



# สาเหตุของการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นวัยเด็กและวัยรุ่น

## Reasons of Poor Treatment Adherence in Children and Adolescents with ADHD

อริชาดา อธิพงษ์อาภรณ์\*, นิดา ลิมสุวรรณ\*

Athichada Athipongarporn\*, Nida Limsuwan\*

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลรามาธิบดี **วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในผู้ปกครองของผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นและมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้การทบทวนเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ปกครองแบบกึ่งโครงสร้างทางโทรศัพท์

**ผลการศึกษา** มีผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องที่สามารถติดต่อได้จำนวน 35 ราย จากผู้ป่วยที่ขาดการติดตามการรักษาทั้งหมด 62 ราย (คิดเป็นอัตราการตอบรับร้อยละ 56.5) เป็นเพศชายร้อยละ 77.1 อายุเฉลี่ย  $10.7 \pm 3.4$  ปี มีฐานของระยะเวลาตั้งแต่ได้รับวินิจฉัยจนถึงขาดการติดตามการรักษาเท่ากับ 6 เดือน บิดามารดาเป็นผู้ที่ตัดสินใจยุติการรักษาร้อยละ 74.3 โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ไปรับการรักษาที่อื่น สาเหตุหลักของการขาดการติดตามการรักษาต่อเนื่องได้แก่ ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ไม่สะดวกมาติดตามการรักษาในวันนัด และไม่มีอาการแล้ว หากแบ่งตามระยะเวลาของการรักษาพบว่าสาเหตุที่ขาดการติดตามการรักษาในระยะแรก ( $\leq 6$  เดือน) คือ ทนผลข้างเคียงจากการกินยาไม่ได้ ระยะทางไกลเดินทางลำบาก ไม่สะดวกมาติดตามการรักษาในวันนัด และแพทย์ไม่ค่อยสื่อสารหรือให้ข้อมูล สำหรับสาเหตุที่ขาดการติดตามการรักษาในระยะหลัง ( $> 6$  เดือน) คือ ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ไม่มีอาการแล้ว และไม่สะดวกมารับการรักษาต่อเนื่องในวันนัด ระดับความพึงพอใจในการมารับบริการตรวจรักษาต่างๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี

**สรุป** สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาเมื่อแบ่งตามระยะเวลามีความแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษานี้ช่วยให้ตระหนักถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาเพื่อเฝ้าระวังและวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาต่อไป

**คำสำคัญ** สมาธิสั้น ขาดการติดตาม เด็กและวัยรุ่น

Corresponding author: อริชาดา อธิพงษ์อาภรณ์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(1): 33-46

## ABSTRACT

**Objective :** To examine the reasons of poor treatment adherence in child and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) who received psychiatric treatment at Ramathibodi Hospital.

**Method :** This was a descriptive cross-sectional study in parents of ADHD patients under the age of 18 years who received treatment at psychiatric outpatient department, Ramathibodi Hospital. The data was collected from electronic medical record and semi-structured telephone interviewing with parents.

**Result :** There were 35 patients who could be contacted from 62 non-followed-up patients (77.1% male) with mean age of  $10.7 \pm 3.4$  years. The median of treatment duration was 6 months. Parents were decision-makers in the case of 74.3% of the subjects and most subjects who terminated their treatment did not seek other treatments. The main reasons of poor treatment adherence were poor medication compliance, inconvenience to attend follow-up appointments, and no symptom. Focusing on the subjects who lost follow-up in the first 6 months period, the main reasons of poor adherence were side effects of medications, difficulties in transportation to hospital, poor communication with psychiatrists and inconvenience to attend follow-up appointments. Regarding the subjects who lost follow-up after first 6 months period, the main reasons were poor medication compliance, clinical improvement and inconvenience to attend follow-up appointments. In general, the level of service satisfaction was good in most aspects.

**Conclusion :** The reasons of poor treatment adherence when divided by time of treatment are different. The results of this study help to identify the reasons and to prevent patients from further follow-up.

**Keywords :** ADHD, poor treatment adherence, child and adolescent

---

Corresponding author: Athichada Athipongarporn

J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(1): 33-46

## บทนำ

โรคเรื้อรัง คือความเจ็บป่วยที่กินระยะเวลานาน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งต้องการการรักษาระยะยาวโดยการตอบสนองต่อการรักษาอาจอยู่ในระดับปกติหรือต่ำกว่าปกติก็ได้<sup>1</sup> โรคทางจิตเวชส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง หากผู้ป่วยจิตเวชเด็กมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ก็จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง มีการศึกษาพบว่าโรคทางจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในวัยทำงาน และจะเป็นปัญหาาระดับโลกในศตวรรษที่ 21 แม้ผู้ป่วยอาจจะสามารถทำงานได้ แต่ก็ต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมากในการรักษาความสามารถในการทำงานให้อยู่ในระดับปกติ<sup>2</sup>

ปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นพบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของประชากรวัยเด็กและวัยรุ่นทั่วโลก โดยกว่าร้อยละ 90 ของประชากรวัยเด็กและวัยรุ่นอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในขณะที่อัตราการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 10-90<sup>3</sup> มีการศึกษาในประเทศตุรกีพบว่าผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเป็นร้อยละ 26.5 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั้งหมด<sup>4</sup> และการศึกษาในประเทศอเมริกาพบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นวัยก่อนเรียนพบได้ถึงร้อยละ 59 ของผู้ป่วยที่ได้มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชเด็ก<sup>5</sup>

โรคสมาธิสั้น หรือ Attention-deficit/Hyperactivity disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่แสดงออกเป็นอาการทางพฤติกรรมประกอบไปด้วยอาการหลัก 3 อาการ คือ 1.) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง 2.) ซนหรืออยู่นิ่ง และ 3.) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น โรคสมาธิสั้นเป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 7.2 โดยประมาณ<sup>6</sup> ส่วนใหญ่มีอาการต่อเนื่องจนถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่เป็นจำนวนร้อยละ 65 และ 50 ตามลำดับ<sup>7</sup> ในประเทศไทยได้มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-5 ทั้งประเทศ พบว่ามีความชุกร้อยละ 8.1 เพศชายมากกว่าหญิงเป็น 3:1 ส่วนใหญ่

เป็น combined type<sup>8</sup> แม้ว่าความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นจะลดลงเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น แต่หากไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือที่เหมาะสม อาการของโรคสมาธิสั้นจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัว และสังคม พบว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพื่อนวัยเดียวกันตลอดช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่<sup>9</sup> เช่น ด้านการเรียนจากเดิมที่ไม่มีปัญหาหรือมีปัญหาน้อยในชั้นประถมศึกษากลับมีปัญหามากขึ้นในช่วงวัยรุ่น เนื่องจากในระดับชั้นมัธยม การเรียนจำเป็นต้องใช้สมาธิมากขึ้น มีการบ้านมากขึ้น ต้องเรียนกับครูหลายคนและเปลี่ยนห้องเรียนบ่อยๆ รวมถึงถูกคาดหวังว่าจะต้องรับผิดชอบตนเองมากขึ้น<sup>10</sup>

การรักษาโรคสมาธิสั้นมีการรักษาด้วยการใช้ยาและการปรับพฤติกรรม ส่วนใหญ่จะใช้ยาในการรักษาเป็นหลัก<sup>11,12</sup> มีการศึกษาในวัยรุ่นบางการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องทำให้ผลการเรียนดีขึ้น ชะลอเวลาในการเริ่มใช้สารเสพติด และลดการทำหน้าที่ที่บกพร่อง<sup>11,13-15</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอุปสรรคของความร่วมมือในการกินยาต่อเนื่องเกิดจากปัจจัยต่างๆ หลายประการ ได้แก่ ตัวผู้ป่วย ทีมผู้รักษา และสถานพยาบาล<sup>16</sup> โดยความสัมพันธ์กับแพทย์ ปัจจัยทางครอบครัว สังคม ระดับการศึกษา ผลข้างเคียงของยา ผลการรักษา อาการของโรค เจตคติต่อโรคและการรักษา ความรู้สึกอับอายต่อการรักษาทางจิตเวช (stigma) การสื่อสาร การให้ความรู้ การหลงลืม รวมถึงการเข้าถึงบริการการรักษา ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรอตรวจ และรอนัดติดตามการรักษา มีผลกับความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่องเช่นกัน<sup>17-22</sup> พบว่าเกินครึ่งของผู้ที่ไม่ร่วมมือในการรักษา ขาดแรงจูงใจในการรักษา หรือเชื่อว่าตนเองหายแล้ว<sup>22</sup>

ในประเทศไทยมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการติดตามการรักษา กับแพทย์ของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรายใหม่ที่คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน พบว่ามีผู้ป่วยใหม่

โทรศัพท์มาติดต่อขอตรวจกับแพทย์ 244 ราย แต่ไม่มาตรวจตามนัดร้อยละ 20.5 และพบว่าแม้ระยะเวลา รอก่อนจะได้ตรวจกับแพทย์ครั้งแรกของคลินิกจิตเวช เด็กและวัยรุ่นจะเป็น 1 ใน 5 ของคลินิกที่รอนานมากที่สุด แต่ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับการขาดการติดตามการรักษา<sup>23</sup> นอกจากนี้มีการศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการรักษาโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอกหน่วย จิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นการ ศึกษาเชิงพรรณนา มีกลุ่มประชากรศึกษา 105 ราย พบว่าปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ เจตคติต่อโรคซึ่งสัมพันธ์กับอายุของผู้ปกครอง ระยะเวลาการรักษา อาชีพของผู้ปกครอง และ ผลข้างเคียง จากยา<sup>24</sup> ในโรงพยาบาลรามาริบดีมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วย วัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยอายุ 12-18 ปี จำนวน 81 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 64.9 กินยาไม่สม่ำเสมอ และ ผู้ป่วยที่กินยาไม่สม่ำเสมอใช้ Methylphenidate แบบ ออกฤทธิ์สั้นมากกว่าแบบออกฤทธิ์ยาว<sup>25</sup> นอกจากนี้ มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาอย่างต่อเนื่องของ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในโรคเรื้อรังต่างๆ หลายการศึกษา ตัวอย่างเช่น การศึกษาความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหอบหืด ในแง่การใช้ยาตามสั่งและการมาติดตามการรักษา ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพบว่า ค่ายาต่อ 1 ใบสั่งยามีผลต่อการมาติดตามการรักษาของผู้ป่วย<sup>26</sup>

เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นขาดการติดตาม การรักษาอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยมีน้อยมาก ซึ่ง ในโรงพยาบาลรามาริบดีมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็น โรคสมาธิสั้นซึ่งเป็นประชากรที่ยังได้รับรับการรักษาต่อ เนื่อง<sup>25</sup> แต่ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับการ รักษาต่อเนื่อง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นวัยเด็ก และวัยรุ่นขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อ

นำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาหาวิธีการจัดการแก้ไข ปรับปรุงและป้องกันปัญหาการขาดการติดตามการ รักษาอย่างต่อเนื่อง

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรศึกษามีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นโดย จิตแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรง พยาบาลรามาริบดี 2) อายุต่ำกว่า 18 ปี 3) เข้ารับการ ตรวจรักษาระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 31 ธันวาคม 2558 (เป็นช่วงเวลาที่ครอบคลุมทั้งช่วงปิดเทอมและ เปิดเทอมของเด็กนักเรียน) 4) ขาดการติดตามการรักษา มากกว่า 3 เดือน (นับจากวันที่มีนัดหมายกับแพทย์แล้ว ไม่ได้มาตรวจ เป็นช่วงเวลาที่การศึกษาส่วนใหญ่เลือก ใช้<sup>18,21</sup>) และ 5) มีผู้ปกครองยินยอมให้สัมภาษณ์ทาง โทรศัพท์ ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลในการติดต่อทางโทรศัพท์ หรือ ไม่สามารถติดต่อได้หลังจากมีการติดต่อทาง โทรศัพท์ตั้งแต่ 3 ครั้งเป็นต้นไปภายใน 1 สัปดาห์ และ ไม่ยินยอมเข้าร่วมหรือขอถอนตัวออกจากการศึกษาจะ ถูกคัดออกจากการศึกษา

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการเก็บ ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย 1) บันทึกรายชื่อและประวัติของโรงพยาบาล รามาริบดี เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการรักษา ของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ หมายเลขโทรศัพท์ ที่อยู่ วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ระยะเวลานัดครั้ง ต่อไป วันที่ที่มาพบแพทย์ครั้งสุดท้าย จำนวนครั้งที่มา พบแพทย์ ระยะเวลาที่ขาดการติดตามการรักษา แพทย์ ผู้รักษา รูปแบบการรักษา โรคร่วมทางจิตเวช 2) แบบ สัมภาษณ์ผู้ปกครองแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เกี่ยวกับรายละเอียดของการมารับการรักษา

สาเหตุที่ขาดการติดตาม ทักษะคิดต่อโรคสมาธิสั้นและการรักษา รวมถึงความพึงพอใจต่อการบริการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาสัมภาษณ์นานประมาณ 20-30 นาที ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์นี้ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการขาดการรักษา ต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น แล้วมีการทดลอง (pilot) ใช้แบบสัมภาษณ์นี้กับกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) จำนวน 5 ราย ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 25-32 ปี เป็นเพศหญิง 4 ราย และชาย 1 ราย เป็นคนในวิชาชีพด้านสาธารณสุข 3 ราย และประชาชนทั่วไป 2 ราย จากนั้นนำความคิดเห็นของผู้ถูกสัมภาษณ์มาปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมซึ่งแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 41 ข้อแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกจำนวน 10 ข้อเป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเพิ่มเติมที่ไม่ได้ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ส่วนที่ 2 จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา และผู้ดูแลหลักที่ไม่ใช่บิดามารดา ส่วนสุดท้ายเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง แบ่งเป็นระดับความพึงพอใจต่อการมารับบริการตรวจรักษารวม 14 ข้อ และทัศนคติต่อการรักษา 8 ข้อ โดยใช้คำถามปลายเปิดถามถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับระดับความพึงพอใจในการรับบริการด้านต่างๆ ให้ตอบเป็นระดับคะแนนจาก 0 ถึง 10 โดยผู้สัมภาษณ์เป็นผู้อธิบายแก่ผู้ปกครองว่าคะแนน 0 และ 10 ในแต่ละข้อมีความหมายอย่างไร และทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นและการรักษาให้ตอบว่า "ใช่" "ไม่ใช่" หรือ "ไม่แน่ใจ" (ดูตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองด้านทัศนคติและระดับความพึงพอใจที่ภาคผนวก)

ก่อนการสัมภาษณ์ได้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ปกครอง รวมถึงการยืนยันว่าการสัมภาษณ์ครั้งนี้ข้อมูลที่ได้ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและการให้ข้อมูลจะ

ไม่มีผลต่อการมารับบริการในอนาคต หลังจากนั้นจึงส่งใบตอบรับยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยทางไปรษณีย์หลังทำการสัมภาษณ์โดยใส่ซองเปล่า ติดตามไปรษณีย์การแนบไปกับใบตอบรับ แล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามและส่งกลับมา

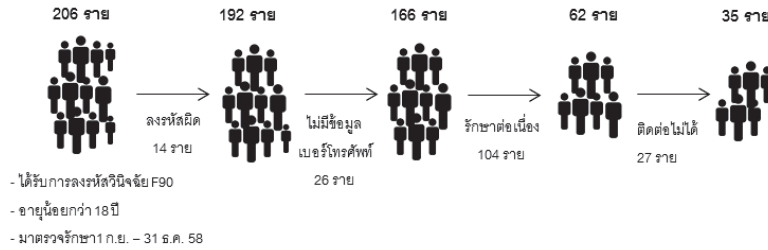
### 3. การและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS for windows version 21 รายงานโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive) ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (เลขที่โครงการ ID 08-49-51 ย) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

### ผลการศึกษา

จากบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลรามาธิบดีมีผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น อายุน้อยกว่า 18 ปี ที่ได้รับการลงรหัสวินิจฉัย F90 Attention-deficit hyperactive disorder ที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลรามาธิบดีตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 มีจำนวน 206 ราย ในจำนวนนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์อย่างละเอียดพบว่าการลงรหัสวินิจฉัยผิด 14 ราย จึงมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นที่แท้จริงทั้งสิ้น 192 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยสมาธิสั้นนี้มีข้อมูลการติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลจำนวน 166 ราย และพบว่าผู้ป่วยกลับมารับการรักษาภายใน 3 เดือนหลังจากวันที่มีการนัดหมาย 104 ราย พบผู้ป่วยที่ขาดการติดตามการรักษานานมากกว่า 3 เดือนจำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.3 ในกลุ่มนี้ผู้วิจัยพยายามติดต่อเพื่อทำการสัมภาษณ์แต่ไม่สามารถติดต่อได้ 27 ราย ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มประชากรศึกษาทั้งสิ้น 35 ราย (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ที่มาของกลุ่มประชากรศึกษา

กลุ่มประชากรศึกษา 35 รายมีอายุเฉลี่ย  $10.7 \pm 3.4$  ปี เป็นเพศชายจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 77.1) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจำนวน 22 ราย (ร้อยละ 62.9) สิทธิการรักษาเป็นเงินสด 25 ราย (ร้อยละ 71.4) นับถือศาสนาพุทธ 31 ราย (ร้อยละ 88.6) การศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด 14 ราย (ร้อยละ 40.0) รองลงมาเป็นระดับประถมต้นและประถมปลาย

จำนวน 8 และ 7 ราย (ร้อยละ 22.9 และ 20.0) ตามลำดับ ผลการเรียนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง เกรด 2-3 และ 3-4 เป็นจำนวน 17 และ 16 ราย (ร้อยละ 48.6 และ 45.7) ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับทั้งบิดาและมารดา 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.3 ผู้ดูแลหลักของกลุ่มประชากรศึกษาเป็นบิดาและ/หรือมารดา 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรศึกษา

ข้อมูล		จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วย	เพศ	
	หญิง	8 (22.9)
เพศ	ชาย	27 (77.1)
	ภูมิภาค	
ภูมิภาค	กทม.	22 (62.9)
	ภาคกลาง	6 (17.1)
	ภาคอื่นๆ	7 (20.0)
สิทธิการรักษา	เงินสด	25 (71.4)
	ข้าราชการ	8 (22.9)
	อื่นๆ	2 (5.7)
	ศาสนา	
ศาสนา	พุทธ	31 (88.6)
	คริสต์	2 (5.7)
	อิสลาม	2 (5.7)
ระดับการศึกษา	อนุบาล	2 (5.7)
	ประถมต้น	8 (22.9)
	ประถมปลาย	7 (20.0)
	มัธยมต้น	14 (40.0)
	มัธยมปลาย/ปวช.	4 (11.4)
เกรดเฉลี่ยเทอมล่าสุด	1-2	1 (2.9)
	2-3	17 (48.6)
	3-4	16 (45.7)
	อื่นๆ	1 (2.9)
	อาศัยอยู่กับ	บิดาและมารดา
บิดาหรือมารดา		5 (14.3)
บิดามารดาและญาติ		9 (25.7)
ไม่ได้อยู่กับบิดามารดา		2 (5.7)
ผู้ดูแลหลัก		
ผู้ดูแลหลัก	บิดาและ/หรือมารดา	30 (85.7)
	ญาติ	5 (14.3)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรศึกษา (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ปกครอง (บิดา 35 ราย, มารดา 35 ราย, ผู้เลี้ยงดูหลักอื่น 5 ราย; รวม 75 ราย)	
ศาสนา	พุทธ 66 (88.0)
	คริสต์ 4 (5.3)
	อิสลาม 4 (5.3)
	ไม่มีข้อมูล 1 (1.3)
อาชีพ	ข้าราชการ 13 (17.3)
	บริษัท/เอกชน 16 (21.3)
	อื่นๆ 32 (42.7)
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ 12 (16.0)
	ไม่มีข้อมูล 2 (2.7)
การศึกษา	ประถมศึกษา 2 (2.7)
	มัธยม/ปวช./ปวส. 15 (20.0)
	ปริญญาตรี 47 (62.7)
	สูงกว่าปริญญาตรี 10 (13.3)
	ไม่มีข้อมูล 1 (1.3)
สถานภาพสมรสของบิดามารดา (n = 35)	อยู่ด้วยกัน 27 (77.1)
	แยกกันอยู่ 3 (8.6)
	หย่าร้าง 4 (11.4)
	หม้าย 1 (2.9)
รายได้รวมของผู้ปกครอง (บาท/เดือน) (n = 40)	< 10,000 3 (7.5)
	10,000 - 30,000 5 (12.5)
	30,001 - 50,000 7 (17.5)
	> 50,000 25 (62.5)
ความเพียงพอของรายได้ (n = 35)	ปานกลาง 28 (80.0)
	ไม่เพียงพอ 4 (11.4)
	มาก 3 (8.6)

(a = เช่น อาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว รัฐวิสาหกิจ รับจ้างทั่วไป)

ในการสัมภาษณ์ผู้ปกครองข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากมารดาของผู้ป่วย 25 ราย (ร้อยละ 71.4) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครอง ได้แก่ บิดา มารดา และผู้ดูแลหลักอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดา (n = 75) พบว่าผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ย  $46.1 \pm 5.7$  ปี (พิสัย 38-61 ปี) นับถือศาสนาพุทธ 66 ราย (ร้อยละ 88.0) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 47 ราย (ร้อยละ 62.7) รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา ปวช. หรือ ปวส. 15 ราย (ร้อยละ 20.0) สถานภาพสมรสของบิดามารดาอยู่ด้วยกัน 27 ราย (ร้อยละ 77.1) ส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 62.5)

ความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับปานกลาง 28 ราย (ร้อยละ 80) (ตารางที่ 1)

### ข้อมูลการรักษา

มัธยฐานของระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในกระบวนการรักษาเท่ากับ 6 เดือน (พิสัย 0-84 เดือน) มัธยฐานของจำนวนครั้งที่มาตรวจรักษาเท่ากับ 5 ครั้ง (พิสัย 1-40 ครั้ง) และมัธยฐานของระยะเวลาจากการตรวจครั้งสุดท้ายจนถึงนัดครั้งต่อไปซึ่งผู้ป่วยไม่ได้มาติดตามการรักษาเท่ากับ 8 สัปดาห์ (พิสัย 4-24 สัปดาห์) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของกลุ่มประชากรศึกษา

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	มัธยฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	
ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับวินิจฉัยจนถึงขาดการติดตามการรักษา (เดือน)	21.3 $\pm$ 28.2	6	0	84	
จำนวนครั้งที่มาตรวจรักษา (ครั้ง)	8.8 $\pm$ 10.1	5	1	40	
ระยะเวลาจากการตรวจครั้งสุดท้ายจนถึงนัดครั้งต่อไป (สัปดาห์)	8.8 $\pm$ 4.9	8	4	24	
ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ			
ผู้แนะนำให้มารักษา	บิดาหรือมารดา	15	42.9		
	ครู	7	20.0		
	ผู้ปกครองคนอื่น	4	11.4		
	อื่นๆ <sup>a</sup>	9	25.7		
ผู้รักษา	อาจารย์แพทย์	21	60.0		
	แพทย์ประจำบ้านจิตเวชเด็ก	13	37.1		
	แพทย์ประจำบ้านวิชาเลือก	1	2.9		
โรคร่วมทางจิตเวช <sup>a</sup>	ไม่มี	23	65.7		
	LD	9	25.7		
	ASD	1	2.9		
	ODD/CD	2	5.7		
	Tic disorder	2	5.7		
	Nail biting	2	5.7		
	อื่นๆ <sup>c</sup>	3	14.3		
	การใช้ยา	ไม่ได้ใช้ยา	2	5.7	
		Stimulants <sup>d</sup>	31	88.6	
		Antipsychotics <sup>e</sup>	2	5.7	
ผลข้างเคียงจากการใช้ยา <sup>a</sup>		เบื่ออาหาร	8	22.9	
	ปวดศีรษะ	7	20.0		
	ซีมลง	4	11.4		
	ใจสั่น	3	8.6		
	วิตกกังวล	2	5.7		
	หงุดหงิด	2	5.7		
	นอนไม่หลับ	2	5.7		
	อื่นๆ <sup>f</sup>	4	11.4		
	ไม่เคยกินยา	1	2.9		
	ระยะเวลาของผลข้างเคียง	ไม่มีผลข้างเคียง/ไม่เคยกินยา	13	37.1	
		สัปดาห์	3	8.6	
		เดือน	2	5.7	
		ตลอดเวลาที่กินยา	7	48.6	
ทัศนคติต่อการรักษา (ค่าเฉลี่ยจากคะแนนเต็ม 8 คะแนน)	5.14 $\pm$ 1.8		64.3		
ผู้ตัดสินใจยุติการรักษา	บิดามารดา	26	74.3		
	ผู้ป่วย	8	22.9		
	ไม่ได้ยุติการรักษา	1	2.9		
ได้รับการรักษาที่อื่น	ใช่	4	11.4		
	ไม่ใช่	31	88.6		
การเดินทางมารับการรักษา	รถยนต์ส่วนตัว	17	48.6		
	รถประจำทาง	8	22.9		
	รถแท็กซี่	6	17.1		
	รถตู้	2	5.7		
	อื่นๆ	2	5.7		

LD = Specific Learning Disorder, ASD = Autism Spectrum Disorder, ODD/CD = Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder : (a = มีได้มากกว่า 1 อย่าง, b =ญาติ/เพื่อนของผู้ปกครอง, c = Selective Mutism/Child Maltreatment/Intellectual Disability, d = Immediate-release/ Long-acting methylphenidate, e = Risperidone/Haloperidol, f = มือเย็น/ร้องไห้ง่าย/กินมาก/Extrapyramidal symptoms)



ส่วนใหญ่ผู้ที่แนะนำให้มารักษา คือ บิดามารดา ต้องการมาตรวจรักษาเองจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 42.9) แพทย์ผู้รักษาส่วนใหญ่เป็นอาจารย์แพทย์ จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 60) รองลงมาเป็นแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 37.1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช 23 ราย (ร้อยละ 65.7) การรักษาที่พบบ่อยมากที่สุดคือการรักษาด้วยยา stimulants จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 88.6) กลุ่มประชากรศึกษาไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 34.3) ส่วนผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือ เบื่ออาหาร ปวดศีรษะและซึมลง จำนวน 8, 7 และ 4 ราย (ร้อยละ 22.9, 20.0 และ 11.4) ตามลำดับ ผลข้างเคียงดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นตลอดเวลาที่ใช้ยา (ร้อยละ 48.6) โดยรวมทัศนคติต่อการรักษาอยู่ระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย  $5.14 \pm 1.8$  คะแนนจากคะแนนเต็ม 8 คะแนน นอกจากนี้พบว่าผู้ที่ตัดสินใจยุติการรักษาคือบิดามารดาเป็นจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 74.3) และมี 1 รายไม่ได้ตั้งใจยุติการรักษาเนื่องจากกินยาไม่สม่ำเสมอทำให้ยาংশเหลืออยู่ จึงไม่ได้มาติดตามการรักษาตามวันนัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ไปรับการรักษาที่อื่นหลังจากยุติการรักษาที่โรงพยาบาล รามาธิบดีจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 88.6) เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว 17 ราย (ร้อยละ 48.8) (ตารางที่ 2)

**สาเหตุของการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง**

จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองพบว่าสาเหตุหลัก 5 อันดับแรกของการขาดการติดตามการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ไม่สะดวกมาติดตามการรักษาในวันนัดโดยเหตุผลหลักคือผู้ป่วยต้องขาดเรียนและผู้ปกครองต้องลงงานบ่อย ไม่มีอาการแล้วไม่เห็นผลจากการใช้ยา และทนผลข้างเคียงจากยาไม่ได้ คิดเป็นจำนวน 9, 8, 7, 6 และ 5 ราย (ร้อยละ 25.7, 22.9, 20.0, 17.1 และ 14.3) ตามลำดับ เหตุผลรองลงมาคือ

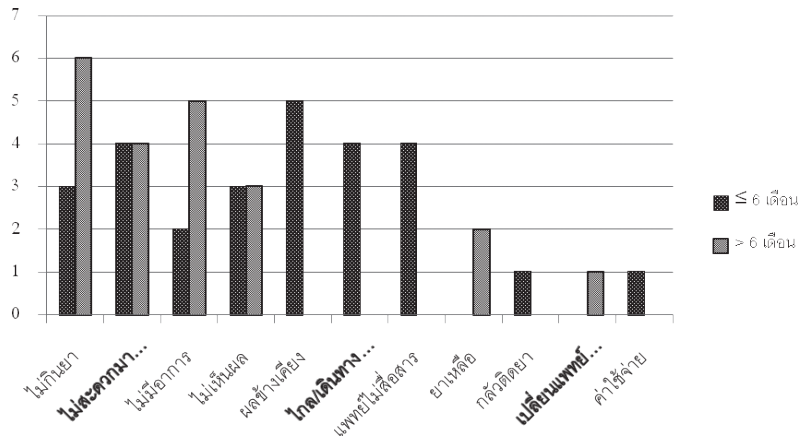
ระยะทางที่ไกลจากบ้านและแพทย์ไม่ค่อยสื่อสารหรือให้ข้อมูล (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** แสดงสาเหตุของการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง\*

สาเหตุ	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา	9 (25.7)
ไม่สะดวกมาติดตามการรักษาในวันนัด	8 (22.9)
ไม่มีอาการแล้ว	7 (20.0)
ไม่เห็นผลจากการรักษา	6 (17.1)
ผลข้างเคียงจากการใช้ยา	5 (14.3)
ไกล/เดินทางลำบาก	4 (11.4)
แพทย์ไม่ค่อยสื่อสารให้ข้อมูล	4 (11.4)
ยาเหลือ (กินยาไม่สม่ำเสมอ)	2 (5.7)
กลัวติดยา	1 (2.9)
เปลี่ยนแพทย์บ่อย	1 (2.9)
ค่าใช้จ่าย	1 (2.9)

(\* = ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

เมื่อแบ่งกลุ่มประชากรศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มตามระยะเวลาตั้งแต่ได้รับวินิจฉัยจนถึงขาดการติดตามการรักษา คือ กลุ่มที่มีระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน (n = 18) และกลุ่มที่มีระยะเวลามากกว่า 6 เดือน (n = 17) พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มาติดตามการรักษาต่อเนื่องในกลุ่มที่มีระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน คือทนผลข้างเคียงจากการใช้ยาไม่ได้ 5 ราย (ร้อยละ 27.8) รองลงมาคือ ระยะทางไกลเดินทางลำบาก ไม่สะดวกมาติดตามการรักษาในวันนัด และแพทย์ไม่ค่อยสื่อสารหรือให้ข้อมูล จำนวน 4 รายเท่ากัน (ร้อยละ 22.2) สำหรับกลุ่มที่มีระยะเวลามากกว่า 6 เดือน พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มาติดตามการรักษาต่อเนื่อง คือผู้ป่วยไม่ยอมกินยา 6 ราย (ร้อยละ 35.3) รองลงมาคือ ผู้ป่วยไม่มีอาการแล้วและไม่สะดวกมาติดตามการรักษาต่อเนื่องในวันนัด จำนวน 5 รายและ 4 ราย (ร้อยละ 29.4 และ 23.5) ตามลำดับ (รูปที่ 2)



(a = ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

รูปที่ 2 แสดงสาเหตุของการขาดการติดตามการรักษาแบ่งตามระยะเวลาตั้งแต่ได้รับวินิจฉัยจนถึงขาดการติดตามการรักษา<sup>a</sup>

**ความพึงพอใจต่อการมารับบริการตรวจรักษา**  
พบว่าโดยภาพรวมความพึงพอใจต่อการบริการอยู่ในระดับดี มีค่ามัธยฐานอยู่ในช่วงคะแนน 7-9 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ยกเว้น ด้านความ

สะดวกในการหาที่จอดรถ ซึ่งได้ค่ามัธยฐาน 5 คะแนน และ ความอับอายในการรักษาโรคทางจิตเวช ซึ่งได้ค่ามัธยฐาน 0 คะแนน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงระดับความพึงพอใจต่อการมารับบริการตรวจรักษา

คะแนน (เต็ม 10)	ค่าเฉลี่ย ± SD	ค่ามัธยฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
อาการที่ดีขึ้นจากการรักษา	7.0 ± 2.2	8	0	10
ความพึงพอใจในการรักษา	7.5 ± 2.3	8	0	10
ความอับอายในการรักษาโรคทางจิตเวช	0.2 ± 1.2	0	0	7
ความพึงพอใจเจ้าหน้าที่	8.6 ± 1.9	9	2	10
ความพึงพอใจแพทย์	8.8 ± 1.9	9	0	10
การได้รับความรู้จากการรักษา	7.6 ± 2.2	8	0	10
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา	8.3 ± 2.5	9	0	10
ความเหมาะสมของระยะเวลานัด	8.7 ± 1.4	9	6	10
ความสะดวกในการเดินทาง	6.8 ± 2.0	7	2	10
ความสะดวกในการหาที่จอดรถ (n=19)	4.6 ± 2.9	5	0	10
ความพึงพอใจระยะเวลาตรวจ	7.1 ± 2.7	8	0	10
ความพึงพอใจค่ารักษา	8.5 ± 1.7	9	5	10
ความพึงพอใจค่ายา (n=34)	8.5 ± 1.9	9	3	10

เมื่อสอบถามว่าต้องการให้เพิ่มเติมหรือปรับปรุงสิ่งใดบ้างในการบริการกลุ่มประชากรศึกษาจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 22.9) ตอบว่าไม่มี รองลงมาเป็นเรื่องต้องการให้แพทย์ให้ข้อมูลรายละเอียดหรือใช้เวลาตรวจ

มากขึ้น 5 ราย (ร้อยละ 14.3) รอคิวตรวจนาน 3 ราย (ร้อยละ 8.6) ไม่สะดวกเรื่องเวลา อยากให้นัดนอกเวลา หรือมีเวลาให้เลือก 3 ราย (ร้อยละ 8.6) เปลี่ยนแพทย์ บ่อยอยากให้มีแพทย์ที่รักษาต่อเนื่องระยะยาว 2 ราย

(ร้อยละ 5.7) อยากให้ใช้วิธีรักษาอื่นร่วมด้วยนอกเหนือจากการกินยา 2 ราย (ร้อยละ 5.7) เป็นต้น

## วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยสมาธิสั้นวัยเด็กและวัยรุ่นขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 32.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferrin และคณะ<sup>20</sup> ในปี ค.ศ. 2012 ที่ประเทศอังกฤษที่ศึกษาเจตคติต่อการรักษาโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นอายุมากกว่า 12 ปี จำนวน 120 รายโดยใช้แบบสอบถาม 33 ข้อ พบว่าเมื่ออายุ 14 ปีจะมีความร่วมมือในการรักษาร้อยละ 63 และจะลดลงเมื่อติดตามต่อไป เนื่องจากในวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาหรือการกินยามากกว่าวัยเด็ก อย่างไรก็ตามกลุ่มประชากรศึกษาในการศึกษานี้ได้รวมทั้งวัยเด็กและวัยรุ่น มีอายุเฉลี่ย 10.7 ปี (พิสัย 4-17 ปี) จึงอาจส่งผลให้อัตราการขาดการติดตามการรักษาต่ำกว่าการศึกษาที่รวมประชากรวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว

ทัศนคติของผู้ปกครองต่อการรักษาอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 5.14 ± 1.8 คะแนนจากคะแนนเต็ม 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 64.3 ซึ่งแสดงว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นบางอย่างที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lars และ Terrence<sup>16</sup> ในปี ค.ศ. 2005 ที่พบว่าการขาดความเชื่อว่าการรักษามีประโยชน์ การขาดความเข้าใจว่าตนเองเป็นโรคและจำเป็นต้องได้รับการรักษา เป็นตัวทำนายการกินยาหรือการทำตามคำสั่งของแพทย์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาสมณี วีระณรงค์<sup>24</sup> ในปี ค.ศ. 2003 ซึ่งศึกษาความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเด็กสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสอบถามผู้ปกครอง มีกลุ่มตัวอย่าง 150 ราย พบว่าปัจจัยที่ทำนายการพาผู้ป่วยมาตรวจติดตามการรักษาสัมพันธ์กับเจตคติที่ดีต่อโรค

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าสาเหตุที่ทำให้กลุ่มประชากรตัวอย่างไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

5 อันดับแรกได้แก่ ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ไม่สะดวกมาติดตามการรักษาในวันนัด ไม่มีอาการแล้ว ไม่เห็นผลจากการรักษา และทนผลข้างเคียงจากการใช้ยาไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sitholey และคณะ<sup>18</sup> ในปี ค.ศ. 2011 ที่ประเทศอินเดีย ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นในคลินิก โดยศึกษาผู้ป่วยใหม่ 24 ราย อายุเฉลี่ย 8.5 ± 2.6 พบว่า 2 สาเหตุแรกที่ทำให้ไม่ร่วมมือในการรักษาที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้คือ ผลข้างเคียงจากการใช้ยาและไม่เห็นผลจากการรักษา สาเหตุรองลงไปที่แตกต่างกันกับการศึกษานี้คือ มีปัญหาในระบบการให้บริการ เช่น รอเวลานานและขั้นตอนการให้บริการซ้ำ กลัววิตยาและมือปัสสาวะในการเข้าถึงหรือหาซื้อยา นอกจากนี้ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic literature review) ของ Gajria และคณะ<sup>21</sup> ในปี ค.ศ. 2014 ที่ได้ทบทวน 91 การศึกษาและ 36 ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญพบว่าเหตุผลของการหยุดยาที่พบมากที่สุดคือในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นทั้งที่ใช้และไม่ใช้ stimulants คือผลข้างเคียงจากการใช้ยาและไม่เห็นผลหรือเห็นผลจากการรักษาน้อย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้พบเพิ่มเติมว่าการที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ไม่ว่าจะเกิดจากเหตุผลใดก็ตาม รวมถึงความสะดวกในการมาติดตามการรักษาโดยเฉพาะเรื่องเวลา มีผลอย่างยิ่งต่อการยุติการมาติดตามการรักษา

นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับความพึงพอใจในการมารับบริการส่วนใหญ่มีค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 7-9 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยอาการที่ดีขึ้นจากการรักษา ความพึงพอใจในการรักษา ความพึงพอใจเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจแพทย์ การได้รับความรู้ การมีส่วนร่วมในการรักษา ความเหมาะสมของระยะเวลานัดติดตามอาการครั้งต่อไป ความพึงพอใจในระยะเวลารอพบแพทย์ ความพึงพอใจค่ารักษาและค่าใช้จ่ายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จะเห็นได้ว่าแม้ระดับความพึงพอใจในการมารับการรักษาจะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผู้ป่วยยังขาดการติดตามการรักษา

ต่อเนื่องถึงร้อยละ 32.3 แสดงว่าระดับความพึงพอใจดังกล่าวอาจจะไม่สัมพันธ์กับการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับความสะดวกในการเดินทางนั้นคะแนนมัธยฐานเท่ากับ 7 เนื่องจากโรงพยาบาลรามาริบัติอยู่ใจกลางกรุงเทพมหานครการเดินทางไม่ได้ลำบากมากนัก สามารถเดินทางมาได้ด้วยรถยนต์ส่วนตัว รถเมล์ รถแท็กซี่ รถตู้ รถไฟฟ้า หรือ มอเตอร์ไซด์รับจ้างแต่อาจต้องเดินทางต่อรถหลายครั้ง สำหรับความสะดวกในการหาที่จอดรถมัธยฐานเท่ากับ 5 ในกรณีที่มาด้วยรถยนต์ส่วนตัวจะมีความยากลำบากในการหาที่จอดรถ เนื่องจากพื้นที่จอดรถมีค่อนข้างน้อย สำหรับมัธยฐานคะแนนความรู้สึกรับอภัยเมื่อมารับการรักษาของผู้ปกครองเท่ากับ 0 (ค่าสูงสุดเท่ากับ 7) แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองไม่ได้รู้สึกอับอายกับการมารับรักษาที่แผนกจิตเวช แต่มีผู้ปกครองบางรายกล่าวว่าหากถามตัวผู้ป่วยเองอาจให้คะแนนมากกว่าผู้ปกครอง

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังต่อไปนี้ 1) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ย้อนหลัง จึงอาจมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลอันเกิดจากความทรงจำ (recall bias) ได้ 2) กลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ และการที่มีผู้ป่วยที่ขาดการติดตามการรักษาแต่ไม่สามารถติดต่อได้เป็นจำนวนมาก อาจส่งผลให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่สามารถแทนประชากรทั้งหมด 3) การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์คำตอบที่ได้เป็นของผู้ปกครองซึ่งเป็นคำตอบจากมุมมองของผู้ปกครองฝ่ายเดียว อาจไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา เช่น ผู้ป่วยอาจมีผลข้างเคียงจากยาจึงไม่ยอมกินยา แต่ไม่ได้แจ้งต่อผู้ปกครองถึงผลข้างเคียง 4) นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่สามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการติดตามการรักษาต่อเนื่องได้

### ข้อดีของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างทำให้ข้อมูลที่ได้อ่อนข้างครบถ้วน และหากมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายและซักถามเพิ่มเติมให้เข้าใจได้ตลอดการสัมภาษณ์ ส่งผลดีต่อการลดข้อผิดพลาดและความเข้าใจผิดในการให้ข้อมูล นอกจากนี้การศึกษานี้ยังมีการทบทวนระยะเวลาเขียนประกอบด้วยการทำให้ได้ข้อมูลบางส่วนจากการบันทึก ลดความผิดพลาดจากความคลาดเคลื่อนอันเกิดจากความทรงจำ (recall bias) ได้บางส่วน

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยเรื่องนี้อาจมีการเก็บข้อมูลจากตัวผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ครอบคลุมสาเหตุและมุมมองของตัวผู้ป่วยมากขึ้น และอาจทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่มารับรักษาต่อเนื่องและเปรียบเทียบเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาต่อเนื่อง

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการบริการได้ โดยควรมีการเพิ่มการติดตามเรื่องความต่อเนื่องในการกินยา ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม เช่น ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในระยะแรกควรมีการติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา และผลการรักษาหลังจากกินยาโดยเฉพาะในช่วงแรกของการรักษาหรือปรับยา เพื่อหามาตรการลดผลข้างเคียงตามความเหมาะสมเป็นระยะ และตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นระยะเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้อง นอกจากนี้การนัดติดตามการรักษานอกจากจะนัดตามความเหมาะสมของอาการและความสะดวกของแพทย์แล้ว ควรมีการสอบถามความสะดวกของผู้ป่วยและผู้ปกครองเพื่อตัดสินใจวันที่ติดตามนัดร่วมกัน ส่งต่อการรักษาในสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยสะดวกในการติดตามการรักษาต่อเนื่อง สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวควรมีการสอบถามอาการของโรคสมาธิสั้น ผลข้างเคียง

จากการกินยา และความร่วมมือในการกินยาเป็นระยะ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงข้อบ่งชี้ในการกินยาหากผู้ป่วยเริ่มมีแนวโน้มไม่ยอมกินยา อาจมีการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยครองได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนปัญหาที่พบเจอในการดูแลผู้ป่วย หรือกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการกินยา และไม่รู้สึกรู้ว่าตนผิดปกติไปจากคนอื่น(stigma)

### เอกสารอ้างอิง

1. Segen JC. McGraw-Hill concise dictionary of modern medicine. Available from: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/chronic+disease> [cited 2016 February 27]
2. Dewa CS, Lin E. Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Soc Sci Med* 2000; 51: 41-50.
3. Kieling C, Baker HH, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; 378: 1515-25.
4. Durakan I, Karaman D, Kara K, Türker T, Tufan AE, Yalçın O, et al. Diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2011; 24: 113-20.
5. Connor DF. Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *J Dev Behav Pediatr* 2002; 23 (Suppl 1):S1-9.
6. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics* 2015; 135: e994-1001.
7. Ingram S, Hechtman L, Morgenstern G. Outcome issues in ADHD: Adolescent and adult long-term outcome. *M R D D Research Reviews* 1999; 5: 243-50.
8. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 21: 66-75.
9. Charach A, Dashti B, Carson P, Booker L, Lim CG, Lillie E, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment. *AHRQ Comparative Effectiveness Review* 2011; 44.
10. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with ADHD: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 752-61.
11. Charach A, Fernandez R. Enhancing ADHD Medication Adherence: Challenges and Opportunities. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 15: 371.
12. Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, et al. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2011; 128: 1007-22.
13. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ. Modifiers of long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: does treatment with

- stimulant medication make a difference? Results from a population-based study. *J Dev Behav Pediatr* 2007; 28: 274-87.
14. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV. Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics* 2009; 124: 71-8.
  15. Wilens TE, Adamson J, Monuteaux MC, Faraone SV, Schillinger M, Westerberg D, et al. Effect of prior stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162: 916-21.
  16. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-97.
  17. Bener A, Dafeeah EE, Salem MO. A study of reasons of non-compliance of psychiatric treatment and patients' attitudes towards illness and treatment in Qatar. *Issues Ment Health Nurs* 2013; 34: 273-80.
  18. Sitholey P, Agarwal V, Chamoli S. A preliminary study of factors affecting adherence to medication in clinic children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Indian J Psychiatry* 2011; 53: 41-4.
  19. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *J Psychiatr Pract* 2010; 16: 34-45.
  20. Ferrin M, Ruiz-Veguilla M, Blanc-Betes M, Abd SE, Lax-Pericall T, Sinclair M, et al. Evaluation of attitudes towards treatment in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012; 21: 387-401.
  21. Gajria K, Lu M, Sikirica V, Greven P, Zhong Y, Qin P, et al. Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder - a systematic literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014; 10: 1543-69.
  22. Monastra VJ. Overcoming the barriers to effective treatment for attention-deficit/hyperactive disorder: A neuro-educational approach. *Int J Psychophysiol* 2005; 58: 71-80.
  23. Chungsirakulvit D, Praneetpolgrung P, Prasartthai C, Meepolpuang K. Initial appointment nonattendance in new child and adolescent psychiatric patients. *Journal of Mental Health of Thailand* 2012; 20: 133-43.
  24. Veerananarong M. Parental compliance and associated factors in treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in child and adolescent psychiatric outpatient unit of King Chulalongkorn Memorial Hospital [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2003.
  25. Tantipanjanorn P, Kiatrungrit K. Factors Associated with Medication Adherence in Adolescents with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2016; 61: 131-44.
  26. Termklung T. Compliance of asthmatic patients at Queen Sirikit National Institute of Child Health [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 1998.