม่เคย	777 (54.9)
บางครั้ง	597 (42.2)
บ่อยครั้ง	12 (0.8)
ไม่ตอบ	30 (2.1)
แฟน	
ไม่เคย	1,032 (72.9)
บางครั้ง	234 (16.5)
บ่อยครั้ง	75 (5.3)
ไม่ตอบ	75 (5.3)
ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เคยทำผิดกฎจราจรหรือไม่	
ไม่เคย	1,037 (73.2)
เคย	374 (26.4)
ไม่ตอบ	5 (0.4)
ใน 6 เดือนที่ผ่านมา เคยประสบอุบัติเหตุหรือไม่	
ไม่เคย	1,174 (82.9)
เคย	235 (16.6)
ไม่ตอบ	7 (0.5)

ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่านักศึกษาไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่ใช้สารเสพติดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 96.2, 81.9, 99.3 ตามลำดับ โดยร้อยละ 90.0 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก และร้อยละ 98.2 ไม่มีประวัติโรคจิตเวชอื่นๆ

จากการคัดกรองโรคสมาธิสั้นพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเพียงร้อยละ 14.8 ที่ผลการคัดกรองเข้าข่ายโรคสมาธิสั้น แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ (n= 1,416)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สูบบุหรี่หรือไม่	
ไม่สูบ	1,362 (96.2)
สูบ	50 (3.5)
ไม่ตอบ	4 (0.3)
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ (เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ สปาย)	
ไม่ดื่ม	1,159 (81.9)
ดื่ม	253 (17.9)
ไม่ตอบ	4 (0.3)
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้สารเสพติดอื่นๆ บ้างหรือไม่	
ไม่ใช้	1,406 (99.3)
ใช้ ได้แก่ ไอซ์ โคเคน ยาบ้า	1 (0.1)
ไม่ตอบ	9 (0.6)
ประวัติการได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก	
ไม่เคย	1,274 (90.0)
ไม่แน่ใจ	112 (7.9)
เคย	10 (0.7)
ไม่ตอบ	20 (1.4)
ถ้าเคย อายุเริ่มต้นเฉลี่ยที่ได้รับการวินิจฉัย (ปี) (n=10)	8.1±3.0 (3-12)
ประวัติการรักษาโรคสมาธิสั้น	
ไม่เคยได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้น	6 (0.4)
เคยได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้น	4 (0.3)
ถ้าเคย การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
กินยา	3 (0.2)
กิจกรรมบำบัด	1 (0.1)
ปรับพฤติกรรม	2 (0.1)
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้รับการรักษาหรือติดตามการรักษาแล้ว	5 (0.4)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ (n= 1,416) (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติโรคจิตเวช	
ไม่มี	1,390 (98.2)
มี ได้แก่ ซึมเศร้า หูแว่ว แพนิค	13 (0.9)
ไม่ตอบ	13 (0.9)
ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่	
ปกติ	1,202 (84.9)
ผิดปกติ	210 (14.8)
ไม่ตอบ	4 (0.3)

ข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตของนักศึกษา พบว่านักศึกษาร้อยละ 85.9 ใช้อินเทอร์เน็ต 6-7 วันต่อสัปดาห์ เวลาเฉลี่ยที่ใช้ครั้งละประมาณ 43.3 นาที จำนวนครั้งที่ใช้เฉลี่ยต่อวัน 4.9 ครั้ง ใช้เพื่อความบันเทิง การติดต่อสื่อสารและการศึกษา ร้อยละ 98.4, 98.3, 97.6 ตามลำดับ การใช้อินเตอร์เน็ตเพื่อกิจกรรมอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการเรียนในระหว่างกิจกรรมเกี่ยวกับการเรียนพบว่าใช้บ้างร้อยละ 81.1 ส่วนพฤติกรรมเสพติดอินเตอร์เน็ต พบนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตร้อยละ 7.8 ไม่พบพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตร้อยละ 90.7 และไม่ตอบคำถามร้อยละ 1.5

ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ต ของกลุ่มตัวอย่างกับผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่างกับผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

ข้อมูลทั่วไป	ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้น		Chi-squared P-value
	ปกติ	ผิดปกติ	
เพศ			0.10
ชาย	348 (82.7)	73 (17.3)	
หญิง	852 (86.2)	136 (13.8)	
GPA สะสม			0.66
≤ 3.5	443 (84.9)	79 (15.1)	
> 3.5	371 (86.1)	60 (13.9)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลการใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มตัวอย่างกับผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้น		Chi-squared P-value
	ปกติ	ผิดปกติ	
เงินที่ได้รับสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือน (บาท)			0.94
น้อยกว่า 5,000	515 (84.8)	92 (15.2)	
5,000-10,000	609 (85.2)	106 (14.8)	
10,001-15,000	35 (85.4)	6 (14.6)	
มากกว่า 15,000	7 (77.8)	2 (22.2)	
เคยทำผิดกฎจราจร			< 0.01
ไม่เคย	909 (87.8)	126 (12.2)	
เคย	290 (78.0)	82 (22.0)	
เคยประสบอุบัติเหตุ			0.08
ไม่เคย	1,006 (85.8)	166 (14.2)	
เคย	189 (81.1)	44 (18.9)	
สูบบุหรี่			0.58
ไม่สูบ	1,159 (85.2)	201 (14.8)	
สูบ	39 (81.2)	9 (18.8)	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			0.01
ไม่ดื่ม	998 (86.3)	159 (13.7)	
ดื่ม	200 (79.7)	51 (20.3)	
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก			< 0.01
ไม่เคย	1,103 (86.9)	167 (13.1)	
ไม่แน่ใจ	75 (67.0)	37 (33.0)	
เคย	7 (70.0)	3 (30.0)	
ประวัติโรคจิตเวช			0.67
ไม่มี	1,179 (85.1)	207 (14.9)	
มี ได้แก่ ซึมเศร้า หูแว่ว แพนิค	10 (76.9)	3 (23.1)	
พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต			< 0.01
ไม่เสพติด	1,122 (87.5)	160 (12.5)	
เสพติด	61 (56.0)	48 (44.0)	

GPA = grade point average

หมายเหตุ: บางตัวแปรมีค่า missing value

เมื่อปรับอิทธิพลของประวัติการได้รับวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นในวัยเด็กแล้ว การทำผิดกฎจราจรและพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.01 และ P<0.01 ตามลำดับ) แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	P-value LR-test
พฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต			< 0.01
ไม่เสพติด	Reference	Reference	
เสพติด	5.8 (3.8, 8.8)	4.8 (3.1, 7.4)	
การทำผิดกฎจราจร			0.01
ไม่เคย	Reference	Reference	
เคย	2.0 (1.5, 2.7)	1.7 (1.3, 2.4)	
การได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก			< 0.01
ไม่เคย	Reference	Reference	
ไม่แน่ใจ	3.3 (2.1, 5.1)	2.5 (1.6, 3.9)	
เคย	2.8 (0.7, 11.1)	2.0 (0.5, 8.7)	

OR = odds ratio, CI= confidence interval, LR= likelihood ratio

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ในกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ พบได้ร้อยละ 14.8 สอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยพบความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 10.1-25.1[5,6,11-14,16]

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่[4-15] แต่การศึกษาในครั้งนี้พบเพียงสองปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยหลายการศึกษาที่พบว่า ปัญหาการทำผิดกฎจราจรและผิดกฎหมายสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคสมาธิสั้นทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มนักเรียนนักศึกษา โดยจัดเป็นอาการในด้านของการอยู่ไม่สุขและหุนหันพลันแล่น (hyperactivity and impulsivity) ซึ่งอาจจะแสดงออกมาในรูปแบบของการขับรถเร็ว[3,9,11,29] และระดับอาการของโรคสมาธิสั้นสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต[18] โดยอธิบายได้ว่า โรคสมาธิสั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต ซึ่งสัมพันธ์อย่างมากกับอาการด้านขาดสมาธิ (inattention) การอธิบายความสัมพันธ์นี้มาจากหลายทฤษฎี ได้แก่ บุคลิกภาพแบบแสวงหาการสัมผัส (high-sensation seeker) จะมีความรู้สึกบวกต่อสถานการณ์ที่น่าตื่นเต้น ความผิดปกติของระบบประสาทการให้รางวัล (reward system) ที่ชอบการได้

รางวัลแบบทันที ความบกพร่องของการยับยั้งการตอบสนองและการควบคุมความคิด และสมมุติฐานเกี่ยวกับ self-medication เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมีระดับการทำงานของโดพามีน (dopamine) ที่ต่ำ การใช้อินเตอร์เน็ตทำให้เกิดการหลั่งโดพามีน (dopamine) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย อีกทั้งยังพบว่า ASRS score เป็นเครื่องมือที่ดีที่สุดที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ตอีกด้วย[11,18,30,31]

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ อายุ เพศ การเรียน การเงิน ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และโรคร่วมทางจิตเวช ซึ่งต่างไปจากงานวิจัยอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน เช่น อายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นนักศึกษาชั้นปีเดียวกันทั้งหมดซึ่งมีอายุใกล้เคียงกัน จึงไม่สามารถศึกษาความแตกต่างด้านอายุได้ ส่วนปัจจัยด้านอื่นนั้นพบมีปัญหาพฤติกรรมน้อย จึงทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างได้

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเนื่องจากประชากรนักศึกษามีเพศหญิงมากกว่า ในขณะที่โรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ส่วนใหญ่พบในเพศชาย จึงอาจทำให้พบผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ที่ได้น้อยกว่าความเป็นจริง และอาจมีผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่พบน้อยไปด้วย ส่วนข้อจำกัดอีกประการคือ การศึกษานี้เป็นเพียงการคัดกรองโรคสมาธิสั้น มิใช่การวินิจฉัยโรคจึงยังไม่สามารถระบุว่าเป็นความชุกของโรคสมาธิสั้นได้ ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานสำหรับวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นยังจำเป็นต้องอาศัยประวัติและอาการที่ได้จากการสัมภาษณ์ซักประวัติและตรวจประเมินทางคลินิกเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป คือ ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ที่หลากหลายมากขึ้น เช่น กลุ่มมหาวิทยาลัยเอกชน กลุ่มนักเรียน ปวส. รวมถึงกลุ่มที่ไม่ได้ศึกษาต่อ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนค่อนข้างมากและกระจายไปทุกคณะของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยฯ จึงอาจเป็นตัวแทนการประเมินปัญหาโรคสมาธิสั้นเบื้องต้นในนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น มีประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลช่วยเหลือและป้องกันปัญหาพฤติกรรมในนักศึกษา และเป็นแนวทางให้ผู้ที่สนใจทำวิจัยเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ได้นำข้อมูลไปศึกษาต่อยอดต่อไป

สรุป

ผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ พบเป็นร้อยละ 14.8 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ ได้แก่ ประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมการเสพติดอินเทอร์เน็ต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณนิศานติ์ วีระชาติเทวัญ นักสถิติ และคุณเครือวัลย์ จงบวรวิวัฒน์ ผู้ช่วยวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ความรู้เดิม : โรคสมาธิสั้นสามารถแสดงอาการได้ถึงวัยผู้ใหญ่ และพบปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่

ความรู้ใหม่ : การคัดกรองโรคสมาธิสั้นในผู้ใหญ่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์พบร้อยละ 14.8 และสัมพันธ์กับประวัติการทำผิดกฎจราจร และพฤติกรรมการเสพติดอินเตอร์เน็ต

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การประเมินปัญหาโรคสมาธิสั้นเบื้องต้นโดยเฉพาะในนักศึกษากลุ่มเสี่ยง เพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือนักศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สนทรรศ บุษราทิจ, วัลลภ อัจสริยะสิงห์, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามี, ทิฆัมพร หอสิริ, ณัฐวสา วิวัฒน์วรารมณ์, และคณะ. การศึกษาความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) screener V1.1 ฉบับภาษาไทย [Reliability and validity study of Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener v1.1 Thai Version]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559;61:145-54.
2. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow up studies. Psychol Med. 2006;36:159-65. doi:10.1017/S003329170500471X.
3. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adult with ADHD: An overview. Ann NY Acad Sci. 2001;93:1-16.
4. Romo L, Ladner J, Kotbagi G, Morvan Y, Saleh D, Tavolacci MP, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and addictions (substance and behavioral): prevalence and characteristics in a multicenter study in France. JBA. 2018;7:743-51. doi:10.1556/2006.7.2018.58.
5. Bakhshani NM, Babaei S, Raghibi M. Self-reported ADHD symptoms prevalence in a university student population: using adult self-report-V1.1 screener. Modern Applied Science. 2012;6:63-7. doi:10.5539/mas.v6n8p63.
6. Park S, Cho MJ, Chang SM, Jeon HJ, Cho SJ, Kim BS, et al. Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. Psychiatry Res. 2011;186:378-83. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.047.
7. Lenard AA, Stephen VF, Phillip S, Norman A, Alexandra K. Establishing US norms for the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) and characterizing symptom burden among adults with self-reported ADHD. Int J Clin Pract. 2019;73:e13260. doi:10.111/ijcp.13260
8. Agarwal R, Goldenberg M, Perry R, IsHak WW. The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. Innov Clin Neurosci. 2012;9:10-21.
9. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. Biol Psychiatry. 2000;48:9-20.

10. De Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, Have M, Alonso J, Angermeyer M, et al. The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. Occup Environ Med. 2008;65:835-42. doi:10.1136/oem.2007.038448.
11. Kavakci O, Kugu N, Semiz M, Meydan F, Karsikaya S, Dogan O. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid disorders among students of Cumhuriyet University. Eur J Psychiat. 2012;26:107-17. doi:10.4321/S0213-61632012000200004.
12. DuPaul GJ, Schaughency EA, Weyandt LL, Tripp G, Kiesner J, Ota K, et al. Self-report of ADHD symptoms in university students: cross-gender and cross-national prevalence. J Learn Disabil. 2001;34:370-9. doi:10.1177/002221940103400412.
13. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the national comorbidity survey replication. Am J Psychiatry. 2006;163:716-23. doi:10.1176/ajp.2006.163.4.716.
14. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. Br J Psychiatry. 2007;190:402-9.
15. Judith R, Ilse T, Zukiswa Z, Anneke M. A pilot study: use of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report scale in a South African patient population. S Afr Psychiat. 2019;25,a1326. doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v25i0.1326
16. Garnier-Dykstra LM, Pinchevsky GM, Caldeira KM, Vincent KB, Arria AM. Self-reported adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among college students. J Am Coll Health. 2010;59:133-6. doi:10.1080/07448481.2010.483718.
17. Hines JL, King TS, Curry WJ. The adult ADHD self-report scale for screening for adult attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). J Am Board Fam Med. 2012;25:847-53. doi: 10.3122/jabfm.2012.06.120065.
18. Yoo HJ, Cho SC, Ha J, Yune SK, Kim SJ, Hwang J, et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction. Psychiatry Clin Neurosci. 2004;58:487-94. doi:10.1111/j.1440-1819.2004.01290.x.
19. อมรา ศรีสัจจัง. ความรู้ความเข้าใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้สารเสพติดของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ [Knowledge, understanding, and factors related to students' drug abuse at prince of Songkla university]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2545.
20. World Health Organization. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [updated 2013; cited 2017 Aug 5]. Available from: https://add.org/wp-content/uploads/2015/03/adhd-questionnaire-ASRS111.pdf

21. NYU Langone Health. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) screener [Internet]. New York: NYU School of Medicine; 2017 [updated 2017; cited 2017 Aug 5]. Available from: www.med.nyu.edu/ Psych/training/Adhd.html
22. World Health Organization. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist Thai version [Internet]. Thailand: Mahidol University; 2017 [cited 2017 Aug 5]. Available from: https://med.mahidol.ac.th/psych/sites/default/files/public/pdf/Conference/57/ASRS-v1.1%20TH%20%2818%20items%29%20Final%20version.pdf
23. World Health Organization. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) screener Thai version [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 5]. Available from: https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpdir/adhd/6Q_Thai_final.pdf
24. Goodman DW. ADHD in adults: update for clinicians on diagnosis and assessment. Primary Psychiatry. 2009;16:21-30.
25. Gray S, Woltering S, Mawjee K, Tannock R. The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): utility in college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. Peer J. 2014;25:324. doi: 10.7717/peerj.324.
26. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychol Med. 2005;35:245-56. doi:10.1017/s0033291704002892.
27. ชัชพงศ์ ตั้งมณี, อรุณี กำลัง. พฤติกรรมการเสพติดอินเตอร์เน็ตของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [Internet addictive behavior among Chulalongkorn University students] [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
28. ชัชพงศ์ ตั้งมณี, สามารถ สีจำปี. พฤติกรรมการเสพติดอินเตอร์เน็ต : กรณีศึกษาของนิสิตปริญญาตรี คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
29. Kooji SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ. European consensus statement on diagnosis of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. BMC Psychiatry. 2010;10:67. doi:10.1186/1471-244X-10-67.
30. Bielefeld M, Drews M, Putzig I, Bottel L, Steinbuchel T, Dieris-Hirche J, et al. Comorbidity of Internet use disorder and attention deficit hyperactivity disorder: two adult case-control studies. J Behav Addict. 2017;6:490-504. doi:10.1556/2006.6.2017.073.
31. Panagiotidi M, Overton P. The relationship between internet addiction, attention deficit hyperactivity symptoms and online activities in adults. Compr Psychiatry. 2018;87:7-11. doi:10.1016/j.comppsych.2018.08.004.