

โรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 5-14 ปี โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

พรชนก หิรัญเขว่า พบ.*

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด เกิดจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมใน 3 ด้าน คือ ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง, ซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่งและขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่นที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกันและทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้ป่วย ผลการรักษาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณยา Methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการศึกษาย้อนหลังและไปข้างหน้าเชิงพรรณนาในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 กรกฎาคม 2564 ช่วงอายุ 5-14 ปี จำนวน 219 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นสมาธิสั้นตามหลักเกณฑ์ของ DSM IV-TR เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามการรักษาได้จนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาจำนวนค่าเฉลี่ย ร้อยละ สัดส่วน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นโดยใช้ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 134 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.4 อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 2.6:1 อายุเฉลี่ย 8 ± 1.84 ปี ร้อยละ 61.9 อาศัยอยู่กับบิดามารดา พบชนิดผสมผสานมากที่สุด ร้อยละ 82.8 ปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ที่พบร่วมบ่อยที่สุดคือ Oppositional defiant disorder ร้อยละ 11.9 ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นทุกคนได้รับการรักษาด้วยยา Methylphenidate ปริมาณยาที่ได้รับเมื่ออาการคงที่ส่วนใหญ่คือ 20 มิลลิกรัมต่อวัน คิดเป็น ร้อยละ 64.9 ของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด ผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะคลื่นไส้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คิดเป็น ร้อยละ 17.2 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นพบว่าเพศชายมีปริมาณการใช้ยา Methylphenidate มากกว่าเพศหญิง ($p < 0.05$) และโรคสมาธิสั้นชนิดผสมผสานมีปริมาณการใช้ยา Methylphenidate มากกว่าโรคสมาธิสั้นชนิดอื่น ๆ ($p < 0.05$)

สรุปผลการวิจัย: ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 8 ปี, อาศัยอยู่กับบิดามารดา พบเป็นชนิดผสมผสานมากที่สุด ปัญหาทางจิตเวชที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นบ่อยที่สุด คือ Oppositional defiant disorder ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศชาย และโรคสมาธิสั้นชนิดผสมผสาน มีปริมาณการใช้ยา Methylphenidate มากกว่าเพศหญิง และโรคสมาธิสั้นชนิดอื่น ๆ

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น, ปัจจัย, เด็ก

*โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

ส่งเรื่องตีพิมพ์: 10 กันยายน 2564

อนุมัติตีพิมพ์: 13 ธันวาคม 2564



**Attention-Deficit Hyperactive Disorder in Children, aged 5-14 years old Bamnetnarong Hospital,
Chaiyaphum province.**

Pornchanok Hirunkhwao, M.D.*

Abstract

Background: Attention-Deficit Hyperactive Disorder (ADHD) is a common psychiatric disorder in children characterized by three clusters of symptoms: inattention, hyperactivity and impulsivity.

Objective: To study of general data, treatment outcomes and factors related to the dose of Methylphenidate used in ADHD children at Bamnetnarong hospital, Chaiyaphum province.

Methods: This retro-prospective descriptive study examined 219 ADHD children at Bamnetnarong hospital, Chaiyaphum province, between 1 January 2018 and 31 July 2021, aged 5-14. Inclusion criteria for ADHD children were diagnosed using DSM IV-TR criteria. Exclusion criteria for children with ADHD were not followed up until the date of data collection. Data analysis presents the average, percentage, proportion and Fisher's Exact Test.

Results: The sample was selected from 134 ADHD children, most common in boys (72.4 percentage). The ratio of boys to girls was about 2.6:1. The average age was 8 years old (SD=1.84). 61.9 percent of ADHD children were raised by their parents. The combined type was the most common (82.8 percentage). The most common comorbidity disorder was Oppositional defiant disorder (11.9 percentage). The most common dose of Methylphenidate used was 20 mg per day (64.9 percentage). Nausea, vomiting and weight loss were the most common side effects (17.2 percentage). The statistically significant factors affecting ADHD were the doses of Methylphenidate used in boys, which were higher than girls (p -value<0.05) and the doses of Methylphenidate used in combined type of ADHD, which were higher than other types of ADHD (p -value<0.05).

Conclusions: ADHD children at Bamnetnarong hospital, Chaiyaphum province, most common in boys, 8 years old, stayed with parents, combined type and comorbidity disorder was Oppositional defiant disorder. Statistically significant factors affecting ADHD were dose of Methylphenidate used in boys and combined type ADHD, which were higher than girls and other types of ADHD.

Keywords: ADHD, Factors, Children

*Bamnetnarong Hospital, Chaiyaphum province.

Submission: 10 September 2021 **Publication:** 13 December 2021

บทนำ

โรคสมาธิสั้นหรือ Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด และเป็นความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกันและทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเข้าสังคม⁽¹⁾ แบ่งออกเป็น 3 ชนิดได้แก่ ชนิดที่ 1 มีอาการรวมบกพร่องทั้งเรื่องสมาธิสั้นและซุกซน (Combined type), ชนิดที่ 2 บกพร่องทั้งเรื่องสมาธิสั้นและซุกซนผิดปกติ แต่อาการเด่นคืออาการสมาธิสั้น (Inattentive type) และชนิดที่ 3 บกพร่องทั้งเรื่องของสมาธิสั้นและซุกซนผิดปกติแต่อาการเด่นคืออาการซุกซน หุนหันพลันแล่น (Hyperactive/impulsive type)⁽²⁾ การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นอาศัยเพียงการซักประวัติและประเมินอาการของผู้ป่วย ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-text Revised (DSM IV-TR)^(1,2) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น เช่น แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV rating scale ฉบับภาษาไทย, Strength Difficulties Questionnaire (SDQ)⁽³⁾

การรักษาโรคสมาธิสั้นประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาด้วยยาที่ใช้บ่อยได้แก่ Methylphenidate, Atomoxetine โดยจะติดตามอาการหลังจากเริ่มยาภายใน 1 เดือน เพื่อดูผลการรักษาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา หากผลการรักษาดีสามารถนัดติดตามอาการทุก 2-3 เดือน ผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ อาเจียน^(4,5) โรคสมาธิสั้นนั้นไม่สามารถรักษาหายขาดได้ เด็กจะมีปัญหาอย่างมากในช่วงวัยเรียน เนื่องจากไม่สามารถคงความสนใจในชั่วโมงเรียนได้ อาจทำให้การเรียนไม่ดี สร้างปัญหาแก่เพื่อน หรือครู เช่น ขวนเพื่อนคุย ลูกจากที่นั่งบ่อย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสมาธิสั้นประมาณ 2 ใน 3 จะพบปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วยอย่างน้อย 1 อย่าง⁽⁶⁾ เช่น ปัญหาต่อต้าน (Oppositional defiant disorder), ปัญหาการเรียนรู้อ

(Learning disorder), ภาวะบกพร่องทางปัญญา (Mental retardation), ความผิดปกติของพัฒนาการที่แพร่หลายไม่ได้ระบุไว้ (PDD-NOS: Pervasive Developmental Disorder, Not Otherwise Specified) เป็นต้น

จากการศึกษาชนิดของโรคสมาธิสั้นในเด็กไทยพบว่า เป็นชนิดที่ 1 กลุ่มอาการรวมบกพร่องทั้งเรื่องสมาธิสั้นและซุกซน (Combined type) มากที่สุด ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบความชุกมากที่สุดเป็นชนิดที่ 2 บกพร่องทั้งเรื่องสมาธิสั้นและซุกซนผิดปกติ แต่อาการเด่นคืออาการสมาธิสั้น (Inattentive type)⁽⁷⁾ มีการศึกษาในเด็กชั้นประถมศึกษาเขตกรุงเทพมหานครพบอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 3:1^(1,7) และพบการศึกษาปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นได้แก่ เพศ, ผู้ปกครองหลัก, สถานภาพครอบครัว, การศึกษาบิดา, การศึกษามารดา, รายได้ครอบครัว, ปัญหาพฤติกรรมขณะอยู่นิ่งของบิดา, การใช้สารเสพติดของบิดา⁽⁸⁾ การใช้สื่อสังคมออนไลน์หรือโทรศัพท์ ซึ่งพบว่า 1 ใน 2 ของเด็กโรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิและอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นถูกจัดอยู่ในกลุ่มติดสื่อสังคมออนไลน์⁽⁹⁾

โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ให้การรักษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2564 จำนวน 219 คน การรักษาประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการรักษาด้วยยา Methylphenidate และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เคยมีการนำข้อมูลมาศึกษาแต่อย่างใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณลักษณะผู้ป่วยผลการรักษาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณยา Methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้ป่วย ผลการรักษาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณยา Methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิเลขที่ 37/2564 เป็นการศึกษาย้อนหลังและไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 กรกฎาคม 2564 ช่วงอายุ 5-14 ปี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)⁽¹⁰⁾ ซึ่งกำหนดให้ใช้ค่าต่างๆในการคำนวณ คือ

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{e^2}$$

เมื่อ Z_{α} = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z สำหรับค่า α ที่กำหนด

P = ค่าสัดส่วนที่คาดว่าจะพบในประชากร เช่น อุบัติการณ์ หรือความชุกของโรค

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

แทนค่าในสูตร โดยกำหนดให้ค่า $\alpha = 0.05$, $e = 0.03$ และจากการศึกษาความชุกโรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร เท่ากับร้อยละ 5.01⁽¹¹⁾ ดังนั้น

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.0501 \times 0.95}{0.03^2}$$

$$n = 203$$

ปรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการแทนค่าในสูตรเท่ากับ 205 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นสมาธิสั้นตามหลักเกณฑ์ของ DSM IV-TR

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามการรักษาได้จนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, ชั้นเรียนเริ่มเข้ารับการรักษา, ที่อยู่, ผู้ปกครองหลัก, ระยะเวลาการใช้โทรศัพท์มือถือของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นก่อนการรักษาต่อวัน, การศึกษาบิดา, การศึกษามารดา

ข้อมูลการรักษา ได้แก่ ชนิดของโรคสมาธิสั้น, ปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้น, ปริมาณยา Methylphenidate ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมีอาการคงที่, ผลข้างเคียงจากยา, การขาดยา (ครั้งต่อสัปดาห์)

เก็บข้อมูลทาง HOSxP ของโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ แล้วนำข้อมูลมาบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัว ตามแบบบันทึกข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยคำนวณหาจำนวนค่าเฉลี่ย ร้อยละและสัดส่วน วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นโดยใช้ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ถึง 31 กรกฎาคม 2564 ช่วงอายุ 5-14 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV-TR จำนวน 219 คน ไม่สามารถติดตามการรักษาได้จนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 85 คน คิดเป็น ร้อยละ 38.8 ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งสิ้น 134 คน คิดเป็น ร้อยละ 61.2 เป็นผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 72.4 คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 2.6:1 อายุเฉลี่ย 8 ปี (SD=1.84) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มเข้ารับการรักษาขณะศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 คิดเป็น ร้อยละ 25.4 ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ร้อยละ 92.5 อาศัยอยู่ในอำเภอบำเหน็จณรงค์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.9 อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 38.1 อาศัยอยู่กับญาติ ระยะเวลาการใช้



โทรศัพท์มือถือของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นก่อนการรักษาส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อวันคิดเป็น ร้อยละ 47.8 การศึกษาของบิดาและมารดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เกิน ชั้น

มัธยมศึกษาปีที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบระดับการศึกษาของบิดาและมารดา พบว่าระดับการศึกษาของมารดาสูงกว่าบิดาเล็กน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ และครอบครัว

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	97	72.4
	หญิง	37	27.6
อายุ (ปี)	5 ปี	8	6
	6 ปี	23	17.2
	7 ปี	26	19.4
	8 ปี	28	20.9
	9 ปี	22	16.4
	10 ปี	13	9.7
	มากกว่า 10 ปี	14	10.5
ชั้นเรียนเริ่มเข้ารับการรักษา	อนุบาล	26	19.4
	ประถมศึกษาชั้นปีที่ 1	34	25.4
	ประถมศึกษาชั้นปีที่ 2	28	20.9
	ประถมศึกษาชั้นปีที่ 3	20	14.9
	ประถมศึกษาชั้นปีที่ 4	14	10.4
	ประถมศึกษาชั้นปีที่ 5	5	3.7
	ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6	6	4.5
	มัธยมศึกษา	1	0.7
ที่อยู่	อำเภอบำเหน็จณรงค์	124	92.5
	นอกเขตอำเภอบำเหน็จณรงค์	10	7.5
ผู้ปกครองหลัก	บิดามารดา	83	61.9
	ญาติ	51	38.1
ระยะเวลาการใช้	น้อยกว่า 30 นาที	64	47.8
โทรศัพท์มือถือของผู้ป่วยเด็ก	30-60 นาที	9	6.7
สมาธิสั้นก่อนการรักษาต่อวัน	1-2 ชั่วโมง	18	13.4
	2-3 ชั่วโมง	11	8.2
	มากกว่า 3 ชั่วโมง	32	23.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ และครอบครัว (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว		จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาบิดา	ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาปีที่ 6	31	23.1
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	27	20.1
	มัธยมศึกษาปีที่ 6	31	23.1
	อนุปริญญา	9	6.7
	ปริญญาตรี	5	3.7
	สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.2
	ไม่มีข้อมูล	28	20.9
การศึกษามารดา	ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาปีที่ 6	21	15.7
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	16	11.9
	มัธยมศึกษาปีที่ 6	48	35.8
	อนุปริญญา	16	11.9
	ปริญญาตรี	6	4.5
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.5
	ไม่มีข้อมูล	25	18.7

ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นพบเป็นชนิดผสมผสานมากที่สุด รองลงมาเป็นชนิดขาดสมาธิ คิดเป็น ร้อยละ 82.8 และ 14.7 ตามลำดับ, ปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นบ่อยที่สุด คือ Oppositional defiant disorder รองลงมาเป็น Learning disorder ร้อยละ 11.9 และ 9.7 ตามลำดับ ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นทุกคนได้รับการรักษาด้วยยา Methylphenidate ปริมาณยาที่ได้รับเมื่ออาการคงที่ส่วนใหญ่คือ 20 มิลลิกรัมต่อวัน คิดเป็น ร้อยละ 64.9 ของผู้ป่วยเด็ก

สมาธิสั้นทั้งหมด ผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อยที่สุดคือ ภาวะคลื่นไส้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คิดเป็น ร้อยละ 17.2 รองลงมา คือ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ร้อยละ 1.5 และผลข้างเคียงที่พบน้อย คือภาวะใจสั่น ร้อยละ 0.7 ซึ่งภายหลังติดตามอาการพบว่าอาการใจสั่นหายได้เอง ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.1 กินยาสม่ำเสมอ โดยขาดยาน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ

ข้อมูลการรักษา		จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของโรคสมาธิสั้น	Combined type	111	82.8
	Inattention type	20	14.9
	Hyperactivity/impulsivity type	3	2.2
ปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้น	ไม่พบปัญหาห้วง	92	68.6
	Oppositional defiant disorder	16	11.9
	Learning disorder	13	9.7
	Mental retardation	7	5.2
	PDD-NOS	3	2.2
	ปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ	3	2.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ (ต่อ)

ข้อมูลการรักษา		จำนวน	ร้อยละ
ปริมาณยาMethylphenidate	10 mg	22	16.4
ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่ออาการคงที่	15 mg	2	1.5
	20 mg	87	64.9
	25 mg	0	0
	30 mg	19	14.2
	มากกว่า 30 mg	4	3
ผลข้างเคียงของยา	ไม่มีผลข้างเคียง	106	79.1
	คลื่นไส้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด	23	17.2
	ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ	2	1.5
	ใจสั่น	1	0.7
	อื่นๆ	2	1.5
การขาดยา (ครั้งต่อสัปดาห์)	น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	114	85.1
	2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	13	9.7
	มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	7	5.2

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นพบว่า ปัจจัยอื่น ๆ นั้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ เพศและชนิดของโรคสมาธิสั้นมีผลต่อปริมาณการใช้ยา Methylphenidate อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วน

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยา Methylphenidate ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test

ข้อมูล	ปริมาณการใช้ยา methylphenidate จำนวน (ร้อยละ)						Fisher's exact	p-value (<0.05)
	10 mg	15 mg	20 mg	25 mg	30 mg	>30 mg		
เพศ							12.2	0.008
-ชาย	11 (8.2)	1 (0.7)	63 (47.0)	0 (0)	18 (13.4)	4 (3)		
-หญิง	11 (8.2)	1 (0.7)	24 (17.9)	0 (0)	1 (0.7)	0 (0)		
รวม	22 (16.4)	2 (1.5)	87 (64.9)	0 (0)	19 (14.2)	4 (3)		
ชนิดของโรคสมาธิสั้น							14.679	0.047
-Inattention type	8 (6)	0 (0)	11 (8.2)	0 (0)	1 (0.7)	0 (0)		
-Hyperactive/impulsive type	0 (0)	0 (0)	2 (1.5)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)		
-Combined type	14 (10.4)	2 (1.5)	74 (55.2)	0 (0)	18 (13.4)	3 (2.2)		
รวม	22 (16.4)	2 (1.5)	87 (64.9)	0 (0)	19 (14.2)	4 (3)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการใช้ยา Methylphenidate ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test (ต่อ)

ข้อมูล	ปริมาณการใช้ยา methylphenidate จำนวน (ร้อยละ)						Fisher's exact	p-value (<0.05)
	10 mg	15 mg	20 mg	25 mg	30 mg	>30 mg		
ปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ที่พบร่วม							4.730	0.298
-ไม่พบปัญหาพร้อม	18 (13.4)	1 (0.7)	60 (44.8)	0 (0)	10 (7.5)	3 (2.2)		
-พบปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ	4 (3)	1 (0.7)	27 (20.1)	0 (0)	9 (6.7)	1 (0.7)		
รวม	22 (16.4)	2 (1.5)	87 (64.9)	0 (0)	19 (14.2)	4 (3)		
ผลข้างเคียงของยา							24.537	0.171
-ไม่มีผลข้างเคียง	16 (11.9)	2 (1.5)	66 (49.3)	0 (0)	18 (13.4)	4 (3)		
-คลื่นไส้ เมื่ออาหาร น้ำหนักลด	3 (2.2)	0 (0)	19 (14.2)	0 (0)	1 (0.7)	0 (0)		
-ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ	2 (1.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
-ใจสั่น	1 (0.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
-อื่นๆ	0 (0)	0 (0)	2 (1.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
รวม	22 (16.4)	2 (1.5)	87 (64.9)	0 (0)	19 (14.2)	4 (3)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคสมาธิสั้นกับระยะเวลาการใช้โทรศัพท์มือถือในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test

ข้อมูล	ระยะเวลาการใช้โทรศัพท์มือถือ					Fisher's exact	p-value (<0.05)
	น้อยกว่า 30 นาที	30-60 นาที	1-2 ชั่วโมง	2-3 ชั่วโมง	มากกว่า 3 ชั่วโมง		
ชนิดของโรคสมาธิสั้น						6.344	0.559
-Inattention type	9 (6.7)	1 (0.7)	5 (3.7)	1 (0.7)	4 (3)		
-Hyperactive/impulsive type	2 (1.5)	1 (0.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
-Combined type	53 (39.6)	7 (5.2)	13 (9.7)	10 (7.5)	28 (20.9)		
รวม	64 (47.8)	9 (6.7)	18 (13.4)	11 (8.2)	32 (23.9)		

อภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น 219 คน เนื่องจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นไม่สามารถติดตามการรักษาได้จนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 85 คน คิดเป็น ร้อยละ 38.8 ดังนั้นจำนวนเด็กสมาธิสั้นเข้าร่วมวิจัยจึงเหลือเพียง 134 คน ผลการศึกษาในงานวิจัยนี้พบสัดส่วนเด็กสมาธิสั้นเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.6 ต่อ 1 ใกล้เคียงกับการศึกษาความชุก

ของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย⁽⁴⁾ งานวิจัยนี้พบผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นอายุเฉลี่ย 8 ปี สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่พบโรคสมาธิสั้นได้บ่อยในกลุ่มเด็กประถมวัย⁽¹¹⁻¹³⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาขณะศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ผู้วิจัยคาดว่าหากผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับบทปริทัศน์ที่กล่าวว่าโรคสมาธิสั้นในเด็กมักมี ปัญหาและวินิจฉัยได้อย่างชัดเจนเมื่อเด็กอยู่ชั้นประถมศึกษา

คอนต้นและหากให้การรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เด็กมีผลการเรียนเต็มที่ตามศักยภาพ⁽⁵⁾ งานวิจัยนี้พบผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นสามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดาขัดแย้งกับการศึกษาที่พบเด็กที่อาศัยอยู่กับญาติเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นมากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่กับบิดามารดา⁽⁸⁾ ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีผู้ปกครองหลักเป็นญาติอาจไม่สามารถติดตามการรักษาได้จนถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลทำให้ถูกคัดออกจากงานวิจัย ดังนั้นในอนาคตควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ปกครองหลักกับการขาดนัด งานวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรคสมาธิสั้นกับระยะเวลาการใช้โทรศัพท์มือถือของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นก่อนการรักษาต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ของโรคสมาธิสั้นกับการคิดสื่อสังคมออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾

งานวิจัยนี้พบผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นเป็นชนิดผสมผสานมากที่สุดขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นโรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิมากกว่าชนิดผสมผสาน⁽⁷⁾ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นชนิดผสมผสานจะมีอาการชนอนุ้มิ่ง ร่วมกับมีผลการเรียนไม่ดี จึงทำให้ง่ายต่อการคัดกรองจากผู้ปกครองและครูประจำชั้น งานวิจัยนี้ยังพบปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นบ่อยที่สุด คือ Oppositional defiant disorder⁽⁶⁾

ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นทุกคนได้รับการรักษาด้วยยา Methylphenidate ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม CNS stimulant ออกฤทธิ์เพิ่มระดับของ Dopamine ในสมองช่วยให้งานของสมองดีขึ้นและลดอาการของผู้ป่วยทั้งในด้านสมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพการรักษา ร้อยละ 80 ถูกนำมาใช้โรคสมาธิสั้นมากกว่า 60 ปี มีข้อมูลงานวิจัยที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ยา^(14,15) ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้

เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ⁽¹⁶⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยนี้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติในงานวิจัยนี้ คือ เพศชายมีปริมาณการใช้ยา Methylphenidate เมื่ออาการคงที่เฉลี่ยต่อคนต่อวันมากกว่าเพศหญิง ($p<0.05$) และมีปริมาณการใช้ยา Methylphenidate ที่ใช้เพื่อควบคุมโรคสมาธิสั้นชนิดผสมผสานเฉลี่ยต่อคนต่อวันมากกว่าโรคสมาธิสั้นชนิดอื่น ๆ ($p<0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากโรคสมาธิสั้นชนิดผสมผสานมีผลต่อระดับความรุนแรงของโรค จึงทำให้มีปริมาณการใช้ยา Methylphenidate เมื่ออาการคงที่มากกว่าโรคสมาธิสั้นชนิดอื่น ๆ

สรุป

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 8 ปี ($SD=1.84$) อาศัยอยู่กับบิดามารดา การศึกษาของบิดาและมารดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 พบเป็นชนิดผสมผสานมากที่สุด ปัญหาทางจิตเวชที่พบร่วมกับโรคสมาธิสั้นบ่อยที่สุด คือ Oppositional defiant disorder ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศชาย และโรคสมาธิสั้นชนิดผสมผสาน มีปริมาณการใช้ยา Methylphenidate มากกว่าเพศหญิง ($p<0.05$) และโรคสมาธิสั้นชนิดอื่น ๆ ($p<0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ปกครองหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กในช่วงประถมศึกษาตอนต้นควรตระหนัก เฝ้าระวัง และคัดกรองโรคสมาธิสั้นเพื่อให้เด็กเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็ว
2. ควรพัฒนาระบบติดตามการขาดนัดของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ในอนาคตควรทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นเพิ่มเติมเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเรื่องเพศกับระดับความรุนแรงของโรคและความสัมพันธ์ของผู้ปกครองหลักกับการขาดนัดพร้อมทั้งประเมินประสิทธิภาพการรักษาเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกพัฒนาการเด็กโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Boon-yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. J Psychiatr Assoc Thailand, 2012;57(4):373-86.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders, 4th edition Text rev. (DSM-IV-TR) . Washington, DC:American Psychiatric Association, 2000.
3. ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล, คุณฉวี จิงศิริกุลวิทย์ และทรงภูมิ เเบญญากร. คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมอยู่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ-ADHD) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2557;59(2):97-110.
4. Cunningham NR, Jensen P. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Kliegman RM, Stanton BF, Shor NF, St. Geme III JW, Behrman RE, editors. Nelson textbook of pediatrics. 19th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2011:108-12.
5. จิรนนท์ วีรกุล. โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่นิ่งในเด็ก. พุทธชินราชเวชสาร, 2557;31(1):65-75.
6. Pliszka SR. Pattern of psychiatric comorbidity with attention deficit/heperactivity disorder. Child Adolesc Psychiate Clin N AM, 2009;9:520-40.
7. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิถ, ธันวรุจน์ บุรณะสุขสกุล, โษษิตา ภาวสุทธิไพสิฐ และพัชรินทร์ อรุณเรือง. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 2556;21(2):66-75.
8. พิสมัย พงสารรัตน์, พรทิพย์ วชิรดิถ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 2556;27(1):108-20.
9. กัญญา พาณิชย์ศิริ, เบญจพร ต้นคสุติ. การติดสื่อสังคมออนไลน์และภาวะสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2559;61(3):191-204.
10. วรานุช ปิติพัฒน์, บรรณาธิการ. ระเบียบวิธีวิจัยทางทันตแพทยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
11. Wacharasindhu A, Panyayong B. Psychiatric Disorder in Thai School-Aged Children: I Prevelence. J Med Assoc Thai, 2002;85(suppl1):S125-36.
12. Trangkasombat U. Clinical Characteristics of ADHD in Thai Children. J Med Assoc Thai, 2008;91(12):1894-9.
13. Boonsub S, Kritchaporn C, Nadcha S, Soraya C, Chawengsak K, Wetawit S, et al. Prevalence and Associated Factors of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in a Rural Community, Central Thailand: A Mixed Methods Study. Global Journal of Health Science, 2018;10(3):60-9.
14. MTA Cooperation Group. 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for children with attention deficit hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry, 1999;56:1073-86.



15. Taylor E, Dopfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder-first update. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004;13 (Suppl1):7-30.
16. Greenhill LL, Pliszka S, Dulcan MK, Bernet W, Arnold V, Beitchman J. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescent, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002;41(2 Suppl):26S-49S.