

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ธันฐิฐา อนันตเสรีวิทยา

บทคัดย่อ

ที่มา: โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเดือนละประมาณ 250 ราย โดยได้รับการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรมและการกินยา การกินยาสม่ำเสมอส่งผลให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น แต่จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังกินยาไม่สม่ำเสมอซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา: ศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2568

ผลการศึกษา: จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 235 คน แต่มีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนด จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 230 คน เป็นเพศชาย 157 คน (ร้อยละ 68.26) เพศหญิง 73 คน (ร้อยละ 31.74) อายุเฉลี่ย 10.35 ± 3.1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีผลการเรียนเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.01-2.50 (ร้อยละ 34.78) ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 69.57) ไม่มีประวัติการใช้เหล้า บุหรี่ สารเสพติด (ร้อยละ 92.61) และวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 67.83 กลุ่มตัวอย่างกินยาสม่ำเสมอร้อยละ 40 เมื่อวิเคราะห์พหุตัวแปร พบว่า กลุ่มเด็กเล็กที่ยังไม่มีเกรด กินยาสม่ำเสมอ 21 เท่า (AOR 21.069, 95%CI 1.566–283.364) เทียบกับกลุ่มที่เกรดเฉลี่ย 3.51-4.00 ผู้ป่วยระดับชั้นมัธยมศึกษา กินยาสม่ำเสมอ 1021 เท่า (AOR 1021.379, 95%CI 17.534–59496.0) เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ศึกษา กลุ่มที่มีโรคร่วมทางจิตเวช กินยาสม่ำเสมอ 3 เท่า (AOR 3.983, 95%CI 1.164–13.629) เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช กลุ่มที่กินยามากกว่า 3 ครั้งต่อวัน กินยาสม่ำเสมอ 0.027 เท่า (AOR 0.027, 95%CI 0.000 - 0.850) เทียบกับกลุ่มที่กินยา 1 ครั้งต่อวัน

สรุป: ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการกินยาสม่ำเสมอ ได้แก่ ผลการเรียน ระดับชั้นเรียน การมีโรคร่วมทางจิตเวช และความถี่ในการกินยา

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ยา, ปัจจัย, ความชุก, การกินยาสม่ำเสมอ

Prevalence and factors associated with medication adherence among child and adolescent psychiatric patients at Suratthani Hospital

Tanatta Anantaseriwidhya

Abstract

Background: The department of child and adolescent psychiatry, Suratthani hospital provides treatment to approximately 250 patients per month. Most patients have received treatment with behavior modification and medications. Consistent adherence to medication has been improved clinical symptoms. However, most patients still have poor medication adherence due to multiple factors, which contribute to ineffective treatment outcomes.

Objectives: To determine the prevalence of child and adolescent mental disorders in Suratthani hospital and identify factors associated with medication adherence.

Method: A cross-sectional analytical study was conducted on 230 patients aged 5–18 years who received outpatient treatment at Child and Adolescent Psychiatry Department, Suratthani Hospital, from May to July 2025.

Results: A total of 235 participants were included in this study; however, some did not complete the questionnaires as required, resulting in 230 participants being valid. Among them, 157 were males (68.26%), 73 were females (31.74%), average age 10.35 ± 3.1 years. The majority of the sample group had academic results between 2.01–2.50 (34.78%), studied at the primary school level (69.57%), had no history of using alcohol, cigarettes, or drugs (92.61%). 67.83% of cases were diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. 40% of participants were found to adhere regularly to their medication regimen. After adjusting by multiple logistic regression, young children who do not yet have academic performance results had 21 times on medication adherence (AOR 21.069, 95%CI 1.566–283.364) compared to children with academic performance results of 3.51–4.00. Patients with secondary school level had 1021 times on medication adherence (AOR 1021.379, 95%CI 17.534–59496.0) compared to the group without education. Having psychiatric comorbidities had 3 times on medication adherence (AOR 3.983, 95%CI 1.164–13.629) compared to the group without psychiatric comorbidities. The frequency of medication more than 3 times per day had 0.027 times on medication adherence (AOR 0.027, 95%CI 0.000 - 0.850) compared to frequency of medication 1 time per day.

Conclusion: Factors predicting medication adherence were academic performance, grade level, presence of psychiatric comorbidities, and medication frequency.

Keywords: Mental health, Medication, Factor, Prevalence, Medication adherence

บทนำ

พัฒนาการของเด็กตามปกติเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่พัฒนาการทางร่างกาย สติปัญญา สังคม อารมณ์ และพฤติกรรม¹ ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น พันธุกรรม การพัฒนาของสมอง ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ลักษณะครอบครัว การเลี้ยงดู เศรษฐฐานะ ประสบการณ์ที่พบ² การพัฒนาที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต

โรคทางจิตเวชเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา เช่น พันธุกรรม การทำงานของสมอง ปัจจัยทางจิตใจ เช่น พันธุกรรม บุคลิกภาพ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิด และปัจจัยทางสังคม เช่น การเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว³ เมื่อเกิดโรคทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน มีความบกพร่องในกิจกรรมทางสังคม และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁴

โรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น อาจแสดงออกเป็นปัญหาด้านพัฒนาการ ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านอาการทางกาย ด้านการเรียนรู้หรือด้านการเข้าสังคม เด็กหรือวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตถ้าได้รับการวินิจฉัยและเข้าถึงการรักษา สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กหรือวัยรุ่นให้ดีขึ้น⁵ โดยการรักษาโรคทางจิตเวชจะประกอบไปด้วยการรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคม

ปัจจุบันการรักษาด้วยยาถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอาการดีขึ้น ยาเหล่านี้สามารถใช้รักษาอาการของโรคทางจิตเวช ลดความพิการ เพิ่มคุณภาพชีวิต และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรค⁶ แต่อย่างไรก็ตามมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกินยาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ จากการศึกษา

ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคทางจิตเวช มีอัตราการกินยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 8-69 และมีอัตราการกินยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 27-78⁷ ขึ้นอยู่กับวิธีการศึกษา โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ ได้แก่ การกินยาชนิดเดียว⁸⁻⁹ การรับรู้ว่าการกินยาดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น¹⁰ ช่วงอายุ¹¹ ความถี่ในการกินยาน้อยครั้ง¹² การรักษาด้วยจิตบำบัดอย่างต่อเนื่อง ความเข้าใจเชิงลึกของผู้ป่วยทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัว¹³ การที่มารดา รู้สึกว่าอาการของลูกดีขึ้นด้วยการรักษาและการใช้ยา¹⁴ ความเชื่อเชิงบวกต่อการรักษาของผู้ป่วย และผู้ดูแลดูแลใกล้ชิด¹⁵ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกินยาไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค โรคสมาธิสั้น การใช้สารเสพติด¹⁶ และผลข้างเคียงจากยา¹⁷

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเข้ารับการรักษา เดือนละประมาณ 200-250 ราย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับอัตราการกินยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน โดยเฉพาะจังหวัดสุราษฎร์ธานี การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกินยาของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาความชุกโรคจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

วัสดุและวิธีการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและผู้ปกครองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน
พฤษภาคม-กรกฎาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุ 5-18 ปีที่เข้ารับ
การรักษาในแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/

อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1. เด็กและผู้ปกครองที่เข้ารับการรักษา
ในแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาล
สุราษฎร์ธานี

2. มีประวัติรับการรักษาเกินกว่า 3 เดือน

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่

กำหนด

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

หรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria)

เด็กหรือผู้ปกครองที่มีความประสงค์ที่จะ
ถอนตัวจากการวิจัย

ขนาดประชากร

คำนวณตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน
ของประชากร สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างกรณี
ประชากรมีขนาดใหญ่หรือไม่ทราบจำนวน
ประชากร¹⁸ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

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

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, Z = ค่าความ
เชื่อมั่น โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่สถิติที่ 0.05
(ระดับความเชื่อมั่น 95%), P = ค่าความชุกหรือ
สัดส่วน, d = ค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้
แทนค่าด้วย Z = 1.96, P = 0.15¹⁹, d = 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2(0.15)(0.85)}{(0.05)^2} \quad n = 196$$

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 196 คน แต่เพื่อ
ป้องกันการตอบกลับไม่ครบ จึงเผื่อไว้จำนวน 20%

ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (20% ของ 196 = 39) จะ
ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้วิจัย
จัดทำขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการรักษาและ
การกินยา ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียน
ประกอบด้วยการวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วมทาง
จิตเวช โรคประจำตัวอื่นๆ ยาที่ใช้ในการรักษา
ความถี่ของการกินยา ความสม่ำเสมอของการกิน
ยาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (กินสม่ำเสมอมากกว่า
80% ตามคำสั่งแพทย์) และการมาติดตามนัด
ในช่วงที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง
ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา
สถานภาพ การเจ็บป่วยทางจิตเวช โรคประจำตัว
อื่นๆ ประวัติการใช้เหล้า บุหรี่ สารเสพติด มุมมอง
ต่อการกินยาและประโยชน์ในการกินยาของเด็ก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก (ในกรณีเด็ก
อายุ 12 ปีขึ้นไป จะให้เด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม
ด้วยตนเอง) ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น
เกรดเฉลี่ยสะสม ประวัติการใช้เหล้า บุหรี่ สารเสพติด
ผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับจากคลินิกจิตเวชเด็ก
และวัยรุ่น สาเหตุที่ไม่ได้กินยาสม่ำเสมอ (ตอบใน
กรณีที่กินยาไม่สม่ำเสมอ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติ โดย
ข้อมูลเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูล
ที่มีการแจกแจงปกติ หรือใช้ค่ามัธยฐานและ
ช่วงควอไทล์สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่
ปกติ

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่กิน
ยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ใช้ Fisher's exact
test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ (เช่น เพศ ระดับ
การศึกษา การวินิจฉัยโรค โรคร่วมทางจิตเวช
ความถี่ในการกินยา การมาตามนัด) และใช้
Independent t-test หรือ Mann-Whitney U

test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ (เช่น อายุ) ตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูล

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกินยาสม่ำเสมอ โดยกำหนดตัวแปรตาม คือ การกินยาสม่ำเสมอ ใช้การวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression Analysis เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการกินยา โดยรายงานผลเป็น Adjusted Odds Ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย REC 68-0049

เลขที่รับรอง COA061/2568 ลงวันที่ 22 เมษายน 2568

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานและด้านครอบครัว

การศึกษาเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 235 คน แต่มีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนด จึงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 230 คน เป็นเพศชาย 157 คน ร้อยละ 68.26 เพศหญิง 73 คน ร้อยละ 31.74 อายุเฉลี่ย 10.35 ± 3.1 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีผลการเรียนเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.01-2.50 ร้อยละ 34.78 ศีรษะระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.57 ไม่มีประวัติการใช้เหล้า บุหรี่ สารเสพติด ร้อยละ 92.61 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	รวม จำนวน (ร้อยละ)	กินยาสม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	กินยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ				
ชาย	157 (68.26)	53 (57.61)	104 (75.36)	0.005*
หญิง	73 (31.74)	39 (42.39)	34 (24.64)	
อายุ(ปี)				
6-10	131 (56.96)	50 (54.35)	81 (58.70)	0.086
11-15	86 (37.39)	33 (35.87)	53 (38.41)	
≥16	13 (5.65)	9 (9.78)	4 (2.90)	
ระดับชั้น				
ไม่ได้ศึกษา	6 (2.61)	3 (3.26)	3 (2.17)	0.173
ประถมศึกษา	160 (69.57)	57 (61.96)	103 (74.64)	
มัธยมศึกษา	58 (25.22)	28 (30.43)	30 (21.74)	
อื่นๆ**	6 (2.61)	4 (4.35)	2 (1.45)	
เกรดเฉลี่ย				
3.51-4.00	38 (16.52)	18 (19.57)	20 (14.49)	0.307
3.01-3.50	40 (17.39)	17 (18.48)	23 (16.67)	
2.51-3.00	39 (16.96)	13 (14.13)	26 (18.84)	
2.01-2.50	80 (34.78)	27 (29.35)	53 (38.41)	
ยังไม่มีเกรด	33 (14.35)	17 (18.48)	16 (11.59)	
ประวัติการใช้เหล้า บุหรี่ หรือ สารเสพติด				
ไม่มี	213 (92.61)	88 (95.65)	125 (90.58)	0.150
มี	17 (7.39)	4 (4.35)	13 (9.42)	

* $p < 0.05$ **อื่นๆได้แก่ ชั้นปฐมวัยและปวช.

ข้อมูลด้านครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้ปกครองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.22 การศึกษาระดับเทียบเท่าปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 38.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.48 ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 99.57 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.78 ไม่มีประวัติการใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติด ร้อยละ 91.30 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	รวม จำนวน (ร้อยละ)	กินยาสม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	กินยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ				
ชาย	33 (14.35)	11 (12.09)	22 (15.94)	0.416
หญิง	196 (85.22)	80 (87.91)	116 (84.06)	
อาชีพ				
ทำสวน	69 (30.0)	26 (28.26)	43 (31.16)	0.102 ^b
รับจ้าง	46 (20.0)	14 (15.21)	32 (23.18)	
ค้าขาย	34 (14.78)	14 (15.21)	20 (14.49)	
ธุรกิจส่วนตัว	9 (3.91)	1 (1.08)	8 (5.79)	
แม่บ้าน	9 (3.91)	3 (3.26)	6 (4.34)	
รับราชการ	9 (3.91)	5 (5.43)	4 (2.89)	
พนักงานราชการ	11 (4.78)	9 (9.78)	2 (1.44)	
พนักงานบริษัท	5 (2.17)	4 (4.34)	1 (0.72)	
ลูกจ้างรัฐ	5 (2.17)	3 (3.26)	2 (1.44)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (4.35)	5 (5.43)	5 (3.62)	
อื่นๆ	21 (9.13)	6 (6.52)	15 (10.87)	
การศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	3 (1.30)	0 (0.00)	3 (2.19)	0.313 ^b
ประถมศึกษา	58 (25.22)	21 (23.08)	37 (27.01)	
มัธยมศึกษา	78 (33.91)	29 (31.87)	49 (35.77)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	89 (38.70)	41 (45.05)	48 (35.04)	
สถานภาพ				
โสด	35 (15.22)	11 (11.96)	24 (17.52)	0.725
สมรส	146 (63.48)	61 (66.30)	85 (62.04)	
หย่าร้าง	31 (13.48)	13 (14.13)	18 (13.14)	
หม้าย	17 (7.39)	7 (7.61)	10 (7.30)	
การเจ็บป่วยทางจิตเวช				
ไม่มี	229 (99.57)	92 (100)	137 (99.28)	1.000 ^b
มี	1 (0.43)	0 (0.00)	1 (0.72)	
โรคประจำตัวอื่นๆ				
ไม่มี	172 (74.78)	67 (72.83)	105 (79.09)	0.577
มี	58 (25.22)	25 (27.17)	33 (23.91)	
ประวัติการใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติด				
ไม่มี	213 (91.30)	88 (95.65)	125 (90.58)	0.150
มี	17 (7.39)	4 (4.35)	13 (9.42)	

^b Fisher's exact test, $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านการวินิจฉัยโรค และการรักษา

ความชุกของโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พบกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัย โรคสมาธิสั้น ร้อยละ 67.83 กลุ่มโรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.78 โรคออทิสติก ร้อยละ 6.96 โรคพัฒนาการช้า ร้อยละ 3.04 โรคสติปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 2.61 โรคดื้อต่อต้าน ร้อยละ 1.30 กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำ ร้อยละ 0.87 กลุ่มโรคอื่นๆ ร้อยละ 2.61 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช ร้อยละ 55.65 โดยพบโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรค

การเรียนบกพร่อง ร้อยละ 10.40 โรคสมาธิสั้น ร้อยละ 9.10 โรคดื้อต่อต้าน ร้อยละ 6.90 โรคสติปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 6.90 โรคสติปัญญา คาบเส้น ร้อยละ 5.20 กลุ่มโรควิตกกังวล ร้อยละ 4.80 โรค Tic ร้อยละ 1.70 กลุ่มโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.30 กลุ่มโรคอื่นๆ ร้อยละ 2.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 92.61 ไม่มีผลข้างเคียงจากยาจิตเวช ร้อยละ 60.43 ความถี่ในการกินยา 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 35.65 มาติดตามอาการตรึงนัดทุกครั้ง ร้อยละ 56.96 รายละเอียดตามตารางที่ 3,4

ตารางที่ 3 ข้อมูลการวินิจฉัยโรค และการรักษา

ข้อมูล	รวม จำนวน(ร้อยละ)	กินยาสม่ำเสมอ จำนวน(ร้อยละ)	กินยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน(ร้อยละ)	p-value
การวินิจฉัยโรคหลัก				
โรคสมาธิสั้น	156 (67.83)	48 (52.17)	108 (78.26)	
กลุ่มโรคซึมเศร้า	34 (14.78)	25 (27.17)	9 (6.52)	
โรคออทิสติก	16 (6.96)	12 (13.04)	4 (2.90)	
โรคพัฒนาการช้า	7 (3.04)	2 (2.17)	5 (3.62)	
โรคสติปัญญาบกพร่อง	6 (2.61)	2 (2.17)	4 (2.90)	<0.001**
โรคดื้อต่อต้าน	3 (1.30)	1 (1.09)	2 (1.45)	
กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำ	2 (0.87)	1 (1.09)	1 (0.72)	
อื่นๆ***	6 (2.61)	1 (1.09)	5 (3.62)	
การวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวช				
ไม่มีโรคร่วม	128 (55.65)	43 (47.25)	85 (61.59)	0.032*
มีโรคร่วม	101 (43.91)	48 (52.75)	53 (38.41)	
โรคประจำตัวอื่นๆ				
ไม่มี	213 (92.61)	87 (94.57)	126 (91.30)	0.354
มี	17 (7.39)	5 (5.43)	12 (8.70)	
อาการข้างเคียงจากยาจิตเวช				
ไม่มี	139 (60.43)	58 (63.74)	81 (59.56)	0.527
มี	88 (38.26)	33 (36.26)	55 (40.44)	
ความถี่ของการกินยา				
1 ครั้งต่อวัน	50 (21.74)	34 (36.96)	16 (11.59)	
2 ครั้งต่อวัน	82 (35.65)	33 (35.87)	49 (35.51)	<0.001**
3 ครั้งต่อวัน	77 (33.48)	20 (21.74)	57 (41.30)	
มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน	21 (9.13)	5 (5.43)	16 (11.59)	
การมาตามนัด				
สม่ำเสมอ	131 (56.96)	60 (65.22)	71 (51.45)	
ตรงนัดบางครั้ง	90 (39.13)	31 (33.70)	59 (42.75)	0.047*
ไม่สม่ำเสมอ	9 (3.91)	1 (1.09)	8 (5.80)	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** อื่นๆ ได้แก่ ภาวะไม่พูดในบางสถานการณ์ ภาวะปรับตัวผิดปกติ กลุ่มโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ยา Methylphenidate ร้อยละ 72.17 ผลข้างเคียงที่พบมากที่สุด คือ เบื่ออาหาร ร้อยละ 19.6 สาเหตุที่กินยาไม่สม่ำเสมอส่วนใหญ่ คือ ลืมกินยา ร้อยละ 56.5 ประโยชน์จากกินยาส่วนใหญ่ที่ผู้ปกครองประเมิน คือ ด้านอารมณ์ ร้อยละ 66.1 รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลการวินิจฉัยโรคร่วม ยา ผลข้างเคียง สาเหตุการกินยาไม่สม่ำเสมอ และประโยชน์ที่ได้รับ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรคร่วม		
โรคการเรียนรู้บกพร่อง	24	10.4
โรคสมาธิสั้น	21	9.1
โรคติดต่อต้าน	16	6.9
โรคสติปัญญาบกพร่อง	16	6.9
โรคสติปัญญาคาบเส้น	12	5.2
กลุ่มโรควิตกกังวล	11	4.8
โรค Tic	4	1.7
กลุ่มโรคซึมเศร้า	3	1.3
อื่นๆ*	6	2.6
ยาที่ใช้ในการรักษา		
Methylphenidate	166	72.2
Risperidone	109	47.4
Sertraline	33	14.3
Clonidine	27	11.7
Benzodiazepine	12	5.2
Fluoxetine	8	3.5
Depakine	12	5.2
Haloperidol	12	5.2
อื่นๆ	18	7.8
ผลข้างเคียงจากการกินยา		
เบื่ออาหาร	45	19.6
ใจสั่น	6	2.6
คลื่นไส้หรืออาเจียน	6	2.6
ปวดท้อง	4	1.7
ปากแห้ง	7	3.0
ลื่นแข็ง น้ำลายไหล	3	1.3
ง่วงซึม	29	12.6
นอนไม่หลับ	17	7.4
ปวดหรือเวียนศีรษะ	4	1.7
อื่นๆ	4	1.7

ตารางที่ 4 ข้อมูลการวินิจฉัยโรคร่วม ยา ผลข้างเคียง สาเหตุการกินยาไม่สม่ำเสมอ และประโยชน์ที่ได้รับ (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุที่กินยาไม่สม่ำเสมอ		
ลืมกินยา	130	56.5
มีผลข้างเคียงจากยา	8	3.5
ไม่อยากกินยา	13	5.7
ยาหมด	21	9.1
กินยาหลายชนิด	2	0.9
คิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว	13	5.7
พ่อแม่ไม่ให้กิน	2	0.9
คิดว่ายาไม่ได้ผล	3	1.3
ไม่ได้มาตามนัด	10	4.3
อื่นๆ	3	1.3
ประโยชน์จากกินยา		
ด้านอารมณ์	152	66.1
ด้านการเรียน	112	48.7
ด้านพฤติกรรม	142	61.7
ด้านคุณภาพชีวิต	81	35.2
ด้านอื่นๆ	2	0.9

*อื่นๆ ได้แก่ โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พัฒนาการทางภาษาล่าช้า โรคออทิสติก โรคปัสสาวะรดที่นอน กลุ่มโดนละเลยทอดทิ้ง

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านการกินยา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กินยาไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่จากการลืมกินยา ร้อยละ 56.5 พบปัจจัยที่มีผลต่อการกินยา คือ เพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วมทางจิตเวช ความถี่ของการกินยา การมาตามนัด มีความสัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามตารางที่ 1,2

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกินยา โดยการวิเคราะห์ multivariate regression analysis พบว่าปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และ $p < 0.01$ ได้แก่ 1) เกรดเฉลี่ย 2.51-3.00 มีผลต่อการกินยา 14 เท่า ($p < 0.05$, OR 14.104, 95%CI 1.245-159.689) เกรดเฉลี่ย 2.01-2.50 มีผลต่อ

การกินยา 13 เท่า ($p < 0.05$, OR 13.766, 95%CI 1.266-149.604) ยังไม่มีเกรดเฉลี่ย มีผลต่อการกินยา 21 เท่า ($p < 0.05$, OR 21.069, 95%CI 1.566-283.364) เทียบกับเกรดเฉลี่ย 3.51-4.00 2) ระดับชั้นประถมศึกษา มีผลต่อการกินยา 766 เท่า ($p < 0.01$, OR 766.452, 95%CI 25.479-23055.2) ระดับชั้นมัธยมศึกษา มีผลต่อการกินยา 1021 เท่า ($p < 0.01$, OR 1021.379, 95%CI 17.534-59496.0) ระดับชั้นอื่นๆ มีผลต่อการกินยา 1283 เท่า ($p < 0.01$, OR 1283.431, 95%CI 17.822-92420.1) เทียบกับกลุ่มไม่ได้ศึกษา 3) การมีโรคร่วมทางจิตเวช มีผลต่อการกินยา 3 เท่า ($p < 0.01$, OR 3.983, 95%CI 1.164-13.629) เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช 4) ความถี่

ของการกินยามากกว่า 3 ครั้งต่อวัน มีผลต่อการ 0.000 - 0.850) อย่างมีนัยสำคัญ รายละเอียดตาม
 กินยาสม่ำเสมอ ($p < 0.05$, OR 0.027, 95%CI ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการกินยา โดยใช้การวิเคราะห์ multiple regression analysis

ปัจจัย	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
เพศ				
หญิง				
ชาย	0.753 (0.645–0.878)	<0.001**	0.366 (0.113–1.181)	0.093
อายุ				
6–10				
11–15	0.622 (0.403–0.961)	0.033*	0.791 (0.153–4.075)	0.779
≥16	2.25 (0.692–7.306)	0.177	0.392 (0.016–9.068)	0.559
เกรดเฉลี่ย				
3.51–4.00				
3.01–3.50	1.139 (0.394–1.383)	0.345	10.256 (0.968–108.577)	0.053
2.51–3.00	0.708 (0.343–1.464)	0.353	14.104 (1.245–159.689)	0.033*
2.01–2.50	0.666 (0.378–1.171)	0.159	13.766 (1.266–149.604)	0.031*
ยังไม่มีเกรด	1.728 (0.823–3.625)	0.148	21.069 (1.566–283.364)	0.022*
ระดับชั้น				
ไม่ได้ศึกษา				
ประถมศึกษา	0.553 (0.400–0.764)	<0.001**	766.452 (25.479–23055.2)	<0.001**
มัธยมศึกษา	0.933 (0.557–1.562)	0.793	1021.379 (17.534–59496.0)	0.001**
ระดับชั้นอื่นๆ***	2 (0.366–10.919)	0.423	1283.431 (17.822–92420.1)	0.001**
โรคประจำตัวอื่นๆ				
ไม่มี				
มี	0.416 (0.146–1.182)	0.100	0.569 (0.036–8.888)	0.688
ประวัติเหล้า บุหรี่ สาร				
เสพติด				
ไม่มี				
มี	0.307 (0.100–0.943)	0.039*	1.336 (0.162–11.01)	0.787

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, ***ระดับชั้นอื่นๆ ได้แก่ ปฐมวัยและปวช, ****การวินิจฉัยโรคอื่นๆ ได้แก่ ภาวะไม่
 พุดในบางสถานการณ์ ภาวะปรับตัวผิดปกติ กลุ่มโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้วและความผิดปกติจากการใช้
 สารเสพติด

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการกินยา โดยใช้การวิเคราะห์ multiple regression analysis (ต่อ)

ปัจจัย	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
การวินิจฉัยโรค				
อื่นๆ****				
โรคสมาธิสั้น	0.444 (0.316–0.624)	<0.001**	0.264 (0.056–1.245)	0.093
กลุ่มโรคซึมเศร้า	2.777 (1.296–5.0)		2.423 (0.181–32.419)	0.504
โรคร่วมทางจิตเวช				
ไม่มีโรคร่วม				
มีโรคร่วม	(0.612–1.338)	0.619	3.983 (1.164–13.629)	0.028*
ความถี่การกินยา				
1 ครั้งต่อวัน				
2 ครั้งต่อวัน	0.673 (0.433–1.047)	0.079	0.448 (0.092–2.181)	0.320
3 ครั้งต่อวัน	0.350 (0.210–0.583)	<0.001**	0.215 (0.039–1.162)	0.074
มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน	0.312 (0.114–0.853)	0.023*	0.027 (0.000–0.850)	0.040*
การมาตามนัด				
ตรงนัดทุกครั้ง				
ตรงนัดบางครั้ง	0.525 (0.340–0.811)	0.004*	0.650 (0.188–2.243)	0.496
ไม่ตรงนัดส่วนใหญ่	0.125 (0.015–0.999)	0.050	0.033 (0.000–23.357)	0.309

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, ***ระดับชั้นอื่นๆ ได้แก่ ปฐมวัยและปวช., ****การวินิจฉัยโรคอื่นๆ ได้แก่ ภาวะไม่พูดในบางสถานการณ์ ภาวะปรับตัวผิดปกติ กลุ่มโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้วและความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด

วิจารณ์

ความชุกของโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในการศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัย โรคสมาธิสั้น ร้อยละ 67.83 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้า^{10, 20-21} ที่พบว่ากลุ่มโรคสมาธิสั้นเป็นหนึ่งในโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในการวินิจฉัยโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เนื่องมาจากความตระหนักเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น²² โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคบกพร่องทางการเรียน ร้อยละ 10.4 ยาที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่ คือ Methylphenidate ร้อยละ 72.2 ซึ่งสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคหลัก ผลข้างเคียงพบมากที่สุดคือ เบื่ออาหาร ร้อยละ 19.6 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มักพบผลข้างเคียงเรื่องเบื่ออาหารมากที่สุดในกลุ่มยา Methylphenidate²³

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กินยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 60 และกินยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 40 โดยสาเหตุที่กินยาไม่สม่ำเสมอ คือ ลืมกินยา ร้อยละ 56.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้า^{10, 24-25}

การวินิจฉัยโรคหลักสัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอ หลังจากวิเคราะห์ปัจจัย พบว่าโรคสมาธิสั้น ส่งผลกับการกินยาสม่ำเสมอในลักษณะเป็นปัจจัยป้องกันเทียบกับการวินิจฉัยกลุ่มโรคอื่นๆ ($p < 0.01$, OR 0.444, 95%CI 0.316–0.624) ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า เทียบกับการวินิจฉัยโรคกลุ่มอื่นๆ แล้วกลุ่มโรคสมาธิสั้นพบการกินยาสม่ำเสมอ น้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าโรคสมาธิสั้นมักพบการกินยาไม่สม่ำเสมอ^{12,26} ใน

แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยยา Methylphenidate short-acting คือ จำเป็นต้องกินยาวันละ 2-3 ครั้ง ซึ่งความถี่ในการกินยาที่มากขึ้นส่งผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ²⁷

จากการศึกษาพบว่า เพศ สัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอ ซึ่งต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้^{8,11,26} หลังจากวิเคราะห์ปัจจัยพบว่าเพศชาย สัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอในลักษณะเป็นปัจจัยป้องกันเทียบกับเพศหญิง แปลผลได้ว่าเพศชายกินยาสม่ำเสมอน้อยกว่าเพศหญิง อาจอธิบายได้จากแรงกดดันทางสังคมที่ต้องการให้เด็กผู้หญิงปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมซึ่งมีรากฐานมาตั้งแต่สมัยวัยเรียน โดยครุคาดหวังว่าเด็กผู้หญิงจะต้องเชื่อฟังมากกว่าเด็กผู้ชาย²⁸⁻²⁹ และจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมของเด็กผู้ชายมักพบการต่อต้านไม่ทำตามสั่งมากกว่า³⁰

การมีโรคร่วมทางจิตเวชสัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้³¹ โดยหลังจากวิเคราะห์แบบ multiple regression analysis พบว่า การมีโรคร่วมทางจิตเวช มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ 3 เท่า ($p < 0.01$, AOR 3.983, 95%CI 1.164 – 13.629) เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช อาจเนื่องมาจากกลุ่มเด็กที่มีโรคร่วมทางจิตเวชหลายโรค มักมีอาการที่รุนแรงมากกว่า³² เมื่อไม่ได้กินยาผู้ป่วยกลุ่มนี้มักแสดงอาการที่เห็นได้ชัดเจน กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน³³ ผู้ปกครองจึงจำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดทำให้ได้กินยาสม่ำเสมอมากกว่า

จากการศึกษาพบว่า ความถี่ของการกินยาสัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{12,27} หลังจากวิเคราะห์แบบ multiple regression analysis พบว่า ความถี่ของการกินยา มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ 0.027 เท่าเทียบกับกลุ่มที่ความถี่

ของการกินยา 1 ครั้งต่อวัน ($p < 0.05$, AOR 0.027, 95%CI 0.000 – 0.850) ตรงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าความถี่ในการกินยามากทำให้การกินยาสม่ำเสมอลดลง³⁴⁻³⁵

การมาติดตามอาการตามนัด สัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอ จากการวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า การมาตามนัดบางครั้ง สัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอในลักษณะเป็นปัจจัยป้องกันเทียบกับการมาตามนัดทุกครั้ง ($p < 0.05$, OR 0.525, 95%CI 0.340–0.811) แปลผลได้ว่า เทียบกับกลุ่มที่มาตรงนัดทุกครั้ง กลุ่มที่มาตรงนัดบางครั้งพบการกินยาสม่ำเสมอน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้³⁶⁻³⁷ เนื่องจากผู้ที่มาผิมนัดเป็นข้อบ่งชี้ของการไม่ร่วมมือในการรักษาและทำให้ไม่ได้รับยาไปรับประทานต่อเนื่อง³⁸⁻³⁹

จากการวิเคราะห์ univariate analysis พบว่าการมีประวัติการใช้เหล้า บุหรี่ สารเสพติด ส่งผลต่อการกินยาสม่ำเสมอในลักษณะเป็นปัจจัยป้องกันเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีประวัติการใช้เหล้า บุหรี่ สารเสพติด ($p < 0.05$, OR 0.307, 95%CI 0.100–0.943) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gebresilassie¹⁶ แปลผลได้ว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีประวัติการใช้เหล้า บุหรี่ สารเสพติด กลุ่มที่มีประวัติการใช้สารเสพติดมีการกินยาสม่ำเสมอต่ำกว่า อาจเนื่องมาจากเด็กและวัยรุ่นกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดมักจะมีปัจจัยจากตัวเด็กที่ขาดการควบคุมตัวเองและจากครอบครัวที่ละเลยการดูแล⁴⁰ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการกินยา

จากการวิเคราะห์ multivariate regression analysis พบว่าเกรดเฉลี่ย 2.51-3.00 มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ 14 เท่า ($p < 0.05$, OR 14.104, 95%CI 1.245– 159.689) เกรดเฉลี่ย 2.01-2.50 ผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ 13 เท่า ($p < 0.05$, OR 13.766, 95%CI 1.266 – 149.604) ยังไม่มีเกรด มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ 21 เท่า ($p < 0.05$, OR 21.069, 95%CI 1.566 – 283.364) เทียบกับเกรดเฉลี่ย 3.51-4.00 แต่ไม่พบความแตกต่างกับ เกรดเฉลี่ย 3.01–3.50 แตกต่างจาก

การศึกษาก่อนหน้า¹⁰ ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มที่ยังไม่มีเกรดมักจะเป็เด็กเล็กที่ผู้ปกครองยังต้องดูแลการกินยาใกล้ชิดทำให้กินยาสม่ำเสมอมากกว่า ส่วนกลุ่มที่เกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 3.00 จะเป็นกลุ่มที่ผู้ปกครองและครูมักให้ความสนใจ จึงได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครองและครูมากขึ้น⁴¹

จากการวิเคราะห์ multivariate regression analysis พบว่าระดับชั้นประถมศึกษา มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ 766 เท่า ($p < 0.01$, OR 766.452, 95% CI 25.479 – 23055.2) ระดับชั้นมัธยมศึกษา มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ 1021 เท่า ($p < 0.01$, OR 1021.379, 95% CI 17.534 – 59496.0) ระดับชั้นอื่นๆ มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ 1283 เท่า ($p < 0.01$, OR 1283.431, 95% CI 17.822 – 92420.1) เทียบกับระดับชั้นไม่ได้ศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าระดับการศึกษาสัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอ⁴² อาจเนื่องมาจากการได้รับการศึกษาชั้นสูงกว่าทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า⁴³ และกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับการศึกษามักเกิดจากการถูกละเลย ขาดความรู้ความเข้าใจและการเอาใจใส่จากผู้ปกครอง ส่งผลให้ขาดโอกาสทางการศึกษารวมไปถึงขาดโอกาสด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ⁴⁴⁻⁴⁵ แต่อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์พบค่าความเชื่อมั่น (CI) กว้าง แสดงว่าผลที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความแตกต่างที่มีอยู่ภายในกลุ่มประชากรมากหรืออาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีปริมาณน้อย

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. งานวิจัยเป็นการรวบรวมข้อมูลแบบ cross-sectional study ซึ่งผลการศึกษาคือเป็นอุบัติการณ์ของโรค ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง
2. งานวิจัยนี้รวบรวมข้อมูลในสถานที่เดียว ผลที่ได้จึงไม่สามารถสรุปผลไปยังกลุ่มประชากรในพื้นที่อื่นๆได้อย่างครอบคลุม
3. ข้อมูลบางส่วนด้านการกินยาหรือผลข้างเคียงในเด็กเล็กผู้ปกครองจะเป็นผู้ตอบแทน ผลที่ได้ส่วนหนึ่งอาจมาจากความคิดเห็นของผู้ปกครอง

4. การตอบคำถามเรื่อง การกินยาสม่ำเสมอ มาจากการสัมภาษณ์เด็กและผู้ปกครอง อาจพบการตอบคลาดเคลื่อนกับความเป็นจริงหรือลืมข้อมูลบางอย่าง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกินยาสม่ำเสมอและปรับเปลี่ยนได้ เช่น ความถี่ของการกินยาในผู้ป่วยบางรายที่สามารถปรับเวลาความถี่ได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอมากขึ้น ส่วนปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการกินยา สามารถแนะนำผู้ป่วยและผู้ปกครองเพื่อเฝ้าระวัง และปรับปรุงให้การกินยาดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. รวบรวมข้อมูลมากกว่าหนึ่งครั้ง เพื่อเปรียบเทียบความชุกและปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อการกินยา
2. จากการศึกษาพบว่าระดับชั้นเรียน มีอิทธิพลในการทำนายการกินยาสม่ำเสมอ แต่จากผลการวิเคราะห์พบค่าความเชื่อมั่น (CI) กว้าง จึงควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อเพิ่มความแม่นยำของผลการวิเคราะห์

สรุป

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบการวินิจฉัยโรคหลักคือ โรคสมาธิสั้น ร้อยละ 67.83 และพบโรคร่วม คือ โรคบกพร่องทางการเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กินยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 60 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอ คือ เพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วมทางจิตเวช ความถี่ของการกินยา การมาติดตามนัด ปัจจัยที่มีอิทธิพลการทำนายการกินยาสม่ำเสมอ ได้แก่ เกรดเฉลี่ยระดับชั้น การมีโรคร่วมทางจิตเวช ความถี่ของการกินยา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถนำไปปรับใช้หรือให้คำแนะนำผู้ดูแลเพื่อดูแลผู้ป่วยให้กินยาสม่ำเสมอ นำไปสู่ผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.ธิดาจิต มณีวัต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ให้คำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล รวมถึงผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่มีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- Guerra NG, Williamson AA, Lucas-Molina B. Normal development: Infancy, childhood, and adolescence. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.
- Balasundaram P, Avulakunta ID. Human Growth and Development. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567767/>
- ประภาศรี วงษ์สุวรรณ. แนวคิดการเกิดโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ:แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น, 2565.
- Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi Essential Psychiatry Fourth Edition. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi hospital, 2018.
- Centers for Disease Control and Prevention. About Children's Mental Health. [Internet]. [cited 2025 Feb 5]. Available from: <https://www.cdc.gov/children-mental-health/about/>
- The World Health Organization. Psychotropic medications. [Internet]. [cited 2025 Feb 2]. Available from: <https://www.emro.who.int/health-topics/psychotropic-medications/introduction.html>
- Kalaman CR, Ibrahim N, Shaker V, et al. Parental Factors Associated with Child or Adolescent Medication Adherence: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2023;11(4):501.
- Both C, Mechler K, Niemeyer L, Jennen-Steinmetz C, Hohmann S, Schumm L, Dittmann RW, Häge A. Medication Adherence in Adolescents with Psychiatric Disorders. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2021;49(4):295-306.
- Medic, Higashi, Littlewood, et al. Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease. Systematic review and meta-analysis. Neuropsychiatric disease and treatment. 2013;9:119-31.
- Díaz Castro L, Suárez Brito P. Medication Adherence and Perception of Satisfaction in the Healthcare of Children with Mental Disorders. Mod Care J. 2023;20(2):e130650.
- Jumpapan M. The study of prevalence and factors associated with medication nonadherence in child and adolescent psychiatric

- department, Nakorn Nayok Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2023;68(1):13-25.
12. Ninlanon, K., Sakulbumrungsil, R., Phattananurudee, S., & Tan-khum, T. Factors affecting methylphenidate adherence in children and adolescent with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2015;23(1):1-11.
 13. Edgcomb JB, Zima B. Medication Adherence Among Children and Adolescents with Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018;28(8):508-20.
 14. Nagae M, Nakane H, Honda S, Ozawa H, Hanada H. Factors affecting medication adherence in children receiving outpatient pharmacotherapy and parental adherence. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2015;28(2):109-17.
 15. Ulla Timlin, Helinä Hakko, Raija Heino, Helvi Kyngäs. Factors that Affect Adolescent Adherence to Mental Health and Psychiatric Treatment: a Systematic Integrative Review of the Literature. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2015;3(2):99-107.
 16. Tadesse G, Geremew G.W, Alemayehu T.T, et al. Psychotropic medication non-adherence and its determinants among people living with mental illnesses in Ethiopia: systematic review and meta-analysis study. *BMC Public Health*. 2025;25:1333
 17. Emilsson M, Gustafsson PA, Öhnström G, Marteinsdottir I. Beliefs regarding medication and side effects influence treatment adherence in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(5):559-71.
 18. Lemeshow S, Davis W, Hosmer Jr, et al. Adequacy of Sample Size in Health Studies. John Wiley & Sons; 1990.
 19. Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J. et al. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33:2877-94.
 20. Glory Okwori. Prevalence and correlates of mental health disorders among children & adolescents in U.S. *Children and Youth Services Review*. 2022;36.
 21. Bayraktar İ, Yalçın N, Nalbant K, Kültür EÇ, Demirkan K. Medication adherence and attitudes in adolescent psychiatry: Key influences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2025;30(2):516-528.
 22. Abdelnour E, Jansen MO, Gold JA. ADHD Diagnostic Trends: Increased

- Recognition or Overdiagnosis?. *Mo Med*. 2022;119(5):467-473.
23. Kamal M, Eltohami M, Al-Shibli S, et al. Effect and Side Effect of Stimulant/Methylphenidate on Children and Adolescents with ADHD: The Qatar Experience. *Arch Pediatr*. 2018;3:160.
 24. Dean AJ, Wragg J, Draper J, McDermott BM. Predictors of medication adherence in children receiving psychotropic medication. *J Paediatr Child Health*. 2011;47(6):350-5.
 25. Dikec G, Kardelen C, Pilz González L, et al. Stock C. Perceptions and Experiences of Adolescents with Mental Disorders and Their Parents about Psychotropic Medications in Turkey: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15):9589.
 26. Tantipanjaporn P, Kiatrungrit K. Factors Associated with Medication Adherence in Adolescents with ADHD. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2016;61(2):131-44.
 27. Coleman CI, Limone B, Sobieraj DM, et al. Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *J Manag Care Pharm*. 2012;18(7):527-39.
 28. ศศิธร ไชยชนะ. ความคาดหวังของสังคม กับพฤติกรรมและบทบาทการเป็นผู้หญิง ในชุมชน [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2544.
 29. Josslyn Johnstone. People-pleasing linked to gender differences in problem-solving: Study. [Internet]. [cited 2025 July 21]. Available from: <https://www.psych.utoronto.ca/news/people-pleasing-linked-gender-differences-problem-solving-study>
 30. Demmer DH, Hooley M, Sheen J, et al. Sex Differences in the Prevalence of Oppositional Defiant Disorder During Middle Childhood: a Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol*. 2017 Feb;45(2):313-25
 31. Bhang SY, Kwack YS, Joung YS, et al. Factors that Affect the Adherence to ADHD Medications during a Treatment Continuation Period in Children and Adolescents: A Nationwide Retrospective Cohort Study Using Korean Health Insurance Data from 2007 to 2011. *Psychiatry Investig*. 2017;14(2):158-65.
 32. Mansour R, Allison T. Dovi, David M. Lane, et al. ADHD severity as it relates to comorbid psychiatric symptomatology in children with Autism Spectrum Disorders (ASD). *Research in Developmental Disabilities*. 2017;60: 52-64
 33. Bonti E, Zerva IK, Koundourou C, Sofologi M. The High Rates of Comorbidity among Neurodevelopmental Disorders: Reconsidering the Clinical Utility of Distinct Diagnostic Categories. *J Pers Med*. 2024;14(3):300.

34. El-Rachidi S, LaRochelle JM, Morgan JA. Pharmacists and Pediatric Medication Adherence: Bridging the Gap. *Hosp Pharm.* 2017;52(2):124-31.
35. Srivastava K, Arora A, Kataria A, Cappelleri JC, Sadosky A, Peterson AM. Impact of reducing dosing frequency on adherence to oral therapies: a literature review and meta-analysis. *Patient Prefer Adherence.* 2013;7:419-34.
36. Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2007;13(6):423-34.
37. Zeleke TK, Birhane W, Gubae K, Kebede B, Abebe RB. Navigating the Challenges: Predictors of Non-Adherence to Psychotropic Medications Among Patients with Severe Mental Illnesses in Ethiopia. *Patient Prefer Adherence.* 2023;17:2877-90.
38. Chantararat W. The reason and impact of missed psychiatric appointment. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2011;19:148-59.
39. Wongprakarnsanti K. Development the Questionnaire for the Miss Appointment Factors in Adult Psychiatric Patients. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2013;58(1):111-32
40. Naw, A.M., Ismail, R., Ibrahim, F. et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health.* 2021;21:2088.
41. Peter Fredriksson, Björn Öckert, Lucas Tilley. Parental and School Responses to Student Performance: Evidence from School Entry Rules. *IZA DP.*2024;16901
42. Moayyad Suliman Alsalem. Psychotropic Medication Non-adherence among Psychiatric Patients at King Abdulaziz Hospital-Makkah. *International Neuropsychiatric Disease Journal.* 2017;10(2):1-6
43. Boonkhayai S, The study of factors that correlate with Health literacy of Thai age 15 years old and above case study in Health Area 4. 2019. Retrieved from: <https://hpc4.anamai.moph.go.th/th/cms-of-36/download/?did=207593&id=80115&reload>
44. Kyei, Afia. The Significance of Poor Educational Outcomes in Early Childhood as a Result of Child Abuse and Neglect. *IntechOpen.* 2024. Retrieved from <https://www.intechopen.com/chapters/1157648>
45. Hahn RA, Truman BI. Education Improves Public Health and Promotes Health Equity. *Int J Health Serv.* 2015;45(4):657