

ความชุกของโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสุรินทร์
Prevalence of Patients with Attention Deficit Hyperactivity
Disorder (ADHD) in Surin Hospital

Tuangporn Surapongpiwattana, M.D.*

ดวงพร สุรพงษ์พิพัฒน์ พ.บ.*

ABSTRACT

- Background** : Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurobehavioral disorder of childhood and affected chronic health conditions such as academic underachievement and behavioral problems.
- Objective** : To study prevalence of ADHD and patients' characteristic in Surin hospital.
- Design** : Retrospective Descriptive Study
- Method** : All data in this study are collected from all patients aged between 1 and 15 years who attended the OPD at the Surin hospital from 1st January 2008 to 31st December 2008. Inclusion patients are children, diagnosed with ADHD following to the DSM IV criteria, in which personal and family's data are reviewed.
- Results** : 244 cases of 31,919 cases of the total patients aged between 1 and 15 years in the Surin hospital were diagnosed with ADHD in 2008. Prevalence of ADHD is 0.76 percent of the total patients aged between 1 and 15 years in the Surin hospital. Prevalence of ADHD is 52.47 percent of the total patients attended at the child and adolescent psychiatry OPD; the ratio of male and female patients was 3.6 : 1. Most of the patients age is 11 years old, whereas the average age of the patients is 10.23 years old. The average frequency of patient attendance at OPD is 3.22 times per year.
- Conclusion** : Approximately 76 child and adolescent patients of 10,000 patients attended the Surin Hospital were diagnosed with ADHD. A strategic plan of ADHD management is required to facilitate their treatment.
- Key words** : Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Prevalence of ADHD

*นายแพทย์ชำนาญการ วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

- เหตุผลของการวิจัย** : โรคสมาธิสั้นหรือ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) จัดเป็นโรคในกลุ่ม Neurobehavioral Disorder ของเด็กที่พบบ่อยที่สุดในเด็กวัยเรียน มีผลกระทบต่อเด็กทั้งในด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และปัญหาพฤติกรรม การศึกษาความชุกของโรคน่าจะช่วยให้ตระหนักถึงการวินิจฉัยโรคได้เร็ว และมีการดูแลรักษาที่เหมาะสม
- วัตถุประสงค์** : เพื่อหาความชุกของโรคและศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง เพศ อายุ และความถี่ในการมาพบแพทย์ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์
- วิธีการศึกษา** : การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) โดยศึกษาจากจากบันทึกเวชระเบียนคลินิกของผู้ป่วยอายุ 1 ถึง 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสุรินทร์ โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตาม DSM IV และได้รับการซักประวัติของเด็กและครอบครัว ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 ถึง 31 ธันวาคม 2551 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติศาสตร์โดยใช้ความถี่ และจำนวนร้อยละ
- ผลการศึกษา** : จำนวนผู้ป่วย 244 คน จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 31,919 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 1 ถึง 15 ปี ที่เข้ารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.76 (95% CI 0.67-0.86) ของผู้ป่วยที่มีอายุ 1 ถึง 15 ปี และคิดเป็นความชุกร้อยละ 52.47 ของผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาในแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั้งหมด โดยมีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3.6:1 อายุผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ อายุ 11 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย คือ อายุ 10.23 ปี และความถี่เฉลี่ยในการมาพบแพทย์ คือ 3.22 ครั้งต่อปี
- สรุป** : ความชุกของโรคสมาธิสั้นในคลินิกจิตเวช พบเพียงร้อยละ 0.76 ส่วนใหญ่มาพบแพทย์เพียงครั้งเดียว จึงควรหาวิธีการสร้างความตระหนักถึงโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้เร็วขึ้น และรับการรักษาช่วยเหลือที่เหมาะสม
- คำสำคัญ** : โรคสมาธิสั้น, ความชุกของโรคสมาธิสั้น



บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder : ADHD) เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็กกลุ่มวัยเรียน มีอาการสำคัญ 3 อย่าง คือ สมาธิสั้น (Inattention) อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และยับยั้งตัวเองได้ลำบาก (Impulsivity) จากอาการที่ปรากฏในระยะเวลายาวนานในชีวิตของเด็กจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ มีปัญหาการเรียน การปรับตัวและการเข้าสังคม

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง มักจะมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบในแง่ลบต่างๆ ทั้งต่อเด็กและครอบครัว ดังนั้น หากเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้รับการวินิจฉัย และได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยให้เด็กสามารถเติบโตและเรียนรู้ได้เต็มศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประสบความสำเร็จในการเรียนและการทำงาน รวมทั้งสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อทราบความชุก อัตราการเป็นโรคสมาธิสั้นระหว่างเพศ อายุของผู้ป่วยและความถี่ในการมาพบแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสุรินทร์ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาหาความชุกของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยระหว่างเพศ อายุ และความถี่ในการมาพบแพทย์ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์

ประโยชน์ของการศึกษา

1. ทราบความชุกของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสุรินทร์
2. ทราบอัตราการเป็นโรคสมาธิสั้นระหว่างเพศ อายุ และความถี่ในการมาพบแพทย์ ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุรินทร์
3. นำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสุรินทร์

นิยามศัพท์เฉพาะ

- ผู้ป่วยเด็กที่ทำการการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 1 ถึง 15 ปี
- การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV โดย American Psychiatric Association

A. ผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 6 อาการ ขึ้นไป ในข้อ ก และ/หรือข้อ ข เป็นเวลานานติดต่อกัน อย่างน้อย 6 เดือน

ก. อาการขาดสมาธิ (Inattentive Symptoms)

1. ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของงานที่ทำได้หรือทำผิดเนื่องจากขาดความรอบคอบ
2. ไม่มีสมาธิในการทำงาน หรือการเล่น
3. ไม่สนใจฟังคำพูดของคนอื่น หรือดูเหมือนไม่ฟังเวลาพูดด้วย
4. ไม่สามารถตั้งใจฟัง และเก็บรายละเอียดของคำสั่ง ทำให้ทำงานในห้องเรียน หรืองานบ้านไม่เสร็จ (ต้องไม่เกิดจากพฤติกรรมดื้อต่อต้านของเด็ก หรือไม่ได้เกิดจากการที่เด็กไม่เข้าใจคำสั่ง)
5. ทำงานไม่เป็นระเบียบ
6. ไม่เต็มใจ หรือหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้ความคิด (เช่น ทำงานในห้องเรียน หรือทำการบ้าน)
7. ทำของใช้ส่วนตัว หรือของที่จำเป็นสำหรับงานหรือการเรียนหายอยู่บ่อยๆ
8. วอกแวกง่าย
9. ขี้ลืมบ่อยๆ ในกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำเป็นประจำ

ข. อาการชน/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsivity Symptoms)

1. หยุกหยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา
2. ชอบลุกจากที่นั่งเวลาอยู่ในห้องเรียน หรือในสถานที่ที่เด็กจำเป็นต้องนั่งเฉยๆ
3. ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ (ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่อาจเป็นเพียงความรู้สึกกระวนกระวายใจ)
4. ไม่สามารถเล่นเงียบๆ หรือ ทำกิจกรรมเงียบๆ ได้
5. เคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา เหมือนเครื่องยนต์ที่เดินเครื่องอยู่ตลอดเวลา
6. พูดมาก พูดไม่หยุด
7. ชอบโผล่คำตอบ เวลาครู หรือพ่อแม่ถาม โดยที่ยังฟังคำถามไม่จบ
8. ไม่ชอบการเข้าคิว หรือการที่ต้องรอคอย
9. ชอบขัดจังหวะ หรือสอดแทรกเวลาผู้อื่นกำลังคุยกัน หรือแข่งเพื่อนเล่น

B. อาการต้องเกิดก่อนอายุ 7 ปี

C. อาการปรากฏในสถานการณ์ หรือสถานที่อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียน (หรือที่ทำงาน) และที่บ้าน

D. อาการจำเป็นต้องรบกวนการเรียน การเข้าสังคม หรือ อาชีพการงานอย่างชัดเจน

E. อาการไม่ได้เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยกำลังป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคในกลุ่ม ออทิสติก โรคจิตเภท โรคจิตอื่นๆ เป็นต้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) จากบันทึกเวชระเบียนคลินิกของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสุรินทร์

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 1-15 ปี ที่มารับการดูแลรักษาที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตาม DSM-IV ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 ถึง 31 ธันวาคม 2551 เป็นระยะเวลา 1 ปี

วิธีศึกษา

รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนคลินิกของผู้ป่วยเด็ก อายุ 1-15 ปี และบันทึกเวชระเบียนคลินิกจิตเวชของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสุรินทร์ บันทึกข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ความถี่ในการมาพบแพทย์ ของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 ถึง 31 ธันวาคม 2551

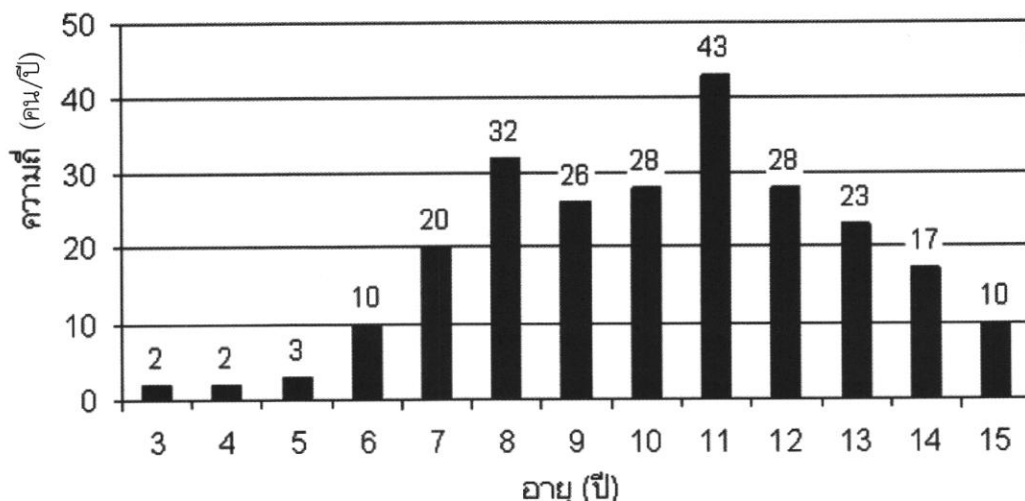
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mode) median

ผลการศึกษา

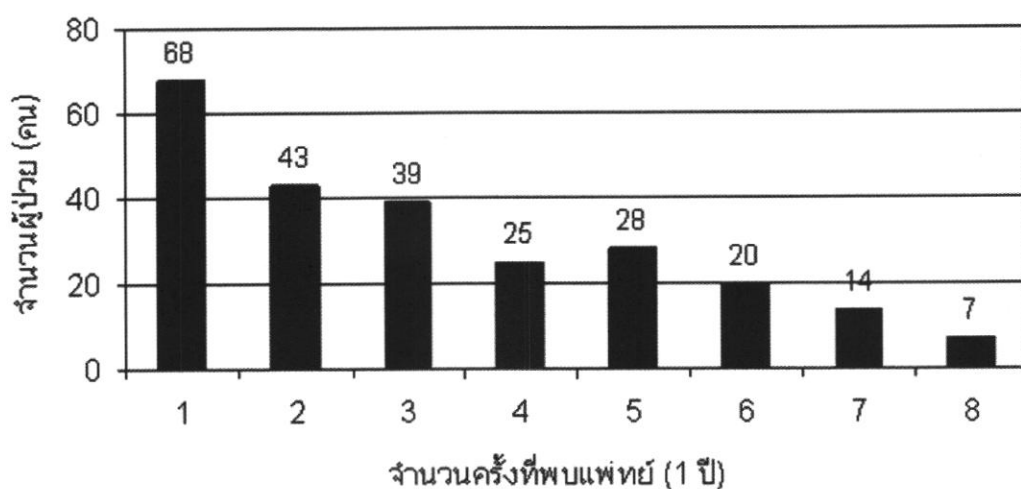
ผู้ป่วยอายุ 1 ถึง 15 ปี ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 ถึง 31 ธันวาคม 2551 มีจำนวน 31,919 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 244 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.76 (95% CI 0.67-0.86) ของผู้ป่วยที่มีอายุ 1 ถึง 15 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสุรินทร์

ในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั้งหมด 465 คน พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น มีความชุกร้อยละ 52.47 ของผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาในแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั้งหมด แบ่งเป็นผู้ป่วยเพศชาย 191 คน เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 53 คน คิดเป็นร้อยละ 78 และ 22 ตามลำดับ อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3.6:1 อายุเฉลี่ย 10.23 ปี และค่าความเบี่ยงเบน (SD) = 2.57 ปี อายุที่ผู้ป่วยมาตรวจรักษามากที่สุด คืออายุ 11 ปี จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 17.62 รองลงมาคืออายุ 8 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 13.11 ดังแผนภูมิที่ 1

ในเวลา 1 ปี ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยเรื่องโรคสมาธิสั้นทั้งหมด 785 ครั้ง ความถี่ในการมาพบแพทย์มากที่สุด คือ 8 ครั้ง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.87 ความถี่เฉลี่ย (Mean) ในการมาพบแพทย์ คือ 3.22 ครั้ง ต่อปี ค่ามัธยฐานของความถี่ในการมาพบแพทย์คือ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.86 ของผู้ป่วยทั้งหมด ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 1 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุ



แผนภูมิที่ 2 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละความถี่ในการพบแพทย์ (ใน 1 ปี)

บทวิจารณ์

จากข้อมูลผู้ป่วยอายุ 1 ถึง 15 ปี ที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น คิดเป็นความชุกร้อยละ 0.76 ของผู้ป่วยที่มีอายุ 1 ถึง 15 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสุรินทร์ทั้งหมด ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลที่ Rutter และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาไว้ ซึ่งน้อยกว่าข้อมูลของการศึกษาในไทยและต่างประเทศส่วนใหญ่ ดังแสดงในตารางที่ 1 สาเหตุอาจเป็นเพราะว่า ก่อนหน้าปี 2550 เด็กที่สงสัยจะเป็นโรคสมาธิสั้น จำเป็นต้องส่งตัวเด็กไปรับการตรวจและวินิจฉัยที่โรงพยาบาลอื่น เช่น โรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา หรือจังหวัดอุบลราชธานี แต่หลังจากที่โรงพยาบาลสุรินทร์มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นมาให้บริการ ในช่วงกลางปี 2550 ทำให้ผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถส่งเด็กเข้ามารับการตรวจและวินิจฉัยได้สะดวกขึ้น

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความชุกของโรคสมาธิสั้นของไทยกับการศึกษาอื่นทั่วโลก^(8,9,10)

การศึกษา	พบร้อยละ
อลิสา วัชรสินธุ และเบญจพร ปัญญา (1998) กรุงเทพฯ	5.09
กวี สุวรรณกิจ และคณะ (1999) กรุงเทพฯ	2.37
สุภา หมดทุกษ์ และคณะ (2003) กรุงเทพฯ	6.17
Rutter et al. (1970) Isle of Wight, U.K.	0.9
Werner et al. (1968) Miller et al. (1973) Holborrow et al. (1984)	5.5-5.9
Huessy (1967)	20

จากการศึกษาพบว่า โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นจำนวนมาก จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั้งหมด 465 คน เป็นผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 52.47 ของผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาในแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั้งหมด ซึ่งพบมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มาใช้บริการทั้งหมด สอดคล้องกับข้อมูลของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2550 ที่พบว่าเด็กไทยป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น (Hyperkinetic Disorders) มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยนอก

การศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ พญ.อลิสา วัชรสินธุและคณะ ซึ่งทำการศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อายุระหว่าง 8-11 ปี จาก 104 โรงเรียน จำนวน 1,698 คน และพบความชุกของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 5.09 และการศึกษาของ นพ.กวี สุวรรณกิจ และคณะ ซึ่งทำการศึกษาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาจำนวน 1,057 คน จากโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง และพบความชุกของโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 2.37 เป็นการทำการศึกษาในชุมชนคือโรงเรียน แต่การศึกษานี้ศึกษาจากผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสุรินทร์ทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตเวชทั้งหมด จึงทำให้พบอุบัติการณ์ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้อาจเนื่องมาจาก ความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กที่อยู่ในวัยเรียนระดับประถม จะพบมากกว่าเพราะอาการของโรคสมาธิสั้นมักกระทบต่อการเรียนและพฤติกรรมของเด็ก นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้อาจมีอาการไม่รุนแรงจนผู้ปกครองสังเกตไม่ได้ แต่ผู้ป่วยเด็กที่มาโรงพยาบาลมักมีอาการชัดเจนหรือรุนแรงและส่วนใหญ่มารับการตรวจรักษาภาวะทางกายเป็นหลัก

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นสัดส่วน 3.6:1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศที่^(8,9,10) พบว่า อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เป็น 3 ถึง 4 : 1 จากการศึกษาในอดีต⁽⁷⁾ ที่พบว่าชายมากกว่าอาจเกิดจากอคติจากการส่งต่อ (Referral bias) เด็กผู้ชายมักมีปัญหาพฤติกรรมลักษณะ Externalizing Behavior (เช่น การชน อยู่ไม่นิ่ง) จึงถูกส่งตัวมารับการรักษามากกว่าเด็กผู้หญิง ซึ่งมีลักษณะของ Internalizing Behavior (เช่น เหม่อลอย ไม่มีสมาธิ) มากกว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการรักษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 คิดเป็นจำนวน 177 คน (ร้อยละ 72.8) ระดับชั้นเรียนที่ผู้ป่วยมารับการตรวจและวินิจฉัยมากที่สุด คือชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เป็นจำนวน 43 คน (ร้อยละ 16.3) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความล่าช้าในการส่งตัวผู้ป่วยมารับการตรวจและวินิจฉัย ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นในประเทศไทย⁽⁹⁾ ที่พบว่ามักจะสังเกตอาการผิดปกติได้ตั้งแต่ระดับชั้นประถมต้น สาเหตุอาจ

เป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวไว้ในเบื้องต้น ที่โรงพยาบาลสุรินทร์เพิ่มมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นมาให้บริการในช่วงกลางปี 2550

ใน 1 ปี ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยเรื่องโรคสมาธิสั้นทั้งหมด 785 ครั้ง ผู้ป่วยมาพบแพทย์บ่อยสุด 8 ครั้ง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.9 ความถี่เฉลี่ย (Mean) ในการมาพบแพทย์ คือ 3.22 ครั้ง ต่อปี ค่ามัธยฐานของความถี่ในการมาพบแพทย์คือ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.86 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นยังมีการมาติดตามผลการรักษาต่ำ อาจเนื่องจากผู้ป่วยต้องขาดเรียนหรือลาเรียนเพื่อมาพบแพทย์หลายครั้ง ซึ่งควรได้รับการติดตามผลกระทบต่อการเรียนของผู้ป่วย ผลกระทบต่อผู้ปกครองทั้งในเรื่องการหยุดหรือลาเรียน และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ รวมทั้งภาระงานในการให้บริการผู้ป่วยของกลุ่มงานจิตเวช งานผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลสุรินทร์

อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เพียง 1 ครั้งนั้นอาจเกิดจากระยะเวลาในการติดตามการรักษาไม่เท่ากัน เนื่องจากการศึกษานี้ ทำการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 ถึง 31 ธันวาคม 2551 โดยศึกษารวมทั้งผู้ป่วยเก่าและผู้ป่วยใหม่ จึงอาจไม่บ่งถึงคุณภาพการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น นั้นควรมีการดูแลจาก Multidisciplinary Team ซึ่งประกอบด้วยทีมแพทย์ ได้แก่ กุมารแพทย์, จิตแพทย์, พยาบาล, นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ทีมการศึกษาประกอบด้วย ครูประจำชั้น, ครูการศึกษาพิเศษ, ครูแนะแนว และผู้ปกครองของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสุรินทร์นั้นให้การช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพเช่นกัน หลังจากผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรับการรักษา แล้วผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาพบนักจิตวิทยา เพื่อฝึกทักษะการเรียนรู้ มีการประเมินครอบครัวและผลทดสอบทางจิตวิทยา เช่น ระดับสติปัญญา เป็นต้น และมีการประสานงานและประชุมเพื่อการวินิจฉัยโรค และวางแผนทางในการช่วยเหลือที่เหมาะสมในแต่ละรายผู้ป่วย

สรุป

ความชุกของโรคสมาธิสั้นในคลินิกจิตเวช พบเพียงร้อยละ 0.76 ส่วนใหญ่มาพบแพทย์เพียงครั้งเดียว จึงควรหาวิธีการสร้างความตระหนักถึงโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้เร็วขึ้นและรับการรักษาช่วยเหลือที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้นที่แสดงความชุก การเปรียบเทียบระหว่างเพศ อายุ และความถี่ในการมาพบแพทย์ ดังนั้นในอนาคตจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในแง่มุมต่างๆ เช่น การศึกษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกันออกไป เช่น การเก็บข้อมูลในสถานศึกษา การศึกษาในระยะยาว การศึกษาโรคที่พบร่วม การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพยากรณ์โรค การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการติดตาม

การรักษา การศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับผู้ปกครองและการเลี้ยงดูแลเด็ก เป็นต้น เพื่อพัฒนารูปแบบและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นต่อไปในอนาคต

2. ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ และบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะบุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็ก ได้รู้จัก และมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อให้ทราบวิธีการดูแลและช่วยเหลือ ปรับทัศนคติ รวมทั้งส่งต่อมารับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็ว เช่น การอบรมให้ความรู้ การแจกเอกสารหรือแผ่นพับ เป็นต้น

3. ควรพัฒนาระบบการช่วยเหลือและดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ให้แก่ผู้ปกครอง และ/หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคคลากรในโรงเรียน เป็นต้น เพื่อให้เกิดการประสานงานและการดูแลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

4. การสนับสนุนและสร้างเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือและดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เช่น ชมรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ พยาบาลและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช และเจ้าหน้าที่ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ ที่ได้ช่วยค้นหาข้อมูลผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ทำให้การศึกษาลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ ดร.จุฑา สุนิตย์สกุล ที่ให้คำปรึกษางานวิจัย การลงข้อมูลทางสถิติ และการนำเสนอข้อมูลทางสถิติ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงพัชรี ยิ้มรัตนบวร แพทย์หญิงผการัตน์ แสงกล้า และนายแพทย์วินัย อึ้งพินิจพงศ์ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ตรวจสอบแก้ไข ให้คำแนะนำในการทำวิจัย

และขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธงชัย ตริวิบูลย์วณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและรายงานผลการศึกษานี้

บรรณานุกรม

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practices parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(Suppl10):85s-121s
2. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with ADHD. Pediatrics 2000; 105:1158-70.
3. Miller KJ, Castellanos FX. Attention deficit/hyperactivity disorders. Pediatr Rev 1998;46: 831-43
4. Morgan AM. Diagnosis of ADHD in the office. Pediatr Clin North Am 1999; 46:871-84.
5. Pliszka SR, Greenhill LL, Crismon ML, et al. The Texas children's medication algorithm project: Report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood ADHD, part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:908-19.

6. Pliszka SR, Greenhill LL, Crismon ML, et al. The Texas children's medication algorithm project: Report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood ADHD. part II: tactics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:920-7
7. Ackerman P, Dykman R, og lesby D. sex and group difference in reading and attention disordered children with and without hyper kinesis, J Learn disabil 1983 ; 16 : 415
8. อลิสา วัชรสินธุ์. จิตเวชเด็ก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2546.
9. เบญจพร ปัญญาียง, อลิสา วัชรสินธุ์. ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กในกรุงเทพมหานคร : การศึกษาทางระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2541 ; รายงานเลขที่ ISBN 974-291-086-3.
10. วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเล่ม 2, 2550: 118-29.
11. อุมาพร ตรังคสมบัติ. สร้างสมาธิให้ลูกคุณ กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชันตการพิมพ์ ; 2541.
12. ขาววิทย์ พรนภดล. มารู้จักและช่วยเด็กสมาธิสั้นกันเถอะ. กรุงเทพฯ : แจนเซน ซีแลก ; 2546.
13. อีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. เพื่อความเข้าใจเด็กสมาธิสั้น/ชน สำหรับผู้ปกครองและครู. กรุงเทพฯ : แจนเซน ซีแลก ; 2548.
14. วินัดดา ปิยะศิลป์. คู่มือสำหรับพ่อแม่ ตอน เด็กสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ : บริษัทโฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด ; 2537

