

ปัจจัยด้านครอบครัวและการเลี้ยงดูที่สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี: การศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม

ชุลีพร ภูวิชัยสัมฤทธิ์, พ.บ., วว.จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น*

Received: 25 ก.ค.68

Revised: 29 พ.ย.68

Accepted: 4 ธ.ค.68

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็ก และวัยรุ่น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และครอบครัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว และการเลี้ยงดูที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 5 ปี ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น ในเด็กอายุ 6-12 ปี เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 131 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 126 ราย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และโลจิสติกถดถอยพหุตัวแปร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย ($OR_{adj} = 3.235$, 95% CI: 1.698–6.163, $p < 0.001$), บิดามารดาแยกทาง หรือหย่าร้าง ($OR_{adj} = 2.557$, 95% CI: 1.360–4.809, $p = 0.004$), เริ่มดูโทรทัศน์ก่อนอายุ 5 ปี ($OR_{adj} = 2.106$, 95% CI: 1.057–4.196, $p = 0.034$) และได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่เอาใจใส่ ($OR_{adj} = 2.129$, 95% CI: 1.146–3.953, $p = 0.017$)

ปัจจัยด้านครอบครัวและการเลี้ยงดูก่อนอายุ 5 ปี มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น การส่งเสริมการเลี้ยงดูแบบอบอุ่น เอาใจใส่ และลดการใช้โทรทัศน์ในเด็กเล็ก อาจช่วยลดความเสี่ยงของโรคสมาธิสั้น ได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนเชิงป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

คำสำคัญ: สมาธิสั้น, ครอบครัว, การรับสื่อ, การเลี้ยงดู

* นายแพทย์ชำนาญการ, กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี Email:poovichakee@hotmail.com

Family and Parenting Factors Associated with the Development of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Aged 6-12 Years: a Case-Control Study

Chuleeporn Poovichayasumlit, M.D., Dip. Thai Board of Child and Adolescent Psychiatry*

Abstract

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), one of the most common psychiatric disorders in children and adolescents, has widespread impacts on the quality of life of affected individuals and their families. This study aimed to examine the association between family and parenting factors occurring before the age of five and the development of ADHD in children aged 6–12 years. A retrospective analytic case-control study was conducted. Participants included parents of 131 children diagnosed with ADHD and 126 control children without psychiatric disorders. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The findings revealed several factors significantly associated with ADHD: being male ($OR_{adj} = 3.235$, 95% CI: 1.698–6.163, $p < 0.001$), having divorced or separated parents ($OR_{adj} = 2.557$, 95% CI: 1.360–4.809, $p = 0.004$), watching television before the age of five ($OR_{adj} = 2.106$, 95% CI: 1.057–4.196, $p = 0.034$), and experiencing non-authoritative parenting styles ($OR_{adj} = 2.129$, 95% CI: 1.146–3.953, $p = 0.017$).

Family and parenting factors before the age of five play a crucial role in the development of ADHD. Promoting warm and responsive parenting practices, along with reducing early television exposure, may significantly lower the risk of ADHD. These findings can be applied to the development of preventive measures and comprehensive treatment plans to improve outcomes for children with ADHD.

Keywords: ADHD, Family, Media exposure, Parenting

* Medical doctor, Professional Level. Department of Psychiatry, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi. E-mail: poovichakee@hotmail.com

บทนำ

โรคสมาธิสั้น หรือ attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) หมายถึงโรคที่มีอาการแสดงทางพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 อาการ คือ 1) อาการขาดสมาธิต่อเนื่องในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (inattention) 2) อาการอยู่ไม่นิ่ง ซนมากกว่าปกติ (hyperactivity) 3) การทำอะไร โดยขาดการยั้งคิด หรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) โดยอาจมีอาการเด่นเฉพาะอาการขาดสมาธิ หรืออาการเด่นเฉพาะอาการอยู่ไม่นิ่ง ซน หุนหันพลันแล่น แต่มักพบอาการเด่นทั้งสองอาการร่วมกัน¹

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็ก และวัยรุ่น โดยมีความชุกทั่วโลกในเด็กอายุ 3-12 ปี เท่ากับ 7.6%² และการสำรวจระดับชาติในประเทศไทย พบมีความชุกของเด็กสมาธิสั้นในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 เท่ากับ 8.1%³ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขคาดว่า ปีงบประมาณ 2568 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเด็ก และวัยรุ่น อายุ 6-15 ปี เป็นโรคสมาธิสั้น สูงถึง 390,901 ราย โดยในจังหวัดราชบุรี คาดว่า มีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 4,702 ราย⁴ จากสถิติการเก็บข้อมูลของแผนกจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี พบผู้ป่วยสมาธิสั้นรายใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในปีงบประมาณ 2566 เท่ากับ 204 ราย และในปี 2567 เพิ่มสูงเป็น 352 ราย โรคสมาธิสั้น เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และครอบครัวหากไม่ได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างถูกต้อง โดยมีผลกระทบหลัก 3 ด้าน 1) ด้านสุขภาพจิต เช่น ปัญหาทางอารมณ์, ความนับถือตนเองต่ำ, การทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย และความเครียดติดสารเสพติดเพิ่มขึ้น 2) ด้านสุขภาพร่างกาย เพิ่มความเสี่ยงบาดเจ็บ และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ 3) ด้านสังคม และการดำเนินชีวิต เช่น การไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน การว่างงาน, ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน และคนใกล้ชิด, การเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การตั้งครุฑก่อนวัยอันควร พฤติกรรมซบถบ้าปิ่น, การละเมิด และกระทำความผิดทางอาญา⁵

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมองที่เกิดขึ้นในช่วงต้นของพัฒนาการ จัดอยู่ในกลุ่ม neurodevelopmental disorders โดยสาเหตุการเกิดโรคมีความหลากหลาย และแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ปัจจุบันการศึกษาผ่าน genome-wide association study (GWAS) พบว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญในการก่อโรค โดยเกี่ยวข้องกับยีนหลายตัว (polygenic) ที่ทำงานร่วมกันในการก่อโรค และจากการศึกษาในแฝดพบค่าอัตราพันธุกรรม (heritability) สูงเท่ากับ 74% ในผู้ป่วยสมาธิสั้น มักมีคนในครอบครัวมีโรคสมาธิสั้นร่วมด้วยอย่างชัดเจน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มการศึกษาเพิ่มขึ้นว่ามีผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นเกิดในช่วงการพัฒนาระบบของสมอง เช่น มารดาที่สูบบุหรี่

ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติดขณะตั้งครุฑ มารดาที่มีความเครียดหรือได้รับยา acetaminophen ขณะตั้งครุฑ ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ การมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย การคลอดก่อนกำหนด ทารกที่หลังคลอดได้รับพิษจากสารตะกั่ว เป็นต้น⁶⁻⁷ ในขณะที่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นในภายหลัง เช่น การเลี้ยงดู ความขัดแย้งในครอบครัว การศึกษา และเศรษฐกิจของครอบครัว การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ พบว่าสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น แต่ในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปว่าเป็นสาเหตุก่อโรค เนื่องจากข้อจำกัดในระเบียบวิธีวิจัยในการจัดการกับปัจจัยรบกวนจากปัจจัยทางพันธุกรรม^{8,9} นำมาสู่คำถามวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว และการเลี้ยงดูที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 5 ปี และหาความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลราชบุรี โดยมีสมมติฐานว่าปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านการเลี้ยงดูส่งผลต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น งานวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อเผ่าระวัง คัดกรอง ให้ข้อมูล เพื่อป้องกันการโรค ความรุนแรงของโรค รวมทั้งวางแผนการรักษา ด้านการปรับพฤติกรรม และการเลี้ยงดูอย่างเป็นองค์รวม

การศึกษานี้อ้างอิงรูปแบบการเลี้ยงดูของ Diana Baumrind และ Maccoby and Martin ได้จำแนกการเลี้ยงดูออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1. การเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (authoritative parenting) หมายถึงมีการแสดงความรัก ความอบอุ่น ความใส่ใจ และตอบสนองทางอารมณ์ของเด็ก ร่วมกับมีระเบียบวินัยเป็นแบบแผน แต่ยังรับฟัง ยืดหยุ่น และไม่เข้มงวดจนเกินไป จัดเป็นการเลี้ยงดูที่เหมาะสม 2. การเลี้ยงดูแบบตามใจ (permissive parenting) หมายถึง ไม่มีการกำหนดขอบเขต ไม่ควบคุมพฤติกรรมเด็ก ลงโทษน้อย 3. การเลี้ยงดูแบบระเบียบวินัยเข้มงวดสูง และควบคุม (authoritarian parenting) หมายถึงบิดามารดาเข้มงวด เรียกร้องสูง ไม่ตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของเด็กโดยสิ้นเชิงและ 4. การเลี้ยงดูแบบเพิกเฉยทอดทิ้ง (uninvolved parenting) หมายถึง ไม่ให้ความใส่ใจหรือตอบสนองต่อเด็ก และไม่มีการกำหนดควบคุมพฤติกรรมเด็ก¹⁰⁻¹¹

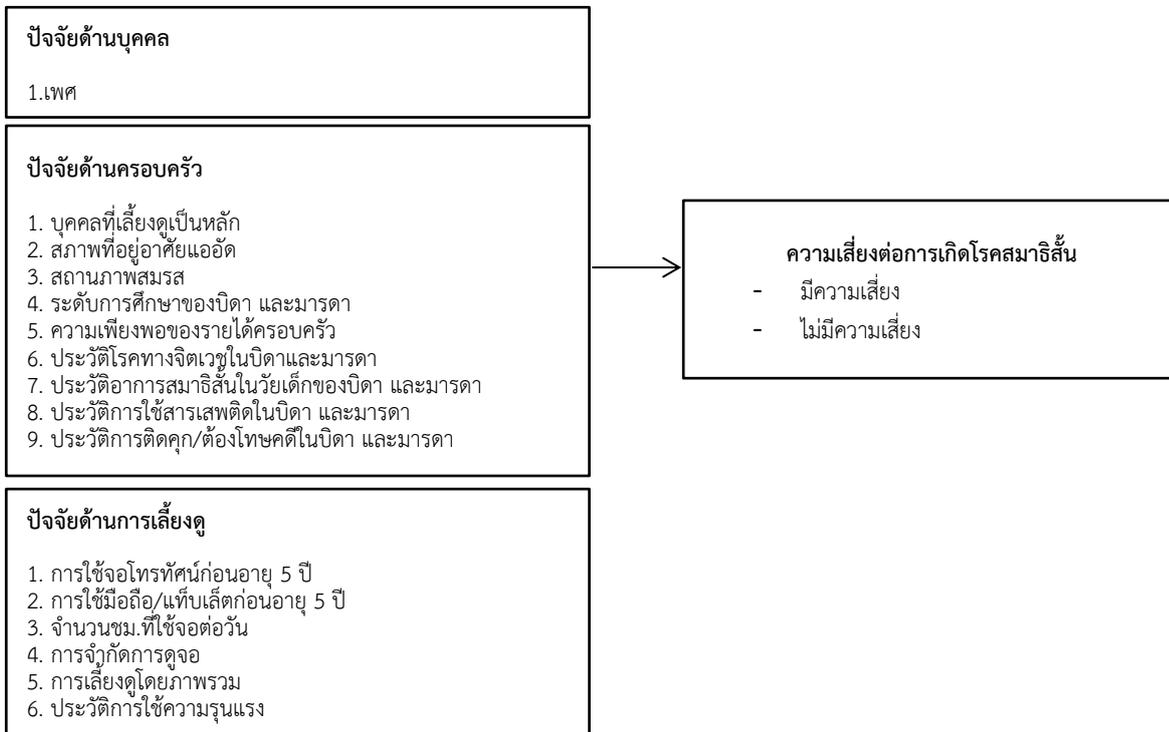
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว และการเลี้ยงดูที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 5 ปี ในเด็กอายุ 6-12 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว และการเลี้ยงดูที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 5 ปี ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) เชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุม (analytic observational clinical research, case-control study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุตั้งแต่ 6-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง ตามรหัส ICD-10 F900 วินิจฉัยโดยจิตแพทย์เด็ก และวัยรุ่นครั้งแรก เมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี โดยเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 6-12ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยในของแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช

โดยผู้ปกครอง ต้องเป็นผู้ดูแลหลักที่ทราบข้อมูลเด็กชัดเจน ทั้งนี้ ไม่จำกัดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้ปกครองที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

2. ผู้ปกครองที่ให้ข้อมูลในแบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือไม่ทราบผู้เลี้ยงดูชัดเจน

3. เด็กมีโรคร่วม ได้แก่ Autistic spectrum disorder, intellectual disability, psychotic disorder

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.08(0.92)}{0.05^2} = 113$$

n = จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

P = ค่าความชุกของโรคมะเร็งในเด็ก

ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 ของประเทศไทย

เท่ากับร้อยละ 8.1 = 0.08

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ใน

การประมาณค่า = 0.05

z = 1.96 เมื่อกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 113 ราย โดยใช้สัดส่วนผู้ป่วยต่อกลุ่มควบคุมเป็น 1:1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไปของเด็ก และครอบครัว ได้แก่ ผู้เลี้ยงดูหลัก สภาพที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และเศรษฐกิจ ประวัติโรคทางจิตเวชในบิดา และมารดา คำถามเรื่องการใช้จอ เพื่อความบันเทิง คำถามด้านการเลี้ยงดู และการใช้ความรุนแรง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติ และรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี หนังสือรับรองเลขที่ COA-RBHEC 056/2024 เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย จะถูกเก็บเป็นความลับตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับสากล และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 การเผยแพร่ผลการวิจัยในการประชุมวิชาการ หรือในวารสารวิชาการจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงผู้เข้าร่วมวิจัยได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากแผนกจิตเวช และแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี มีการชี้แจงกับผู้เข้าร่วมวิจัยถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการ ความเสี่ยง และประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และแจ้งสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วม มีการเปิดโอกาสให้ซักถามก่อนการตัดสินใจ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมวิจัย

ระยะเวลา

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 30 เมษายน พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละค่ามัธยฐาน (ช่วงระหว่างควอไทล์)
- สถิติเชิงอนุมาน ศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว และการเลี้ยงดูที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น โดยใช้การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) และนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น อย่างมีนัยสำคัญมาใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (multiple logistic regression analysis) โดยรายงานผล เป็นค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า $p < 0.05$ ถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานประชากร

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 257 ราย แบ่งเป็นประชากรที่ศึกษา (กลุ่มโรคสมาธิสั้น) จำนวน 131 ราย เป็นเพศชาย 105 ราย (ร้อยละ 80.2) เพศหญิง 26 ราย (ร้อยละ 19.8) บิดามารดาแยกทาง

หรือหย่าร้าง 57 ราย (ร้อยละ 43.5) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของบิดา และมารดาเทียบเท่าระดับชั้นมัธยมศึกษา 55 ราย (ร้อยละ 42.0) และ 60 ราย (ร้อยละ 45.8) ตามลำดับ บิดาเคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 9 ราย (ร้อยละ 6.9) บางส่วนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเวช ที่เกิดจากการใช้สารเสพติด มารดาเคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 9 ราย (ร้อยละ 6.9) บางส่วนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าหลังคลอด บิดา และมารดามีประวัติอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นตอนเด็ก 27 ราย (ร้อยละ 20.6) และ 9 ราย (ร้อยละ 6.9) ตามลำดับ บิดาและมารดาเคยใช้สารเสพติด 32 ราย (ร้อยละ 24.4) และ 5 ราย (ร้อยละ 3.8) ตามลำดับ

กลุ่มควบคุม จำนวน 126 ราย เป็นเพศชาย 77 ราย (ร้อยละ 61.1) เพศหญิง 49 ราย (ร้อยละ 38.9) บิดามารดาแยกทางหรือหย่าร้าง 27 ราย (ร้อยละ 21.4) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของบิดาเท่ากับในชั้นเทียบเท่าระดับชั้นมัธยมศึกษา 50 ราย (ร้อยละ 39.7) และสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษา 50 ราย (ร้อยละ 39.7) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของมารดาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษา 59 ราย (ร้อยละ 46.8) บิดาและมารดาเคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช 1 ราย (ร้อยละ 0.8) และ 6 ราย (ร้อยละ 4.8) ตามลำดับ โดยมารดาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า และโรคเครียด บิดาและมารดามีประวัติอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นตอนเด็ก 7 ราย (ร้อยละ 5.6) และ 4 ราย (ร้อยละ 3.2) ตามลำดับ บิดาเคยใช้สารเสพติด 8 ราย (ร้อยละ 6.3) ส่วนมารดาไม่พบว่าเคยใช้สารเสพติด

ด้านการใช้จอเพื่อความบันเทิง

จากการศึกษาพบกลุ่มโรคสมาธิสั้นเริ่มดูโทรทัศน์ก่อนอายุ 5 ปี จำนวน 110 ราย (ร้อยละ 84.0) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบจำนวน 90 ราย (ร้อยละ 71.4) โดยค่ามัธยฐานของอายุที่เริ่มดูโทรทัศน์ของทั้ง 2 กลุ่มเท่ากับ 3.00 ปี โดยมีช่วงระหว่างควอไทล์เท่ากับ 2.00 ปีเท่ากัน กลุ่มสมาธิสั้นเริ่มใช้โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ตก่อนอายุ 5 ปี จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 50.4) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมที่พบ 66 ราย (ร้อยละ 52.4) โดยค่ามัธยฐานของอายุ ที่เริ่มใช้โทรศัพท์มือถือ หรือแท็บเล็ต เท่ากับ 4.50 ปี โดยมีช่วงระหว่างควอไทล์เท่ากับ 3.00 ปี ในกลุ่มโรคสมาธิสั้น และค่ามัธยฐานของอายุ 4.00 ปี โดยมีช่วงระหว่าง ควอไทล์เท่ากับ 3.75 ปีในกลุ่มควบคุม จำนวนชั่วโมงที่ดูจอต่อวัน โดยส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มใช้จอโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ และโทรทัศน์รวมกัน 1-3 ชั่วโมงต่อวันไม่แตกต่างกัน โดยในกลุ่มสมาธิสั้นพบ 62 ราย (ร้อยละ 47.3) และกลุ่มควบคุม 62 ราย (ร้อยละ 49.2)

ด้านการเลี้ยงดู

กลุ่มโรคสมาธิสั้น พบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ 62 ราย (ร้อยละ 47.3) แบบตามใจ 50 ราย (ร้อยละ 38.2) แบบระเบียบวินัยเข้มงวดสูง และควบคุม 17 ราย (ร้อยละ 13.0) และแบบเพิกเฉยทอดทิ้ง 2 ราย (ร้อยละ 1.5) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่สูงถึง 93 ราย (ร้อยละ 73.8) แบบตามใจ 26 ราย

(ร้อยละ 20.6) แบบประเปียบวินัยเข้มงวดสูง และควบคุม 7 ราย (ร้อยละ 5.6) ไม่พบการเลี้ยงดูแบบเพิกเฉยทอดทิ้ง กลุ่มโรคสมาธิสั้น พบผู้เลี้ยงดูหลักเคยเปลือยใช้ความรุนแรงอย่างน้อย 1 ครั้ง ได้แก่ อารมณ์ คำพูดรุนแรงจนทำให้เด็กรู้สึกไม่มีคุณค่า ขาดความสามารถ หรือมีการทำร้ายร่างกาย เช่น การตีจนเป็นเหตุให้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย จำนวน 63 ราย (ร้อยละ 48.1) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่พบเพียง 33 ราย (ร้อยละ 26.2)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis)

พบปัจจัยด้านครอบครัว และการเลี้ยงดูที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 5 ปี ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น ในเด็กอายุ 6-12 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ได้แก่ 1. เพศชายมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่าเพศหญิง 2.57 เท่า (OR = 2.570, 95% CI: 1.469–4.495, p < 0.001) 2. เด็กที่บิดามารดาแยกทางหรือหย่าร้าง มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้น 2.824 เท่าของเด็กที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน (OR = 2.824, 95% CI: 1.633–4.886, p < 0.001) 3. เด็กที่บิดาเคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมีโอกาสเป็น

โรคสมาธิสั้นเป็น 9.221 เท่า ของเด็กที่บิดาไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (OR = 9.221, 95% CI: 1.151–73.885, p = 0.036) 4. เด็กที่บิดามีประวัติอยู่ไม่นิ่ง หรือหุนหันพลันแล่นในวัยเด็ก มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 4.413 เท่าของเด็กที่บิดาไม่มีประวัติดังกล่าว (OR = 4.413, 95% CI: 1.845–10.555, p < 0.001) 5. เด็กที่บิดาเคยใช้สารเสพติดมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 4.768 เท่าของเด็กที่บิดาไม่เคยใช้สารเสพติด (OR = 4.768, 95% CI: 2.101–10.820, p < 0.001) 6. เด็กที่เริ่มดูโทรทัศน์ก่อนอายุ 5 ปี มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.095 เท่าของเด็กที่เริ่มดูหลังอายุ 5 ปี (OR = 2.095, 95% CI: 1.143–3.841, p = 0.017) 7. เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่เอาใจใส่ ได้แก่ ตามใจ ระเบียบวินัยเข้มงวดสูง เพิกเฉยทอดทิ้ง มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 3.136 เท่าของเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (OR = 3.136, 95% CI: 1.856–5.300, p < 0.001) 8. เด็กที่ผู้เลี้ยงดูเคยใช้ความรุนแรงอย่างน้อย 1 ครั้ง มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.611 เท่าของเด็กที่ผู้เลี้ยงดูไม่เคยใช้ความรุนแรง (OR = 2.611, 95% CI: 1.545–4.412, p < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น (Univariate analysis)

| ปัจจัย | กลุ่มศึกษา(โรคสมาธิสั้น) N = 131 | กลุ่มควบคุม N = 126 | OR crude | 95% CI OR _{crude} | P-value |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------|----------|----------------------------|---------|
| ด้านคุณลักษณะทั่วไปของเด็ก | | | | | |
| เพศ | | | | | |
| - ชาย | 105 (80.2%) | 77 (61.1%) | 2.570 | 1.469 – 4.495 | <0.001* |
| - หญิง | 26 (19.8%) | 49 (38.9%) | | | |
| อายุ (ปี); median (IQR) | 9.00 (3.04) | 9.00 (3.00) | - | - | 0.859 |
| คำถามด้านครอบครัว | | | | | |
| ผู้เลี้ยงดูหลัก | | | | | |
| - บิดา/มารดา | 89 (67.9%) | 98 (77.8%) | - | - | 0.209 |
| - ปู่/ย่า/ตา/ยาย | 37 (28.2%) | 25 (19.8%) | | | |
| - ลุง/ป้า/น้ำ/อา | 5 (3.8%) | 3 (2.4%) | | | |
| สภาพที่อยู่อาศัยแออัด** | | | | | |
| - ใช่ | 68 (51.9%) | 60 (47.6%) | 1.187 | 0.728 – 1.937 | 0.492 |
| - ไม่ใช่ | 63 (48.1%) | 66 (52.4%) | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| - แยกทาง/หย่าร้าง | 57 (43.5%) | 27 (21.4%) | 2.824 | 1.633 - 4.886 | <0.001* |
| - สมรส | 74 (56.5%) | 99 (78.6%) | | | |
| ระดับการศึกษาของบิดา | | | | | |
| - ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า | 39 (29.8%) | 26 (20.6%) | - | - | 0.098 |
| - มัธยมศึกษา | 55 (42.0%) | 50 (39.7%) | | | |
| - สูงกว่ามัธยมศึกษา | 37 (28.2%) | 50 (39.7%) | | | |
| ระดับการศึกษาของมารดา | | | | | |
| - ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า | 25 (19.1%) | 19 (15.1%) | - | - | 0.162 |
| - มัธยมศึกษา | 60 (45.8%) | 48 (38.1%) | | | |
| - สูงกว่ามัธยมศึกษา | 46 (35.1%) | 59 (46.8%) | | | |

* p<0.05

**หมายถึง ที่อยู่อาศัยที่มีห้องแยกน้อยกว่า 1 ห้องต่อ 1 ผู้อาศัย

ตารางที่ 1 แสดงผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น (Univariate analysis) (ต่อ)

| ปัจจัย | กลุ่มศึกษา(โรคสมาธิสั้น) N = 131 | กลุ่มควบคุม N = 126 | OR _{crude} | 95% CI OR _{crude} | P-value |
|---|-------------------------------------|------------------------|---------------------|----------------------------|---------|
| ความเพียงพอของรายได้ | | | | | |
| - ไม่เพียงพอ | 41 (31.3%) | 29 (23.0%) | 1.524 | 0.874 – 2.655 | 0.137 |
| - เพียงพอ | 90 (68.7%) | 97 (77.0%) | | | |
| บิดาเคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช | | | | | |
| - ใช่ | 9 (6.9%) | 1 (0.8%) | 9.221 | 1.151 – 73.885 | 0.036* |
| - ไม่ใช่ | 122 (93.1%) | 125 (99.2%) | | | |
| มารดาเคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช | | | | | |
| - ใช่ | 9 (6.9%) | 6 (4.8%) | 1.475 | 0.509 – 4.273 | 0.473 |
| - ไม่ใช่ | 122 (93.1%) | 120 (95.2%) | | | |
| บิดาอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตอนเด็ก | | | | | |
| - ใช่ | 27 (20.6%) | 7 (5.6%) | 4.413 | 1.845 – 10.555 | <0.001* |
| - ไม่ใช่ | 104 (79.4%) | 119 (94.4%) | | | |
| มารดาอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นตอนเด็ก | | | | | |
| - ใช่ | 9 (6.9%) | 4 (3.2%) | | | |
| - ไม่ใช่ | 122 (93.1%) | 122 (96.8%) | 2.250 | 0.675-7.502 | 0.187 |
| บิดาเคยใช้สารเสพติด | | | | | |
| - ใช่ | 32 (24.4%) | 8 (6.3%) | 4.768 | 2.101 - 10.820 | <0.001* |
| - ไม่ใช่ | 99 (75.6%) | 118 (93.7%) | | | |
| มารดาเคยใช้สารเสพติด | | | | | |
| - ใช่ | 5 (3.8%) | 0 (0.0%) | NA | NA | 0.999 |
| - ไม่ใช่ | 126 (96.2%) | 126 (100.0%) | | | |
| บิดาเคยติดคุก/ต้องโทษคดี | | | | | |
| - ใช่ | 16 (12.2%) | 7 (5.6%) | 2.365 | 0.938 – 5.961 | 0.068 |
| - ไม่ใช่ | 115 (87.8%) | 119 (94.4%) | | | |
| มารดาเคยติดคุก/ต้องโทษคดี | | | | | |
| - ใช่ | 2 (1.5%) | 3 (2.4%) | 0.636 | 0.104 – 3.869 | 0.623 |
| - ไม่ใช่ | 129 (98.5%) | 123 (97.6%) | | | |
| ด้านการใช้จอเพื่อความบันเทิง | | | | | |
| อายุที่เริ่มดูโทรทัศน์ | | | | | |
| - ก่อน 5 ปี | 110 (84.0%) | 90 (71.4%) | 2.095 | 1.143 – 3.841 | 0.017* |
| - หลัง 5 ปี | 21 (16.0%) | 36 (28.6%) | | | |
| อายุที่เริ่มดูโทรทัศน์ (ปี) ; median (IQR) | 3.00 (2.00) | 3.00 (2.00) | - | - | 0.059 |
| อายุที่เริ่มใช้มือถือ/แท็บเล็ต | | | | | |
| - ก่อน 5 ปี | 66 (50.4%) | 66 (52.4%) | 0.923 | 0.566 – 1.506 | 0.749 |
| - หลัง 5 ปี | 65 (49.6%) | 60 (47.6%) | | | |
| อายุที่เริ่มใช้มือถือ/แท็บเล็ต (ปี) ; median(IQR) | 4.50 (3.00) | 4.00 (3.75) | - | - | 0.727 |
| จำนวนชม.ที่ใช้จอ | | | | | |
| - น้อยกว่า 1 ชม. | 21 (16.0%) | 28 (22.2%) | - | - | 0.273 |
| - 1 ถึง 3 ชม. | 62 (47.3%) | 62 (49.2%) | | | |
| - มากกว่า 3 ชม. | 48 (36.6%) | 36 (28.6%) | | | |
| จำกัดการดูจอ | | | | | |
| - ไม่มี | 46 (35.1%) | 36 (28.6%) | 1.353 | 0.798 – 2.292 | 0.261 |
| - มี | 85 (64.9%) | 90 (71.4%) | | | |

* p<0.05

**หมายถึง ที่อยู่อาศัยที่มีห้องแยกน้อยกว่า 1 ห้องต่อ 1 ผู้อาศัย

ตารางที่ 1 แสดงผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น (Univariate analysis) (ต่อ)

| ปัจจัย | กลุ่มศึกษา(โรคสมาธิสั้น) N = 131 | กลุ่มควบคุม N = 126 | OR _{crude} | 95% CI OR _{crude} | P-value |
|------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------|----------------------------|---------|
| ด้านการเลี้ยงดู | | | | | |
| การเลี้ยงดูโดยภาพรวม | | | | | |
| - ตามใจ/วินัยเข้มงวด/เพิกเฉย | 69 (52.7%) | 33 (26.2%) | 3.136 | 1.856 – 5.300 | <0.001* |
| - เอาใจใส่ | 62 (47.3%) | 93 (73.8%) | | | |
| ผู้เลี้ยงดูเคยใช้ความรุนแรง | | | | | |
| - ใช่ | 63 (48.1%) | 33 (26.2%) | 2.611 | 1.545 – 4.412 | <0.001* |
| - ไม่ใช่ | 68 (51.9%) | 93 (73.8%) | | | |

* p<0.05

**หมายถึง ที่อยู่อาศัยที่มีห้องแยกน้อยกว่า 1 ห้องต่อ 1 ผู้อาศัย

วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วย Multiple logistic regression analysis

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร ผู้วิจัยได้ตัดปัจจัยเด็กที่บิดาเคยได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชออก เนื่องจากมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยทำให้ค่าสถิติที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อน การศึกษาขึ้นพบเพียง 4 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ได้แก่

1. เพศชาย เพศชายมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 3.235 เท่าของเพศหญิง (Adjusted OR = 3.235, 95% CI: 1.698–6.163, p < 0.001)
2. สถานภาพสมรส เด็กที่บิดามารดาแยกทาง หรือหย่าร้างมีโอกาส

เป็นโรคสมาธิสั้น 2.557 เท่าของเด็กที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน (Adjusted OR = 2.557, 95% CI: 1.360–4.809, p = 0.004)

3. การเริ่มดูโทรทัศน์ก่อนอายุ 5 ปี เด็กที่เริ่มดูโทรทัศน์ก่อนอายุ 5 ปี มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.106 เท่าของเด็กที่เริ่มดูหลังอายุ 5 ปี (Adjusted OR = 2.106, 95% CI: 1.057–4.196, p = 0.034)
4. การเลี้ยงดูแบบไม่เอาใจใส่ เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่เอาใจใส่ มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.129 เท่าของเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ (Adjusted OR = 2.129, 95% CI: 1.146–3.953, p = 0.017) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลวิเคราะห์พหุตัวแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น (Multivariate analysis)

| ปัจจัย | กลุ่มศึกษา(โรคสมาธิสั้น) N=131 | กลุ่มควบคุม N = 126 | OR _{crude} | OR _{Adj} | 95% CI OR _{Adj} | P-value |
|--|--------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|--------------------------|---------|
| เพศ | | | | | | |
| - ชาย | 105 (80.2%) | 77 (61.1%) | 2.570 | 3.235 | 1.698 – 6.163 | <0.001* |
| - หญิง | 26 (19.8%) | 49 (38.9%) | | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| - แยกทาง/หย่าร้าง | 57 (43.5%) | 27 (21.4%) | 2.824 | 2.557 | 1.360 – 4.809 | 0.004* |
| - สมรส | 74 (56.5%) | 99 (78.6%) | | | | |
| บิดาอยู่ไม่ห่างหันหลังเล่นตอนเด็ก | | | | | | |
| - ใช่ | 27 (20.6%) | 7 (5.6%) | 4.413 | 2.105 | 0.765 – 5.789 | 0.150 |
| - ไม่ใช่ | 104 (79.4%) | 119 (94.4%) | | | | |
| บิดาเคยใช้สารเสพติด | | | | | | |
| - ใช่ | 32 (24.4%) | 8 (6.3%) | 4.768 | 2.581 | 0.982 – 6.785 | 0.054 |
| - ไม่ใช่ | 99 (75.6%) | 118 (93.7%) | | | | |
| อายุที่เริ่มดูโทรทัศน์ | | | | | | |
| - ก่อน 5 ปี | 110 (84.0%) | 90 (71.4%) | 2.095 | 2.106 | 1.057 – 4.196 | 0.034* |
| - หลัง 5 ปี | 21 (16.0%) | 36 (28.6%) | | | | |
| การเลี้ยงดูโดยภาพรวม | | | | | | |
| - ตามใจ/วินัยเข้มงวด/เพิกเฉย | 69 (52.7%) | 33 (26.2%) | 3.136 | 2.129 | 1.146 – 3.953 | 0.017* |
| - เอาใจใส่ | 62 (47.3%) | 93 (73.8%) | | | | |
| ผู้เลี้ยงดูเคยใช้ความรุนแรง | | | | | | |
| - ใช่ | 63 (48.1%) | 33 (26.2%) | 2.611 | 1.786 | 0.955 – 3.337 | 0.069 |
| - ไม่ใช่ | 68 (51.9%) | 93 (73.8%) | | | | |

* p<0.05

สรุป

ปัจจัยด้านครอบครัว และการเลี้ยงดูที่เกิดขึ้นก่อนอายุ 5 ปี ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรสของบิดามารดา การเริ่มดูโทรทัศน์ก่อนอายุ 5 ปี และการเลี้ยงดูโดยผลลัพธ์นี้ สนับสนุนแนวคิดที่ว่า การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็ก การเลี้ยงดูแบบอบอุ่น เอาใจใส่ มีบทบาทในการป้องกัน หรือบรรเทาความเสี่ยงของการเกิดโรคสมาธิสั้น ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ ส่งเสริมการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ส่งจอโทรทัศน์ก่อนอายุ 5 ปี เพื่อป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้น รวมทั้งลดความรุนแรงของโรค ร่วมกับการประยุกต์ใช้การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การฝึกอบรมทักษะการเลี้ยงดู การจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง (parent management training) ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอย่างเป็นองค์รวม

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

เพศ จากการศึกษาข้างต้น พบว่า เพศชายมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 3.235 เท่าของเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าทั้งประเทศไทย และต่างประเทศ การศึกษาระดับชาติในประเทศไทยของ Visanuyothin และคณะพบอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3:1 ในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5³ Martin และคณะทำการศึกษาระดับชาติ จากข้อมูลเวชระเบียนประชากรในประเทศเวลส์ สหราชอาณาจักร พบอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 4.8:1 ในผู้ป่วยสมาธิสั้นที่อายุน้อยกว่า 12 ปี และอัตราส่วนลดลงเหลือ 1.9:1 เมื่ออายุมากกว่า 18 ปี โดยพบว่าเพศชายถูกวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นเร็วกว่าเพศหญิงพบอายุเฉลี่ยเพศชายเท่ากับ 10.9 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 12.6 ปี¹² การที่เพศหญิงได้รับการวินิจฉัยช้ากว่าเกิดจาก 1. ปัจจัยด้านเกณฑ์การวินิจฉัยการที่ DSM-V และ ICD-11 พัฒนาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีผู้หญิงเพียง 21% ทำให้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น มีแนวโน้มสอดคล้องกับพฤติกรรมในเพศชายมากกว่า ร่วมกับเพศชายมักพบอาการที่แสดงออกได้ชัดเจน และรบกวนผู้อื่นมากกว่า เช่น ชน ไม่นิ่ง ก้าวร้าว ต่อด่าน จึงได้รับการวินิจฉัยเร็วกว่าในเพศหญิงที่มักแสดงอาการในกลุ่ม inattention เช่น ใจลอย นั่งเหม่อ จึงมักถูกมองข้าม ทำให้ผู้ปกครอง และครูสังเกตอาการได้ยากกว่า นอกจากนี้เพศหญิงมักพบโรคร่วมอื่น ๆ นานาก่อน เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล จึงมักบดบังอาการของโรคสมาธิสั้น ทำให้วินิจฉัยได้ยากและช้ากว่า 2. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ภาพจำว่าเด็กที่เป็นสมาธิสั้น มักเป็นเพศชาย จึงละเลยการสังเกตอาการในเพศหญิง รวมถึงการที่เพศหญิงมีความสามารถในการจัดการกับอาการสมาธิสั้น ได้ดีกว่า เช่น การปกปิดอาการ การใช้ทักษะอื่นๆ เพื่อชดเชย ความยากลำบาก การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ดีกว่าเพศชาย เป็นต้น ส่วนปัจจัยทาง

ชีววิทยา ยังไม่พบหลักฐานแน่ชัดว่ามี ความแตกต่างระหว่างเพศ ในระดับพันธุกรรม หรือเกี่ยวข้องกับฮอโมนเพศ¹³⁻¹⁴

สถานภาพสมรส การศึกษานี้พบว่าเด็กที่บิดามารดาแยกทาง หรือหย่าร้างมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้น 2.557 เท่าของเด็กที่มีบิดามารดาอยู่ด้วยกัน สอดคล้องกับ systematic review and meta-analysis ของ Claussen ที่พบว่า การหย่าร้างของบิดามารดา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงของอาการสมาธิสั้น (OR = 2.93, 95% CI: 1.54-5.55, k = 9) และการหย่าร้างของบิดามารดา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงของการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น (OR = 4.84, 95% CI: 2.22-10.56, k = 4) โดยไม่มีความแปรปรวนระหว่างการศึกษาทั้งสองการศึกษา¹⁵ อย่างไรก็ตาม Kim และคณะได้ทำการศึกษา umbrella review of meta-analyses พบว่าเด็กที่เติบโตในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว มีความเสี่ยงต่อการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.28, 95% CI: 1.08-1.52, p = 0.004) โดยไม่พบความแปรปรวนระหว่างงานวิจัย (I² = 0%) แต่เมื่อพิจารณาภายใต้ขีดจำกัดของความน่าเชื่อถือ (credibility ceiling) ที่ระดับ 10% ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ว่าหลักฐานในปัจจุบันระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับอ่อน (class IV) จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต เพื่อยืนยันความสัมพันธ์นี้

การใช้จอเพื่อความบันเทิง การศึกษานี้พบว่าเด็กที่เริ่มดูโทรทัศน์ก่อนอายุ 5 ปี มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.106 เท่าของเด็กที่เริ่มดูหลังอายุ 5 ปี ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้โทรศัพท์มือถือ/แท็บเล็ต ก่อนอายุ 5 ปี กับการเกิดโรคสมาธิสั้น การศึกษาของ Claussen และคณะ พบว่าเด็กที่สัมผัสสื่อโทรทัศน์หรือวิดีโอเกมมากกว่า มีโอกาสเกิดอาการสมาธิสั้นมากกว่า 1.94 เท่า โดยไม่พบความแปรปรวนระหว่างการศึกษา (OR = 1.94, 95% CI: 1.57-2.30, k = 6)¹⁵ การศึกษาของ Tamana และคณะ (n = 2322) พบเด็กที่ใช้จอมากกว่า 2 ชม.ต่อวัน ที่อายุ 3 และ 5 ปี มีปัญหาด้านสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงขึ้น 5.9 เท่า (95%CI: 1.6-21.5, p = 0.01) และในจำนวนนั้น (n = 24) มีความเสี่ยง 7.7 เท่าที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (95%CI: 1.6-38.1, p = 0.01)¹⁶ Beyens และคณะกล่าวถึงกลไกที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสื่อต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นจาก 2 กลไก ได้แก่ 1. จังหวะการดำเนินเรื่องที่รวดเร็วของสื่อ และ 2. ความรุนแรงของสื่อ โดยจังหวะการดำเนินเรื่องที่รวดเร็ว นั้น จะกระตุ้นให้เด็กเปลี่ยนความสนใจ และตอบสนองใหม่ซ้ำๆ ซึ่งเพิ่มความตื่นตัว แต่เมื่อถูกกระตุ้นซ้ำๆ เด็กจะเริ่มคุ้นชินกับจังหวะที่รวดเร็ว และตื่นตัวลดลง ส่งผลให้ระดับความตื่นตัวตามธรรมชาติ ขณะที่ยังไม่ได้รับสิ่งกระตุ้นภายนอก (baseline arousal levels) ลดต่ำลง นำไปสู่อาการสมาธิสั้น เรียกว่า The fast-pace arousal habituation hypothesis และจังหวะที่รวดเร็ว ยังส่งผลให้เด็กต้องเปลี่ยนความสนใจอยู่ตลอดเวลา ทำให้ยากต่อการ

ทำกิจกรรม ที่ต้องใช้สมาธิอย่างต่อเนื่องยาวนาน เรียกว่า The scan-and-shift hypothesis ในขณะที่สื่อที่ใช้ความรุนแรงซ้ำ ๆ อาจทำให้เด็กคุ้นชินกับความตื่นตัวจากความรุนแรงจนเกิดภาวะ desensitization นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว การควบคุมตนเองต่ำ คล้ายกับอาการที่พบในเด็กสมาธิสั้น¹⁷ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Ferguson หลังมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วนั้น ไม่พบว่าการใช้โทรทัศน์ หรือวิดีโอเกมเป็นปัจจัยทำนายปัญหาด้านสมาธิที่มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในอดีตที่ขัดแย้งกัน อาจเป็นจากความแตกต่างจากการใช้เครื่องมือวัด หรือระเบียบวิธีวิจัยที่ต่างกัน จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

การเลี้ยงดู การศึกษานี้พบว่าการเลี้ยงดูแบบไม่เอาใจใส่ ได้แก่ การเลี้ยงดูแบบตามใจ ระเบียบวินัยเข้มงวดสูง และควบคุมและเพิกเฉยทอดทิ้ง พบมีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้นเป็น 2.129 เท่าของเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่ ผลลัพธ์นี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็ก โดยเฉพาะพฤติกรรมที่แสดงออกในรูปแบบของกลุ่มโรคสมาธิสั้น การเลี้ยงดูแบบอบอุ่น เอาใจใส่ อาจมีบทบาทในการป้องกัน หรือบรรเทาความเสี่ยงของการเกิดโรคสมาธิสั้นในวัยเด็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Claussen และคณะ พบว่าการเลี้ยงดูแบบอบอุ่น และมีการตอบสนองทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความต่อเนื่องของอาการสมาธิสั้น (CC = -0.16, 95% CI: -0.20, -0.12) ในขณะที่การเลี้ยงดูแบบควบคุม แทรกแซง และตอบสนองด้วยอารมณ์ ที่ รุนแรง (intrusive/reactive) พบความสัมพันธ์ทางบวกต่อความต่อเนื่องของอาการสมาธิสั้น (CC = 0.17, 95% CI: 0.08, 0.26)¹⁵ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Cueli และคณะ ซึ่งพบว่าเด็กที่รับรู้ว่าคุณปกครองเลี้ยงดูแบบอบอุ่น และมีการสื่อสาร (warmth/communication) จะพบปัญหาในการควบคุมอารมณ์ ลดลง ในขณะที่ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูแบบวิพากษ์วิจารณ์ และช่างปฏิเสธ (criticism/rejection) สามารถทำนายการเกิดปัญหาด้านสมาธิ และการควบคุมอารมณ์ของเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ นอกจากนี้การศึกษาของ Ellis และ Nigg ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดู และการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดยพบว่า การเลี้ยงดูของมารดา ที่ไม่มีความสม่ำเสมอในระเบียบวินัย (maternal inconsistent discipline) ซึ่งใกล้เคียงกับการเลี้ยงดูแบบตามใจ (permissive parenting) ในการศึกษาครั้งนี้ พบมีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะมีการควบคุมปัจจัยร่วม ได้แก่ โรค oppositional defiant disorder, conduct disorder และอาการสมาธิสั้นในตัวผู้ปกครองแล้วก็ตาม²⁰ มีหลายการศึกษาที่เชื่อว่า ความผูกพันในครอบครัว (family cohesion) และบรรยากาศในครอบครัว (Family climate) เป็นปัจจัยป้องกัน (protective factor) ที่ช่วยลดอาการสมาธิสั้นได้²¹⁻²² โดยสรุปผู้วิจัยเชื่อว่า ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู และอาการสมาธิสั้นนั้นมีความสัมพันธ์กัน

แบบสองทาง และต่อเนื่องกัน กล่าวคือเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่เหมาะสม อาจส่งผลต่ออาการสมาธิสั้นที่ รุนแรงขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น มักมีความยากลำบาก ในการเลี้ยงดูมากกว่าเด็กปกติ จึงเพิ่มความเสี่ยงการมีรูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น²³ อย่างไรก็ตามยังสรุปถึงความเป็นเหตุเป็นผลของความสัมพันธ์เหล่านี้ได้ยาก จำเป็นต้องทำการศึกษาวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยมีระเบียบวิธีวิจัยที่รัดกุม เพื่อวิเคราะห์ความเป็นเหตุและผลตลอดจนค้นหากกลไกเบื้องหลังที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์นี้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่อง 1. จำนวนประชากร บางข้อคำถามมีการเลือกตอบจำนวนน้อย ทำให้ค่าสถิติที่ได้ อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ 2. เครื่องมือวิจัย หรือแบบสอบถามได้รับการพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ แต่ไม่ได้ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้ 3. เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ทำให้มีข้อจำกัดเรื่อง recall bias เพราะเป็นการเก็บข้อมูลที่อาศัยความทรงจำของผู้ปกครอง ย้อนกลับไปเมื่อเด็กยังเล็กอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้นอกจากนี้อาจมี selection bias เนื่องจากเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว เด็กที่ได้รับการวินิจฉัย และรักษา อาจมีอาการรุนแรงกว่าจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรเด็กทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ในเชิงนโยบายการป้องกันโรค ควรมีการให้ความรู้ผู้ปกครองถึงความสำคัญของการเลี้ยงดู และการใช้สื่อต่ออาการเกิดโรคสมาธิสั้น ร่วมกับส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม การงดจอโทรทัศน์ก่อนอายุ 5 ปี ร่วมกับมีการตรวจติดตามเผื่อระวัง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมาธิสั้น รวมทั้งลดความรุนแรงของการดำเนินโรค

2. การรักษาโรคสมาธิสั้นควรประยุกต์ใช้การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่ การฝึกอบรมทักษะการเลี้ยงดู การจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง (parent management training) ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาเพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอย่างเป็นองค์รวม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากปัจจัยก่อโรคทางจิตเวชมีความซับซ้อน และมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกัน และกันระหว่างปัจจัยด้านพันธุกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การศึกษาในอนาคตจึงควรมีระเบียบวิธีวิจัยที่รัดกุม ที่สามารถควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ตัวแปรทางพันธุกรรม เพื่อให้เข้าใจถึงกลไกการเกิดโรคได้รอบด้าน และลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- 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. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถ, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ฉันทวรรณ บุรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556;21(2):66-75.
- Ministry of Public Health, Thailand. Health Data Center (HDC): Standard Report Database [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025 [cited 2025 Oct 9]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/e0678b73197151b3f181edcb0ee76b97>
- French B, Nalbant G, Wright H, Sayal K, Daley D, Groom MJ, et al. The impacts associated with having ADHD: an umbrella review. *Front Psychiatry.* 2024;15:1343314. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1343314>
- Shen F, Zhou H. Advances in the etiology and neuroimaging of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Front Pediatr.* 2024;12:1400468. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1400468>
- Núñez-Jaramillo L, Herrera-Solís A, Herrera-Morales WW. ADHD: Reviewing the Causes and Evaluating Solutions. *J Pers Med.* 2021;11(3). <https://doi.org/10.3390/jpm11030166>
- Kim JH, Kim JY, Lee J, Jeong GH, Lee E, Lee S, et al. Environmental risk factors, protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(11):955-70. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30312-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30312-6)
- Jendrezik LT, Hautmann C, von Wirth E, Dose C, Thöne AK, Treier AK, et al. The importance of familial risk factors in children with ADHD: direct and indirect effects of family adversity, parental psychopathology and parenting practices on externalizing symptoms. *CAPMH.* 2022;16(1):96. <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00529-z>
- Baumrind D. The Discipline Controversy Revisited. *FR.* 1996;45(4):405-14. <https://doi.org/10.2307/585170>
- ตุลยา จิตตะยโสธร. รูปแบบการเลี้ยงดู:แนวคิดของ Diana Baumrind. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย 2552;29(4):173-187.
- Martin J, Langley K, Cooper M, Rouquette OY, John A, Sayal K, et al. Sex differences in attention-deficit hyperactivity disorder diagnosis and clinical care: a national study of population healthcare records in Wales. *JCPP.* 2024;65(12):1648-58. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13987>
- Martin J. Why are females less likely to be diagnosed with ADHD in childhood than males? *Lancet Psychiatry.* 2024;11(4):303-10. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00010-5)
- Siddiqui U, Conover MM, Voss EA, Kern DM, Litvak M, Antunes J. Sex Differences in Diagnosis and Treatment Timing of Comorbid Depression/Anxiety and Disease Subtypes in Patients With ADHD: A Database Study. *J Atten Disord.* 2024;28(10):1347-56. <https://doi.org/10.1177/10870547241251738>
- Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, et al. All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prev Sci.* 2024;25(2):249-71. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01358-4>
- Tamana SK, Ezeugwu V, Chikuma J, Lefebvre DL, Azad MB, Moraes TJ, et al. Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: Results from the CHILD birth cohort study. *PLoS One.* 2019;14(4):e0213995. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213995>
- Beyens I, Valkenburg PM, Piotrowski JT. Screen media use and ADHD-related behaviors: Four decades of research. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018;115(40):9875-81. <https://doi.org/10.1073/pnas.1611611114>
- Ferguson CJ. The influence of television and video game use on attention and school problems: a multivariate analysis with other risk factors controlled. *J Psychiatr Res.* 2011;45(6):808-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.010>
- Cueli M, Martin N, Cañamero LM, Rodríguez C, González-Castro P. The Impact of Children's and Parents' Perceptions of Parenting Styles on Attention, Hyperactivity, Anxiety, and Emotional Regulation. *Children (Basel).* 2024;11(3):313. <https://doi.org/10.3390/children11030313>
- Ellis B, Nigg J. Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(2):146-54. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819176d0>
- Duh-Leong C, Fuller A, Brown NM. Associations Between Family and Community Protective Factors and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Outcomes Among US Children. *J Dev Behav Pediatr.* 2020;41(1):1-8. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000720>
- Wüstner A, Otto C, Schlack R, Hölling H, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Risk and protective factors for the development of ADHD symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *PLoS One.* 2019;14(3):e0214412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214412>
- Allmann AES, Klein DN, Kopala-Sibley DC. Bidirectional and transactional relationships between parenting styles and child symptoms of ADHD, ODD, depression, and anxiety over 6 years. *Dev Psychopathol.* 2022;34(4):1400-11. <https://doi.org/10.1017/S0954579421000201>