

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในเด็กและวัยรุ่น ที่มีภาวะทางสุขภาพจิต

กมลวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล ก.ด.
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

วันรับ:	2 พ.ค. 2561
วันแก้ไข:	18 ก.ย. 2561
วันตอบรับ:	30 ก.ย. 2561

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหา และรวบรวมปัญหาเกี่ยวกับยา (drug related problems, DRPs) ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะทางสุขภาพจิตในสองกลุ่มโรคหลักคือ สมาธิสั้นในเด็กและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง ต้นปีงบประมาณ 2561 รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งสิ้น 68 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น 36 ราย และวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า 32 ราย ยาหลักที่ใช้ในผู้ป่วยสมาธิสั้นคือ methylphenidate plain tablet 10 มิลลิกรัม ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยด้วย major depressive disorder ยาต้านซึมเศร้าหลักและใช้เป็นมาตรฐานของการรักษาคือ fluoxetine tablet 20 มิลลิกรัม ข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับยาที่ค้นหาและรวบรวมได้จากทั้งสองโรค อันดับหนึ่งคือ ในผู้ป่วย 41 ราย รายงานว่าเกิดอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาน้อยหนึ่งอาการ อันดับสองคือ ในผู้ป่วย 37 ราย ยังขาดความตระหนักถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีและสม่ำเสมอ ข้อมูลด้านอาการไม่พึงประสงค์ที่พบจากการศึกษาในกลุ่มโรคสมาธิสั้น พบผู้ป่วยเด็ก 15 ราย หรือร้อยละ 41.7 มีความอยากอาหารลดลง และผู้ป่วยเด็ก 5 ราย หรือร้อยละ 13.9 มีอาการปวดศีรษะในช่วงแรกของการใช้ยา ส่วนกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พบผู้ป่วย 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.4 และ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.1 มีความอยากอาหารลดลง และมีอาการง่วงซึมตามลำดับ อาการเหล่านี้ล้วนเป็นอาการที่สัมพันธ์กับกลไกการออกฤทธิ์ของยาหลักที่ใช้ในการรักษา และที่สำคัญคือเภสัชกรสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้อง ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นไม่สามารถดูแลตนเองในการใช้ยาได้ดีเพียงพอ เภสัชกรจำเป็นต้องเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลด้วยเช่นกัน จึงจะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ได้ ซึ่งผลการศึกษาสภาพปัญหานี้สามารถนำไปศึกษา วางแผนและจัดทำแนวทางการให้คำแนะนำการใช้ยาในงานบริหารทางเภสัชกรรมได้ต่อไป

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการใช้ยา, เด็กและวัยรุ่น, ปัญหาเกี่ยวกับยา, โรคซึมเศร้า, โรคสมาธิสั้น

บทนำ

การศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นได้รายงานไว้ดังนี้ การสำรวจภาคตัดขวางในปี 2555 เพื่อศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษา⁽¹⁾ พบว่าคิดเป็นร้อยละ

8.1 โดยมีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3:1 พบความชุกสูงสุดที่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 สำหรับอัตราความชุกเฉลี่ยซึ่งศึกษาในต่างประเทศประมาณ 5.3⁽²⁾ ส่วนการสำรวจแบบภาคตัดขวางในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร รายงานความชุกของการ

เกิดภาวะซึมเศร้าเท่ากับ ร้อยละ 3.8⁽³⁾ และข้อมูลจากการศึกษาอุบัติการณ์และความชุกของวัยรุ่นไทย พบว่ามีภาวะซึมเศร้าที่มีความสำคัญทางคลินิกถึงร้อยละ 41.0–50.0⁽⁴⁾ และยังพบภาวะซึมเศร้ารุนแรงถึงร้อยละ 13.3–22.5 ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาความชุกของการมีภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นตามอายุ พบว่าเด็กในวัยเรียนมีความชุกเท่ากับร้อยละ 2.0 แต่รายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 4.0–8.0⁽⁵⁾ และจากข้อมูลเวชระเบียนและสถิติผู้ป่วยนอกซึ่งเข้ารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ในปีงบประมาณ 2559 มีผู้ป่วยวัยรุ่นเข้ารับบริการ 1,250 คน ถูกวินิจฉัยว่าเป็น mood disorder จำนวนทั้งสิ้น 258 คน จัดเป็นอันดับ 4 ของกลุ่มโรคทางจิตเวชในวัยรุ่น และมีผู้ป่วยใหม่ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ต่อปี ข้อมูลปริมาณการใช้ยาต้านซึมเศร้าจัดเป็นอันดับสอง รองจากยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น ทั้งนี้สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ เป็นสถาบันเฉพาะทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ได้มุ่งเน้นความเป็นเลิศด้านงานบริการผู้ป่วยนอกกลุ่มเด็กสมาธิสั้นและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามาโดยตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา การดูแลผู้ป่วยเน้นการทำงานเป็นทีม และเภสัชกรได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งการบริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) ส่งผลให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางคลินิก (clinical outcomes) ที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ใหญ่และเด็ก⁽⁶⁻⁷⁾

จากสภาพปัญหาที่เภสัชกรได้สังเกตก่อนหน้านี้พบว่า ผู้มารับบริการและผู้ดูแล/ผู้ปกครอง ยังมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรค ได้แก่ การดำเนินของโรค ความรุนแรงและผลกระทบของโรคที่มีต่อผู้ป่วยทั้งเด็กและวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยเรียน และเป็นวัยที่สร้างตัวตนและเอกลักษณ์ เพื่อจะก้าวไปสู่การมีวุฒิภาวะที่ดีในวัยผู้ใหญ่ต่อไป ในส่วนของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาทั้งโรคสมาธิสั้นและโรคซึมเศร้า ก็ยังขาดการตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ พบปัญหาการ

ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง หยุดใช้ยาเองในช่วงปิดเทอม รับประทานยาเพียงแค่ว่ามีอาการ บางครั้งไม่รับประทานยาโดยยังไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาตามระบับนัด นอกจากนี้ยังพบปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวกับยาอีกด้วย เช่น การแกะยาเม็ดออกจากแผงยา การหักเม็ดยาที่ได้รับทั้งหมดล่วงหน้าเพื่อเตรียมใช้ การเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสื่อมสภาพของยา กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงมีเป้าหมายในการที่จะพัฒนาการปฏิบัติงานด้านการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มดังกล่าว ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญและเป็นความรับผิดชอบด้านยาโดยตรงต่อผู้ป่วย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเก็บรวบรวมปัญหาเกี่ยวกับยา (drug-related problems, DRPs) ทุกประเภทอย่างละเอียด โดยในขั้นต้นเภสัชกรต้องค้นหา รวบรวม DRPs ให้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคและแต่ละคน แล้วจึงนำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนางานบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้ได้รับประโยชน์จากการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการค้นหา และรวบรวมปัญหาเกี่ยวกับยาทุกประเภท ในผู้ป่วยนอกสองกลุ่มโรคที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ได้แก่ โรคสมาธิสั้นในเด็ก และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ระยะเวลาการศึกษา

เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ช่วงต้นปีงบประมาณ 2561 คือ เดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2560 นิยามศัพท์ที่สำคัญของการศึกษานี้

การบริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care)⁽⁸⁻⁹⁾ หมายถึง บทบาทโดยตรงของเภสัชกรในดูแลการใช้และ

ผลของการใช้ยาของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยาทั้งด้านผลสัมฤทธิ์ทางคลินิก ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย แก้ไข และป้องกันปัญหาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะบุคคล

ปัญหาเกี่ยวกับยา (drug related problems, DRPs)⁽¹⁰⁾

หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อใช้ยาในการรักษา แล้วส่งผลกระทบต่อหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ โดยทั่วไปนิยมจัดประเภทตามนิยามของ Hepler CD และ Strand SM⁽¹⁰⁾ ได้ 8 ประเภท ดังนี้ (1) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้ (untreated indications) (2) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection) (3) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป (sub-therapeutic dosage) (4) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง (failure to receive medication) ซึ่งความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (non-adherence) จัดเข้าในประเภทนี้ (5) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป (overdosage) (6) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug reactions) (7) ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา (drug interactions) (8) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ (medication use without indication)

ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence)⁽¹¹⁾

การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการสอบถามโดยตรงจากผู้ป่วย และผู้ดูแล ร่วมกับการตรวจสอบจำนวนยารับประทาน และการยอมรับว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือที่ดี หมายถึง เมื่อยานั้นถูกใช้ไปมากกว่าร้อยละ 80.0 ของจำนวนยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย ในการมาติดตามการรักษาตามนัดทุกครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยนอกเด็กโรคสมาธิสั้นและผู้ป่วยนอกวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเภสัชกรรม สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ในช่วงเวลาที่ดำเนินการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากรจากกลุ่มตัวอย่าง กรณีที่ทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา ณ จุดเวลาที่ศึกษา ใช้สูตร

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

แทนค่า

$$Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$e = 0.05$$

$$p = 0.43$$

$$q = 0.57$$

$$N = 250$$

ซึ่งค่า $p = 0.43$ อ้างอิงจากการศึกษาของเกษศิริรินทร์ นิลานนท์และคณะ⁽⁷⁾

โดยสรุปแล้วควรจะได้จำนวนตัวอย่างของผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่น้อยกว่า 68 คน ดำเนินการรวบรวมกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ

แบบบันทึกข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสืบค้นข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วย สืบค้นข้อมูลจากโปรแกรมในคอมพิวเตอร์ที่กลุ่มงานเภสัชกรรม ซึ่งเป็นระบบการบันทึกข้อมูลของเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย รวมถึงเก็บจากแบบบันทึกการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกของกลุ่มงานเภสัชกรรม สัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย และอาจใช้การสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ในกรณีต้องการข้อมูลเพิ่มเติม แบบบันทึกที่ใช้ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน และข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย

2) แบบบันทึกข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับยา (DRPs) ตามแนวทางของ Hepler CD และ Strand SM⁽¹⁰⁾

3) แบบบันทึกอาการข้างเคียงของยาต้านซึมเศร้าและยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น และแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งใช้แบบประเมินของ Naranjo's

algorithm⁽¹²⁾

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ดำเนินการขออนุญาตการศึกษาวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม และทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้อำนวยการ

2. รวบรวมผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าในการศึกษา (inclusion criteria) คือ

- ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุ 5-13 ปี ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV TR โดยมีหรือไม่มีโรคร่วมได้
- ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอายุ 13-18 ปี ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคซึมเศร้า, MDD, dysthymia, adjustment disorder ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV TR⁽¹³⁾
- ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver) ที่เต็มใจและยินยอมให้ข้อมูลในการศึกษา พร้อมทั้งลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาหลังจากผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดการศึกษาแล้ว

ส่วนเกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากโครงการ (exclusion criteria) คือ ผู้รับบริการที่แจ้งว่าไม่สะดวก ไม่มีเวลาหรือไม่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลที่ศึกษา

3. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากข้อมูลเวชระเบียนและบันทึกในคอมพิวเตอร์ รวมถึงการสัมภาษณ์จากผู้ปกครองเป็นหลักและตัวผู้ป่วยเองในรายที่มีความพร้อมในสื่อสาร ข้อมูลเหล่านี้ได้แก่

3.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วย: อายุ เพศ ชั้นเรียน สิทธิการรักษา ข้อมูลผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

3.2 ข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วย: ประวัติการแพ้ยา โรคประจำตัว น้ำหนักและส่วนสูง

3.3 ข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับยาทั้ง 8 ประเภท

3.4 ข้อมูลอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการใช้ยา

3.5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาและคำนวณจริงจากการนับจำนวนยาที่เหลือตอนมารับยา หักลบจากจำนวนยาที่ได้จ่ายไป (โดยดูจากซองยา และในคอมพิวเตอร์)

3.6 บันทึกเพิ่มเติมด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ข้อมูลการใช้บริการที่สถานพยาบาลอื่น การใช้ยาอื่น ๆ การซื้อยารับประทานเอง การใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

4. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่และร้อยละ อภิปรายสรุปและรายงานผลการศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

การศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการ จำนวนทั้งสิ้น 68 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น 36 รายและวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า 32 ราย ในกลุ่มโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80.6 และใช้ยา Methylphenidate ชนิด plain tablet เป็นยาหลักในการรักษา ส่วนกลุ่มโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.9 และใช้ยา Fluoxetine เป็นยาหลักในการรักษา รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยา (drug related problems, DRPs)

ภาพรวมผลการรวบรวมและศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยาทั้ง 8 ประเภท ปัญหาสำคัญอันดับแรก คือ ในผู้ป่วย 41 รายเกิดอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาอย่างน้อยหนึ่งอาการ รองลงมาคือ ในผู้ป่วย 37 รายยังขาดความตระหนักถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีและสม่ำเสมอ หากแยกตามโรคหลัก 2 โรคที่ทำการศึกษามีความน่าสนใจคือจะพบว่ามีสภาพปัญหาที่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นพบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาหลัก ขณะที่ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าพบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็นปัญหาหลัก และยังพบผู้ป่วย 1 รายมีขนาดยาที่ใช้ในการรักษาที่ต่ำเกินไป ซึ่งได้รับการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยนอกเด็กสมาธิสั้น และวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (N=68)

ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น		ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
เพศ ชาย	29	80.6	9	28.1
หญิง	7	19.4	23	71.9
อายุเฉลี่ย (ปี) (mean±SD)	8.8±2.8		17.0±1.7	
ช่วงอายุ (ปี)	5.0-13.0		13.0-18.0	
ยาที่ใช้				
-Methylphenidate plain tablet	32	88.9		
-Methylphenidate extended-release	4	11.1		
-Fluoxetine			23	71.9
-Sertraline			6	18.7
-Escitalopram			3	9.4
มีโรคร่วม/วินิจฉัย				
- มีโรคร่วม	5	13.9		
- ไม่มีโรคร่วม	31	86.1		
- Major depressive disorder			21	65.6
- Dysthymia			6	18.8
- Adjustment disorder			5	15.6
ระยะเวลาในรักษาเฉลี่ย (ปี) (mean±SD)	2.6±2.2		1.5±2.5	

แก้ไขโดยเภสัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาด้วยยา ประสงค์จนนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ดังแสดง
 อย่างเต็มที่ จากการสัมภาษณ์ละเอียดยังพบเพิ่มเติมว่า มี ในตารางที่ 2 สำหรับรายงานอาการข้างเคียง/อาการไม่
 ผู้ป่วยเด็ก 14 ราย และวัยรุ่น 11 รายที่เกิดอาการไม่พึง พึงประสงค์แยกตามกลุ่มโรคนั้น กลุ่มโรคสมาธิสั้นในเด็ก

ตารางที่ 2 ภาพรวมปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยและแยกตามกลุ่มโรคที่ศึกษา

ประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา	รวมทั้งสองกลุ่มโรค (N=68)	โรคสมาธิสั้น (N=36)		โรคซึมเศร้า (N=32)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่ง	37	23	63.9	14	43.8
2) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางวิชาการ	0	0	0.0	0	0.0
3) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ	0	0	0.0	0	0.0
4) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม	0	0	0.0	0	0.0
5) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป	1	0	0.0	1	3.1
6) ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป	0	0	0.0	0	0.0
7) ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	41	21	58.3	20	62.5
8) ผู้ป่วยเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา	0	0	0.0	0	0.0
ปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบมากกว่า 2 ประเภทขึ้นไป ทั้งเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และไม่ร่วมมือใช้ยา	25	14	38.9	11	34.4

หมายเหตุ: ผู้ป่วย 1 ราย พบ DRP ได้มากกว่า 1 ประเภท

การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะทางสุขภาพจิต

36 รายนั้น พบผลไม่พึงประสงค์ต่อความอยากอาหาร 15 ราย และมีอาการปวดศีรษะ 5 ราย ผลต่อการเจริญเติบโต คือ มีน้ำหนักตัวลดลงถึง 4 ราย ส่วนโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 32 ราย พบผู้ป่วย 11 ราย และ 9 ราย มีความอยากอาหารลดลง และมีอาการง่วงซึมตามลำดับ อาการอื่นๆ ได้แก่ มีน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง อาการปวดศีรษะ และมีอาการกระวนกระวาย/อยู่ไม่นิ่ง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยาในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะทางสุขภาพจิต

จากข้อมูลที่ศึกษาในครั้งนี้พบปัญหาจากการใช้ยาอันดับแรกคือ การเกิดอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รองลงมาคือ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือใน

การใช้ยา ซึ่งจัดว่าเป็นปัญหาการไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่งนั่นเอง เป็นที่น่าสนใจคือเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มโรคในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นพบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาหลัก ขณะที่ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าพบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์เป็นปัญหาหลัก นอกจากนี้ยังพบว่า การเกิดอาการไม่พึงประสงค์นั้น เป็นสาเหตุสำคัญอันจะนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งจากการสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้ป่วย แจ้งว่าผลข้างเคียงจากยาที่ทำให้ผู้ป่วยง่วงซึมมาก จนทำให้ไม่อยากทำอะไร เป็นส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมักไม่ร่วมมือในการใช้ยา การสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่กล่าวว่า ไม่กล้าให้บุตรหลานรับประทานยา เนื่องจากมีความกลัวอาการข้างเคียงของยา ไม่แน่ใจว่าจะเกิดอันตรายจากการยาหรือไม่ และไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับยา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับยาที่บุตรหลานของตนต้องรับประทาน

ตารางที่ 3 รายงานอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแยกตามกลุ่มโรคที่ศึกษา

อาการ	ความถี่ของอาการ	ร้อยละ
ผู้ป่วยนอกเด็กโรคสมาธิสั้น (N=36)		
ปวดศีรษะ	5	13.9
น้ำหนักตัวลดลง	4	11.1
ความอยากอาหารลดลง	15	41.7
นอนไม่หลับ	3	8.3
Agitation	1	2.8
ปวดท้อง	1	2.8
ผู้ป่วยนอกวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (N=32)		
ปวดศีรษะ	6	18.8
น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง	7	21.9
ง่วงซึม	9	28.1
คลื่นไส้ อาเจียน	3	9.4
ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	11	34.4
ปากแห้ง	2	6.2
ท้องผูก	2	6.2
รู้สึกกระวนกระวาย/อยู่ไม่นิ่ง	4	12.5
อ่อนเพลียมาก	2	6.2

หมายเหตุ: ผู้ป่วย 1 รายสามารถรายงานได้มากกว่า 1 อาการ

ผู้ดูแลบางรายทดลองให้หยุดยารักษาสมาธิสั้นเอง เนื่องจากความไม่เข้าใจว่าต้องช้ยาต่อเนื่องในเวลาไปโรงเรียน ซึ่งเภสัชกรสามารถปรับความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักการออกฤทธิ์ของยา การใช้ยาที่ถูกต้อง และอธิบายเรื่องอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการรักษา และเป็นอาการที่สามารถทำนายได้จากกลไกการออกฤทธิ์ของตัวยาเอง ถ้าผู้ใช้ยาเกิดความเข้าใจก็จะร่วมมือในการรับประทานยาต่อไปจนเห็นผลการรักษาเต็มที่ ไม่หยุดยาเอง และมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นพบว่า มีผู้ที่มักลืมให้เด็กรับประทานจะเป็นมือกลางวันที่โรงเรียน ซึ่งอยู่ในความดูแลของคุณครู จากการสัมภาษณ์นี้จึงพอเห็นแนวทางว่า ควรเน้นความสำคัญของการรับประทานยาทั้งที่บ้านและโรงเรียนควบคู่กันไป แม้ว่าในประเทศไทยจะมีผู้ศึกษารวบรวมปัญหาเกี่ยวกับการช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเด็กไว้ไม่มากนัก แต่พบว่าผลการศึกษามีความคล้ายกันทั้งในแง่ประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา และสาเหตุของปัญหาดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในกลุ่มเด็กสมาธิสั้น 150 ราย ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยเกษศิริรินทร์ นิลานนท์และคณะ⁽⁷⁾ ผู้ป่วยร้อยละ 43.3 จากผู้ป่วยทั้งหมด พบความไม่ร่วมมือในการช้ยา และผู้ป่วยร้อยละ 66.7 จากผู้ป่วยทั้งหมด เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาระบบสัมภาษณ์ความร่วมมือในการช้ยาขึ้นเอง โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 1 ข้อและข้อคำถามเชิงลบ 6 ข้อ ค่าคะแนนความร่วมมือในการช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 28.9^(3,4) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน การที่ความร่วมมืออยู่ในระดับแค่ปานกลางผู้วิจัยได้อภิปรายไว้ว่าเกี่ยวข้องกับสาเหตุสำคัญคือผู้ดูแลมีทัศนคติไม่ดีต่อการช้ยา methylphenidate ก่อนที่จะช้ยานี้ สำหรับการศึกษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีในผู้ป่วยเด็กวัยโรค 32 ราย ซึ่งมีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 3.5 ปีโดยเพ็ญญา ม่วงศรีและคณะ⁽¹⁴⁾ รายงานเรื่องการตระหนักถึงความสำคัญของการ

ช้ยาซึ่งส่งผลดีต่อความร่วมมือในการช้ยาในผู้ป่วยเด็ก โดยการสัมภาษณ์ความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็ก พบว่าความร่วมมือในการช้ยาอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 90.0 และได้ทดสอบความรู้เกี่ยวกับวิธีการแบ่งเม็ดยา ผสมยา และตวงยาน้ำของผู้ดูแลด้วย ก็พบว่าสามารถทำได้ถูกต้องทุกราย ซึ่งในการศึกษาของผู้ป่วยเด็กโรควัยโรคนี้ทุกรายมีมารดาเป็นผู้ดูแลซึ่งมีความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยาอย่างมาก และความรู้ในการผสมตวงยาก็ถูกต้องทุกราย ผลสัมฤทธิ์ของการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสามารถบรรลุได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

สำหรับการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของต่างประเทศ ก็พบว่า ปัญหาจากการช้ยาส่วนใหญ่คือการไม่ร่วมมือในการช้ยาเช่นกัน โดยในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นมีการรายงานความไม่ร่วมมือในการช้ยาเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้น มีค่าเป็นช่วงกว้างตั้งแต่ร้อยละ 13.2 ถึงร้อยละ 86.4^(15,16) ทั้งนี้การศึกษาและประเมินความไม่ร่วมมือในการช้ยาในการศึกษาเหล่านี้มีความแตกต่างกันทั้งในด้านการให้คำนิยามและวิธีการของการประเมินความร่วมมือในการช้ยา ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยรุ่น พบการรายงานความไม่ร่วมมือในการช้ยาถึงร้อยละ 50.1 และโรคจิตเภทในวัยรุ่น พบร้อยละ 33.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ Sitholey P และคณะ⁽¹⁸⁾ ยังได้รายงานด้วยว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยมีความกลัวว่าบุตรหลานจะติดยาที่ใช้รักษาเนื่องจากยามีการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ปกครองบางคนคิดว่ายาไม่มีประสิทธิภาพเพราะเมื่อเริ่มช้ยาไปแล้วกลับเกิดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ในช่วงแรก อีกทั้งยังไม่เห็นผลของยาซึ่งต้องช้เวลานานเป็นสัปดาห์ และผู้ปกครองบางคนมีเจตคติที่ไม่ดีต่อตัวยาที่ใช้ในการรักษา เนื่องจากไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับยาที่เพียงพอ ประเด็นสำคัญที่การศึกษาได้อภิปรายไว้คือ ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยต้องสร้างความตระหนักต่อความสำคัญของการรักษา ความสำคัญของการช้ยา การรับประทานยาต้องสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตามระยะเวลาที่ผลของยาสามารถ

เกิดประสิทธิภาพได้เต็มที่ โดยต้องเน้นอธิบายเรื่องอาการ ไม่พึงประสงค์ของยาจิตเวชที่มักเกิดขึ้นก่อนในช่วงแรกของการรักษา ในขณะที่ประสิทธิผลของยาต้องรอไประยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นด้านจิตเวชเด็กหรือจิตเวชวัยรุ่น เกสซ์กรจำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ดูแลผู้ป่วยควบคู่ไปด้วยในครั้งแรกของการเริ่มการรักษาด้วยยา และคอยติดตามใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกของการใช้ยา การศึกษาที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ครั้งนี้ยังตรวจสอบถึงปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น การซื้อยารับประทานเอง เพื่อเฝ้าระวังปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นกับยาต้านซึมเศร้าที่ผู้ป่วยใช้อยู่ เนื่องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดได้จากปฏิกิริยาระหว่างยากับยาต้านซึมเศร้าที่อันตรายมากก็คือ serotonin syndrome และยา methylphenidate อาจมีการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาในกลุ่มบรรเทาอาการคัดแน่นจมูกที่ได้รับจากสถานพยาบาลอื่น ดังนั้นจึงควรสอบถามถึงประวัติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลอื่นร่วมด้วย เพื่อรวบรวมรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมดเก็บบันทึกไว้ เพื่อป้องกันการใช้ยาซ้ำซ้อน และเกสซ์กรยังได้รวบรวมพฤติกรรมมารับประทานอาหารการออกกำลังกายของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากการใช้ยาต้านซึมเศร้าอาจมีผลไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับความอยากอาหาร ทำให้น้ำหนักตัวผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อบุคลิกภาพและภาพลักษณ์ของวัยรุ่นได้ และอาการข้างเคียงของยาอาจนำไปสู่การทำกิจวัตรประจำวันหรือการออกกำลังกายลดลงหรือ อาจทำให้ผู้ป่วยว่างซึมจนกลายเป็นคนขี้เกียจไม่กระตือรือร้นได้ด้วย และยา methylphenidate ที่รักษาโรคสมาธิสั้นก็มีผลไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับความอยากอาหารเช่นกัน ทำให้เด็กไม่ค่อยอยากรับประทานอาหารเช้า ทำให้เด็กไม่ค่อยอยากรับประทานอาหารเช้า ทำให้น้ำหนักลดลงได้

ข้อจำกัดของการศึกษาของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในครั้งนี้คือ ยังไม่มีการสัมภาษณ์คุณครูที่ดูแลการรับประทานยาที่โรงเรียน หรือสถานศึกษาที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมส่วนใหญ่ในช่วงกลางวัน ซึ่งถ้าหากมีข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาอย่างครบถ้วนทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน จะ

ทำให้ทราบสาเหตุของการไม่ได้รับประทานยาทั้งหมดของผู้ป่วย ข้อมูลเหล่านี้จะนำไปประกอบการวางแผนในการดูแลรักษาด้วยยาให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นนั้นจะต้องประกอบด้วย 3 มิติคือ ความร่วมมือที่ดีจากที่บ้าน ที่โรงเรียน และที่โรงพยาบาล ข้อเสนอแนะของการศึกษาในระยะต่อไป ควรมีการวางแผนเก็บข้อมูลเพิ่มเติมด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือใช้ยาของผู้ป่วยในครั้งต่อไป ควรเก็บปัจจัยให้ครอบคลุมด้านคลินิกและด้านยาของผู้ป่วยมากขึ้น ด้านคลินิก นอกจากโรคร่วม ควรศึกษารายละเอียดในแง่ความรุนแรงหรือการเปลี่ยนแปลงที่ฉับพลันของการดำเนินโรค การที่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ไม่ดีต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่รุนแรง จำนวนปีที่มิโรคร่วม การติดตามผลของการใช้ยาระยะยาวต่อโรคทางเมตาบอลิก การประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ทศนคติต่อการใช้ยาของผู้ดูแล ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล และพฤติกรรมทางสุขภาพบางอย่างของผู้ป่วยที่อาจเป็นความเสี่ยงทำให้การใช้ยาไม่ได้ผล ส่วนด้านยาได้แก่ ขนาดเม็ดยาที่ใหญ่ ยากแก่การกลืนหรือไม่ รูปแบบการออกฤทธิ์ของยา ยาออกฤทธิ์เน้นที่ห้ามหัก บด แบ่งเม็ดยา แบบแผนการใช้ยาว่าสะดวกต่อผู้ป่วยหรือไม่ วิธีรับประทาน วิธีใช้ที่พิเศษ ยากแก่การจดจำ ยากต่อการทำความเข้าใจหรือไม่ แบบแผนการใช้ยามีความยืดหยุ่นต่อชีวิตประจำวันหรือไม่ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ต้องวางแผนเก็บข้อมูลอย่างเหมาะสม ผลจากการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาโดยละเอียดในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำไปจัดทำแนวทางการให้คำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยในสถานพยาบาลทางเภสัชกรรมและเพื่อแก้ไขปัญหาด้านยาให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์แพทย์หญิงมธุรดา สุวรรณโพธิ์ ที่ให้ความกรุณาสัมภาษณ์และให้คำแนะนำชี้แนะซึ่งเป็นประโยชน์ในการศึกษาและเก็บข้อมูล และขอขอบคุณ

เภสัชกรหญิงมนต์สิริ ธรรมศรีในความเอื้อเฟื้อในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาปรับปรุงในพัฒนางานบริการของกลุ่มงานเภสัชกรรมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพจิตร, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556;21:66-75.
- Polanczyk G, Silva LM, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. Am J Psychiatry 2007;164:942-8.
- จิตวี แก้วพรสวรรค์, เบลุจพร ตันตสุติ. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555;57:395-402.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาในผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2540;80:303-10.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE. Childhood and adolescent depression: a review of past ten years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1427-39.
- จิตรา เกณฑ์กระโทก, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, อารีรัตน์ ลีละธนาฤกษ์, จุฑามณี ดุษฎีประเสริฐ. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทและการให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ดูแล. วารสารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ 2554;11:40-9.
- เกษศิริพันธ์ นิลนนท์, รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, อีรารัตน์ แทนชา. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเตดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2558;23:1-11.
- ปรีชา มณฑกานติกุล. Systematic approach in pharmaceutical care. ใน: เฉลิมศรี ภูมมางกูร, กฤตติกา ตัญญาแสนสุข, บรรณาธิการ. โอสถกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: นิวไทยมิตรการพิมพ์; 2543. หน้า 35-56.
- สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). Position Statement: การให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยนอก. ใน: ธิดา ینگสานนท์, จิตติมา ตังเงิน, บรรณาธิการ. แนวทางสำคัญสำหรับการบริหารทางเภสัชกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ประชาชน; 2558. หน้า 33-48.
- Helper CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm 1990;47:533-43.
- ชื่นจิตร กองแก้ว. พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย: การวิพากษ์คำจำกัดความ. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2554;6:299-302.
- Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. Clin Pharmacol Ther 1981;30:239-45.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- เพ็ญญา ม่วงศรี. ความร่วมมือในการใช้ยาต้านวัณโรคในผู้ป่วยเด็กวัณโรค ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี; 2554 [สืบค้นเมื่อ 20 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://dlibrary.childrenhospital.go.th/handle/6623548333/194>
- Alder LD, Nierenberg AA. Review of medication adherence in children and adults with ADHD. Postgrad Med 2010;122:184-91.
- Ahmed R, Aslani P. An update on medication adherence and persistence in children, adolescents, and adults. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2013;13:791-815.
- Gearing RE, Mian IA. An approach to maximizing treatment adherence of children and adolescents with psychotic disorders and major mood disorders. Can Child Adolesc Psychiatr Rev 2005;14:106-13.
- Sitholey P, Agarwal V, Chamoli. A preliminary study of factors affecting adherence to medication in clinic children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Ind Psychiatry 2011;53:41-4.

Abstract: A Study of Drug Related Problems in Child and Adolescent with Mental Health Problem

Kamolwan Tantipiwattanaskul, Ph.D.

Faculty of Pharmacy, Siam University, Thailand

Journal of Health Science 2019;28:986-95.

The objective of this cross-sectional study was to determine drug related problems (DRPs) of child and adolescent outpatients with mental health problem in 2017. Adverse drug reactions (ADRs) and medication adherence data were interviewed and collected. Thirty-six children are diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and thirty-two adolescents are diagnosed with depression. First-line drug for ADHD treatment is 10 mg. of methylphenidate plain tablet. First-line drug for depression treatment is 20 mg. of fluoxetine tablet. The main DRPs were non-adherence and adverse drug reactions. Forty-one patients reported side effects and adverse drug reactions. Thirty-seven participants were adjusted their attitudes about medication adherence. For ADHD group, most adverse symptoms were appetite decreasing (41.7%) and headache (13.9%). For depression group, most adverse symptoms were appetite changing (34.4%) and drowsiness (28.1%). These adverse effects are categorized to type A ADRs. They are usually a consequence of the drug's primary pharmacological effect. Misunderstanding for ADRs management can directly lead to non-adherence. There is a greater risk for ADHD children and depressive adolescents about medication use. Pharmacists should prioritize and attach great importance to care givers about medication adherence. The results from this study were applied for drug counseling and pharmaceutical care plan to improve the treatment effectiveness and drug safety in ADHD children and depressive adolescent.

Keywords: ADHD children, depressive adolescent, drug related problems, medication adherence