

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก

ภัคนิยา จำปาพันธุ์*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนครนายก

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลนครนายก

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive survey) เก็บข้อมูลผู้ป่วยอายุ 5 - 18 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก ในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 71 ราย เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และการกินยาของผู้ป่วย

ผลการศึกษา มีผู้ตอบแบบสอบถาม 71 ราย เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.4) อายุเฉลี่ย 11.9 ± 4.1 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.7) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 56.3) ยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็น Methylphenidate (ร้อยละ 56.3) ระยะเวลาเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาเท่ากับ 20.0 ± 14.9 เดือน พบความชุกของผู้เข้าร่วมการวิจัยกินยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 49.3 สาเหตุหลักที่กินยาไม่สม่ำเสมอคือลืมกินยา (ร้อยละ 28.1) รองลงมาคือยาหมดเนื่องจากไม่มาตามนัด (ร้อยละ 21.1) และผู้ป่วยไม่ยอมกินยา (ร้อยละ 15.5) ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอ แต่พบปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอคือช่วงอายุ 5 - 10 ปี (p -value = 0.03) และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดนครนายก (p -value = 0.03)

สรุป ผลการศึกษาที่ได้ควรนำไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังทางคลินิกและพัฒนาเครื่องมือหรือโครงการที่ช่วยให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอมากขึ้น

คำสำคัญ เด็ก วัยรุ่น สุขภาพจิต กินยาไม่สม่ำเสมอ

Corresponding author: ภัคนิยา จำปาพันธุ์

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนครนายก

E-mail: enoopimka@hotmail.com

วันรับ : 30 กันยายน 2565 วันแก้ไข : 29 พฤศจิกายน 2565 วันตอบรับ : 1 ธันวาคม 2565

The Study of Prevalence and Factors Associated with Medication Nonadherence in Child and Adolescent Psychiatric Department, Nakorn Nayok Hospital

Matthaneeya Jumpapan*

*Department of mental health and addiction, Nakorn Nayok Hospital

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and associated factors of medication nonadherence among children and adolescent psychiatric patients at Nakhon Nayok Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 71 children and adolescent psychiatric patients aged 5 - 18 years old. The sample population were patients at the child and adolescent psychiatry out-patient clinic at Nakhon Nayok Hospital from January to April 2022. The demographic data and the medication histories of both the parents and their children were collected and analysed.

Results: From the analysis of the 71 subjects (63.4% were male) with a mean age of 11.9 ± 4.1 years. Most were studying at the secondary school level (50.7%) and were diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (56.3%). The most prescribed medication was methylphenidate (56.3%) and the average duration of the treatment was 20.0 ± 14.9 months. The prevalence of medication nonadherence was 49.3%. The most common causes of medication nonadherence were forgetfulness (28.1%), unattendance to follow up the appointment (21.1%) and refusal to take medication (15.5%), respectively. Medication adherence were statistically significant with age 5 - 10 years (p -value = 0.03) and were resident in Nakhon Nayok Province (p -value = 0.03). Factors associated with medication nonadherence were not found.

Conclusion: The results should be used to determine risk factors and to develop tools to improve medication adherence in child and adolescent psychiatric patients.

Keywords: child, adolescent, mental health, medication nonadherence

Corresponding author: Matthaneeya Jumpapan

E-mail: enoopimka@hotmail.com

Received 30 September 2022 Revised 29 November 2022 Accepted 1 December 2022

บทนำ

โรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยได้แก่ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (Biological) เช่น พันธุกรรม พัฒนาการทางสมองที่บกพร่อง ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological) เช่น ลักษณะพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านสังคมและสภาพแวดล้อม (Social) เช่น ลักษณะการดำรงชีวิตหรือการเลี้ยงดูไม่เหมาะสมที่ก่อให้เกิดความเครียด ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นได้ส่งผลต่อการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม อารมณ์ หรือการแสดงออกทางสังคมที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิต เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและโรงเรียนซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วิธีการรักษาในปัจจุบันแบ่งย่อยได้เป็น 2 วิธี คือ การรักษาด้วยการใช้ยา (Biological intervention) และการรักษาด้วยการทำจิตสังคมบำบัด (Psychosocial intervention) ซึ่งแตกต่างกันไปตามชนิดของโรคทางจิตเวชและมักใช้เวลารักษานานต่อเนื่องหลายปี ผู้ป่วยจึงจะเกิดการหายขาดจากโรค (Remission)^{1,2}

จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นจำนวนมากมักมีประวัติการกินยาไม่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่กินยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยก่อให้เกิดผลเสียหลายด้าน เช่นทางด้านคลินิกที่ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษา (Efficacy) ลดลง ระยะเวลาการรักษาเพิ่มขึ้น (Long duration of treatment) อัตราการหายขาด (Rate of remission) น้อย ผู้ป่วยมีอาการกลับมาเป็นซ้ำ (Relapse) มากขึ้น¹ ผลเสียทางด้านเศรษฐศาสตร์ที่อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาทำให้อาจมีค่าใช้จ่ายในทางตรง คือ การซื้อยาที่แพงขึ้น หรือค่าใช้จ่ายในทางอ้อม คือ บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยต้องใช้เวลามากขึ้นในการรักษาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการกินยาไม่สม่ำเสมอ เช่น การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น เพราะอาการกำเริบ เนื่องจากการรักษาด้วยการกินยาแบบผู้ป่วยนอกไม่ได้ผล ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ควรเกิดขึ้นหากมีความร่วมมือในการกินยาที่สม่ำเสมอ ผลเสียทางด้านมานุษยวิทยา คือคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วยแย่ลง เนื่องจากการรักษาไม่สามารถควบคุมอาการของโรคในผู้ป่วยได้³

ปัจจุบันมีการให้นิยามคำว่ากินยาสม่ำเสมอไว้แตกต่างกัน องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าการกินยาสม่ำเสมอ (Adherence) หมายถึง ระดับพฤติกรรมกรกินยาของบุคคลที่สอดคล้องกับคำแนะนำที่ตกลงร่วมกันจากบุคลากรทางการแพทย์⁴

การกินยาไม่สม่ำเสมอเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญเกี่ยวกับการใช้ยา (Drug Related Problems, DRPs)^{3,5} ส่วนวิธีการวัดผลการกินยาไม่สม่ำเสมอมีหลากหลายรูปแบบทั้งการวัดแบบทางตรง (Direct method) และการวัดแบบทางอ้อม (Indirect method) การศึกษาส่วนใหญ่มักใช้การสัมภาษณ์โดยตรงหรือแบบสอบถาม (Interview or questionnaire) เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวกใช้เวลาไม่มากและมีค่าใช้จ่ายน้อย³ Osterberg L. และ Blaschke T. ให้ความเห็นว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลหรือคลินิก^{3,6} โดยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนิยมใช้การคำนวณอัตราการใช้ยาที่มากกว่าร้อยละ 80 ของยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ใช้จริงในช่วงเวลาหนึ่งๆ เป็นจุดตัดสำหรับการนิยามคำว่ากินยาไม่สม่ำเสมอ^{3,5-13} ส่วนการศึกษาการกินยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นมีความชุกของอยู่ที่ 6 - 62%¹⁴⁻¹⁶ โดยสาเหตุของการกินยาไม่สม่ำเสมอมีหลายด้าน ได้แก่ สาเหตุด้านชีวภาพ เช่น ชนิดของยาที่ใช้¹⁴ การใช้ยาจิตเวชหลายตัวร่วมกัน^{3,16-18} ได้รับผลข้างเคียงจากยา^{3,6,18-20} ยาให้ผลน้อย^{3,15} สาเหตุด้านจิตใจ เช่น มีประสบการณ์ในการใช้ยาที่ไม่ดีมาก่อน กลัววิตติยา¹⁵ เด็กบางคนคิดว่าตนเองหายแล้วหรือมีอาการแสดงน้อยจึงไม่อยากกินยาต่อ³ บางคนมีความคิดปฏิเสธการกินยาหรือการมีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น²⁰ สาเหตุด้านสังคมและครอบครัว เช่น พ่อแม่ไม่ให้อินยา มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการซื้อยา¹⁵ ไม่มาตามนัด^{6,18-19,21} แต่มีบางการศึกษาที่ไม่พบว่าอิทธิพลของครอบครัวมีผลกับการกินยาไม่สม่ำเสมอ¹⁵ ด้านการติดตามการใช้ยาในระยะยาว พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องกินยาติดต่อกันเป็นเวลานานมีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันที่ต้องใช้ยาในเวลาสั้นๆ³ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยสมาธิสั้นเมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 1 ปี จะมีการกินยาสม่ำเสมอที่ลดลงทั้งแบบ Stimulant หรือ Nonstimulant²² รวมถึงยาในกลุ่ม Antipsychotic ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคไบโพลาร์²⁰ และออกติสติก²³ Antidepressant ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และยาทางกายด้วย²⁴ เมื่อติดตามอาการในเด็กที่ขาดยาเร็ว (Early treatment discontinue) พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการที่แย่ลง (Worst clinical outcome) อย่างมีนัยสำคัญ²⁵ และเมื่อจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มโรคพบว่าคนไข้โรคจิตเภทมีการกินยาไม่สม่ำเสมอว่าคนไข้โรคซึมเศร้า และคนไข้โรคซึมเศร้ามีการกินยาไม่สม่ำเสมอมากกว่าคนไข้โรคไบโพลาร์¹⁵ ส่วนในประเทศไทยมีเพียงการศึกษาความชุกในเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอ พบส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเมื่อกินยาแบบ Extended-release ที่กินวันละ 1 ครั้ง

จะพบปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอน้อยกว่าการกินยาแบบชนิดออกฤทธิ์สั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶⁻²⁷ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอมีหลากหลายขึ้นอยู่กับวิธีการศึกษา นิยามการกินยาไม่สม่ำเสมอที่ใช้ ลักษณะประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการบริการทางการแพทย์ในประเทศนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ผลการศึกษาในบางปัจจัยไม่สามารถนำมาใช้กับบริบทประเทศไทยได้ นอกจากนี้ผลของการกินยาไม่สม่ำเสมอยังก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามการศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยของการกินยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยยังมีน้อยและมักจำกัดเพียงบางโรค เช่น สมานิตัน²⁶⁻²⁸ ยังไม่พบการศึกษาโดยใช้ประชากรผู้ป่วยทั้งคลินิกจิตเวชซึ่งมีหลายโรคเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องการดำเนินการวิจัยศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลนครนายก เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยในคลินิกต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลนครนายก ใช้เวลาเก็บข้อมูล 4 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2565 หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครนายก เลขที่ รพ. นย. REC NO 07/2564 ผู้วิจัยแจ้งข้อมูลกระบวนการวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. เด็กอายุ 5 - 18 ปี และผู้ปกครองของเด็กที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลนครนายก
2. มีประวัติการรักษาด้วยยาจิตเวชไม่น้อยกว่า 1 เดือน
3. เด็กอายุ 5 - 18 ปี หรือผู้ปกครองของเด็กที่สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

เด็กหรือผู้ปกครองปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือข้อมูลเล็กน้อยภายหลัง

- *ผู้ปกครองหมายถึง 1. ผู้ที่จัดยาและให้ผู้ป่วยเด็กกินยา หรือ 2. ผู้ที่จัดยาหรือเตือนผู้ป่วยเด็กกินยา

ขนาดประชากร

คำนวณจากการประมาณความชุกของการกินยาไม่สม่ำเสมอในเด็กและวัยรุ่น จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความชุกของการกินยาไม่สม่ำเสมอเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 62¹⁴ ดังนั้นถ้าในการศึกษานี้ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกินร้อยละ 20 เมื่อคำนวณจากสูตร²⁹

$$n = \frac{z^2 \frac{a}{1-a} p(1-p)}{d^2}$$

โดย

n = ขนาดตัวอย่าง

$$Z^2 = 3.84$$

Proportion (p) = 0.62 (ความชุกของการกินยาไม่สม่ำเสมอในเด็กและวัยรุ่นจากการทบทวนงานวิจัยก่อนหน้า)

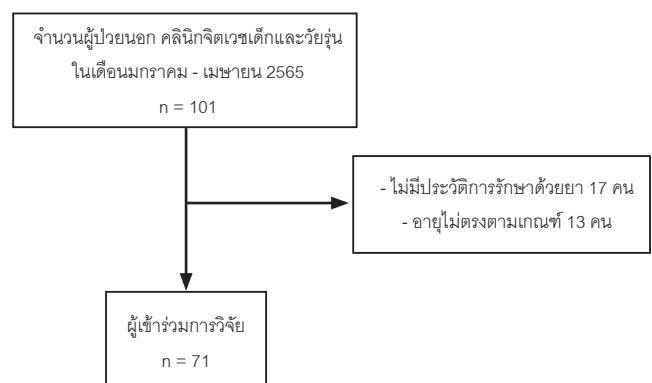
Precision Error (d) = prevalence x ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 20%

$$= 0.62 \times 20\% = 0.124$$

$$\text{Alpha (a)} = 0.05$$

จะได้จำนวนประชากรที่ต้องการเท่ากับ 59 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดตัวอย่างเป็น 71 คน

แผนผังการศึกษา (Study flow)



วิธีการเก็บข้อมูล

พยาบาลจิตเวชที่ทำการชักประวัติผู้ป่วยจะทำการแจกแบบสอบถามแก่ผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาในวันที่มีคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) โดยจะทำแบบสอบถาม 1 ชุด ต่อ 1 คน แบบสอบถามจะให้ชุดตัวเลขเป็นรหัสในเอกสารแทนการเขียนชื่อผู้ป่วย และการจดบันทึกในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยได้มีการทำแบบสอบถามแล้ว เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามหลายครั้งเนื่องจากผู้ป่วยอาจจะมีการมาติดตามนัดมากกว่า 1 ครั้ง ในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ปกครอง ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ปกครอง ประกอบด้วยปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ภูมิปัญญา สิทธิการรักษา ศาสนา ระดับชั้นเรียน เกรดเฉลี่ย ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) ระดับการศึกษา อาชีพและสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง โรคประจำตัวของผู้ปกครอง รายได้ครอบครัว และความพึงพอใจของรายได้

2. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาและการกินยา ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนประกอบด้วยการวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วม ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษา จำนวนครั้งที่มาติดตามการรักษา ชนิดของยาที่ใช้ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ชนิดของการรักษาด้วยการทำจิตบำบัด ความรุนแรงของโรค (อ้างอิงการวินิจฉัยตาม DSM-5 จากกรวินิจฉัยของแพทย์ที่มีการบันทึกในแฟ้มประวัติหรือเวชระเบียน) จำนวนครั้งที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคทางจิตเวชต่อปี การหยุดเรียนเพื่อมาติดตามนัดหรือเนื่องจากการเจ็บป่วยโรคจิตเวชต่อปี

3. แบบสอบถามเรื่องความสม่ำเสมอในการกินยา ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเด็กหรือผู้ปกครอง ในกรณีที่ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลเรื่องการกินยา โดยใช้คำถามว่า “ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ป่วยไม่ได้กินยา.... (ชื่อยาหลักที่ใช้เป็นมาตรฐานในการรักษา) ก็ครั้งต่อวัน และคิดเป็นกี่วันต่อสัปดาห์”

1. กรณีที่ยาหลักมีการบริหารยามากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน เช่น Methylphenidate หากไม่ได้กินยามากกว่า 1 มื้อต่อวัน เช่น 2 - 3 มื้อต่อวัน จะนับเป็นขาดยา 1 วัน

2. กรณีที่ยาหลักมีการบริหารยา 1 ครั้งต่อวัน เช่น Fluoxetine/Risperidone หากไม่ได้กินยา 1 มื้อต่อวัน จะนับเป็นขาดยา 1 วัน โดยหากผู้ป่วยกินยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (น้อยกว่าร้อยละ 80) จะเข้าเกณฑ์การกินยาไม่สม่ำเสมอ

จากนั้นผู้วิจัยจะขอให้ระบุสาเหตุที่ทำให้กินยาไม่สม่ำเสมอ โดยให้กาเครื่องหมายถูกลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่เป็นสาเหตุที่ทำให้กินยาไม่สม่ำเสมอ (สามารถระบุสาเหตุได้มากกว่า 1 ข้อ) ได้แก่ ยาหมดเนื่องจากไม่มาตามนัด มีปัญหาค่าใช้จ่าย เข้าถึงบริการยาก เดินทางไม่สะดวก ลืมกินยา ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา คิดว่าไม่มีอาการหยุดกินยาเอง รู้สึกว่ายาามีประสิทธิภาพลดลง พ่อแม่ไม่ให้อิน มีผลข้างเคียงจากยา และอื่นๆ (โปรดระบุ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS version 22 โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัย การรักษา และความสม่ำเสมอในการกินยา และใช้สถิติ Pearson chi-square test, Exact probability test, Mann-Whitney U Test ตามลักษณะของข้อมูล สำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการกินยาไม่สม่ำเสมอ

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษามีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 71 คน (ร้อยละ 70 ของประชากรในช่วงที่ทำการศึกษา) ประกอบด้วยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 46 คน (ร้อยละ 64.8) และเด็กเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 25 คน (ร้อยละ 35.2) กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 45 คน (ร้อยละ 63.4) เพศหญิง 26 คน (ร้อยละ 36.6) มีอายุเฉลี่ย 11.9±4.1 ปี (5 - 18 ปี) น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 45±19.9 กิโลกรัม (18 - 119 กิโลกรัม) ส่วนสูงเฉลี่ย 143.7±21.2 เซนติเมตร (74 - 182 เซนติเมตร) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครนายก (ร้อยละ 94.4) มีสิทธิการรักษาในโรงพยาบาลเป็นบัตรทอง (ร้อยละ 87.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.1) กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.7) และมีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01 - 4.00 (ร้อยละ 40.8)

ข้อมูลด้านครอบครัว ปัจจุบันส่วนใหญ่อาศัยอยู่ใน

ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนเดียว (ร้อยละ 46.5) ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองอยู่ที่ชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.4) อาชีพของผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 47.9) ผู้ปกครองมีสถานะสมรสและครอบครัวอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 43.6) รายได้ของผู้ปกครองอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 38.0) มีความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว (ร้อยละ 66.2) และผู้ปกครองไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.1) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ลักษณะทั่วไปทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่ม Neurodevelopmental disorder (ร้อยละ 63.4) ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder) จำนวน 40 คน (ร้อยละ 56.3 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 56.3 มีปัญหาเรื่องการเลี้ยงดู (Child-rearing problem) เป็นปัญหาที่พบร่วมกับการวินิจฉัยหลัก ระยะเวลาในการรักษาตั้งแต่เริ่มต้นเฉลี่ย 20±14.9 เดือน (1 - 60 เดือน)

ตารางที่ 1 ปัจจัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ และกินยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	กินยาสม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	กินยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p
ข้อมูลส่วนตัว					
เพศ	ชาย	45 (63.4%)	23 (51.1%)	22 (48.9%)	0.01 0.92
	หญิง	26 (36.6%)	13 (50.0%)	13 (50.0%)	
อายุ	5 - 10 ปี	30 (42.2%)	20 (66.7%)	10 (33.3%)	6.91 0.03*
	11 - 15 ปี	23 (32.4%)	11 (47.8%)	12 (52.2%)	
	16 - 18 ปี	18 (25.3%)	5 (27.8%)	13 (72.2%)	
ภูมิลำเนา	ในเขตจังหวัด	67 (94.4%)	36 (53.7%)	31 (46.3%)	4.35 0.03*
	นอกเขตจังหวัด	4 (5.6%)	0 (0.0%)	4 (100.0%)	
สิทธิการรักษา	ข้าราชการ/เบิกจ่ายตรง	6 (8.4%)	2 (33.3%)	4 (66.7%)	3.71 0.30
	บัตรทอง	62 (87.3%)	32 (51.6%)	30 (48.4%)	
	เงินสด	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	
	บัตรผู้พิการ	2 (2.8%)	2 (100.0%)	0 (0.0%)	
ศาสนา	พุทธ	68 (97.1%)	35 (51.5%)	33 (48.5%)	2.00 0.36
	อิสลาม	1 (1.4%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
	ไม่มีศาสนา	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	
ระดับชั้นเรียน	ปฐมวัย	6 (8.4%)	4 (66.7%)	2 (33.3%)	4.91 0.17
	ประถมศึกษา	36 (50.7%)	20 (55.6%)	16 (44.4%)	
	มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	27 (38.0%)	10 (37.0%)	17 (63.0%)	
	ไม่ได้ศึกษา	2 (2.8%)	2 (100.0%)	0 (0.0%)	
เกรดเฉลี่ย	ยังไม่มีเกรด	24 (33.8%)	16 (66.7%)	8 (33.3%)	3.85 0.27
	1.00 - 2.00	5 (7.0%)	2 (40.0%)	3 (60.0%)	
	2.01 - 3.00	13 (18.3%)	5 (38.5%)	8 (61.5%)	
	3.01 - 4.00	29 (40.8%)	13 (44.8%)	16 (55.2%)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วยที่มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ และกินยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อมูล		จำนวน (ร้อยละ)	กินยาสม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	กินยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p
ปัจจุบันเด็กพักอาศัยกับ	พ่อหรือแม่คนเดียว	33 (46.5%)	18 (54.5%)	15 (45.5%)	0.36	0.83
	พ่อกับแม่	23 (32.4%)	11 (47.8%)	12 (52.2%)		
	ไม่ได้อยู่กับพ่อและแม่	15 (21.1%)	7 (46.7%)	8 (53.3%)		
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก	ไม่ได้ศึกษา	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	1.23	0.74
	ประถมศึกษา	16 (22.5%)	9 (56.3%)	7 (43.7%)		
	มัธยมศึกษา	28 (39.4%)	14 (50.0%)	14 (50.0%)		
	ปริญญาตรี/เทียบเท่า	26 (36.6%)	13 (50.0%)	13 (50.0%)		
อาชีพของผู้ดูแลหลัก	ข้าราชการ	6 (8.4%)	3 (50.0%)	3 (50.0%)	1.63	0.80
	ค้าขาย	13 (18.3%)	8 (61.5%)	5 (38.5%)		
	เกษตรกร	7 (9.8%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)		
	รับจ้าง	34 (47.9%)	17 (50.0%)	17 (50.0%)		
	อื่นๆ	11 (15.5%)	4 (36.4%)	7 (63.6%)		
สถานภาพสมรสของผู้ดูแลหลัก	โสด	13 (18.3%)	6 (46.2%)	7 (53.8%)	1.21	0.87
	สมรส (อยู่ด้วยกัน)	31 (43.6%)	16 (51.6%)	15 (48.4%)		
	สมรส (แยกกันอยู่)	6 (8.4%)	2 (33.3%)	4 (66.7%)		
	หย่าร้าง	16 (22.5%)	9 (56.3%)	7 (43.7%)		
	หม้าย	5 (7.0%)	3 (60.0%)	2 (40.0%)		
โรคประจำตัวของผู้ดูแลหลัก	มี	22 (31.9%)	11 (50.0%)	11 (50.0%)	0.00	0.93
	ไม่มี	47 (68.1%)	24 (51.1%)	23 (48.9%)		
รายได้ของผู้ดูแลหลัก	น้อยกว่า 5,000 บาท	15 (21.1%)	10 (66.7%)	5 (33.3%)	2.07	0.55
	5,0001 - 10,000 บาท	27 (38.0%)	12 (44.4%)	15 (55.6%)		
	10,001 - 20,000 บาท	18 (25.3%)	9 (50.0%)	9 (50.0%)		
	มากกว่า 20,000 บาท	11 (15.5%)	5 (45.5%)	6 (54.5%)		
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	47 (23.9%)	23 (48.9%)	24 (51.1%)	0.17	0.68
	ไม่เพียงพอ	24 (33.8%)	13 (54.2%)	11 (45.8%)		

มีจำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษาเฉลี่ย 9.3 ± 6.1 ครั้ง (1 - 32 ครั้ง) ชนิดของการรักษาด้วยการทำจิตบำบัดพบว่ามีส่วนมาก ใช้การรักษาด้วยวิธี Behavioral modification (ร้อยละ 57.7) ความรุนแรงของโรคหลักอยู่ในระดับ Moderate ร้อยละ 77.5 ส่วนใหญ่ใน 1 ปีที่ผ่านมา ไม่ได้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรคจิตเวช (ร้อยละ 81.7) และมีการหยุดเรียนเพื่อมาติดตามนัด

หรือเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชต่อปี 1 - 7 วัน (ร้อยละ 77.5) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ลักษณะการกินยาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.3 มีการกินยาที่ไม่สม่ำเสมอ สาเหตุหลักที่กลุ่มตัวอย่างกินยาไม่สม่ำเสมอคือลืมกินยา

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านการรักษาและการกินยาของผู้ป่วยที่มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ และกินยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อมูล		จำนวน (ร้อยละ)	กินยาสม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	กินยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p
การวินิจฉัยโรคหลัก	Neurodevelopmental disorder*	45 (63.4%)	26 (57.8%)	19 (42.2%)	2.93	0.56
	Mood disorder**	17 (24.0%)	7 (41.2%)	10 (58.8%)		
	Obsessive compulsive disorder and related	2 (2.8%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)		
	Anxiety disorders	3 (4.2%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)		
	Others	4 (5.6%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)		
การวินิจฉัยโรคร่วม	ไม่มีโรคร่วม	15 (21.1%)	7 (46.7%)	8 (53.3%)	0.12	0.72
	มีโรคร่วม	56 (78.9%)	29 (51.8%)	27 (48.2%)		
จำนวนยาที่ใช้รักษา	1 ชนิดต่อวัน	53 (74.6%)	30 (56.6%)	23 (43.4%)	2.91	0.08
	มากกว่า 1 ชนิดต่อวัน	18 (25.4%)	6 (33.3%)	12 (66.7%)		
ผลข้างเคียงจากยา	ไม่มี	50 (70.4%)	28 (56.0%)	22 (44.0%)	1.89	0.16
	มี	21 (29.6%)	8 (38.1%)	13 (61.9%)		
ความรุนแรงของโรค	Mild	5 (7.0%)	2 (40.0%)	3 (60.0%)	0.30	0.86
	Moderate	55 (77.5%)	28 (50.9%)	27 (49.1%)		
	Severe	11 (15.5%)	6 (54.5%)	5 (45.5%)		
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเวชใน 1 ปี	ไม่ได้นอนโรงพยาบาล	58 (81.7%)	31 (53.5%)	27 (46.5%)	3.76	0.43
	1 ครั้ง	8 (11.3%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)		
	2 ครั้ง	2 (2.8%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)		
	3 ครั้ง	2 (2.8%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)		
	มากกว่า 5 ครั้ง	1 (1.4%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)		
การหยุดเรียนเพื่อติดตามนัดหรือเจ็บป่วยโรคจิตเวชใน 1 ปี	ไม่ได้หยุดเรียน	7 (9.8%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	4.29	0.23
	1 - 7 วัน	55 (77.5%)	28 (50.9%)	27 (49.1%)		
	8 - 14 วัน	8 (11.3%)	2 (25.0%)	6 (75.0%)		
	มากกว่า 28 วัน	1 (1.4%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)		

*ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 56.3 ของจำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

**ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

(ร้อยละ 28.1) รองลงมาคือยาหมดเนื่องจากไม่มาตามนัด (ร้อยละ 21.1) และผู้ป่วยไม่ยอมกินยา (ร้อยละ 15.5) ชนิดของยาที่ใช้รักษาส่วนมากเป็นยาในกลุ่ม Stimulant (Methylphenidate ชนิด Immediate release) ร้อยละ 56.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยา 1 ชนิดต่อวัน (ร้อยละ 74.6) ผลข้างเคียงจากการใช้ยาพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีผลข้างเคียง (ร้อยละ 70.4) โดยผลข้างเคียง

ตารางที่ 4 ตารางเสริมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ และกินยาไม่สม่ำเสมอ

(ไม่สามารถคำนวณ chi-square และ p-value ได้เนื่องจากเป็นข้อมูลแบบไม่ต่อเนื่อง (ผู้ป่วย 1 คนสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	กินยาสม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	กินยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	
ชนิดของโรคร่วมที่พบ	Child-rearing problem	40 (56.3%)	21 (52.5%)	19 (47.5%)
	ODD	11 (15.5%)	6 (54.5%)	5 (46.5%)
	LD	5 (7.0%)	4 (80.0%)	1 (20.0%)
	Dysthymia	7 (9.8%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)
	ID	6 (8.4%)	6 (66.7%)	2 (33.3%)
	อื่นๆ***	18 (25.3%)	9 (50.0%)	9 (50.0%)
ชนิดของยาที่ใช้รักษา	Stimulant <methylphenidate IR>	40 (56.3%)	24 (60.0%)	16 (40.0%)
	SSRIs	23 (32.4%)	9 (39.1%)	14 (60.9%)
	Antipsychotic	15 (21.1%)	5 (33.3%)	10 (66.7%)
	Benzodiazepine	15 (21.1%)	5 (33.3%)	10 (66.7%)
	Mood stabilizer	2 (2.8%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)
ชนิดของการทำจิตบำบัด	Supportive psychotherapy	24 (33.8%)	9 (37.5%)	15 (62.5%)
	Cognitive behavioral therapy	3 (4.2%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)
	Family therapy	17 (24.0%)	10 (58.8%)	7 (41.2%)
	Crisis intervention	18 (25.3%)	6 (33.3%)	12 (66.7%)
	Behavioral modification	41 (57.7%)	24 (58.5%)	17 (41.5%)
	Social skill training	1 (1.4%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)
ชนิดของผลข้างเคียงที่พบ	คลื่นไส้อาเจียน	4 (5.6%)	1 (25.0%)	3 (75.0%)
	ไม่ยอมกินอาหารน้ำหนักลด	5 (7.0%)	2 (40.0%)	3 (60.0%)
	ใจสั่น	2 (2.8%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)
	มีปัญหาการนอน	4 (5.6%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)
	ปวดท้อง	3 (4.2%)	0 (0.0%)	3 (100.0%)
	ความคิดอยากฆ่าตัวตาย	2 (2.8%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)
	ง่วงซึม	11 (15.5%)	5 (45.5%)	6 (54.5%)
	ปวดหัว/เวียนหัว	6 (8.4%)	3 (50.0%)	3 (50.0%)
ความสม่ำเสมอในการกินยา	ใช่	36 (50.7%)		
	ไม่ใช่	35 (49.3%)		
สาเหตุที่กินยาไม่สม่ำเสมอ	ยาหมดเนื่องจากไม่มาตามนัด	15 (21.1%)		
	มีปัญหาค่าใช้จ่าย	1 (1.4%)		
	เข้าถึงบริการยาก/เดินทางไม่สะดวก	4 (5.6%)		
	ลืมกินยา	20 (28.1%)		
	ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาเอง	11 (15.5%)		
	คิดว่าไม่มีอาการหยุดกินยา	10 (14.1%)		
	รู้สึกว่ายามีประสิทธิภาพลดลง	2 (2.1%)		
	พ่อแม่ไม่ให้กิน	1 (1.4%)		
	มีผลข้างเคียง	5 (7.0%)		

***อื่นๆ ได้แก่ ASD, MDD, PTSD, Personality disorder, ADHD, ODD, Child abuse, Game addiction, Academic problem, Somatoform disorder, โรคทางกาย

ที่พบนั้นได้แก่ มีอาการวงซึม (ร้อยละ 15.5) รองลงมาคือปวดหัวหรือเวียนหัว (ร้อยละ 8.4) ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ปัจจัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

จากการศึกษาพบปัจจัยที่มีผลกับการกินยาคือช่วงอายุ 5 - 10 ปี มีความสัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอมากกว่าช่วงอายุอื่นๆ ($\chi^2 = 6.91$, p-value = 0.03) และผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดนครนายกมีแนวโน้มที่จะกินยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตจังหวัดนครนายก ($\chi^2 = 4.35$, p-value = 0.03) การศึกษานี้ไม่พบว่าปัจจัยด้านเพศ ลักษณะครอบครัว จำนวนชนิดยาที่กินต่อวัน การมีโรคร่วมทางกายหรือทางจิตเวช และการมีผลข้างเคียงมีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอ ดังแสดงในตารางที่ 1, 2 และ 3

วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบความชุกของการกินยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยทั้งคลินิกร้อยละ 49.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นมากที่สุด (ร้อยละ 56.3) รองลงมาคือโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 20.0) ซึ่งความชุกที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศ (Systematic review) ของ Hage A.¹⁴ และ Bener A.¹⁵ ที่พบความชุกของผู้ป่วยทั้งคลินิกที่กินยาไม่สม่ำเสมออยู่ที่ร้อยละ 6 - 62 และร้อยละ 41.1 ตามลำดับ และใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยของกมลวรรณที่พบความชุกของปัญหาการไม่ร่วมมือในการใช้ยาตามแพทย์สั่งของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและซึมเศร้าในวัยรุ่นที่คลินิกผู้ป่วยนอกสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ ร้อยละ 54.4⁵

แม้ว่ายาที่ใช้ส่วนใหญ่ในคลินิกจะสอดคล้องกับลำดับโรคที่ได้รับการวินิจฉัยคือ Methylphenidate (ร้อยละ 56.3) และ Selective serotonin reuptake inhibitors (ร้อยละ 32.4) ตามลำดับ แต่ไม่พบว่าการได้รับยาเพียง 1 ชนิดต่อวัน สัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า¹⁶⁻¹⁸ ผลข้างเคียงที่พบจากยามากที่สุดคือวงซึม รองลงมาคือปวดหัวหรือเวียนหัว ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้าของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและซึมเศร้าที่พบในประเทศไทย⁵

สาเหตุสามอันดับแรกของการกินยาไม่สม่ำเสมอในการศึกษาผู้ป่วยแบบทั้งคลินิกคือผู้ป่วยลืมกินยา รองลงมาคือ การไม่มาติดตามนัด และผู้ป่วยไม่ยอมกินยาเองตามลำดับ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในต่างประเทศของ Dean AJ ที่พบว่าการลืมกินยาของผู้ป่วยสามารถทำนายปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยได้³⁰ Frank E. และ Osberge L. ที่พบว่าสาเหตุของการกินยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ มักเกิดจากการไม่มาติดตามนัดหรือมีการติดตามนัดที่ไม่สม่ำเสมอ^{6,19} และ Both C. ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นส่วนใหญ่มักมีปัญหาไม่ยอมกินยาเอง¹⁶

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกินยาของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 5 - 10 ปี จะมีการกินยาที่สม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุอื่นๆ (p=0.03) ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องการศึกษาทั้งในไทยและต่างประเทศที่พบว่า การกินยาสม่ำเสมอในวัยรุ่นจะน้อยกว่าในวัยเด็ก^{8,22,27} ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเด็กวัยนี้ยังเป็นวัยที่ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลเรื่องการกินยาเป็นหลัก และมักมีการช่วยเหลือดูแลการกินยาจากครูที่โรงเรียนด้วย รวมถึงกำลังพัฒนา Industry หรือความขยันหมั่นเพียรในการเรียน ดังนั้นการกินยาที่สม่ำเสมอจะช่วยให้ความสามารถและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กดีขึ้น ผู้ปกครองชื่นชมและเด็กมีความพึงพอใจจึงเกิดแรงเสริมที่ทำให้เด็กสามารถกินยาได้อย่างสม่ำเสมอ³¹ มากกว่าในช่วงวัยรุ่นที่เริ่มมีความคิดแบบ Formal operational stage ที่มีอิสระในการคิด สามารถสร้างสมมติฐาน (Hypothetico-deductive reasoning) และทดลองเพื่อหาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยตัวเอง โดยไม่ได้เชื่อหลักเหตุและผลที่พ่อแม่ ครู หรือแพทย์บอกอย่างเดียวอีกต่อไป สามารถคิดเอง ตัดสินใจเองได้มากขึ้นและมีลักษณะเชื่อเหตุผลของตนเองเป็นส่วนใหญ่ (Personal fable) เป็นวัยที่กำลังพัฒนาอัตลักษณ์ (Identity) ในแบบของตนเอง ต้องการการยอมรับจากเพื่อน (Peer acceptance) มาก ดังนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังต่างๆ หรือการที่ต้องกินยาต่อเนื่องนานๆ อาจทำให้เด็กรู้สึกว่าเป็นอัตลักษณ์ที่ตัวเองไม่ต้องการ เนื่องจากการใช้ยาต่อไปยังแสดงว่าตนเองเจ็บป่วยอยู่³ หรือหากเพื่อนรู้ว่ากินยาจิตเวชอาจไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือถูกล้อเลียนให้อับอายได้¹² รวมถึงอาการของโรคบางอย่างเช่นสมาธิสั้นในกลุ่ม Hyperactive ในวัยรุ่นมักลดลงกว่าในวัยเด็ก จึงอาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหายแล้วหรืออาการดีขึ้นแล้ว การกินหรือไม่กินยาก็นำให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกันจึงไม่จำเป็นต้องกินยาก็ได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock³ ที่ว่าหากผู้ป่วยเชื่อหรือรับรู้ว่าการใช้ยาของตนมีประสิทธิภพน้อยและได้รับประโยชน์จากการใช้ยา

น้อยลง เมื่อเปรียบเทียบกับผลเสียหรือความไม่สะดวกที่จะเกิดขึ้นมากกว่าก็จะมีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น³

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดจะมีการกินยาที่สม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตจังหวัด ($p=0.03$) เนื่องจากจังหวัดนครนายกเป็นจังหวัดขนาดเล็กประกอบด้วย 4 อำเภอ มีพื้นที่เพียง 21,229 ตารางกิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางมาโรงพยาบาล 15 - 30 นาที มีประชากรทั้งสิ้นประมาณ 260,433 คน (พ.ศ. 2564)³² กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการศึกษาส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง จึงมีความสะดวกในการมารับยาที่โรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีความลำบากในการเดินทางข้ามจังหวัดและอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยา สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Sitholey P.³³ ที่พบว่าวิธีการได้รับยาที่ยากมีผลต่อการกินยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยสมาธิสั้น และ Solmi M.³⁴ ที่พบว่า การเข้าถึงการรักษาที่ง่ายอาจช่วยลดปัญหาการขาดยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบว่าปัจจัยทางประชากรครอบครัวและสังคมเศรษฐกิจอื่นๆ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ที่กินยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ก่อนหน้านี้^{3-4,14,16,35} และการศึกษานี้ไม่พบว่าลักษณะของโรคแบบรุนแรง (severe type) มีผลกับการกินยาที่ไม่สม่ำเสมอซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Gau SS⁸ และ Edgcomb JB³⁶ ที่พบว่าลักษณะของโรคที่รุนแรงมักมีผลกับการกินยาที่ไม่สม่ำเสมอในเด็กและวัยรุ่น

สาเหตุของการกินยาไม่สม่ำเสมอที่พบในการศึกษานี้ยังมีประโยชน์อย่างมากแก่ผู้วิจัยในการวางแผนแก้ปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง จึงเกิดการทบทวนวรรณกรรมเพื่อสร้างแนวทางการดูแลเมื่อพบปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้^{3,6,35,37}

1. ด้านสถานะความเจ็บป่วย: บุคลากรทางการแพทย์ (ทีมผู้รักษา) ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองรับทราบถึงสถานะโรค และความสำคัญของการรักษา รวมถึงจุดประสงค์ของการใช้ยาด้วยภาษาและเนื้อหาที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. ด้านยาและแบบแผนการรักษา: ควรปรับแบบแผนการใช้ยาให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองปฏิบัติได้สะดวกขึ้น เช่น การใช้ยาน้อยขนาดหรือใช้ยาในแต่ละวันให้น้อยที่สุด โดยอาจเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน (Long half life) หรือปรับการบริหารยา

ให้สะดวกเหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้นเช่นยาในรูปแบบของ Extended release

3. ด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง: ควรทำความเข้าใจความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ปกครอง โดยวางแผนระบบการให้บริการที่สอดคล้องและสะดวกแก่ผู้ป่วย สนใจซักถามถึงความร่วมมือในการกินยา ประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยได้รับและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น หากพบปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอให้พยายามสืบค้นเพื่อหาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจไม่ใช้การจับผิด

4. ด้านผู้ป่วย: หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางด้านความจำ ควรมีอุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น ปฏิทิน หรือแอปพลิเคชันการช่วยนับเม็ดยาหรือเตือนการกินยา รวมถึงเตือนเรื่องการมาติดตามนัดด้วย

- หากผู้ป่วยหรือผู้ปกครองมีข้อจำกัดทางด้านความรู้ ควรให้ความรู้และให้คำแนะนำในการใช้ยาอีกครั้งให้ผู้เกิดความเข้าใจในการใช้ยาที่มากขึ้น

- หากผู้ป่วยหรือผู้ปกครองมีข้อจำกัดทางด้านความเชื่อและทัศนคติ เน้นการให้คำปรึกษา เช่น การใช้เทคนิคการทำจิตสังคัมบำบัดรายบุคคลหรือการบำบัดแบบกลุ่ม โดยผ่านการอภิปรายปัญหาและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วย หรือผู้ปกครองรายอื่นๆ เพื่อกระตุ้นหรือจูงใจให้เข้าใจถึงคุณค่าและความสำคัญของการรักษาด้วยยา ให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีส่วนร่วมและเห็นประโยชน์ของการรักษาที่จะเกิดแก่ตนเองจนเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือการรับรู้เดิมที่เคยมีอยู่

- หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเดินทางหรือการมาติดตามนัด ควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการตรวจติดตามนัดและการจ่ายยาให้ง่ายหรือสะดวกกับผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การใช้โทรเวชกรรม (Telemedicine) หรือประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อลงเยี่ยมบ้านติดตามอาการหรือรับยาแทน

5. ด้านสังคม: ควรกระตุ้นให้ครอบครัว เพื่อน โรงเรียนหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ เสริมแรงหรือให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเมื่อกินยาได้อย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางจึงไม่สามารถระบุถึงสาเหตุ (Cause) ของการกินยาไม่สม่ำเสมอได้เหมือนการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) และการศึกษานี้ใช้วิธีการ Recall ข้อมูลจากคนไข้ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ (Recall Bias)⁵

2. งานวิจัยนี้ทำการศึกษาข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายกเท่านั้น ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่อื่นๆ ได้

3. งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์ระบาดโควิด 19 ที่ทำให้บางช่วงผู้ป่วยต้องทำการเรียนแบบออนไลน์ (online) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยใช้ยาน้อยลงเพราะคิดว่าไม่จำเป็นต้องกินยา รวมถึงการขาดยาเนื่องจากไม่สามารถติดตามการรักษาได้ตามปกติ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามจึงมีข้อจำกัดคือ ในเด็กเล็กที่ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบสาเหตุของการกินยาไม่สม่ำเสมอ คำตอบอาจเป็นความคิดเห็นของผู้ปกครองไม่ใช่ของเด็ก ในวัยรุ่นอาจตอบเรื่องการกินยาไม่ตรงจริงหรือตอบน้อยกว่าความเป็นจริงได้

5. นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการกินยาสม่ำเสมอที่ไม่ได้เก็บข้อมูลในงานวิจัย เช่น ระยะเวลาที่เริ่มรักษาด้วยยา การมีโรคทางกายอื่นๆ ที่สอดคล้องกับโรคทางจิตเวช และทัศนคติต่อการกินยาทั้งของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ปัญหาครอบครัว ความพึงพอใจในการรักษา ประวัติการใช้สารเสพติด เป็นต้น

6. การศึกษานี้ใช้ความชุกของการกินยาไม่สม่ำเสมอที่ 1 สัปดาห์ก่อนมาพบแพทย์ ผลการศึกษาที่ได้จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของความชุกการกินยาไม่สม่ำเสมอตลอดช่วงของการรักษา (Course of treatment) ซึ่งต้องอาศัยการเก็บข้อมูลการกินยาทั้งหมดของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา รวมถึงการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาต้านอื่นๆ ที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา (Drug Related Problems, DRPs) เช่น การใช้ยาในขนาดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง การใช้ยาผิดเทคนิค การใช้ยาร่วมที่มีอันตรกิริยาระหว่างกัน (Drug interaction) เป็นต้น^{3,5}

7. การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทุกโรคที่มีการรักษาด้วยยาที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งประกอบด้วยหลายโรค ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความหลากหลายบางบริบท เช่น ผลข้างเคียงจากยา โรคร่วมหรือระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มโรคมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ดังนั้นการศึกษาในอนาคตควรเพิ่มขนาดประชากรเพื่อทำการศึกษาเป็นเฉพาะกลุ่มโรคต่อไป

สรุป

พบความชุกของผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 49.3 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอ คืออายุ 5-10 ปี และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัด ดังนั้นผลการรักษาที่ได้ควรนำไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังทางคลินิก และพัฒนาเครื่องมือหรือโครงการที่ช่วยให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผศ.นพ.คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ และ พ.ท.หญิง ดร.ภญ.ศินิตา หิรัญรัตน์ ผู้ให้คำปรึกษางานวิจัย คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครนายก ที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วย พญ.มณฑวรรณ พรานป่า หัวหน้าแผนกจิตเวชและยาเสพติด และเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกขณะเก็บงานวิจัย คุณภัทรพร วิสาจันทร์ และ คุณนิภาดา จันทา ผู้ให้คำแนะนำเรื่องระเบียบวิจัยและสถิติ ทำให้งานวิจัยสามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock B.J, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015. p. 918,1090,1117-1118
2. Lotrakul M, Sukanit P. Ramathibodi's Essential of Psychiatry. 4th ed. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital 2015. p.16, 22-26.
3. Sthapornnanon N. Medication non adherence. Thai Pharm Health Sci J 2012;7(1):1-14
4. Kongkaew C. Patients' medication taking behavior: critiques of relevant terminologies. Thai Pharm Health Sci J 2011;6(4):299-302
5. Tantipiwattanaskul K. A study of drug related problems in child and adolescent with mental health problem. Journal of Health Science 2019; 28: 986-95.
6. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353: 487-97.
7. 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.
8. Gau SS, Chen SJ, Chou WJ, Cheng H, Tang CS, Chang HL, et al. National survey of adherence, efficacy, and side effects of methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Taiwan. J Clin Psychiatry 2008; 69: 131-40
9. Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Measurement of patient compliance. Pharm World Sci 1998; 20: 73-7.

10. Forbes CA, Deshpande S, Sorio-Vilela F, Kutikova L, Duffy S, Gouni-Berthold L, et al. Systematic literature review comparing methods for the measurement of patient persistence and adherence. *Curr Med Res Opin* 2018; 34(9): 1613-25.
11. Karve S, Cleves MA, Helm M, Hudson TJ, West DS, Martin BC. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Curr Med Res Opin* 2009; 25: 2303-10.
12. Rapoff MA. Adherence to pediatric medical regimens. 2nd ed. New York: Springer Science Business; 2010.
13. Samakkeethum O, Danwilai K. Assessment of adherence in children nephrotic syndrome at outpatient Pharmacy Queen Sirikit National Institute of Child Health. *Journal of the Department of Medical Service* 2017; 42(6): 88-95
14. Hage A, Weymann L, Bliznak L, Marker V, Mechler K, Dittmann RW. Non-adherence to psychotropic medication among adolescents - a systematic review of the literature. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2018; 46(1): 69-78
15. 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.
16. Both C, Mechler K, Niemeyer L, Jennen-Steinmetz C, Hohmann S, Schumm L, et al. Medication adherence in adolescents with psychiatric disorders. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2021; 49(4): 295-306.
17. Dinnissen M, Dietrich A, Vander Molen JH, Verhallen AM, Buiteveld Y, Jongejan S, et al. Prescribing antipsychotics in child and adolescent psychiatry: guideline adherence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020; 29(12): 1717-27.
18. Sanchez M, Lytle S, Neudecker M, McVoy M. Medication adherence in pediatric patients with bipolar disorder: a systematic review. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2021; 31(2): 86-94.
19. Frank E, Ozon C, Nair V, Othee K. Examining why patients with attention-deficit/hyperactivity disorder lack adherence to medication over the long term: a review and analysis. *Clin Psychiatry* 2015; 76(11): 1459-68.
20. Oliva V, Lippi M, Paci R, Fabro LD, Delvecchio G, Brambilla P, et al. Gastrointestinal side effects associated with antidepressant treatments in patients with major depressive disorder -a systematic review and meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021; 109.
21. Athipongarporn A, Limsuwan N. Reasons of poor treatment adherence in children and adolescents with ADHD. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018; 63(1): 33-46
22. Wehmeier PM, Dittmann RF, Banaschewski T. Treatment compliance or medication adherence in children and adolescents on ADHD medication in clinical practice: results from the COMPLY observational study. *Atten Defic Hyperact Disord* 2015; 7(2): 165-74.
23. Alfageh BH, Wang Z, Mongkhon P, Besag FM, Alhawassi TM, Brauer R. Safety and tolerability of antipsychotic medication in Individuals with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Paediatr Drugs* 2019; 21(3): 153-67.
24. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical Disorders. *Psychiatr Serv* 1998;49(2): 196-201.
25. Wu SH, Wang K, Chen Y, Wang WQ, Wang F, Montgomery W, et al. Exploratory analysis of early treatment discontinuation and clinical outcomes of patients with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Asia Pac Psychiatry* 2017; 9(1).
26. Tantipanjanorn P, Kiatrungrit K. Factors associated with medication adherence in adolescents with ADHD. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61: 131-44.
27. Ninlanon K, Sakulbumrungsil R, Phattananudee 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.
28. Pimratana W. Caretakers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and child patients' compliance to take methylphenidate (MPH). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61(1): 15-26.
29. Wayne WD. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences (6thed). John Wiley&Sons, Inc; 1995.
30. 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.
31. Hamrin V, McCarthy E, Tyson V. Pediatric psychotropic medication initiation and adherence: a literature review based on social exchange theory. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2010; 23(3): 151-72.
32. Department of Provincial Administration, Ministry of the Interior. Statistics, population and house statistics for the year 2021. [updated December ,2021; cited 2022 May 24]. available from: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByYear.php
33. 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.
34. Solmi M, Miola A, Croatto G, Pigato G, Favaro A, Fornaro M, et al. How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? -a targeted review and 10 clinical recommendations. *Braz J Psychiatry* 2021; 43(2): 189-202.
35. Timlin L, Hakko H, Kyngas H. 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* 2014; 3(2): 99-107.
36. Edgcomb JB, Zima BJ. Medication adherence among children and adolescents with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Psychopharmacol* 2018; 28(8): 508-20.
37. McDonald HP, Garg AX, Haynes RB. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. *JAMA* 2002; 288: 2868-79.