

ผลด้านพฤติกรรม และผลการเรียนของการรักษาเด็กสมาธิสั้น ในโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

พัสดาภรณ์ จิตน่วม พ.บ.

โรงพยาบาลบางจาก ตำบลบางจาก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ 10130

Abstract : Behavioral and Learning Outcomes after Treatment of Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder at Bangchak Hospital, Samut Prakarn Province

Patsadaporn Jitnuam, M.D.

Bangchak Hospital, Bangchak, Amphoe Phra Pradaeng ,Samut Prakarn Province 10130
(Email; porta20@hotmail.com)

(Received: August 11, 2021; Revised: October 25, 2021; Accepted: February 21, 2022)

Background: Previously, children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at Bangchak Hospital would have to be transferred to a child psychiatrist to be diagnosed and treated. Because of the long appointment waiting times, Bangchak Hospital increased the opportunity by ensuring a pediatrician was available locally to diagnose and treat them. **Objective:** To study impulsive behavior and learning achievements of children with ADHD after the treatment following Bangchak Hospital ADHD guidelines. **Method:** This was a retrospective study using descriptive statistics. SNAP-IV questionnaire was applied to study the behavior and parent questionnaire or exam scores was used to study the learning achievements after the treatment of 103 children, aged 6-12, with ADHD who visited Bangchak Hospital from 1 January 2019 to 31 December 2020. They were diagnosed by the pediatrician and treated with methylphenidate (Ritalin) and received the behavioral therapy. **Result:** After the treatment, their learning achievement increased with a statistical significance ($p < 0.001$) or 48.5% obtained a better grade. Regarding their behavior evaluation by their parents and teachers, ADHD symptoms decreased with a statistical significance. According to the paired t-test ($p < 0.001$) evaluated by the parents, trouble paying attention behavior decreased to 6.9 on average (95%CI 6.1, 7.7), impulsiveness decreased 6.3 (95%CI 5.3, 7.3), stubbornness and resistance decreased to 3.9 (95%CI 3.0, 4.8). The result evaluated by the teachers was: trouble paying attention behavior decreased to 6.8 on average (95%CI 6.0, 7.7), impulsiveness decreased to 6.6 (95%CI 5.7, 7.5), stubbornness and resistance decreased to 4.2 (95%CI 3.4, 5) **Conclusion:** The treatment of children with ADHD by pediatrician in Bangchak Hospital using medicines and behavioral treatment can improve learning achievements and behaviors with statistical significance

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, school-age children, behavioral therapy, learning disturbances

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลบางจากเดิมต้องส่งต่อไปให้จิตแพทย์เด็ก วินิจฉัยและรักษา มีระยะรอคอยนัดเป็นเวลานาน โรงพยาบาลบางจาก จึงเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยให้กุมารแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและรักษาเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลชุมชน **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลด้านพฤติกรรมชนไม่นั่ง และผลการเรียนของเด็ก

สมาธิสั้นหลังได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลบางจาก **วิธีการ:** เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ศึกษาผลด้านพฤติกรรมโดยใช้แบบประเมิน SNAP-IV และด้านผลการเรียน ประเมินจากแบบสอบถามผู้ปกครองหรือใช้ผลคะแนนสอบ ก่อนและหลังรับการรักษาโรคสมาธิสั้น ในเด็กอายุ

6 - 12 ปี ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางจาก ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน มกราคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ทั้งหมด 103 คน ได้รับการวินิจฉัยโดยกุมารแพทย์ให้การรักษาทางยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัด ผล: หลังการรักษาผลการเรียนดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีเกรดดีขึ้นร้อยละ 48.5 ด้านพฤติกรรมที่ประเมินโดยผู้ปกครองและคุณครู อาการของโรคสมาธิสั้น ลดลงทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ปกครองประเมินคะแนนด้านขาดสมาธิ ลดลงเฉลี่ย 6.9 คะแนน (95%CI 6.1, 7.7) ด้านซนไม่นิ่ง ลดลงเฉลี่ย 6.3 คะแนน (95%CI 5.3, 7.3) และด้านดื้อต่อต้าน ลดลงเฉลี่ย 3.9 คะแนน (95%CI 3.0, 4.8) ประเมินโดยคุณครู ด้านการขาดสมาธิ ลดลงเฉลี่ย 6.8 คะแนน (95%CI 6.0, 7.7) ด้านซนไม่นิ่ง ลดลงเฉลี่ย 6.6 คะแนน (95%CI 5.7, 7.5) และผลด้านดื้อต่อต้าน ลดลงเฉลี่ย 4.2 คะแนน (95%CI 3.4, 5) สรุป: การรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยกุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลบางจากให้การรักษาด้วยยาและการปรับพฤติกรรม ทำให้ผลการเรียนและพฤติกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น, เด็กวัยเรียน, ปรับพฤติกรรม, บทพร่องด้านการเรียน

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder; ADHD) คือกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติทางสมองส่วนหน้า ปัจจุบันเชื่อว่าโรคสมาธิสั้นเป็นโรคพัฒนาการทางสมองบกพร่อง ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง พันธุกรรมกับสิ่งแวดล้อม¹ (gene - environment interaction) เด็กสมาธิสั้นจะมีการแสดงหลัก ๆ 2 ด้าน ได้แก่ มีอาการขาดสมาธิ (inattention) ซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) หรือหุนหันพลันแล่น (impulsive) โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV, DSM-5² อาการเหล่านี้จะแสดงออกชัดเจนขึ้นเมื่ออยู่ชั้นประถมศึกษา หากผู้ปกครองหรือครูผู้ดูแลไม่เข้าใจ ไม่พาเด็กมารับการรักษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้เด็กมีผลการเรียนที่ไม่ดี เรียนไม่จบ และเกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เช่น การติดเพื่อน การใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมเกเร ก่ออาชญากรรม ท้องไม่พร้อม เป็นต้น

ประเทศไทยพบมีความชุกเด็กสมาธิสั้น³ ร้อยละ 8.1 เฉลี่ย 3-4 คนต่อห้องเรียนที่มีนักเรียน 40-50 คน จะพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง อัตราการเข้าถึงระบบบริการประเทศไทยปี 2559 เฉลี่ยร้อยละ 3.97 (ข้อมูลจาก data center กรมสุขภาพจิต และ HDC) สถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโรงพยาบาลบางจาก ในปี 2557 จำนวน 104 คน ต้องส่งต่อรพ.ยูวประสาท-ไวทยโปลัมภ์ ซึ่งมีระยะรอคอยในการพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 60 ถึง 180 วัน และผู้ปกครองต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป รพ.ยูวประสาทฯ หลายครั้งจึงจะได้รับการวินิจฉัยและ

รักษา ทำให้เด็กได้รับการรักษาล่าช้า หากเด็กได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคสมาธิสั้นตั้งแต่อายุน้อยจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของเด็กและบุคคลในครอบครัว และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมาเมื่อโตขึ้น นอกจากนี้พบว่า การเข้าถึงบริการยังน้อยอยู่ เกิดจากคุณครู ผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับโรค จิตแพทย์เด็กมีน้อย ระยะรอคอยนาน ดังนั้นการเข้าถึงบริการใน รพ.ชุมชน โดยกุมารแพทย์จะช่วยให้เด็กสามารถได้รับการรักษาได้รวดเร็วมากขึ้น โรงพยาบาลบางจากจึงร่วมมือกับรพ.ยูวประสาทไวทยโปลัมภ์ ในการให้ความรู้กับคุณครู และร่วมกับพยาบาลจิตเวชไปออกเชิงรุก ค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้พ่อแม่และคุณครู เพื่อให้สามารถสังเกตความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ควบคู่กับการประเมินด้วยแบบคัดกรอง SNAP-IV และส่งต่อให้มาพบแพทย์ เพื่อให้การวินิจฉัยรักษา ปี 2558 โรงพยาบาลบางจากจึงได้จัดตั้งคลินิกจิตเวชเด็ก ที่ตรวจรักษาโดยกุมารแพทย์ โดยมีจิตแพทย์เด็กและพยาบาลจากรพ.ยูวประสาทฯ เป็นพี่เลี้ยง โดยมีพยาบาลจิตเวช ให้ความรู้แก่คุณครูและผู้ปกครองของเด็ก ทั้งเรื่องการกินยา การปรับพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นการเพิ่ม empowerment ให้เด็กและผู้ปกครอง แนวทางการรักษาเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลบางจาก ใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีหลักฐานการวิจัยรับรองถึงประสิทธิผลมากที่สุดต้องอาศัยการช่วยเหลือหลายวิธีร่วมกัน ระหว่างการปรับพฤติกรรม (behavioral management)⁴⁻⁵ และการรักษาด้วยยา⁶ กุมารแพทย์จะซักประวัติ ร่วมกับดูผลจากแบบประเมิน SNAP-IV ถ้ากุมารแพทย์วินิจฉัยโรคสมาธิสั้น แพทย์จะอธิบายผู้ปกครองเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น สอนทักษะการปรับพฤติกรรมเบื้องต้น, การให้ความรู้เรื่องโรคร่วมและการดูแล, สอนทักษะการสร้างระเบียบวินัย, การจัดการผลกระทบทางจิตใจของพ่อแม่ และให้พยาบาลจิตเวชเด็กประเมินสภาวะสุขภาพจิต ให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น ด้านพฤติกรรมและการเรียนก่อนให้การรักษา กุมารแพทย์แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามพฤติกรรม ได้แก่ inattentive type, hyperactive-impulsive type, combined type เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมรายบุคคล ตามปัญหาที่คะแนนพฤติกรรมไม่เหมาะสมมากที่สุด พยาบาลจิตเวชเด็กจะให้การรักษาด้วยการทำพฤติกรรมบำบัดโดยการฝึกอบรมผู้ปกครองครั้งละ 30-60 นาที ทุก 2 เดือน จำนวน 3 ครั้ง ให้ผู้ปกครองเพิ่มทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก เทคนิคช่วยให้เด็กทำตามคำสั่งด้วยวิธีการที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนปัจจัยต่างๆเพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รพ.บางจากให้การรักษาด้วยยาชนิดออกฤทธิ์สั้น intermediate release methylphenidate (Ritalin) มีเพียงชนิดเดียว เนื่องจากเป็นยาหลักที่ใช้กันมาเป็นเวลานานได้ผลดี อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ใช้ได้ในสิทธิบัตรทองและมีข้อมูล

การศึกษาชิ้นอื่นว่ามีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่ายารักษาสมาธิสั้นช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดในอนาคต⁷ โดยยายังสามารถช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการเรียนได้เล็กน้อย⁸ โดยเริ่มจากขนาดยา 0.5-1 mg/kg/dose แต่จะเริ่มจาก ½ เม็ด ไม่เกิน 1 เม็ดให้รับประทาน มื้อเช้า และเที่ยง และแพทย์นัดมาประเมินซ้ำครั้งแรก 1 เดือน และต่อไปทุก 2 เดือนเพื่อปรับยาและปรับพฤติกรรมซ้ำ โดยให้คุณครูและผู้ปกครองตอบแบบประเมิน SNAP-IV และประเมินผลการรักษาด้านการเรียนจากผลสอบทุกเทอม เนื่องจากที่รพ.บางจากไม่มีนักจิตวิทยาคลินิก จึงไม่ได้ส่งวัด IQ test ทุกราย หากพบเด็กมีความยุ่งยากซับซ้อนหรือมีปัญหาจะโทรปรึกษานักจิตแพทย์เด็ก หรือส่งต่อไปรพ.ยูว.ประสาธา เพื่อวัด IQ test หรือรักษาอาการรุนแรง

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลด้านพฤติกรรม และผลการเรียนของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลบางจากซึ่งให้การรักษาโดยกุมารแพทย์

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อเปรียบเทียบผลด้านพฤติกรรมชน ไม่ถึงและผลการเรียนก่อนและหลังการรักษาตามแนวทางของโรงพยาบาลบางจาก โดยการศึกษาที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดสมุทรปราการ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ COA No. 005/2564

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น อายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากกุมารแพทย์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางจาก ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งมีทั้งหมด 121 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดในช่วงเวลาจำเพาะ หลังจากตัดกลุ่มผู้ป่วย (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ขาดนัด, ผู้ป่วยมีโรคทางพัฒนาการ หรือมีโรคจิตเวชอื่นร่วม เช่น autistic, tics disorder, learning disability, intellectual disability และเนื่องจากรพ.บางจากไม่มีนักจิตวิทยา จึงไม่ได้ส่งวัด IQ ทุกราย แต่จะให้พยาบาลจิตเวชเด็กประเมินข่าวเล็กน้อย แต่แพทย์จะส่งต่อร.พ.ยูว.ประสาธาฯ เพื่อวัด IQ เฉพาะเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าไม่สมวัย ผลการเรียนไม่ดี หรือ อ่านเขียนไม่คล่อง เป็นต้น จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 103 คน

เครื่องมือวิจัย

1. แนวทางการรักษาโรคสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลบางจาก ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาและปรับพฤติกรรม ซึ่ง รพ.บางจาก

มียาที่ใช้รักษาชนิดเดียว คือยา methylphenidate ให้ในเด็กอายุมากกว่า 6 ปี เริ่มจากครึ่งละ ½ เม็ด เข้าเที่ยง ให้รับประทานยาทุกวัน ไม่ต้องหยุดวันเสาร์อาทิตย์ ครั้งแรกจะปรับพฤติกรรมร่วมด้วย และนัดมาตรวจซ้ำ 1 เดือน เพื่อประเมินอาการและผลข้างเคียง หากไม่ดีขึ้นจะปรับยาเพิ่มครึ่งละ ½ เม็ด ไม่ให้เกินขนาด 1mg/kg/day ปรับให้ขนาดที่คุมพฤติกรรมได้มีผลข้างเคียงน้อยที่สุด กรณีที่เด็กมีอาการมากจนไม่สามารถทำการบ้านเสร็จ หรือต้องเรียนพิเศษช่วงเย็นจะร่วมปรึกษากับผู้ปกครองในการพิจารณาปรับเพิ่มมื้อ 4 โมงเย็น แต่อาจมีผลข้างเคียงเรื่องนอนหลับยาก หรือรับประทานอาหารได้น้อย การรักษาโดยการปรับพฤติกรรมโดยการฝึกทักษะผู้ปกครอง (parent management training; PMT) ซึ่งพยาบาลจิตเวชเด็กจะสอนการฝึกทักษะผู้ปกครอง โดยทำเป็นแบบรายบุคคล ครั้งละ 30-60 นาทีทุก 2 เดือน จำนวน 3 ครั้ง โดยเน้นเนื้อหาการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก 1) เพิ่มทักษะการจัดการปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก 2) ส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีโดยผู้ปกครองเพิ่มการเสริมแรงเชิงบวกมากขึ้น 3) การสอนให้เด็กทำตามสิ่งด้วยวิธีที่เหมาะสม เช่น การกำหนดกติกา การแบ่งขั้นตอนการทำ 4) วิธีการกำหนดบทลงโทษที่เหมาะสมกับเด็ก เช่น time out, การเพิกเฉย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผลการเรียนจากการสอบถามผู้ปกครอง หรือผลคะแนนสอบแต่ละเทอมที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน และแบบประเมินพฤติกรรม อาการสมาธิสั้น (SNAP - IV) ฉบับภาษาไทยของณัฏฐและคณะ (2557) เพื่อวัดอาการขาดสมาธิ และชอนอยู่ไม่นั่ง และดื้อต่อต้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เลย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ค่อนข้างมาก (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) โดยการประเมินพฤติกรรมจะให้ผู้ปกครองและครูตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการรักษาด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลพื้นฐานทางอิเล็กทรอนิกส์จากระบบ HosXp, EMR scan ของ รพ.บางจาก ซึ่งก่อนให้การรักษายจะให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและเด็ก ข้อมูลด้านผลการเรียน และคะแนนแบบประเมิน SNAP - IV หลังการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน จะให้ผู้ปกครองนำผลการเรียนและผลประเมิน SNAP-IV แบบสอบถามจะถูก scan เข้าระบบ EMR แต่พบว่ามีปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วนบางส่วน เช่น ด้านรายได้ของครอบครัว จะตัดออกจากรายงานวิจัยถ้าผู้ป่วยขาดนัด หรือมีข้อมูลไม่ครบด้านผลการรักษา เช่น ผลการเรียน หรือผลด้านประเมินพฤติกรรม เนื่องจากไม่สามารถนำมาสรุปผลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา

เปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน ผลการเรียนรู้ได้จากสอบถามผู้ปกครอง หรือผลคะแนนสอบแต่ละเทอมที่บ้านทีถี่ไว้ในเวชระเบียน และข้อมูลด้านพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบผลจากแบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทยประเมินจากคะแนนรวมแต่ละด้าน ถ้ามีคะแนนรวมในด้านต่าง ๆ เกินจุดตัดแสดงว่ายังมีอาการโรคสมาธิสั้นอยู่ ได้แก่ คำถามข้อ 1-9 เป็นการประเมินอาการขาดสมาธิ (inattention) คือ ผู้ปกครองประเมินแล้วพบว่า > 16 คะแนน คุณครูประเมินแล้วคะแนนรวม > 23 คะแนน ข้อ 10 – 18 เป็นการประเมินอาการซน อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity impulsivity) คือ ผู้ปกครองประเมิน > 14 คะแนน คุณครูประเมิน > 16 คะแนน ข้อ 19 – 26 เป็นการประเมินอาการดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) ผู้ปกครองประเมิน > 12 คะแนน คุณครูประเมิน > 11 คะแนน สถิติที่ใช้ศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังรักษาโดยใช้สถิติ McNemar test สถิติที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมใช้วิธีคำนวณสูตร paired t-test โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยคำนวณ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ confidence interval (CI) เท่ากับร้อยละ 95 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารักษาที่โรงพยาบาลบางจาก ช่วงระหว่างวันที่ 1 เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยในกลุ่มการวิจัยจำนวน 103 คน พบว่าเป็นเด็กชาย จำนวน 87 ราย (ร้อยละ 84.5) เด็กหญิง 16 ราย

(ร้อยละ 15.5) ส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุ 8 - 9 ปี จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 42.7) ศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 - 4 จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 38.8) อาการที่เป็นปัญหาทางพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นที่ทำให้มาโรงพยาบาล ได้แก่ อาการขาดสมาธิร้อยละ 25.5 อาการซนไม่นิ่งร้อยละ 22.3 อาการไม่มีระเบียบวินัยร้อยละ 6.8 วุฒิภาพหุนหันพลันแล่นร้อยละ 3.9 พบมีปัญหา 2 ใน 4 ข้อร้อยละ 15.5 ปัญหา 3 ใน 4 ข้อร้อยละ 14.6 และพบปัญหาทุกด้านร้อยละ 11.7 (มีหลายอาการร่วมกันตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปรวมร้อยละ 58.5)

ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองที่ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 83 ราย (ร้อยละ 80.6) เป็นผู้ชาย 20 ราย (ร้อยละ 19.4) กลุ่มอายุของผู้ปกครองได้แก่ กลุ่มอายุ 31 - 40 ปี จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 33) และกลุ่มอายุ 41 - 50 ปี กับกลุ่มอายุ 51 - 60 ปี อย่างละ 20 ราย (ร้อยละ 19.4) ความสัมพันธ์เป็นมารดาจำนวน 53 ราย (ร้อยละ 51.5) เป็นปู่ย่าตายายจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 25.2) สถานภาพ เป็นคู่จำนวน 69 ราย (ร้อยละ 67) หม้ายหรือหย่าร้างจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 26.2) การศึกษาสูงสุดของกลุ่มผู้ปกครองอยู่ที่ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 40.8 รองลงมาอยู่ที่ระดับมัธยมปลาย หรือปวช จำนวนร้อยละ 27.2 มีระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 3.9) เป็นกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 68.9 ไม่พบว่ากลุ่มผู้ปกครองมีโรคประจำตัวทางจิตเวช ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 46.6 รายได้ต่อครอบครัวเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มน้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 49.5 รองลงมาได้แก่ รายได้ระหว่าง 15,000 - 20,000 บาทร้อยละ 21.4 รายได้เพียงพอใช้จ่ายร้อยละ 50.5 ไม่เพียงพอร้อยละ 46.6

ด้านผลการรักษาด้านการเรียนและด้านพฤติกรรม

ตารางที่ 1 ผลการเรียนรู้ ก่อนและหลังการรักษา

ผลการเรียน	ก่อนการรักษา คน (ร้อยละ)	หลังการรักษา คน (ร้อยละ)	p - value
เกรด 0 - 1 (ไม่ดี)	24 (23.3)	7 (6.8)	< 0.001
เกรด 1 - 2 (ปานกลาง)	59 (57.3)	45 (43.7)	
เกรด 2 - 3 (ดี)	18 (17.5)	41 (39.8)	
เกรด 3 - 4 (ดีมาก)	2 (1.9)	10 (9.7)	

McNemar test

จากตารางที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่ผลการเรียนผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเกรด 1-2 (ระดับปานกลาง) จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 57.3) รองลงมา เป็นกลุ่มเกรด 0-1 (ระดับไม่ดี) จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 23.3) หลังการรักษา ผลการเรียนในกลุ่มเกรด 1-2 (ระดับปานกลาง) จำนวน

45 รายร้อยละ 43.7 รองลงมาเป็นกลุ่มเกรด 2-3 (ระดับดี) จำนวน 41 รายร้อยละ 39.8 การวิเคราะห์ผลการเรียนก่อนและหลังการรักษา พบว่าหลังการรักษาผลการเรียน เกรดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ด้วยสถิติ McNemar test

ตารางที่ 2 การแจกแจงผลการเรียน ก่อนและหลังการรักษา

เกรด 0-1 (ไม่ดี)	ผลการเรียนหลังการรักษา (ราย)					
	เกรด 1-2 (ปานกลาง)	เกรด 2-3 (ดี)	เกรด 3-4 (ดีมาก)			
เกรด 0 - 1 (ไม่ดี)	7	14	3	0	ดีขึ้น = 17	
ผลการเรียน ก่อนการรักษา	เกรด 1 - 2 (ปานกลาง)	0	31	25	3	ดีขึ้น = 28
	เกรด 2 - 3 (ดี)	0	0	13	5	ดีขึ้น = 5
	เกรด 3 - 4 (ดีมาก)	0	0	0	2	

จากตารางที่ 2 การแจกแจงผลการเรียน ก่อนและหลังการรักษา พบว่าผลการเรียนหลังการรักษาดีขึ้นจากก่อนการรักษาโดยเพิ่มขึ้นจากเกรด 0-1 (ไม่ดี) เป็นเกรด 1-2 (ปานกลาง) 14 ราย และเกรด 3-4 (ดี) 3 ราย รวม 17 ราย จากเกรด 1-2 (ปานกลาง) เป็นเกรด 2-3 (ดี) 25 ราย และเกรด 3-4 (ดีมาก) 3 ราย รวม 28 ราย

จากเกรด 2-3 (ดี) เป็นเกรด 3-4 (ดีมาก) 5 ราย รวมเด็กเรียนดีขึ้น $17 + 28 + 5 = 50$ ราย

สรุปผลการเรียนโดยภาพรวม พบว่าเด็กมีการเรียนดีขึ้น 50 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 48.5 และผลการเรียนเท่าเดิม 53 ราย หรือร้อยละ 51.5

ตารางที่ 3 ความสุขของอาการด้านพฤติกรรมเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา 6 เดือน

คะแนนด้านพฤติกรรม	ก่อนการรักษา คน (ร้อยละ)	หลังการรักษา คน (ร้อยละ)	p - value
ขาดสมาธิ ผู้ปกครองประเมิน			
> 16 คะแนน	83 (80.6)	19 (18.4)	< 0.001
< 16 คะแนน	20 (19.4)	84 (81.6)	
ชนไม่นั่ง ผู้ปกครองประเมิน			
> 14 คะแนน	79 (76.7)	24 (23.3)	< 0.001
< 14 คะแนน	24 (23.3)	79 (76.7)	
ดื้อต่อต้าน ผู้ปกครองประเมิน			
> 12 คะแนน	45 (43.7)	19 (18.4)	< 0.001
< 12 คะแนน	58 (56.3)	84 (81.6)	
ขาดสมาธิ คุณครูประเมิน			
> 23 คะแนน	25 (24.3)	3 (2.9)	< 0.001
< 23 คะแนน	78 (75.7)	100 (97.1)	

ตารางที่ 3 ความชุกของอาการด้านพฤติกรรมเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา 6 เดือน (ต่อ)

คะแนนด้านพฤติกรรม	ก่อนการรักษา คน (ร้อยละ)	หลังการรักษา คน (ร้อยละ)	p - value
ชนไม่นั่ง คุณครูประเมิน			
> 16 คะแนน	72 (69.9)	15 (14.6)	< 0.001
< 16 คะแนน	31 (30.1)	88 (85.4)	
ติดต่อด้าน คุณครูประเมิน			
> 11 คะแนน	33 (32)	8 (7.8)	< 0.001
< 11 คะแนน	70 (68)	95 (92.2)	

N (%) by McNemar test (cut scores Parent 16-14-12, Teacher 23-16-11)

จากตารางที่ 3 ผู้ปกครองประเมินอาการสมาธิสั้นก่อนการรักษาพบจำนวนผู้ป่วยมีอาการขาดสมาธิ 83 คน (ร้อยละ 80.6) หลังการรักษา 6 เดือน พบมีอาการขาดสมาธิลดลงเหลือ 19 คน (ร้อยละ 18.4) อาการที่พบรองลงมา ได้แก่ อาการชนไม่นั่งจำนวน 79 คน (ร้อยละ 76.7) หลังรักษามีอาการชนไม่นั่งเหลือ 24 คน (ร้อยละ 23.3) ติดต่อด้าน 45 คน (ร้อยละ 43.7) หลังการรักษาเหลือ 19 คน (ร้อยละ 18.4) และการประเมินโดยคุณครูก่อนการรักษา พบเด็กมีอาการชนไม่นั่งมากที่สุด 72 คน (ร้อยละ 69.9) หลัง

รักษาเหลืออาการชนไม่นั่ง 15 คน (ร้อยละ 14.6) อาการที่พบรองลงมา พบมีอาการติดต่อด้าน 33 คน (ร้อยละ 32) หลังการรักษาเหลือ 8 คน (ร้อยละ 7.8) พบมีผู้ป่วยที่มีอาการขาดสมาธิจำนวน 25 คน (ร้อยละ 24.3) หลังรักษาลดลงเหลือ 3 คน (ร้อยละ 2.9) สรุปว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการขาดสมาธิ ชนไม่นั่ง ติดต่อด้าน ที่ประเมินโดยผู้ปกครองและคุณครูประเมินหลังการรักษา 6 เดือน พบว่า ระดับอาการทั้ง 3 ด้านมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยสถิติ McNemar test ($p < 0.001$)

ตารางที่ 4 ผลคะแนนด้านพฤติกรรมขาดสมาธิ ความชน และความติดต่อด้าน ก่อนและหลังการรักษา

	ก่อนการรักษา	หลังการรักษา	การเปลี่ยนแปลงลดลง	p - value
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	Mean change (95%CI)	
ขาดสมาธิ ผู้ปกครองประเมิน	18.5 \pm 3.9	11.7 \pm 4.3	6.9 (6.1, 7.7)	< 0.001
ชนไม่นั่ง ผู้ปกครองประเมิน	16.5 \pm 4.4	10.2 \pm 5.2	6.3 (5.3, 7.3)	< 0.001
ติดต่อด้าน ผู้ปกครองประเมิน	11.3 \pm 4.7	7.4 \pm 4.8	3.9 (3.0, 4.8)	< 0.001
ขาดสมาธิ คุณครูประเมิน	20.2 \pm 3.6	13.3 \pm 4.5	6.8 (6.0, 7.7)	< 0.001
ชนไม่นั่ง คุณครูประเมิน	17.4 \pm 4.6	10.7 \pm 4.3	6.6 (5.7, 7.5)	< 0.001
ติดต่อด้าน คุณครูประเมิน	9.5 \pm 4.4	5.3 \pm 3.7	4.2 (3.4, 5)	< 0.001

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมก่อนและหลังการรักษา ที่ประเมินโดยผู้ปกครองประเมินด้านการขาดสมาธิ ชนไม่นั่ง ติดต่อด้าน พบว่ามีค่าการเปลี่ยนแปลงทุกด้าน โดยระดับคะแนนด้านการขาดสมาธิประเมินโดยผู้ปกครองลดลงเฉลี่ย 6.9 คะแนน (95%CI 6.1, 7.7) ด้านชนไม่นั่งลดลงเฉลี่ย 6.3 คะแนน

(95%CI 5.3, 7.3) และด้านติดต่อด้านลดลงเฉลี่ย 3.9 คะแนน (95%CI 3.0, 4.8) ผลการรักษาด้านพฤติกรรมของการรักษาโรคสมาธิสั้นที่ประเมินโดยผู้ปกครอง อาการขาดสมาธิสั้น ชนไม่นั่งและติดต่อด้านลดลงทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยสถิติ paired t-test ($p < 0.001$)

ผลด้านการศึกษาด้านพฤติกรรมที่ประเมินโดยคุณครู ด้านการขาดสมาธิลดลงเฉลี่ย 6.8 คะแนน (95% CI 6.0, 7.7) ด้านชนไม่นั่งลดลงเฉลี่ย 6.6 คะแนน (95% CI 5.7, 7.5) และผลด้านดีต่อด้านลดลงเฉลี่ย 4.2 คะแนน (95% CI 3.4, 5) ผลการรักษาด้านพฤติกรรมของการรักษาสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลบางจากที่ประเมินโดยคุณครู อาการขาดสมาธิ ชนไม่นั่งและดีต่อด้าน ลดลงทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยสถิติ paired t - test ($p < 0.001$)

วิจารณ์

จากการศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น อายุ 6-12 ปี ที่โรงพยาบาลบางจาก ซึ่งเป็น ร.พ.ชุมชนที่ไม่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ให้การวินิจฉัยและรักษาโดยกุมารแพทย์ ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเด็กชาย ร้อยละ 84.5 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8-9 ปี (ร้อยละ 42.7) เรียนชั้น ป.3-4 ร้อยละ 38.8 ผู้ปกครองที่ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 51.5 ผู้ปกครองจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 40.8 ความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 46.6 สถานภาพผู้ปกครองเป็นแบบคู่ ร้อยละ 67 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่าเด็กชายเสี่ยงเป็น 3.7 เท่าของเด็กหญิง บิดาที่จบการศึกษาชั้นมัธยมหรือต่ำกว่าเสี่ยงเป็น 1.6 เท่า ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอเสี่ยงเป็น 1.4 เท่าของการเป็นโรคสมาธิสั้น หากคุณครูและผู้ปกครองสามารถค้นหาเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบบริการได้เร็วขึ้นจะช่วยให้พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (ภาวะชอนอยู่ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ) ในชั้นเรียนลดลง พบว่าในกลุ่มผู้ปกครองที่ขาดนัดติดต่อออกจากงานวิจัย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ ประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน เนื่องจากจังหวัดสมุทรปราการ ส่วนใหญ่เป็นประชากรแฝง คือย้ายครอบครัวมาจากต่างจังหวัด ในกรณีตงงานบางส่วนต้องย้ายครอบครัวหรือย้ายเด็กกลับไปต่างจังหวัด ทำให้ขาดนัด แต่ที่ไม่ขาดนัดเนื่องจากให้การรักษาแล้วได้ผลดี พฤติกรรมชนไม่นั่งลดลงจึงมารับยาต่อเนื่อง อาการที่เป็นปัญหาทางพฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นที่ทำให้มาโรงพยาบาลเป็นชนิดอาการผสมร่วมกันมากที่สุด (combined type) คือมีหลายอาการร่วมกันตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปรวมร้อยละ 58.5 แต่จากตารางที่ 3 พบว่าความชุกของพฤติกรรมจาก SNAP-IV ที่ประเมินโดยผู้ปกครอง พบขาดสมาธิมากที่สุดร้อยละ 80.6 แต่หากประเมินโดยคุณครู พบว่าอาการส่วนใหญ่ คือปัญหาด้าน ชนไม่นั่งมากที่สุดร้อยละ 69.9 จากการศึกษาของ ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษา; ความชุกของประเทศไทย³ เมื่อปี 2555 พบว่ามากที่สุดเป็นประเภทหลายลักษณะร่วมกัน combined type ร้อยละ 3.8 (95% CI 3.2, 4.2) สอดคล้องกับงานวิจัยนี้

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาทั่วโลก¹⁰ ตั้งแต่ปี 2006-2017 ส่วนใหญ่เป็นประเภทขาดสมาธิ (Inattentive type) มากที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราความชุก¹⁰ ได้แก่ 1) ผลกระทบของอาการที่มีต่อชีวิตประจำวัน 2) แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการประเมิน พบว่าข้อมูลจากคุณครูอาจจะไม่เหมือนกับผู้ปกครองหรือพ่อกับแม่ หรือปู่ย่าตายายอาจไม่ตรงกันเพราะมีปัจจัยเรื่องการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครองด้วย ทำให้ได้ข้อมูลพฤติกรรมแตกต่างกัน 3) กลุ่มประชากรที่ใช้ศึกษา เพศชายมีอัตราความชุกมากกว่าเพศหญิง คือ 3 ต่อ 1 4) สภาพสังคม พบว่าอัตราความชุกจะสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจน และเด็กในเขตเมืองมีอัตราความชุกสูงกว่าเขตชนบท¹⁰

ร.พ.บางจากให้การรักษาด้วยยาชนิดออกฤทธิ์สั้น intermediate release methylphenidate (Ritalin) จากการศึกษา meta-analysis ของ Anne Fleur Kortekaas-Rijlaarsdam และคณะพบว่ายา methylphenidate ช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ด้านคณิตศาสตร์ร้อยละ 7.8 ($p < 0.001$) และความแม่นยำด้านคณิตศาสตร์ร้อยละ 3 ($p = 0.001$) และด้านการอ่านดีขึ้น ($p < 0.001$) ดังนั้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการเรียนจากการใช้ยาจะต้องทำควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายๆ ด้าน รวมถึงการสนับสนุนทางด้านการเรียนทั้งโดยผู้ปกครองและคุณครู ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่ผลการเรียนเกรดดีขึ้นร้อยละ 48.5 แต่ข้อด้อยของยา Ritalin คือออกฤทธิ์สั้นไม่ต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดภาวะ rebound ของอาการ คือชนมากกว่าเดิมในช่วงยาหมดฤทธิ์ เด็กต้องทานยาหลายครั้ง ลืมทานยา ยาอาจมีผลให้เบื่ออาหาร น้ำหนักลดจนผู้ปกครองมีความกังวล บางรายพบว่ามีปัญหาเรื่องรับประทานอาหารน้อย หากอาการขาดสมาธิไม่มาก ไม่มีอารมณ์รุนแรง น้ำหนักตัวลดมากจะปรึกษาร่วมกับผู้ปกครองเพื่อให้หยุดยาในช่วงวันเสาร์อาทิตย์ (drug holiday) ในบางราย แต่ที่รพ.บางจากพบปัญหานี้ไม่มาก ส่วนใหญ่จะแนะนำให้ทานยาทุกวัน แต่ที่พบปัญหามากที่สุดคือเด็กลืมรับประทานยาในกลุ่มที่ต้องทานยาเองจะขาดยาช่วงมือเที่ยงเพราะลืมหรืออายเพื่อนที่ต้องทานยาจะประสานกับโรงเรียนหรือแนะนำผู้ปกครองให้ประสานกับคุณครู เพื่อให้คุณครูประจำชั้นช่วยกำชับเรื่องการทานยา และทุกครั้งที่นัดแพทย์จะสอบถามจำนวนยาที่เหลือเพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาร่วมด้วยทำให้การขาดยาลดลง ข้อจำกัดในการศึกษานี้ คือไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการกินยา และข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงอื่น ๆ ของยา เช่น สภาวะเจริญเติบโตของเด็กในระยะยาว เป็นต้น

แนวทางการรักษาที่รพ.บางจากใช้การปรับพฤติกรรมโดยโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ปกครอง (parent management training; PMT) เพื่อประสิทธิผลให้ดีขึ้น จึงเน้นฝึกทักษะผู้ปกครองให้เร็วที่สุดตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่มาครั้งแรกก่อนที่อาการเด็กจะ

รุนแรงซับซ้อนมากขึ้น โดยทุกครั้งจะเน้น ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปรับทัศนคติ ความรู้ในการปรับพฤติกรรม การควบคุมตนเอง การเพิ่มสมาธิ การฝึกวินัยและความรับผิดชอบ ประเมินผลหลังจากให้การฝึก 6 เดือนจากผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ชนขาดสมาธิลดลง และผลการเรียนดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบการศึกษากับการวิเคราะห์¹¹ เมื่อปี 2562 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองหลังอบรมเสร็จ 6 เดือน และ 1 ปี เด็กมีความรุนแรงด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ลดลง ผู้ปกครองปฏิบัติตัวต่อเด็กเหมาะสมขึ้น สอดคล้องกับ Lundahl B, Risser HJ และคณะ¹² ได้ศึกษาแบบ meta - analysis พบว่าการปรับพฤติกรรมฝึกทักษะให้ผลครอบคลุมตั้งแต่ตัวเด็กเอง ผู้ปกครอง และต่อมุมมองที่ผู้ปกครองมองตนเอง พบว่าเด็กจะแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาลดลง ขณะเดียวกันเด็กสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาและคณะ¹³ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น ที่โรงพยาบาลสงขลา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม 3 ด้านของเด็กสมาธิสั้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรม ลดลงทุกด้าน คือ พฤติกรรมขาดสมาธิ (mean = 11.78, SD = 3.99) พฤติกรรมอยู่นิ่ง วู่วามหุนหัน (mean = 10.56, SD = 5.40) และพฤติกรรมดื้อต่อต้าน (mean = 8.33, SD = 3.68) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการศึกษาวิจัยนี้ พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกัน คะแนนด้านพฤติกรรมด้านขาดสมาธิ (mean = 11.65, SD = 4.27) ชนไม่นิ่ง (mean = 10.18, SD = 5.17) ดื้อต่อต้าน (mean = 7.41, SD = 4.81) คะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมได้ใกล้เคียงกัน และพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ลดลงทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดนัด ได้แก่ เด็กผู้ปกครองเข้าใจเรื่องหลักการรักษาที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันกับการปรับพฤติกรรมจนทำให้เด็กอาการดีขึ้นชัดเจน ข้อจำกัดคือ นัดห่าง 2 เดือน ผู้ปกครองที่รับการฝึกไม่ต่อเนื่องเพราะมีผู้ดูแลหลายคน ส่วนใหญ่เป็นมารดาจะเป็นผู้มาฝึก แต่ผู้ดูแลจริงเป็นปู่ย่าตายายซึ่งไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม ทำให้บางรายมีผลการรักษาไม่ดีขึ้น ขาดการต่อเนื่องในการปรับพฤติกรรม จึงเน้นให้คนที่ดูแลหลักเป็นผู้ที่มาฝึกทักษะ และมาครบอย่างน้อย 3 ครั้ง และหากยังพบว่ามีปัญหาบ่อยๆ จะ

ประสานกับคุณครูหรือ PCU ให้ช่วยกำกับติดตาม บางรายพยาบาลจิตเวชจะไปเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินร่วมกับคนดูแลคนอื่นด้วย

ข้อจำกัดงานวิจัยนี้คือ ไม่ได้ศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งควรได้รับการรักษาด้วยจิตแพทย์เด็กได้แก่ผู้ป่วยโรค learning disability, autism, intellectual deficit และไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้านบุคลิกภาพ การใช้สุราหรือยาเสพติดของผู้ปกครองว่ามีผลต่อการรักษาหรือไม่ ไม่ได้ศึกษาผู้ปกครองหรือคุณครูว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และการปรับพฤติกรรมมากนักน้อยเพียงใด ร่วมกับช่วงเวลาที่ศึกษาปี 2563 มีภาวะโรคโควิด 19 กลุ่มผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่เรียนออนไลน์ ทำให้คุณครูไม่สามารถประเมินผลด้านพฤติกรรมได้มากนัก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จากการสืบค้นเอกสารในประเทศไทยยังไม่พบข้อมูลที่มีการศึกษาเกี่ยวกับผลด้านการเรียนและพฤติกรรมของการรักษาโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยกุมารแพทย์ จึงควรนำไปปรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ที่มีพยาบาลจิตเวชหรือนักจิตวิทยา โดยนำไปประยุกต์ปรับระบบบริการตามบริบท อาจก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็กมากขึ้น เพราะจิตแพทย์เด็กมีน้อยและไม่มีเวลามากพอในการพูดคุยเรื่องการเลี้ยงดูและปรับพฤติกรรม เนื่องจากอุบัติการณ์ของโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและการรักษาตั้งแต่ระยะแรกสามารถช่วยให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้ และจากการวิจัยนี้ผลการรักษาได้ผลดีช่วยให้สามารถเพิ่มการเข้าถึงระบบการรักษาของกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นได้ กุมารแพทย์และสหสาขาวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัยรักษาโรค ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นในระยะเริ่มต้น หากกุมารแพทย์มีความรู้และกรณีผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนมีระบบปรึกษาและส่งต่อเพื่อไปพบจิตแพทย์เด็กในเครือข่ายได้เหมือนที่รพ.บางจากประสานงานร่วมกับรพ.ยุวประสาทฯได้ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กุมารแพทย์ทั่วไปสามารถดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการไม่รุนแรงยุ่งยากซับซ้อนด้วยความมั่นใจมากขึ้นได้

สรุป

การรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นโดยกุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลบางจาก ให้การรักษาด้วยยาและการปรับพฤติกรรมทำให้ผลการเรียนและพฤติกรรมดีขึ้น

References

1. Nigg J, Nikolas M, Burt SA. Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 2010;49(9):863-73.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, D.C, London, England: American Psychiatric Association.
3. VisanuyothinnT, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok, *J Ment Health Thai*.2013 ;21(2) : 66-75
4. Maddah Z, Ghaleenoe M, Mohtashami J, Pourhoseingholi MA, Esmaili R, Naseri-Salahshour V. The effectiveness of PMT program on parent-child relationship in parents with ADHD children : a randomized trial. *Med J Islam Repub Iran*. 2018; 32:89
5. De Meyer H, Beckers T, Tripp G, vander Oord S. Reinforcement contingency learning in children with ADHD; back to the basic of behavior therapy. *J Abnorm Child Psychol*. 2019;47(12): 1889-1902
6. Evans Sw, Owens JS, Wymbbs BT, Ray AR. Evidence-base psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47(2);157-198
7. Harstad E, Levy S. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics*. 2014;134(1):e293-301.
8. Kortekaas-Rijlaarsdam AF, Luman M, Sonuga-Barke E, Oosterlaan J. Does methylphenidate improve academic performance? A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2019;28(2):155-64.
9. Phongsathirat P, Wachiradilok P. Factors associated with Attention Deficit/Hyperactivity Disorders in school-age children. *J Psych Nurse And Ment Health*. 2013;27(1) : 108-120
10. Pornnopadol C, Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Bangkok : Siriraj Academic Affairs Offairs 2020;p41-43
11. Chongsuksiri P, Apinuntavech S. One-year follow up of parent management training program for children with externalizing behavior problems. *J Psych Asso Thailand* 2019; 64(2):163-176
12. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A Meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(1):86-104
13. Suwannasing K, Nukaew O, Nawsuwan K, Hotheem K. The Effect of ADHD Parenting Training Program on Behavior Problems in Children with ADHD. *J of Public Health Nursing Sep-Dec* 2020;34(3):37-48