

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชาย ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

วันรับ : 8 ธันวาคม 2566

วันแก้ไข : 19 มีนาคม 2567

วันตอบรับ : 21 มีนาคม 2567

ภัทรพร ปานดี, พ.บ.¹, ฤกษ์ภูมิกร วังตระกูล, พย.ม.¹, โกศลจิต หลวงบำรุง, พย.ม.¹,
พรทิพย์ จรุงศักดิ์สกุล, พย.บ.¹, ณรงค์ศักดิ์ พุทธประเสริฐ, พย.ม.¹, เจริญศรี ขวัญรอด, พย.ม.¹,
อุสา แฉงกรณ์, ค.บ.¹, สำเภาทิพย์ ลิ้มสมุทรชัยกุล, วท.บ.¹, ศรัณย์รัชต์ หนูนา, วท.บ.¹,
สุภาวดี แก้วนรา, พย.ม.¹, สันติพงษ์ แก้วนรา, พย.ม.², สันติ เพชรน้อย, พย.ม.², มโนชา รามเพชร, กศ.บ.¹,
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ กรมสุขภาพจิต¹,
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

วิธีการ : การวิจัยแบบตัดขวางในวัยรุ่นชาย อายุ 13 - 18 ปี ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยการแบ่งชั้นจากสถานพินิจฯ ทั้งหมด 24 แห่งทั่วประเทศ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น (T-DICA-R) และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการกระทำผิด ความสัมพันธ์ของครอบครัว ความสามารถด้านการเรียน พฤติกรรมต่อต้านสังคม และสัมพันธภาพของบุคคล หาปัจจัยทำนายโรคสมาธิสั้นโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 526 คน ค่ามัธยฐานอายุ 16.5 ปี มีโรคสมาธิสั้น 24 คน (ร้อยละ 4.6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อายุขณะถูกดำเนินคดีครั้งแรกน้อยกว่า 12 ปี (AOR = 5.79, 95% CI = 1.10 - 30.4) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (AOR = 3.43, 95% CI = 1.07 - 11.0) ประวัติการใช้เฮโรอีน (AOR = 12.4, 95% CI = 2.46 - 62.4) และความก้าวร้าวทางกายระดับสูงขึ้นไป (AOR = 6.57, 95% CI = 2.09 - 20.6)

สรุป : โรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจฯ มีความสัมพันธ์กับประวัติการกระทำผิดตั้งแต่อายุน้อย การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมก้าวร้าว

คำสำคัญ : ความชุก, เยาวชนที่กระทำผิดคดีอาญา, โรคสมาธิสั้น, สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

ติดต่อผู้พิมพ์ : ภัทรพร ปานดี; e-mail: patsy.taraporn@gmail.com

Original article

Prevalence and associated factors of attention deficit hyperactivity disorder among male adolescents in juvenile observation and protection centers

Received : 8 December 2023

Revised : 19 March 2024

Accepted : 21 March 2024

Pattaraporn Pandee, M.D.¹, Krittikorn Wangtrakul, M.N.S.¹, Kosolchit Luangbumroong, M.N.S.¹,Porntip Jarungsaksakul, B.N.S.¹, Narongsak Puttaprasert, M.N.S.¹, Charoensri Kwunrod, M.N.S.¹,Usa Jeangkorn, B.Ed.¹, Sampaothip Limsamutchaikul, B.Sc.¹, Saranrat Khnunak, B.Sc.¹,Supawadee Keawnara, M.N.S.¹, Santipong Keawnara, M.N.S.², Santi Phetrnui, M.N.S.²,Manocha Rampetch, B.Ed.¹Southern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health¹School of nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat Province²

Abstract

Objective: To find the prevalence and related factors of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among male adolescents in juvenile observation and protection centers.

Methods: This was a cross-sectional study among male juveniles aged 13 - 18 years, selected through a multistage stratified random sampling from 24 facilities across Thailand, from November 2022 to February 2023. The questionnaires included the Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in children and adolescents-revised (T-DICA-R), sociodemographics, crime-related information, family relationships, academic achievement, antisocial behaviors, and peer relationships. Multivariate logistic regression analysis was used to determine the factors associated with ADHD.

Results: Of 526 participants with a median age of 16.5 years, 24 (4.6%) met the criteria for ADHD. ADHD was associated with age at first prosecution under 12 years (AOR = 5.79, 95% CI = 1.10 - 30.4), alcohol consumption (AOR = 3.43, 95% CI = 1.07 - 11.0), heroin use (AOR = 12.4, 95% CI = 2.46 - 62.4), and high/very high level of physical aggression (AOR = 6.57, 95% CI = 2.09 - 20.6).

Conclusion: ADHD in male juveniles in correctional institutes is associated with a history of delinquency at a young age, use of alcohol and drugs, and aggressive behaviors.

Keywords: ADHD, juvenile offenders, juvenile observation and protection center, prevalence

Corresponding author: Pattaraporn Pandee; e-mail: patsy.taraporn@gmail.com

ความรู้เดิม : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นและทำผิดกฎหมายจากการศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ ประวัติทางด้านอาชญากรรม ความสัมพันธ์ของครอบครัว ความสามารถในการเรียน พฤติกรรมต่อต้านสังคม และสัมพันธ์ภาพของบุคคล

ความรู้ใหม่ : โรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายที่กระทำผิดกฎหมายมีความชุกร้อยละ 4.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อายุขณะถูกดำเนินคดีครั้งแรกน้อยกว่า 12 ปี การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้เฮโรอีน และความก้าวร้าวทางกายระดับสูง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ควรมีระบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายและส่งต่อสถานพยาบาลเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาตามขั้นตอน เพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD) เป็นโรคที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบบ่อยในเด็กและเยาวชน มีความชุกเฉลี่ยทั่วโลก ร้อยละ 5.2¹ ในประเทศไทยพบว่ามีค่าชุกร้อยละ 8.1² โรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพทางการเรียน และผลสำเร็จทางการศึกษา³ และเพิ่มความเสี่ยงในการกระทำผิดกฎหมายอย่างมีนัยสำคัญ⁴ กลุ่มเยาวชนที่ถูกคุมขังมีความชุกของโรคสมาธิสั้นสูงกว่าเยาวชนทั่วไป ในต่างประเทศพบได้กว่า 1 ใน 4 ของประชากรกลุ่มนี้^{5,6} การสำรวจในเยาวชนไทยในสถานแรกรับเด็กและเยาวชนปี พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 91.4 มีโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค กลุ่มโรคที่พบสูงสุด คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (substance use disorder) พบร้อยละ 83.9 รองลงมาเป็นกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมก้าวร้าว (disruptive behavior disorders) พบร้อยละ 33.9 ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 7⁷ การศึกษาในกรุงเทพมหานครพบความชุกโรคทางจิตเวชของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจร้อยละ 96 โดยเป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 28⁸ และการศึกษาในศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตาพบความชุกโรคสมาธิสั้นร้อยละ 12.5⁹

ในต่างประเทศมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมาย พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเพศชายมีความเสี่ยงในการก่อคดีที่มีความรุนแรงมากกว่าเพศหญิง¹⁰ นอกจากนี้ โรคสมาธิสั้นยังมีความสัมพันธ์กับประวัติทางด้านอาชญากรรม โดยวัยรุ่นที่ก่อคดีอาชญากรรมต่อผู้คนมีอาการโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มก่อคดีทรัพย์สินและคดียาเสพติด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในเด็กก่อคดี แยกตามประเภทคดี มีดังนี้ คดีต่อผู้คน พบปัจจัยปัญหาทางการเรียน เช่น การออกจากโรงเรียนและผลการเรียนต่ำ และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน เช่น การไม่มีเพื่อนและการปฏิเสธเพื่อน คดีทรัพย์สิน พบปัจจัยปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น การขาดการชื่นชม การใช้เวลาร่วมกันน้อย การขาดทักษะสื่อสารที่ดี ความขัดแย้ง และการขาดการสนับสนุนที่ดี และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน และคดียาเสพติด พบปัจจัยด้านพฤติกรรมต่อต้านสังคม เช่น การทำร้ายร่างกายผู้อื่นซ้ำ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และการไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย¹¹ และพบว่าเยาวชนที่มีโรคทางจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำ โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่เป็น externalizing disorder¹²

ประเทศไทยมีการรายงานสถานการณ์การกระทำผิดของเด็กและเยาวชนในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงกันยายน พ.ศ. 2565 มีจำนวนคดีอาญาที่มีเด็กและเยาวชนเป็นผู้กระทำผิดเข้าสู่สถานพินิจ ทั้งสิ้น 12,195 คดี ผู้กระทำผิดเป็นเพศชาย 11,032 คดี (ร้อยละ 90.5) และหญิง 1,160 คดี (ร้อยละ 9.5) เป็นผู้กระทำผิดที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดให้โทษมากที่สุด 4,885 คดี (ร้อยละ 40.1)¹³ โดยภาพรวมคดียาเสพติดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยหลัก ได้แก่ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติดฉบับใหม่ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2564 พบปัจจัยการกระทำผิดซ้ำคดียาเสพติด ได้แก่ การเป็นผู้เสพหรือผู้ขายและการมีเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ปัจจัยการกระทำผิดซ้ำคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน ได้แก่ ประวัติเคยกระทำผิดและการมีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายผู้อื่น รังแก ข่มขู่ และหนีเรียน ปัจจัยการกระทำผิดซ้ำคดีเกี่ยวกับชีวิตและ

ร่างกาย ได้แก่ การกระทำผิดระดับสูง เช่น การทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บสาหัส/ตาย การมีเจตนาหรือวางแผนกระทำรุนแรง การกระทำทารุณ และการใช้อาวุธ¹⁴

แม้การศึกษาที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในผู้กระทำผิดที่เป็นเด็กและเยาวชน แต่ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับบรรดาวิทยาของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มนี้ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะโรคสมาธิสั้น ซึ่งองค์ความรู้ที่สามารถใช้วางแผนการคัดกรอง ดูแลรักษา และฟื้นฟูด้านจิตสังคมในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายอย่างเป็นองค์รวม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

วิธีการ

การวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.COA 030/2565 วันที่ 18 กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วัยรุ่นชาย อายุ 13 - 18 ปี ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 24 แห่งทั่วประเทศ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอิงจำนวนประชากร ณ วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2565 ซึ่งมี 1,359 คน¹⁵ ความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 28⁸ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.03¹⁶ ได้จำนวนตัวอย่าง 528 คน และเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงต้องการกลุ่มตัวอย่าง 634 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยการแบ่งชั้น (multistage stratified random sampling) เป็น 4 ภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นสุ่มแบบกลุ่ม (cluster sampling) กำหนดจำนวนจังหวัดและตัวอย่างตามสัดส่วนแต่ละภูมิภาค ดังนี้ ภาคเหนือมีประชากร 225 คน

คัดเลือก 4 จังหวัด 103 คน (ร้อยละ 16.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากร 556 คน คัดเลือก 5 จังหวัด 256 คน (ร้อยละ 40.4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ภาคกลางมีประชากร 136 คน คัดเลือก 8 จังหวัด 136 คน (ร้อยละ 21.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ภาคใต้มีประชากร 257 คน คัดเลือก 5 จังหวัด 118 คน (ร้อยละ 18.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) และกรุงเทพมหานครมีประชากร 45 คน คัดเลือก 21 คน (ร้อยละ 3.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) คัดเลือกจังหวัดด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนึงถึงความเสี่ยงและการดูแลรักษาต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง จึงคัดเลือกจังหวัดที่มีโรงพยาบาลจิตเวช และสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อ (simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อตามสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนในแต่ละจังหวัด และกำหนดตัวตนเป็นรหัสหมายเลขแทนชื่อ - สกุล

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 13 - 18 ปี 2) ถูกควบคุมตัวที่สถานพินิจเป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน เนื่องจากหากระยะเวลาเกินกว่านั้นกลุ่มตัวอย่างอาจมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ 3) เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ไม่มีอาการของการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมทำวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) อยู่ในภาวะของความไม่สบายใจหรือสะท้อนใจในการให้ข้อมูลและเรื่องราวของตนเอง หรือ 2) มีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าวหรือไม่ปลอดภัยต่อผู้สัมภาษณ์

เครื่องมือในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและประวัติการกระทำผิด เช่น อายุ การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน อายุขณะที่กระทำผิดครั้งแรก ครั้งที่กระทำผิด และลักษณะการกระทำผิดครั้งนี้

2) แบบสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น (Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in child and adolescents-revised: T-DICA-R)¹⁷ ฉบับวัยรุ่น พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ diagnostic interview

for children and adolescents (DICA)¹⁸ และแบบสัมภาษณ์ diagnostic interview for children and adolescents-revised (DICA-R)^{19,20} แบบสัมภาษณ์ T-DICA-R ฉบับวิจัยนี้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.86 - 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 ระหว่าง 0.91 - 0.99 ค่าสัมประสิทธิ์ kappa ระหว่างผู้สัมภาษณ์ 0.73 - 0.98 ค่าสัมประสิทธิ์ kappa ของการสัมภาษณ์ซ้ำ 0.60 - 0.90 และค่าสัมประสิทธิ์ kappa ของความตรงกันของการวินิจฉัยโรค 13 หมวดโรคกับฉบับผู้ปกครอง 0.35 - 0.75 การศึกษาครั้งนี้เลือกเฉพาะหมวดโรคสมาธิสั้นมาสัมภาษณ์

3) แบบสอบถามความสัมพันธ์ของครอบครัว (family relationship)²¹ ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวและปฏิสัมพันธ์กันภายในครอบครัว 65 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่จริงเลย” (1 คะแนน) ถึง “จริงที่สุด” (4 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 1.00 - 1.50 คะแนน สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด 1.51 - 2.50 คะแนน ระดับต้องปรับปรุง 2.51 - 3.50 คะแนน ระดับเหมาะสม และ 3.51 - 4.00 คะแนน ระดับเหมาะสมที่สุด จากการศึกษาต้นฉบับแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.93

4) แบบสอบถามความสามารถด้านการเรียน (academic achievement)²² เป็นแบบสอบถามความสามารถและบุคลิกลักษณะนิสัยเฉพาะตนที่มีต่อการเรียนรู้ ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 42 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “น้อยที่สุด” (1 คะแนน) ถึง “มากที่สุด” (5 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 1.00 - 3.39 คะแนน มีความสามารถด้านการเรียนระดับปรับปรุงและพัฒนา 3.40 - 4.00 คะแนน ระดับปานกลาง และ 4.01 - 5.00 คะแนน ระดับมากสามารถขึ้นาตนเองได้ จากการศึกษาต้นฉบับแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.83

5) แบบสอบถามพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial behavior)²³ เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมทางสังคมด้านลบ

และความก้าวร้าวทางวาจาและทางกาย ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 33 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่ใช่ตัวฉันเลย” (1 คะแนน) ถึง “ตรงกับตัวฉันอย่างยิ่ง” (5 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยดังนี้ 1.00 - 1.50 คะแนน มีความก้าวร้าวต่ำมาก 1.51 - 2.50 คะแนน ก้าวร้าวต่ำ 2.51 - 3.50 คะแนน ก้าวร้าวปานกลาง 3.51 - 4.50 คะแนน ก้าวร้าวสูง และ 4.51 - 5.00 คะแนน ก้าวร้าวสูงมาก จากการศึกษาต้นฉบับแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.84

6) แบบสอบถามสัมพันธภาพของบุคคล (peer relationship)²⁴ เป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพกับเพื่อนและครอบครัว รวมทั้งผลของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคล ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 33 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ “ไม่จริงเลย” (0 คะแนน) ถึง “จริงที่สุด” (4 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมดังนี้ 0 - 33 คะแนน สัมพันธภาพของบุคคลอยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด 34 - 66 คะแนน ระดับต้องปรับปรุง 67 - 99 คะแนน ระดับเหมาะสม และ 100 - 132 คะแนน ระดับเหมาะสมที่สุด จากการศึกษาต้นฉบับแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88

การศึกษานี้ได้มีการขออนุญาตใช้แบบสอบถามจากผู้พัฒนาแล้ว โดยผ่านหนังสือราชการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เก็บข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ทั้งสังกัดกรมสุขภาพจิตและสถานพินิจฯ ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ T-DICA-R หมวดโรคสมาธิสั้นเป็นเวลา 8 ชั่วโมงและสามารถลงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ก่อนการสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากตัวอย่างให้ความยินยอม ผู้สัมภาษณ์ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ปกครองทางโทรศัพท์โดยไม่ต้องลงนามกรณีตัวอย่างที่ไม่มีผู้ปกครองหรือไม่สามารถติดต่อผู้ปกครองได้ ยึดการตัดสินใจยินยอมของตัวอย่างเป็นหลักและให้ผู้ปกครองที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้ความยินยอม

การสัมภาษณ์ใช้เวลาเฉลี่ย 60 นาที ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว กรณีระหว่างสัมภาษณ์พบอาสาสมัครมีความเครียด เหนื่อยใจ หรือมีท่าทีก้าวร้าว จะหยุดพักเพื่อประเมินอาการ หากยังคงมีอาการรุนแรงจะประสานเจ้าหน้าที่สถานพินิจฯ เพื่อส่งต่อสถานพยาบาลในพื้นที่เพื่อรับบริการตามสิทธิการรักษา และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยหากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แสดงข้อมูลพื้นฐานที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) หรือ มัชยฐานและพิสัย (interquartile range: IQR) แสดงข้อมูลตัวแปรไม่ต่อเนื่องด้วยความถี่และร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของค่ากลางตัวแปรต่อเนื่องระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีสมาธิสั้นโดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) ด้วยสถิติ Shapiro-wilk normality test และใช้ independent t-test กรณีมีการแจกแจงปกติหรือ Wilcoxon rank-sum test กรณีมีการแจกแจงไม่ปกติ เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนโรคสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มโดยใช้ chi-squared test หรือ Fisher's exact test วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นโดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ univariate logistic regression และเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.2 ไปวิเคราะห์ต่อใน multivariate logistic regression โดยทดสอบ collinearity ระหว่างตัวแปรก่อนการวิเคราะห์ด้วยการหาค่า generalized variance-inflation factors (GVIFs) โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญของ GVIF^{1/(2×df)} ที่ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 พบว่าแต่ละตัวแปร มีค่า GVIF^{1/(2×df)} ระหว่าง 1.1 - 1.6 คัดเลือกตัวแปรทำนายโรคสมาธิสั้นด้วยวิธีแบบขั้นบันได (stepwise method) และพิจารณาค่า Akaike information criterion (AIC) ที่ต่ำที่สุด กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน 526 คน ค่ามัธยฐานอายุ 16.5 ปี (IQR 16,17) สัมพันธ์ทางพันธุกรรม/

ผู้ปกครองไม่ดี ร้อยละ 87.1 ค่ามัธยฐานอายุขณะถูกดำเนินคดีครั้งแรก 16 ปี (IQR 15, 17) และใช้สารเสพติดร้อยละ 90.5 ดังตารางที่ 1

ตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคสมาธิสั้น 24 คน (ร้อยละ 4.6) ในจำนวนนี้เป็น predominantly inattentive presentation 13 คน (ร้อยละ 54.2) combined presentation 6 คน (ร้อยละ 25.0) และ predominantly hyperactive/impulsive presentation 5 คน (ร้อยละ 20.8)

ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่พบและไม่พบโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ภูมิภาค บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน อายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ความสัมพันธ์ของครอบครัวด้านความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัวและการใช้เวลาว่างทำกิจกรรมร่วมกัน ความสามารถด้านการเรียนด้านการควบคุมตนเองในการเรียนรู้และด้านการเรียน และพฤติกรรมต่อต้านสังคมด้านความก้าวร้าวทางกาย ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า กลุ่มที่ถูกดำเนินคดีครั้งแรกที่อายุน้อยกว่า 12 ปีมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่ถูกดำเนินคดีครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 12 ปี 5.79 เท่า (AOR = 5.79, 95% CI = 1.10 - 30.39) กลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม 3.43 เท่า (AOR = 3.43, 95% CI = 1.07 - 11.0) กลุ่มที่ใช้เฮโรอีนมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ 12.4 เท่า (AOR = 12.4, 95% CI = 2.46 - 62.4) กลุ่มที่มีความก้าวร้าวทางด้านร่างกายสูงหรือสูงมากมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่มีความก้าวร้าวต่ำ/ต่ำมาก 6.57 เท่า (AOR = 6.57, 95% CI = 2.09 - 20.6) ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นชายในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนร้อยละ 4.6 ซึ่งต่ำกว่าความชุกเฉลี่ยทั่วโลกในเด็กทั่วไปที่พบร้อยละ 5.2¹ ทั้งนี้การศึกษาความชุกโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือคัดกรอง เช่น Corners' rating scale และ SNAP-IV²⁵ ขณะที่การศึกษานี้ใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรค เมื่อเปรียบเทียบกับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเป็นโรคสมาธิสั้น

	ทั้งหมด n (%)	Non-ADHD n (%)	ADHD n (%)	p
อายุ				
Median (IQR)	16.5 (16, 17)	17 (16, 17)	16 (15, 17)	.109
ภูมิภาค				.039
กรุงเทพ	32 (6.1)	30 (93.8)	2 (6.3)	
ภาคกลาง	125 (23.8)	122 (97.6)	3 (2.4)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	218 (41.4)	210 (96.3)	8 (3.7)	
ภาคเหนือ	52 (9.9)	45 (86.5)	7 (13.5)	
ภาคใต้	99 (18.8)	95 (96.0)	4 (4.0)	
บุคคลที่อาศัยด้วยในปัจจุบัน				.019
บิดามารดา	347 (66.0)	337 (97.1)	10 (2.9)	
ญาติ/ไม่ใช่ญาติ/อยู่คนเดียว	179 (34.0)	165 (92.2)	14 (7.8)	
สัมพันธ์ภาพกับบิดามารดา/ผู้ปกครอง				.220
ดี	68 (12.9)	63 (92.6)	5 (7.4)	
ไม่ดี	458 (87.1)	439 (95.9)	19 (4.1)	
อายุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก (ปี)				.036
Median (IQR)	13 (12, 14)	13 (12, 14)	12.5 (11, 13)	
อายุที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก (ปี)				.027
Median (IQR)	14 (13, 15)	14 (13, 15)	13 (12, 14)	
การดื่มแอลกอฮอล์				.106
ไม่ดื่ม	179 (34.0)	175 (97.8)	4 (2.2)	
ดื่ม	347 (66.0)	327 (94.2)	20 (5.8)	
การใช้สารเสพติด				.153
ไม่ใช่	50 (9.5)	50 (100.0)	0 (0.0)	
ใช่	476 (90.5)	452 (95.0)	24 (5.0)	
สารเสพติดที่ใช้				
เฮโรอิน/ฝิ่น	20 (3.8)	17 (85.0)	3 (15.0)	.057
ยาบ้า	382 (72.6)	362 (94.8)	20 (5.2)	.332
กัญชา	176 (33.5)	169 (96.0)	7 (4.0)	.814
ไอซ์	81 (15.4)	78 (96.3)	3 (3.7)	1
กระท่อม	81 (15.4)	77 (95.1)	4 (4.9)	.776
Ketamine	18 (3.4)	17 (94.4)	1 (5.6)	.575
Tramadol	11 (2.1)	9 (81.8)	2 (18.2)	.085
อายุที่ถูกดำเนินคดีครั้งแรก (ปี)				.146
< 12 ปี	15 (2.9)	13 (86.7)	2 (13.3)	
12 ปีขึ้นไป	511 (97.1)	489 (95.7)	22 (4.3)	
Median (IQR)	16 (15, 17)	16 (15, 17)	15 (14.8, 16.2)	.218
ปัจจุบันถูกดำเนินคดีด้านร่างกาย				.304
ไม่ใช่	109 (20.7)	102 (93.6)	7 (6.4)	
ใช่	417 (79.3)	400 (95.9)	17 (4.1)	
ปัจจุบันถูกดำเนินคดีด้านทรัพย์สิน				.888
ไม่ใช่	136 (25.9)	129 (94.9)	7 (5.1)	
ใช่	390 (74.1)	373 (95.6)	17 (4.4)	
ปัจจุบันถูกดำเนินคดีด้านการใช้สารเสพติด				.409
ไม่ใช่	295 (56.1)	284 (96.3)	11 (3.7)	
ใช่	231 (43.9)	218 (94.4)	13 (5.6)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเป็นโรคสมาธิสั้น (ต่อ)

	ทั้งหมด n (%)	Non-ADHD n (%)	ADHD n (%)	p
ความสัมพันธ์ของครอบครัว (family relationship)				
<i>ความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่</i>				.019
เหมาะสมที่สุด	52 (9.9)	52 (100.0)	0 (0.0)	
เหมาะสม	435 (82.7)	416 (95.6)	19 (4.4)	
ต้องปรับปรุง	39 (7.4)	34 (87.2)	5 (12.8)	
ต้องปรับปรุงมากที่สุด	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>การใช้เวลาว่างทำกิจกรรมร่วมกัน</i>				.031
เหมาะสมที่สุด	7 (1.3)	7 (100.0)	0 (0.0)	
เหมาะสม	329 (62.5)	320 (97.3)	9 (2.7)	
ต้องปรับปรุง	183 (34.8)	169 (92.3)	14 (7.7)	
ต้องปรับปรุงมากที่สุด	7 (1.3)	6 (85.7)	1 (14.3)	
ความสามารถด้านการเรียน (academic achievement)				
<i>การควบคุมตนเองในการเรียนรู้</i>				.046
ระดับมากสามารถชี้นำตนเองได้	89 (16.9)	89 (100.0)	0 (0.0)	
ระดับปานกลาง	341 (64.8)	322 (94.4)	19 (5.6)	
ระดับปรับปรุงและพัฒนา	96 (18.3)	91 (94.8)	5 (5.2)	
<i>ความสามารถด้านการเรียน</i>				.014
ระดับมากสามารถชี้นำตนเองได้	61 (11.6)	61 (100.0)	0 (0.0)	
ระดับปานกลาง	340 (64.6)	327 (96.2)	13 (3.8)	
ระดับปรับปรุงและพัฒนา	125 (23.8)	114 (91.2)	11 (8.8)	
ปัจจัยพฤติกรรมต่อต้านสังคม (antisocial behavior)				
<i>ความก้าวร้าวทางกาย</i>				.025
ก้าวร้าวต่ำมาก	68 (12.9)	66 (97.1)	2 (2.9)	
ก้าวร้าวต่ำ	271 (51.5)	260 (95.9)	11 (4.1)	
ก้าวร้าวปานกลาง	152 (28.9)	147 (96.7)	5 (3.3)	
ก้าวร้าวสูง	345 (6.5)	28 (8.1)	6 (91.9)	
ก้าวร้าวสูงมาก	1 (0.2)	1 (100.0)	0 (0.0)	
<i>ความก้าวร้าวทางวาจา</i>				.242
ก้าวร้าวต่ำมาก	35 (6.7)	35 (100.0)	0 (0.0)	
ก้าวร้าวต่ำ	335 (63.7)	320 (95.5)	15 (4.5)	
ก้าวร้าวปานกลาง	139 (26.4)	132 (95.0)	7 (5.0)	
ก้าวร้าวสูง	17 (3.2)	15 (88.2)	2 (11.8)	
ก้าวร้าวสูงมาก	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
<i>พฤติกรรมต่อต้านสังคม</i>				.013
ก้าวร้าวต่ำมาก	34 (6.5)	33 (97.1)	1 (2.9)	
ก้าวร้าวต่ำ	330 (62.7)	317 (96.1)	13 (3.9)	
ก้าวร้าวปานกลาง	140 (26.6)	135 (96.4)	5 (3.6)	
ก้าวร้าวสูง	21 (4)	16 (76.2)	5 (23.8)	
ก้าวร้าวสูงมาก	1 (0.2)	1 (100.0)	0 (0.0)	
ปัจจัยด้านสัมพันธภาพของบุคคล (peer relationship)				
<i>สัมพันธภาพของบุคคล</i>				.207
ระดับเหมาะสมที่สุด	57 (10.8)	57 (100.0)	0 (0.0)	
ระดับเหมาะสม	387 (73.6)	367 (94.8)	20 (5.2)	
ระดับต้องปรับปรุง	82 (15.6)	78 (95.1)	4 (4.9)	
ระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นจากการถดถอยโลจิสติก

	OR	95% CI	AOR*	95% CI	p
อายุที่ถูกดำเนินคดีครั้งแรก < 12 ปี	3.42	0.73 - 16.1	5.79	1.10 - 30.3	.038
การดื่มแอลกอฮอล์	2.68	0.90 - 7.95	3.43	1.07 - 11.0	.039
การใช้เฮโรอีน/ฝิ่น	4.08	1.11 - 15.0	12.4	2.46 - 62.4	.002
ความก้าวร้าวทางร่างกาย (ref. ต่ำ/ต่ำมาก)					
ก้าวร้าวปานกลาง	0.85	0.30 - 2.44	0.96	0.32 - 2.89	.939
ก้าวร้าวสูง/สูงมาก	5.19	1.84 - 14.67	6.57	2.09 - 20.6	.001

* AIC = 180.5, ควบคุมตัวแปรภูมิภาค
OR = odds ratio, AOR = adjusted odds ratio, ADHD = attention deficit hyperactivity disorder

การศึกษาในประเทศไทย ความชุกโรคสมาธิสั้นในการศึกษานี้ต่ำกว่าการสำรวจในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาอายุ 7 - 11 ปี ซึ่งใช้วิธีการคัดกรองด้วยเครื่องมือ SNAP-IV ก่อนแล้วยืนยันการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยพบความชุกร้อยละ 8.1² อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวมีอายุน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ที่มีค่ามัธยฐานของอายุที่ 16.5 ปี ซึ่งโดยทั่วไปอาการของโรคสมาธิสั้นพบได้น้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น²⁶ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาโรคสมาธิสั้นในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ การศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครที่ใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV พบความชุกร้อยละ 28⁸ ส่วนการสำรวจที่ใช้เครื่องมือ T-DICA-R เช่นเดียวกับการศึกษานี้พบความชุกร้อยละ 7.0 - 12.5^{7,9} สาเหตุที่พบความชุกสูงกว่าการศึกษานี้อาจเนื่องจากการศึกษารั้งนี้เก็บข้อมูลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมีการจำกัดจำนวนเด็กในสถานพินิจ รวมถึงอาจเป็นผลมาจากการใช้พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นผู้เสพให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดมากกว่ากระบวนการทางคดี²⁷ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติคดีเด็กและเยาวชนทั่วประเทศที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง¹⁵ กลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้นที่พบในการศึกษานี้มากที่สุด ได้แก่ predominantly inattentive presentation, combined presentation และ predominantly hyperactive/impulsive presentation ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของพนม เกตุมาน และคณะ⁹

ซึ่งศึกษากลุ่มเด็กและเยาวชนกระทำผิดที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกัน แต่ต่างจากการศึกษาในกลุ่มเด็กทั่วไปที่พบชนิด combined presentation มากที่สุด²

การใช้บุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น โดยพบว่ากลุ่มที่มีโรคสมาธิสั้นเริ่มสูบบุหรี่ในช่วงอายุน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคสมาธิสั้น สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กทั่วไปที่พบว่าเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มสูบบุหรี่มากกว่าและเริ่มสูบครั้งแรกที่อายุน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น²⁸ กลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น 3.43 เท่า สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Luderer และคณะ²⁹ ที่พบการทับซ้อนกันทางพันธุกรรม (genetic overlap) ระหว่างความผิดปกติจากการดื่มสุรากับโรคสมาธิสั้นผ่านยีนที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทกลุ่ม glutamate และ catecholamine และพบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงพบความผิดปกติจากการดื่มสุราร่วมด้วยร้อยละ 43 เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีโอกาสถูกชักจูงไปสู่การกระทำผิดได้ และกลุ่มที่ใช้เฮโรอีนมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น 12.4 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เสพยาเฮโรอีนและสารกลุ่ม opioids ที่พบโรคสมาธิสั้นร้อยละ 12.4 - 20.9³⁰⁻³³ และพบว่ากลุ่มที่มีโรคสมาธิสั้นทุกคนมีประวัติใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาในเด็กทั่วไปที่พบความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างอายุที่เริ่มใช้สารเสพติดกับระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรม³⁴

การถูกดำเนินคดีครั้งแรกอายุน้อยกว่า 12 ปีเพิ่มโอกาสพบโรคสมาธิสั้น 5.79 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เด็กชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นมีอัตราการถูกคุมขังเนื่องจากกระทำความผิดกฎหมายสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมีผลต่อการควบคุมตนเอง ขาดการยับยั้งชั่งใจ ทำให้มีโอกาสกระทำความผิดกฎหมายได้ตั้งแต่อายุน้อย³⁵

กลุ่มที่มีความก้าวร้าวทางกายระดับสูงขึ้นไปมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มที่มีความก้าวร้าวทางกายระดับต่ำ/ต่ำมาก 6.57 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Gittelman และคณะ³⁶ ที่พบว่าเด็กสมาธิสั้น มีโอกาสพัฒนาความก้าวร้าว และมีแนวโน้มมีพฤติกรรมเกรี้ยวต่อต้านสังคมมากกว่าเด็กปกติ 3.5 - 4 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dayan และคณะ³⁷ ที่พบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม มีความยากลำบากในการควบคุมตนเอง มีปัญหาการใช้ความรุนแรง และมีปัญหาการปฏิบัติตามคำสั่งกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ซึ่งส่งผลให้เกิดการกระทำความผิดทางกฎหมาย

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ของครอบครัวกับโรคสมาธิสั้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าบิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นมักมีความเครียด และเมื่อบุตรคือต่อต้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัวจึงเกิดความขัดแย้งรุนแรงมากขึ้น และครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นที่ไม่สามารถทำหน้าที่ครอบครัวได้ (family dysfunction) ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น^{38,39} อย่างไรก็ตาม การศึกษาในเด็กทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นพบว่าการกระทำความผิดทางกฎหมายก็มีความสัมพันธ์กับการมีความสัมพันธ์ไม่ดีในครอบครัว รวมถึงการได้รับการเลี้ยงดูที่ห่างเหินและขาดความเอาใจใส่เช่นกัน⁴⁰ จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างความสัมพันธ์ของครอบครัวกับโรคสมาธิสั้นในการศึกษานี้

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถด้านการเรียนกับโรคสมาธิสั้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นมักไม่ประสบความสำเร็จในเรื่องการเรียนได้ตามศักยภาพแม้มีระดับสติปัญญาหรือพัฒนาการปกติ^{3,41}

อย่างไรก็ตามการศึกษาในเด็กทั่วไปพบว่าการศึกษาที่ต่ำกว่ามีความสัมพันธ์กับผลการเรียนที่ไม่ดีเช่นกัน⁴² จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างความสามารถด้านการเรียนกับโรคสมาธิสั้น

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพของบุคคลกับโรคสมาธิสั้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนเนื่องจากการควบคุมตนเองไม่ค่อยดี ไม่มีระเบียบ ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ และมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ความรู้สึกกลัวยกจากการถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อนหรือถูกเพื่อนแกล้งส่งผลให้ปรับตัวยาก รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำ (low self-esteem) และพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา เช่น การติดสารเสพติด นิสัยอันธพาลก้าวร้าว และการกระทำความผิดกฎหมาย^{43,44} อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าเด็กทั่วไปที่กระทำความผิดกฎหมายมักมีการควบคุมตนเองที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ไม่มั่นคง และถูกเพื่อนปฏิเสธ ทำให้มีกลุ่มเพื่อนจำกัด เช่นเดียวกัน⁴⁵ จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างสัมพันธ์ภาพของบุคคลกับโรคสมาธิสั้น

ผลการศึกษานี้แสดงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นชายที่กระทำความผิดกฎหมาย ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการออกแบบระบบเฝ้าระวังเด็กกระทำความผิดที่เสี่ยงเป็นโรคสมาธิสั้นและส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษา ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ ข้อมูลประกอบการวินิจฉัยได้จากการรายงานของเด็กฝ่ายเดียว อาจส่งผลให้อาการและความชุกสมาธิสั้นต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากอาการสมาธิสั้นเป็น externalizing symptom เด็กอาจไม่ได้สังเกตหรือตระหนักถึงอาการเหล่านี้ของตนเอง การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาโรจิตเวชร่วมซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการกระทำความผิดของเด็กและเยาวชน และการศึกษานี้เป็นการศึกษาวัยรุ่นชายที่อยู่ในสถานพินิจฯ เท่านั้น ไม่ได้ศึกษาในเพศหญิง วัยรุ่นกระทำความผิดที่ได้รับการประกันตัว หรือวัยรุ่นในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ผลการศึกษาจึงไม่อาจเป็นตัวแทนประชากรเยาวชนกระทำความผิดทั้งหมดได้

สรุป

วัยรุ่นชายในสถานพินิจคุ้มครองเด็กและเยาวชนมีความชุกโรคสมาธิสั้นร้อยละ 4.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อายุที่ถูกดำเนินคดีครั้งแรกน้อยกว่า 12 ปี การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้เฮโรอีน และความก้าวร้าวทางกาย ระดับสูง ควรมีการประเมินคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงและส่งต่อสถานพยาบาลเพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาตามขั้นตอน รวมทั้งมีการติดตามดูแลระยะยาวเพื่อลดความเสี่ยงการกระทำผิดซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ขอขอบคุณ พญ.จิตติมา แก้วทอน และกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยตั้งแต่นั้น

เอกสารอ้างอิง

- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8. doi:10.1176/ajp.2007.164.6.942.
- Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2013;21(2):66-75.
- Arnold LE, Hodgkins P, Kahle J, Madhoo M, Kewley G. Long-term outcomes of ADHD: academic achievement and performance. *J Atten Disord*. 2020;24(1):73-85. doi:10.1177/1087054714566076.
- Mannuzza S, Klein RG, Konig PH, Giampino TL. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(12):1073-9. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810120015004.
- Baggio S, Fructuoso A, Guimaraes M, Fois E, Golay D, Heller P, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in detention settings: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2018;9:331. doi:10.3389/fpsy.2018.00331.
- Young S, Moss D, Sedgwick O, Fridman M, Hodgkins P. A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychol Med*. 2015;45(2):247-58. doi:10.1017/S0033291714000762.
- Ekasawin S, Phothisut C, Chomchuen R, Serisathien P, Ucharatna W. Prevalence of psychiatric disorders among Thai juvenile offenders. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2016;24(3):154-66.
- Putthasri S, Yingsaree S. Prevalence of psychiatric disorders in juvenile detention. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2003;49(3):213-22.
- 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. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2016;61(1):27-40.
- Ångström AK, Andersson A, Garcia-Argibay M, Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, et al. Criminal convictions in males and females diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder: a Swedish national registry study. *JCPP Adv*. 2024:e12217. doi:10.1002/jcv2.12217.
- Margari F, Craig F, Margari L, Matera E, Lamanna AL, Lecce PA, et al. Psychopathology, symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder, and risk factors in juvenile offenders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:343-52. doi:10.2147/NDT.S75942.
- McReynolds LS, Schwalbe CS, Wasserman GA. The contribution of psychiatric disorder to juvenile recidivism. *Crim Justice Behav*. 2010;37(2):204-16. doi:10.1177/0093854809354961.
- Department of juvenile observation and protection. Report on the situation of juvenile delinquency 1 October 2021 - September 2022. Bangkok: Department of juvenile observation and protection; 2022.
- Department of juvenile observation and protection. Report on the situation of juvenile delinquency 1 October 2021 - September 2022. Bangkok: Department of juvenile observation and protection; 2022.

14. Department of juvenile observation and protection. Executive summary: project to predict delinquent risk behavior from a large amount of primary data (big data) for measures to control recidivism among youth in the justice system [Internet]. Bangkok: Department of juvenile observation and protection; 2023 [cited 2024 Mar 18]. Available from: [https://www.djop.go.th/storage/files/2/สถาบันวิจัย/บทสรุปผู้บริหารโครงการพยากรณ์%20\(1\).pdf](https://www.djop.go.th/storage/files/2/สถาบันวิจัย/บทสรุปผู้บริหารโครงการพยากรณ์%20(1).pdf)
15. Department Operation Center (DOC). Statistical cases nationwide categorized by detention facilities (unit: cases) [Internet]. Bangkok: Department of Juvenile Observation and Protection; 2024.
16. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308.
17. Phothisut C, Ekasawin E, Chomcheun R. Reliability of Thai diagnostic interview for psychiatric disorders in children and adolescents-revised (T-DICA-R). *Journal of Mental Health of Thailand*. 2016;24(2):94-106.
18. Reich W. Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(1):59-66. doi:10.1097/00004583-200001000-00017.
19. Promphan P, Poornoppadol C, Kaowepornsavade T. Tests of reliability and validity of the Thai version of the diagnostic interview for children and adolescents-revised (DICA-R) for diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children aged 6 to 12 years. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 2004;49(3):191-212.
20. Pornnoppadol C, Wittoon N, Chanpen S. Reliability and validity of Thai version of the diagnostic interview for children and adolescents revised (DICA-R-P and DICA-R-A): for diagnosis of mood disorders in children and adolescents. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 2013;58(2):135-46.
21. Koolnaphadol P. A study and development of the role performance of family members in the care of individuals with depression [Dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2004.
22. Preeyawongsakul W. Nursing student development model with activities enhancing self-directed learning readiness for increase learning ability doctor of education (higher education) [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004.
23. Pueanchompoo P. The effect of an integrated group counseling program on self-regulation and aggressive behavior of children and adolescents in welfare homes [Master's Thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2020.
24. Kaewkunha T. Effects of a selfdisclosure program on peer relationships and collaborative working skills of third grade students [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019.
25. Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Amler RW, Feldman HM, et al. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*. 2001;107(3):E43. doi:10.1542/peds.107.3.e43.
26. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1):48. doi:10.1186/s13052-023-01456-1.
27. Thailand. Law, Organic Law. Act promulgating a narcotic code, 2564 BE (2021 CE). Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2021.
28. Matthies S, Holzner S, Feige B, Scheel C, Perlov E, Ebert D, et al. ADHD as a serious risk factor for early smoking and nicotine dependence in adulthood. *J Atten Disord*. 2013;17(3):176-86. doi:10.1177/1087054711428739.
29. Luderer M, Ramos Quiroga JA, Faraone SV, Zhang James Y, Reif A. Alcohol use disorders and ADHD. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;128:648-60. doi:10.1016/j.neubiorev.2021.07.010.
30. Rocco P. Prevalence of ADHD in a sample of heroin addicts receiving agonist treatment-study conducted in a public addiction service. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2602. doi:10.3390/ijerph20032602.

31. Santo T Jr, Campbell G, Gisev N, Martino-Burke D, Wilson J, Colledge-Frisby S, et al. Prevalence of mental disorders among people with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2022;238:109551. doi:10.1016/j.drugalcdep.2022.109551.
32. Rohner H, Gaspar N, Rosen H, Ebert T, Kilarski LL, Schrader F, et al. ADHD prevalence among outpatients with severe opioid use disorder on daily intravenous diamorphine and/or oral opioid maintenance treatment. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(3):2534. doi:10.3390/ijerph20032534.
33. Lugoboni F, Levin FR, Pieri MC, Manfredini M, Zamboni L, Somaini L, et al. Co-occurring attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults affected by heroin dependence: patients characteristics and treatment needs. *Psychiatry Res.* 2017;250:210-6. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.052.
34. Chilcoat HD, Breslau N. Pathways from ADHD to early drug use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(11):1347-54. doi:10.1097/00004583-199911000-00008.
35. Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(12):1726-35. doi:10.1097/00004583-199712000-00021.
36. Gittelman R, Mannuzza S, Shenker R, Bonagura N. Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42(10):937-47.
37. Dayan H, Khoury-Kassabri M, Pollak Y. The link between ADHD symptoms and antisocial behavior: the moderating role of the protective factor sense of coherence. *Brain Sci.* 2022;12(10):1336. doi:10.3390/brainsci12101336.
38. Pancharean V. Stress and stress management for caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) [Master's Thematic Paper]. Songkla: Prince of Songkla University; 2015.
39. Anastopoulos AD, Sommer JL, Schatz NK. ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports.* 2009;1(4):167-70. doi:10.1007/s12618-009-0023-2.
40. Hoeve M, Dubas JS, Eichelsheim VI, van der Laan PH, Smeenk W, Gerris JR. The relationship between parenting and delinquency: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol.* 2009;37(6):749-75. doi:10.1007/s10802-009-9310-8.
41. Bussing R, Porter P, Zima BT, Mason D, Garvan C, Reid R. Academic outcome trajectories of students with ADHD: does exceptional education status matter? *J Emot Behav Disord.* 2012;20(3):131-43. doi:10.1177/1063426610388180.
42. Hoffmann JP. Academic underachievement and delinquent behavior. *Youth & Society.* 2018;52(5):0044118X1876703. doi:10.1177/0044118X18767035.
43. Gardner DM, Gerdes AC. A review of peer relationships and friendships in youth with adhd. *J Atten Disord.* 2015;19(10):844-55. doi:10.1177/1087054713501552.
44. Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE Jr, Hoza B. Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(11):1285-92. doi:10.1097/00004583-200111000-00008.
45. Chapple CL. Self-control, peer relations, and delinquency. *Justice Q.* 2005;22(1):89-106. doi:10.1080/0741882042000333654.