

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก (2563-2564)
Factors Associated with the Response to Treatment in Children
with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) (2020-2021)

ปัจฉิมา หลอมประโคน, พ.บ.*

Patchima Lomprakhon, M.D.*

*โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31110

*Chalermprakit Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31110

Corresponding author, E-mail address: palmypatchima@gmail.com

Received: 14 Jun 2022 Revised: 20 Jun 2022 Accepted: 3 Aug 2022

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยในจิตเวชเด็ก อาการที่สำคัญของโรคสมาธิสั้นคือ ขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นและดื้อต่อต้าน ประเทศไทยมีอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 6 และพบมากในเพศชายมากกว่าหญิง 3 - 4 เท่า การรักษา มีทั้งการใช้ยาและการปรับพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเรื่องนี้ เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาของโรคสมาธิสั้นในเด็ก ณ คลินิกโรคเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอบึงนาราง จังหวัดบุรีรัมย์
- วิธีการศึกษา** : เป็นการศึกษาแบบ Cross Sectional Comparative Study ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ณ คลินิกเด็กสมาธิสั้น ในโรงพยาบาลประโคนชัย ตั้งแต่วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2564 เก็บข้อมูลโดยการทำแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง รวมทั้งแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) ก่อนและหลังรักษา 8 สัปดาห์ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครองและปัจจัยอื่นๆ กับผลการรักษาของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้ Logistic regression Analysis
- ผลการศึกษา** : ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 105 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 5 - 10 ปี ร้อยละ 54.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 81.0 อยู่ระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 63.8 ผลการเรียนรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 21.0 อายุของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40 - 49 ปี ร้อยละ 35.2 การศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45.7 มีคนในครอบครัวช่วยเหลือดูแล ร้อยละ 87.6 ประเมินพฤติกรรม SNAP-IV หลังการรักษา 8 สัปดาห์ อาการดีขึ้นโดยคะแนนในด้านต่างๆ ลดลง เช่น การประเมินอาการขาดสมาธิ คะแนนลดลงร้อยละ 87.6 การประเมินการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น พบว่า คะแนนลดลงร้อยละ 82.9 การประเมินอาการต่อต้าน พบว่า คะแนนลดลงร้อยละ 90.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก (ด้านอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น) คือ ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น (Odds = 1.91, 95% CI = 2.97, p = 0.004)

- สรุป** : ผลการศึกษาพบว่าหลังการรักษา 8 สัปดาห์ เด็กสมาธิสั้นมีคะแนนรวมจาก SNAP-IV ดีขึ้น (คะแนนลดลง) ความรู้ความเข้าใจต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาของเด็กสมาธิสั้น
- คำสำคัญ** : โรคสมาธิสั้น ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของผู้ปกครอง

ABSTRACT

- Background** : Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most common disease in child psychiatry. Symptoms includes in attentive, hyperactivity and impulsivity. In Thailand, the prevalence of ADHD in children was six percent and prevalence in boy was six times higher than those of girl. Treatment of ADHD includes pharmacotherapy and behavior management. Researcher therefore focused on factors associated with ADHD treatment response in order to obtain data for further patient care process improvement.
- Objective** : To identify factors associated with outcome of ADHD treatment in children at ADHD clinic, Prakhonchai hospital, Buriram province.
- Methods** : Comparative cross-sectional study, Participants were children aged under 15 years old diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder at ADHD clinic, Prakhonchai hospital during January 1st 2020 to September 30th 2021. Data collection was taken from questionnaire included familial characteristics, parent's knowledge and attitude including the behavior rating scale (short SNAP-IV form) two months before and after treatment. Data was analyzed to determine the association between treatment outcome and the sociodemographic factors (knowledge, attitude and other factors) by logistic regression.
- Results** : There were 105 ADHD children included in this study. Most of children aged between 5 - 10 years old (54.3%) in which 81.0% were boy. About 63.8% of these children was studying in early primary level and had fair educational outcome (21.0%). Thirty-five percent of their parents aged between 40 - 49 years old and 45.7% had education level of secondary school. There were 87.6% of children had care giver in family. After 8 weeks of treatment, symptoms of ADHD improved according to SNAP-IV rating scale assessment. The response was observed as decreasing scale in domains of inattentive symptoms (87.6%), hyperactivity/impulsivity symptoms (82.9%) and oppositional defiant disorder (90.5%). Factor associated with treatment response (hyperactivity/impulsivity symptoms) was parent's knowledge and understanding to ADHD (Odds = 1.91, 95% CI = 2.97, p = 0.004).
- Conclusion** : result from this study revealed that overall psychometric outcome was significantly improved after 8 weeks of the treatment (decreased SNAP-IV scales). Parent's knowledge and understanding to ADHD was significantly associated with ADHD treatment outcome.
- Keywords** : Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), parent's knowledge and attitude

หลักการและเหตุผล

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยในจิตเวชเด็ก อาการที่สำคัญของโรคสมาธิสั้นคือ เหม่อลอย อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น⁽¹⁾ จากการวินิจฉัยตามหลักการของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)⁽²⁾ ความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 3 - 5 ในเด็กทั่วโลก ในประเทศไทยมีอัตราความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 6 และพบมากในเพศชายมากกว่าหญิง 3 - 4 เท่า⁽³⁻⁵⁾ จำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเด็กสมาธิสั้นและพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลประโคนชัย ในปีพ.ศ.2563 - 2564 มีจำนวน 116 คน ซึ่งมีจำนวนมาก จึงได้เปิดทำการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษามากขึ้น

เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมีการดำเนินโรคนานประมาณร้อยละ 60 ของเด็กที่เป็นสมาธิสั้นจะมีอาการต่อเนื่องจนโตเป็นผู้ใหญ่⁽⁶⁾ ในการศึกษาที่ใช้แบบประเมินอาการโรคสมาธิสั้นของ Swanson, Nolan and Pelham version IV (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย⁽⁷⁾ SNAP-IV เป็นแบบประเมินอาการโรคสมาธิสั้น⁽⁸⁾ ได้รับการพัฒนาเป็นหลายฉบับ ฉบับที่ใช้ในการศึกษา Multimodal treatment study of ADHD คือฉบับที่มี 26 ข้อ⁽⁹⁾ ประกอบด้วย ข้อที่สัมพันธ์กับอาการของโรคสมาธิสั้น 18 ข้อ และข้อที่สัมพันธ์กับอาการของโรคต่อต้าน (Oppositional defiant disorder: ODD) 8 ข้อ ในส่วนของอาการที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น แบ่งได้เป็นอาการด้านสมาธิไม่ตั้งใจ (inattention) 9 ข้อ อาการด้านอยู่ไม่นิ่ง/ขาดความยับยั้งชั่งใจ (hyperactivity/ impulsivity) 9 ข้อ ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV⁽¹⁰⁾ แต่ละข้อให้ประเมินอาการตามความรุนแรง เป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงมีอาการมาก (คะแนน 0 - 3 ตามลำดับ) การรักษาโรคสมาธิสั้นประกอบไปด้วยหลายส่วน การรับประทานยา การปรับพฤติกรรมทั้งที่บ้านและโรงเรียนรวมถึงจิตสังคมบำบัด

ผู้ปกครองที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโรคสมาธิสั้นจะมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาและผลการรักษา⁽¹¹⁻¹³⁾ จากการศึกษาของวันวิ พิมพรัตน์ และคณะ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น พบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้นคือ การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา การกินยา 1 ครั้งต่อวัน และบิดา/มารดาเลี้ยงเดี่ยว⁽¹⁴⁾

ในการศึกษาครั้งนี้ จะให้ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นผู้ประเมิน โดยใช้แบบประเมิน SNAP-IV ก่อนเริ่มรักษา และเมื่อรักษาครบ 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ผลกับการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก เพื่อนำมาใช้พัฒนาการรักษาเด็กสมาธิสั้นให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อดำเนินการเชิงรุกในการให้ความรู้กับผู้ปกครอง อสม. ครู ฯลฯ ในการดูแลเด็กเพื่อลดการเกิดโรคสมาธิสั้นในชุมชนเป็นลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก ณ คลินิกโรคเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเป็นการวิจัยแบบ Cross Sectional Comparative Study ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก ณ คลินิกโรคเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเริ่มเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ปกครอง ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2020-11 รหัสโครงการ 14/2020

กลุ่มตัวอย่าง เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น อายุไม่เกิน 15 ปี ที่คลินิกเด็กสมาธิสั้นและพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลประโคนชัย โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 105 คน

เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น อายุไม่เกิน 15 ปี ที่คลินิกเด็กสมาธิสั้นและพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลประโคนชัย และผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2564

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ปกครองหรือเด็กไม่ยินยอมให้ข้อมูลรวมถึงไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2) เด็กมีภาวะออทิสติก 3) ผู้ปกครองมีภาวะหลงผิด (Psychosis)

วิธีการศึกษา เก็บข้อมูลโดยการทำแบบสอบถามจากผู้ปกครอง ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวของเด็ก ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง รวมทั้งแบบประเมิน SNAP-IV (Short Form) ก่อนและหลังรักษา 8 สัปดาห์ โดย คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา ความรู้หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง โดยมีในด้านตัวโรคและการรักษา ด้านการเลี้ยงดูโดยใช้แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (มีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยคิดคะแนนคำตอบ คือ ความรู้ดี ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 6 คะแนน ความรู้ไม่ดี ได้คะแนนร่วมน้อยกว่า 6 คะแนน) ทัศนคติ หมายถึง ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง โดยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (มีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยคะแนนคำตอบ คือ ทัศนคติเชิงบวก ได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน ทัศนคติเชิงลบ ได้คะแนนร่วมน้อยกว่า 24 คะแนน)

บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มที่เตรียมไว้และทดสอบทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครองและปัจจัยอื่นๆ ของเด็กสมาธิสั้นโดยใช้ Logistic Regression Analysis

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี จำนวน 37 คน (ร้อยละ 35.0) ส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วงน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 58 คน (ร้อยละ 55.2) การศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 48 คน (ร้อยละ 45.7) ความเกี่ยวข้องกับเด็ก กลุ่มผู้ปกครองส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็นมารดา จำนวน 53 คน (ร้อยละ 50.5) กลุ่มเด็กส่วนใหญ่มีคนในครอบครัวช่วยเหลือถึงจำนวน 92 คน (ร้อยละ 87.6) ผู้ปกครองทั้งหมดเห็นด้วยกับการรักษาจำนวน 105 คน (ร้อยละ 100.0)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นจะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้นจำนวน 99 คน (ร้อยละ 94.3) เด็กสมาธิสั้นมักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่ พุดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบจำนวน 95 คน (ร้อยละ 90.5) และการจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานที่มุมเงียบสงบ จะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มากจำนวน 91 คน (ร้อยละ 86.7) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ตารางที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ข้อคำถาม	จำนวน(ร้อยละ)
1. โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่	67(63.8%)
2. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย	75(71.4%)
3. เด็กสมาธิสั้น มักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่ พุดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบ	95(90.5%)
4. เด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานาน ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน	68(64.8%)
5. เด็กสมาธิสั้น มักขาดความยับยั้งชั่งใจ	90(85.7%)
6. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเร	71(67.6%)
7. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ได้เอง	76(72.4%)
8. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด	49(46.7%)
9. ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น	99(94.3%)
10. การจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานที่มุมเงียบสงบ จะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มาก	91(86.7%)

ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง สติปัญญาปกติ สามารถพัฒนาได้ จำนวน 87 คน
ที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ เด็กสมาธิสั้น (ร้อยละ 82.9) และเมื่อเด็กสมาธิสั้นทำดี ก็ควรได้รับ
ต้องช่วยเหลือด้านการเรียนเพิ่มเติมเป็นพิเศษ จำนวน รางวัลเช่นเดียวกับเด็กอื่น จำนวน 87 คน(ร้อยละ 82.9)
88 คน(ร้อยละ 83.8) รองลงมาคือ เด็กสมาธิสั้นมี ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ข้อคำถาม	จำนวน(ร้อยละ)
1. เด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติ สามารถพัฒนาได้	87(82.9%)
2. ไม่ควรพาเด็กสมาธิสั้นเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมทั่วไป	79(75.2%)
3. เด็กสมาธิสั้น มักเป็นเด็กขี้เกียจ	69(65.7%)
4. เมื่อเด็กสมาธิสั้นทำดี ก็ควรได้รับรางวัลเช่นเดียวกับเด็กอื่น	87(82.9%)
5. เด็กสมาธิสั้น ต้องช่วยเหลือด้านการเรียนเพิ่มเติมเป็นพิเศษ	88(83.8%)
6. การทำให้เด็กสมาธิสั้นปฏิบัติตามกฎระเบียบ ควรใช้วิธีลงโทษ	74(70.5%)
7. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น	73(69.5%)
8. เมื่อลูกเป็นโรคสมาธิสั้น พ่อแม่รู้สึกเป็นปมด้อยและอาย	82(78.1%)
9. ยารักษาโรคสมาธิสั้นมีผลเสียมากกว่าผลดี	72(68.6%)
10. ไม่จำเป็นต้องรักษาโรคสมาธิสั้นก็ได้ เพราะโตขึ้นเด็กมักจะหายจนตามวัยอยู่แล้ว	83(79.0%)

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีอายุปัจจุบันอยู่ในช่วง Quotient (IQ) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ จำนวน 92 คน
5 - 10 ปี จำนวน 57 คน(ร้อยละ 54.3) ส่วนใหญ่เป็น (ร้อยละ 87.6) ส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงจากการกินยา
เพศชาย จำนวน 85 คน(ร้อยละ 81.0) ระดับการศึกษา คือมีอาการเบื่ออาหารจำนวน 72 คน(ร้อยละ 68.6)
ส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษาตอนต้น จำนวน 67 คน (ตารางที่ 3)
(ร้อยละ 63.8) ระดับสติปัญญาของเด็ก Intellectual

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก (N=105)

ลักษณะประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
อายุปัจจุบันของเด็ก	
น้อยกว่า 5 ปี	4(3.8%)
5 -10 ปี	57(54.3%)
มากกว่า 10 ปี	44(41.9%)
(Mean = 9.7 ปี SD. = 2.6, Min. = 16.1 ปี, Max. = 3.9 ปี)	
อายุเริ่มเข้าการรักษาครั้งแรก	
น้อยกว่า 5 ปี	29(27.6%)
5 -10 ปี	63(60.0%)
มากกว่า 10 ปี	13(12.4%)
(Mean = 6.5 ปี SD. = 2.9, Min. = 0.1 ปี, Max. = 14.0 ปี)	
เพศของเด็ก	
ชาย	85(81.0%)
หญิง	20(19.0%)
ระดับการศึกษาของเด็ก	
อนุบาล	9(8.6%)
ประถมศึกษาตอนต้น	67(63.8%)
ประถมศึกษาตอนปลาย	17(16.2%)
มัธยมศึกษาตอนต้น	12(11.4%)
ระดับผลการเรียน	
ดีเยี่ยม (4)	2(1.9%)
ดีมาก (3.5)	11(10.5%)
ดี (3)	8(7.6%)
ค่อนข้างดี (2.5)	17(16.2%)
น่าพอใจ (2)	20(19.0%)
พอใช้ (1.5)	22(21.0%)
ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (1)	13(12.4%)
ต่ำกว่าเกณฑ์ (0)	12(11.4%)
ระดับสติปัญญาของเด็ก (IQ)	
ปกติ (IQ >90)	92(87.6%)
สติปัญญาทึบ (IQ 80-89)	6(5.7%)
สติปัญญาคาบเส้น (IQ 70-79)	7(6.7%)
บกพร่องทางสติปัญญา (IQ < 70)	0(0.0%)
ความถี่ของการกินยา (Ritalin/Concerta)	
1 ครั้งต่อวัน	17(16.2%)
2 ครั้งต่อวัน	87(82.9%)
3 ครั้งต่อวัน	1(0.9%)
ผลข้างเคียงจากการกินยา	
ไม่มี	1(0.9%)
เบื่ออาหาร	72(68.6%)
ปวดท้อง	29(27.6%)
นอนไม่หลับ	2(1.9%)

ประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)

SNAP-IV แกร็บที่รับการวินิจฉัย ADHD
การประเมินอาการขาดสมาธิ เสี่ยง 53 คน(ร้อยละ 50.5)
การประเมินอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น เสี่ยง 58 คน
(ร้อยละ 55.2) การประเมินอาการดื้อต่อต้าน
เสี่ยง 38 คน(ร้อยละ 36.2)

SNAP-IV หลังการรักษา 8 สัปดาห์ คะแนน
ทั้ง 3 ด้านลดลง การประเมินอาการขาดสมาธิ เสี่ยง 13 คน
(ร้อยละ 12.4) การประเมินอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น
เสี่ยง 18 คน(ร้อยละ 17.1) การประเมินอาการ
ดื้อต่อต้าน เสี่ยง 10 คน(ร้อยละ 9.5) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 SNAP-IV เปรียบเทียบแกร็บและหลังการรักษา 8 สัปดาห์

SNAP-IV	แกร็บ จำนวน (ร้อยละ)	หลังรักษา 8 สัปดาห์ จำนวน (ร้อยละ)
1. การประเมินอาการขาดสมาธิ		
ไม่เสี่ยง	52(49.5%)	92(87.6%)
เสี่ยง (คะแนนรวมสูงกว่าเกณฑ์ปกติ)	53(50.5%)	13(12.4%)
2. การประเมินอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น		
ไม่เสี่ยง	47(44.8%)	87(82.9%)
เสี่ยง (คะแนนรวมสูงกว่าเกณฑ์ปกติ)	58(55.2%)	18(17.1%)
3. การประเมินอาการดื้อต่อต้าน		
ไม่เสี่ยง	67(63.8%)	95(90.5%)
เสี่ยง (คะแนนรวมสูงกว่าเกณฑ์ปกติ)	38(36.2%)	10(9.5%)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษา สมาธิสั้นในเด็ก

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการ
รักษาสมาธิสั้นในเด็ก ณ คลินิกโรคเด็กสมาธิสั้น
โรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์
โดยใช้สถิติ Logistic regression Analysis เพื่อทดสอบ
ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงกลุ่ม (Nominal, Ordinal)

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และแบ่งเป็น 3 ด้าน
ตามคะแนนของ SNAP-IV คือ ด้านอาการขาดสมาธิ
ด้านอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และด้านอาการ
ดื้อต่อต้าน หลังการรักษา 8 สัปดาห์ พบว่าปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก (ด้านอาการ
ไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น) คือ ความรู้ความเข้าใจของ
ผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น ($p = 0.004$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองกับผลการรักษาสมาธิสั้น (ด้านอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น)

ตัวแปร	B	S.E	Wald	Df	P-value	odd	95%CI	
							lower	upper
อายุ	-0.037	0.241	0.023	1	0.879	0.964	0.601	1.546
รายได้	0.166	0.295	0.318	1	0.573	1.181	0.662	2.105
การศึกษา	0.373	0.387	0.931	1	0.335	1.452	0.680	3.100
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก	0.437	0.455	0.923	1	0.337	1.548	0.635	3.774
สถานภาพสมรส	0.444	0.558	0.632	1	0.427	1.559	0.522	4.656
คนในครอบครัวช่วยเหลือ	0.339	0.763	0.197	1	0.657	1.403	0.315	6.255
เห็นด้วยกับการรักษา	0.373	0.387	0.931	1	0.335	1.452	0.680	3.100
ความรู้ความเข้าใจ	0.644	0.226	8.105	1	0.004*	1.905	1.222	2.969
ทัศนคติ	-0.051	0.074	0.472	1	0.492	0.950	0.822	1.099
อายุเริ่มเข้ารับรักษา	-0.600	0.702	0.728	1	0.393	0.549	0.139	2.176
เพศ	-0.144	0.699	0.042	1	0.837	0.866	0.220	3.407

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองกับผลการรักษาสมาธิสั้น (ด้านอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น) (ต่อ)

ตัวแปร	B	S.E	Wald	Df	P-value	odd	95%CI	
							lower	upper
ระดับการศึกษา	0.297	0.473	0.394	1	0.530	1.346	0.532	3.404
ระดับผลการเรียน	0.053	0.146	0.133	1	0.715	1.055	0.793	1.403
ผลข้างเคียงของการกินยา	0.044	0.384	0.013	1	0.908	1.045	0.492	2.221
เพื่อนคอยช่วยเหลือการเรียนและกินยา	0.169	0.423	0.160	1	0.690	1.184	0.517	2.714
ครูคอยช่วยเหลือการเรียนและกินยา	-0.415	0.651	0.408	1	0.523	0.660	0.184	2.363
เด็กมีความเข้าใจว่าต้องกินยา	0.019	0.195	0.010	1	0.922	1.019	-	-
ประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชของ								
ผู้ปกครอง	-19.260	0.970	0.000	1	1.000	0.000	0.000	-
ประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชของ	-19.260	0.970	0.000	1	1.000	0.000	0.000	-
ผู้ปกครอง								
ADHD subtype	0.148	0.340	0.189	1	0.664	1.159	0.595	2.257
Co-morbid disease	0.921	0.849	1.178	1	0.278	2.512	0.476	13.252
ระดับสติปัญญา (IQ)	-1.092	0.893	1.496	1	0.221	0.336	0.058	1.931
ระยะเวลาที่เริ่มวินิจฉัย	-0.689	0.728	0.896	1	0.344	0.502	0.121	2.091
ความถี่ของการกินยา	0.466	0.799	0.341	1	0.560	1.594	0.333	7.637

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ณ คลินิกเด็กสมาธิสั้น จำนวน 105 คน (จากทั้งหมด 116 คน) เป็นเพศชายร้อยละ 81 เพศหญิงร้อยละ 19 คล้ายคลึงกับผลการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา ที่พบว่า โรคสมาธิสั้นพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3 - 4 เท่า⁽³⁻⁵⁾ อายุของเด็กส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5 - 10 ปี ร้อยละ 54.3 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่สำรวจในประเทศไทย ในปีพ.ศ.2555 พบความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 8.1 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือเด็กอายุระหว่าง 8 - 11 ปี ซึ่งพบความชุกสูงสุดในเด็กระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ป.1 - 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก (ด้านอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น) คือ ความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น ($p = 0.004$) ซึ่งจากการศึกษานี้ ผู้ปกครองทั้งหมด ร้อยละ 100.0 เห็นด้วยกับการรักษา ซึ่งส่งผลดีต่อการรักษาของแพทย์ หากผู้ปกครองไม่ให้ความสำคัญในเรื่องการรักษา อาจส่งผลให้เด็กมีปัญหา ด้านพฤติกรรมและการเรียน ต่อเนื่องไปจนถึงผู้ใหญ่

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Biederman J. และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่าโรคสมาธิสั้นมีการดำเนินโรคนาน ประมาณร้อยละ 60.0 ของเด็กที่เป็นสมาธิสั้นจะมีอาการต่อเนื่องจนโตเป็นผู้ใหญ่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chacko A. และคณะ⁽¹¹⁾ และ Corkum P. และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าความรู้และความเห็นในการรักษาของผู้ปกครองมีบทบาทอย่างมากในการเข้ารับการรักษา ผู้ปกครองที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโรคสมาธิสั้นจะมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาและผลการรักษา ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ วันรวี พิมพิรัตน์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น และเมื่อพิจารณาตามหัวข้อย่อยของแบบสอบถามของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก มีดังนี้ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด (ร้อยละ 46.7) โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ (ร้อยละ 63.8) และเด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานาน

ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน(ร้อยละ 64.8) ส่วนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ เด็กสมาธิสั้น มักเป็นเด็กขี้เกียจ(ร้อยละ 65.7) ยารักษาโรคสมาธิสั้นมีผลเสียมากกว่าผลดี(ร้อยละ 68.6) และควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น(ร้อยละ 69.5) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นประโยชน์ต่อการนำไปปรับปรุงการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองของเด็กให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อเด็กต่อไป¹⁴

สรุป

การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กมีทั้งการรับประทานยา การปรับพฤติกรรม รวมถึงจิตสังคมบำบัด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก (ด้านอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น) คือ ความรู้ ความเข้าใจของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น หากผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจต่อตัวโรคดี ย่อมทำให้การรักษามีประสิทธิภาพพร้อมด้วย เด็กที่ได้รับการรักษามาเสมอและติดตามผลการรักษา 8 สัปดาห์ โดยวัดจากแบบประเมิน SNAP-IV พบว่าอาการดีขึ้นทั้ง 3 ด้าน (คะแนนลดลง) ทั้งด้านอาการขาดสมาธิ การไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น อาการต่อต้าน หากผู้ปกครองเห็นด้วยกับการรักษาและพามารักษาตั้งแต่เริ่มพบหรือสงสัยว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมาธิสั้น ย่อมส่งผลให้การรักษามีได้ผลดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พญ. วันรวิ พิมพรัตน์ แพทย์จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำการทำแบบสอบถามงานวิจัย นางอริยา ขามประโคน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำคลินิกวัยรุ่นและพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลประโคนชัย ผู้ช่วยประชาสัมพันธ์และรวบรวมแบบสอบถามกับผู้ปกครอง นางนิตยา ช่วยบุญ ตำแหน่งเจ้าพนักงานเวชสถิติ โรงพยาบาลหนองหงส์ ผู้ช่วยรวบรวมข้อมูลและทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins ; 2007 : 430-53.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association ; 2004 : 63-5.
3. Wiener JM. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 2nd.ed. Washington, DC : American Psychiatric Press ; 2007 : 118-29.
4. Trangkasombat U. Clinical characteristics of ADHD in Thai children. J Med Assoc Thai 2008;91(12):1894-8.
5. Benjasuwantep B, Ruangdaraganon N, Visudhiphan P. Prevalence and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok. J Med Assoc Thai 2002; 85(Suppl 4):S1232-40.
6. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry 2000;157(5):816-8. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.816.
7. Buranasuksakul T, Pityaratsatian N. Validity and reliability of the Thai version of Swanson, Nolan and Pelham version IV (SNAP-IV). Bangkok : Chulalongkorn Hospital ; 2551.
8. Swanson JM. School-based assessments and interventions for ADD students. Irvine, CA : KC Publishing ; 1992.

9. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, Arnold LE, Conners CK, Abikoff HB, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(2):168-79. doi: 10.1097/00004583-200102000-00011.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV). 4th.ed. Washington DC : American Psychiatric Press ; 1994.
11. Chacko A, Newcorn JH, Feirsen N, Uderman JZ. Improving medication adherence in chronic pediatric health conditions: a focus on ADHD in youth. *Curr Pharm Des* 2010;16(22):2416-23. doi: 10.2174/138161210791959908.
12. Corkum P, Rimer P, Schachar R. Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: impact on enrollment and adherence to a 12-month treatment trial. *Can J Psychiatry* 1999;44(10):1043-8. doi: 10.1177/070674379904401011.
13. Toomey SL, Sox CM, Rusinak D, Finkelstein JA. Why do children with ADHD discontinue their medication? *Clin Pediatr (Phila)* 2012; 51(8):763-9. doi: 10.1177/0009922812446744.
14. วันรวิ พิมพรัตน์. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองรวมทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่น ๆ กับความสม่ำเสมอในการกินยา Methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2559;61(1):15-26.
15. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โขจิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรติลก, พชรินทร์ อรุณเรือง, ธันวรัตน์ บุรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2557; 21(2):66-75.