

ผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของนักโควิด 19 ต่ออาการและบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

พิมพ์ การเจริญพงศ์*, สุวรรณีย์ พุทธิศรี*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่ออาการและความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น รวมถึงความเครียดของผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากโครงการ Ramathibodi ADHD registry 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด (post pandemic) ข้อมูลสำคัญที่นำมาศึกษาประกอบด้วย อาการสมาธิสั้น ความบกพร่องทางหน้าที่ และความเครียดของผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด โดยใช้ pair t-test หรือ Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษา มีข้อมูลประชากร 63 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 73 อายุเฉลี่ย 10.2 ± 3.1 ปี มีผู้ปกครองที่อยู่ด้วยกันร้อยละ 70.5 และครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 64.9 จากการศึกษาพบว่าอาการนอนไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ($p = 0.026$) และความบกพร่องทางหน้าที่ด้านโรงเรียน ($p = 0.046$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด แต่ไม่พบความแตกต่างของความเครียดของผู้ปกครอง ($p = 0.986$)

สรุป ระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด มีผลกระทบเชิงบวกต่ออาการนอนไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และความบกพร่องทางหน้าที่ด้านโรงเรียน ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ แต่ไม่พบผลกระทบต่อความเครียดของผู้ปกครอง

คำสำคัญ โควิด 19 สมาธิสั้น อาการ ความบกพร่องทางหน้าที่

Corresponding author: สุวรรณีย์ พุทธิศรี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: suwannee.sri@mahidol.ac.th

วันรับ : 10 พฤศจิกายน 2565 วันแก้ไข : 30 มกราคม 2566 วันตอบรับ : 30 มกราคม 2566

The Impact of COVID-19 Pandemic on Symptoms and Functions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children in Psychiatric Out Patient Department at Ramathibodi Hospital

Pimol Kanchalearnpong*, Suwannee Putthisri*

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

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on symptoms, functions in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and the stress levels of their parents in Ramathibodi's psychiatric outpatient department.

Methods: This was a retrospective study. The data was collected from the Ramathibodi ADHD registry project at two periods which were before the second wave of COVID-19 pandemic and during the second wave of COVID-19 pandemic until the post pandemic phase predicted by the Ministry of Public Health. The population's demographic data was summarized with percentage, mean and median. The symptoms, functions in children with ADHD and the stress levels of their parents from these two periods were compared by using Pair t-test and Wilcoxon signed rank test.

Results: Of the total 63 children, 73% were male. The mean age was 10.2 ± 3.1 years. 70.5% of their parents lived together. 64.9% of the families earn more than 50,000 baths per month. During the second wave of COVID-19 pandemic until the post pandemic phase, the symptoms of hyperactivity and impulsivity and school performance were significant improved ($p = 0.026$, 0.046 respectively). Their parent's stress levels were not significantly difference ($p = 0.986$).

Conclusion: During the second wave of COVID-19 pandemic until the post pandemic phase, the symptoms of hyperactivity and impulsivity and school performance at Ramathibodi's psychiatric outpatient department were improved but the stress level of their parents were unaffected.

Keywords: COVID-19, ADHD, symptoms, functional impairment

Corresponding author: Suwannee Putthisri

E-mail: suwannee.sri@mahidol.ac.th

Received 10 November 2022 Revised 30 January 2023 Accepted 30 January 2023

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการและระบบประสาท (neurodevelopmental disorder)¹ ในเด็ก โดยทั่วโลกพบว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 7.2² ส่วนในประเทศไทยพบมากถึงร้อยละ 8³ ลักษณะอาการของโรคสมาธิสั้นประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ ซุกซนอยู่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น⁴ ทำให้เด็กได้รับผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น มีปัญหาการเรียน มีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และส่งผลกระทบทางด้านอารมณ์⁵

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และแพร่กระจายไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern)⁶ ในวันที่ 30 มกราคม 2563

สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 และเกิดเป็นการระบาดในระลอกแรกขึ้น โดยได้มีการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (พรก.ฉุกเฉิน)⁷ ซึ่งสามารถควบคุมการระบาดได้ภายใน 2 เดือน และไม่พบผู้ติดเชื้อนานกว่า 100 วัน ต่อมาได้ตรวจพบผู้ติดเชื้อครั้งใหม่ตั้งแต่วันที่ 19 ธันวาคม 2563⁸ ที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าวซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด และมีประชาชนจากหลากหลายจังหวัดมาที่ตลาดใหญ่แห่งนี้ จึงทำให้เกิดการระบาดไปหลายกลุ่มคนและหลายจังหวัด เกิดเป็นการติดเชื้อระลอกใหม่ และยังพบผู้ติดเชื้อมากขึ้นเรื่อยมา จนกระทั่งปลายปี 2564⁹ พบว่าแนวโน้มคลี่คลายไปในทางที่ดี จนกระทรวงสาธารณสุขมีการปรับแผนการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สู่วิถีปรกติ และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะของการระบาด (post pandemic) ตั้งแต่มกราคม 2565⁹ และได้มีการยกเลิกการใช้ พรก.ฉุกเฉิน ตั้งแต่มกราคม 2565¹⁰ ในที่สุด

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลายประเทศมีมาตรการบังคับใช้เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่มีการประกาศใช้ พรก.ฉุกเฉิน อันมีแนวทางปฏิบัติตามข้อกำหนด ได้แก่ ให้มีการกักตัว (quarantine) การทำงานที่บ้าน (work from home) การเรียนรูปแบบออนไลน์ รวมถึงปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค และ

งดเดินทางข้ามประเทศ^{7,11} มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าประชาชนทั่วไปรวมถึงในกลุ่มเด็กมีสุขภาพจิตที่แย่ลงในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{12,13} นอกจากนั้นยังพบว่าเด็กและวัยรุ่นสาวเป็นวัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้ใหญ่^{12,14,15} โดยเฉพาะเด็กกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการและระบบประสาท (neurodevelopmental disorder)¹² เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น การกักตัวอยู่ที่บ้าน การไม่ได้ไปโรงเรียน การไม่ได้พบเพื่อน การต้องแยกจากพ่อแม่หรือกระทั่งการต้องเจอกับความสูญเสีย¹³ จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กกลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งเมื่อต้องถูกจำกัดขอบเขตบางอย่างอาจนำไปสู่ความทุกข์ทรมานทางจิตใจได้เช่นกัน¹⁶

ก่อนหน้านี้มีการศึกษาในหลายประเทศเกี่ยวกับผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นพบว่าสถานการณ์การระบาดและมาตรการการป้องกันสัมพันธ์กับอาการที่แย่ลง^{16,17,18} ซึ่งได้แก่ อาการฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย (irritability) และพฤติกรรมก่อกวน (disturbing or disruptive behavior) อีกทั้งพบว่าการถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ มีผลต่อการเกิดอารมณ์เชิงลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและความสนุกสนานที่ลดลงในเด็กอย่างชัดเจน^{12,17} สอดคล้องกับอีกหนึ่งการศึกษาซึ่งพบว่า ในภาวะระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการต่างๆ ของเด็กสมาธิสั้นแย่ลงเมื่อเทียบกับภาวะปกติ¹⁹ อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาพบว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เด็กสามารถใช้เวลากับการเรียนเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 50 และใช้เวลากับการช่วยงานบ้านพ่อแม่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50¹⁶ นอกจากนั้นยังมีการศึกษาพบผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่พบว่า มีการเพิ่มของอารมณ์เชิงลบ และเกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในพ่อแม่ของเด็กกลุ่มนี้ เช่น หงุดหงิด เกรี้ยวกราด ด่าทอ ทำโทษและตี¹² นอกจากนั้นยังพบว่าอาจมีปัจจัยอื่นๆ¹² ที่กระทบต่ออาการของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ สภาพแวดล้อมในครอบครัว วิธีการปรับตัวหรือแก้ปัญหาของเด็ก ปัญหาการนอนหลับของเด็กที่มีอยู่เดิม และการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ที่ล่าช้า

โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นหนึ่งในโรงเรียนแพทย์ที่มีเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นเข้ารับบริการมากถึง 480 คนต่อปี ปัจจุบันทั้งเด็กและผู้ปกครองต่างอยู่ในสถานการณ์การระบาดนี้ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาผลกระทบระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาดต่อเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยมาก่อน จึงต้องการศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ออาการและความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่มารักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่วันที่ 19 ธันวาคม 2563 ซึ่งนับเป็นช่วงการระบาดระลอกใหม่ และมีความรุนแรงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ออาการและความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น รวมถึงศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความเครียดของผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยทบทวนจากฐานข้อมูลโครงการ Ramathibodi ADHD registry ซึ่งเป็นโครงการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น ที่เข้ามารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 จนถึงปัจจุบัน และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน รหัส COA. MURA2019/815 การศึกษานี้จะศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบใน 2 ช่วงเวลา คือ ข้อมูลก่อนการระบาดระลอกสอง (วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 18 ธันวาคม 2563) และระหว่างการระบาดระลอกสองจนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด⁹ (วันที่ 19 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2565) ซึ่งนับเป็นการระบาดที่มีความรุนแรงและมีระยะเวลานาน⁸

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 ที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ และเก็บบันทึกข้อมูลไว้ในโครงการ Ramathibodi ADHD

registry โดยได้รับการประเมินและติดตามอาการตามข้อกำหนดของ Ramathibodi ADHD registry อย่างน้อย 2 ช่วง คือ 1) ช่วงก่อนการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 2) ระหว่างการระบาดระลอกสองจนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด⁹ ไม่มีเกณฑ์การคัดออกเมื่อคำนวณจำนวนประชากรจากสูตรของ Wayne W.,D. (1995)

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

กำหนดค่า N ด้วยจำนวนผู้ป่วยใหม่เด็กโดยเฉลี่ย 4 ปี ย้อนหลัง ที่ได้รับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ 480 ราย แทนค่า p หรือ proportion ด้วย 0.6¹⁹ ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้า และกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนสูงสุดอยู่ที่ 20 เปอร์เซ็นต์ จะได้ n = 57 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลที่บ้านทักและใช้วิเคราะห์ทางสถิติประกอบด้วย

1. ข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์ (demographic data) ประกอบด้วย
 - ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนพี่น้อง และการอยู่อาศัย
 - ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ระดับการศึกษาของบิดา มารดา และรายได้ของผู้ปกครอง
 - ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ระดับความรุนแรงของสมาธิสั้น โรคร่วมทางจิตเวช โรคประจำตัวทางกาย ประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ยาสมาธิสั้น และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
2. ข้อมูลที่ใช้ศึกษาเป็นผลลัพธ์หลัก (primary outcome) ประกอบด้วย
 - ข้อมูลเรื่องอาการสมาธิสั้นที่ได้จากแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ตอบโดยผู้ปกครอง มีทั้งหมด 26 ข้อ ให้คะแนนตรงตามอาการ (ไม่เลย 0, เล็กน้อย 1, ค่อนข้างมาก 2, มาก 3) และคิดคะแนนรวมโดยแบ่งเป็น 3 ด้าน โดยข้อ 1 - 9 เป็นด้านขาดสมาธิ (inattention) ข้อ 10 - 18 เป็นด้านซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/impulsivity) และข้อ 19 - 26 เป็นด้านดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) โดยคะแนนมากหมายถึง

มีอาการมาก (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค เท่ากับ 0.93)²⁰

- ข้อมูลเรื่องความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นเพื่อใช้ดูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้จากแบบคัดกรองความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS) ฉบับภาษาไทย ตอบโดยผู้ปกครอง มีทั้งหมด 50 ข้อ วัดความบกพร่องทางหน้าที่ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ทักษะการใช้ชีวิต มุมมองที่มีต่อตนเอง ทักษะการเข้าสังคม และพฤติกรรมเสี่ยง ให้คะแนนตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (ไม่เคย 0, บางครั้ง 1, บ่อยๆ 2, ประจำ 3) และคิดคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน โดยคะแนนมากหมายถึงมีความบกพร่องทางหน้าที่มาก (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค เท่ากับ 0.98)²¹

- ข้อมูลเรื่องความเครียดของผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ที่ได้จากแบบวัดความรู้สึกเครียด Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10) มี 10 ข้อ ให้คะแนนความบ่อยตามความรู้สึก (ไม่เคย 0, แทบจะไม่มี 1, มีบางครั้ง 2, ค่อนข้างบ่อย 3, บ่อยมาก 4) โดยคะแนนมากหมายถึงมีความเครียดมาก (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค เท่ากับ 0.85)²²

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 25 ซึ่งจะนำไปวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง รายงานผลเป็นร้อยละ โดยข้อมูลที่แจกแจงแบบปกติรายงานเป็น ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; S.D.) ส่วนข้อมูลที่แจกแจงแบบไม่ปกติ รายงานเป็น ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range; IQR) เปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มตัวอย่างก่อนการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด โดยใช้ pair t-test หรือ Wilcoxon signed rank test และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปในช่วงระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด โดยใช้ Pearson Chi-square หรือ Fisher's exact

test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส MURA2021/1042

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากการทบทวนข้อมูลจากฐานข้อมูลโครงการ Ramathibodi ADHD registry มีข้อมูลที่ได้รับการประเมินทั้งสิ้น 63 ราย เป็นของผู้ป่วยเพศชาย 46 ราย (ร้อยละ 73) มีอายุตั้งแต่ 3.9 - 17.7 ปี อายุเฉลี่ย 10.2 ± 3.1 ปี ศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 73 มีพี่น้องร้อยละ 51.6 อาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 67.7 บิดา มารดาอาศัยอยู่ด้วยกันร้อยละ 70.5 โดยส่วนใหญ่บิดา มารดาได้รับการศึกษาถึงระดับชั้นปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 55.4 และ 65.5 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยรวมครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 64.9 ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 60.3 มีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร้อยละ 46 ได้แก่ โรคในกลุ่ม neurodevelopmental disorder อื่นๆ โรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 31.7 โดย 14 ราย เป็นโรคภูมิแพ้ 2 ราย เป็นโรคพร่องเอนไซม์จีซีพีดี (G6PD deficiency) 1 ราย มีโรคอ้วน 1 ราย มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ 1 ราย เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีภาวะโรคสงบ และ 1 ราย มีการสูญเสียการได้ยิน ไม่มีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว ร้อยละ 55.6 มีคนในครอบครัวมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร้อยละ 14.3 ได้แก่ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรคอารมณ์สองขั้ว 6 ราย โรคออทิซึมสเปกตรัม 1 ราย ไม่ทราบชนิดโรค 2 ราย โดยรวมผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาในกลุ่ม psychostimulant ร้อยละ 87.1 และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานมากกว่า 80% ร้อยละ 42.7 ตารางที่ 1

ข้อมูลอาการสมาธิสั้น

จากการศึกษาพบว่า ในระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยที่ดีขึ้นในทุกด้าน เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง โดยด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น มีคะแนนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย		N	%
เพศ	ชาย	46	73.0
	หญิง	17	27.0
อายุ		อายุเฉลี่ย 10.2 ± 3.1 ปี	
		N	%
ระดับการศึกษา	อนุบาล	2	3.2
	ประถมศึกษาตอนต้น	25	39.7
	ประถมศึกษาตอนปลาย	21	33.3
	มัธยมศึกษาตอนต้น	11	17.4
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	6.4
มีพี่น้อง	ไม่มี	30	48.4
	มี	32	51.6
อาศัยอยู่กับ	บิดาและมารดา	42	67.7
	มารดา	14	22.6
	ปู่ย่าตายาย	6	9.7
ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น			
ระดับความรุนแรงของสมาธิสั้น	น้อย	25	39.7
	ปานกลาง	30	47.6
	รุนแรง	8	12.7
โรคร่วมทางจิตเวช	ไม่มี	34	54.0
	1 โรค	25	39.7
	2 โรค	3	4.8
	3 โรค	1	1.6
โรคประจำตัวทางกาย	ไม่มี	43	68.3
	มี	20	31.7
ประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว	ไม่มี	35	55.6
	มี	28	44.4
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว	ไม่มี	54	85.7
	มี	9	14.3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง (ต่อ)

ยารักษาอาการอื่น	ไม่ได้รับยา	5	8.1
	Psychostimulant	54	87.1
	Psychostimulant + Risperidone	2	3.2
	Risperidone	1	1.6
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	ไม่สม่ำเสมออย่างยิ่ง (น้อยกว่า 40%)	19	31.1
	ไม่สม่ำเสมอ (40 - 60%)	7	11.5
	ปานกลาง (61 - 80%)	9	14.8
	สม่ำเสมอ (มากกว่า 80%)	12	19.7
	ไม่ขาดยาเลย	14	23.0
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง		N	%
สถานภาพสมรส	สมรส/อยู่ด้วยกัน	43	70.5
	แยกกันอยู่	9	14.8
	หย่าร้าง	7	11.5
	หม้าย	2	3.3
ระดับการศึกษาของบิดา	มัธยมศึกษา	4	7.1
	ปวช./ปวส./อนุปริญญา	7	12.5
	ปริญญาตรี	31	55.4
	ปริญญาโท	14	25.0
ระดับการศึกษาของมารดา	ประถมศึกษา	1	1.7
	มัธยมศึกษา	2	3.4
	ปวช./ปวส./อนุปริญญา	9	15.5
	ปริญญาตรี	38	65.5
	ปริญญาโท	8	13.8
รายได้รวมครอบครัว	15,001 - 25,000 บาท	5	8.8
	25,001 - 50,000 บาท	15	26.3
	50,001 - 100,000 บาท	24	42.1
	มากกว่า 100,000 บาท	13	22.8

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านของ SNAP-IV WFIRS-P และ T-PSS-10 ก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด

ข้อมูลศึกษา	คะแนนเฉลี่ย (ก่อนการระบาดระลอกสอง)		คะแนนเฉลี่ย (การระบาดระลอกสอง ถึงระยะออกจากการระบาด)		P-value
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
SNAP-IV (3 ด้าน)					
Inattention	12.78 (5.16)	-	12.52 (5.93)	-	0.697
Hyperactivity/Impulsivity	11.22 (6.07)	-	9.97 (6.45)	-	0.026*
Oppositional defiant	9.75 (5.31)	-	9.17 (5.31)	-	0.228
WFIRS-P (6 ด้าน)					
ด้านครอบครัว	-	0.70 (0.80)	-	0.50 (0.60)	0.052
ด้านโรงเรียน	-	0.70 (0.70)	-	0.50 (0.70)	0.046*
ด้านทักษะการใช้ชีวิต	-	1.00 (0.70)	-	1.00 (0.70)	0.550
ด้านมุมมองที่มีต่อตนเอง**	-	0.67 (0.67)	-	0.33 (1.00)	0.080
ด้านทักษะการเข้าสังคม**	-	0.43 (0.71)	-	0.29 (0.71)	0.087
ด้านพฤติกรรมเสี่ยง	-	0.20 (0.30)	-	0.20 (0.20)	0.401
T-PSS-10					
คะแนนรวม	18.60(6.05)	-	18.62(4.06)	-	0.986

*P-value <0.05

**missing data 2 คน

เมื่อนำปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษามาหาความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนอาการก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด พบว่ากลุ่มประชากรที่ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วม 1 โรคจะสัมพันธ์กับการมีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิดง่ายที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัวจะสัมพันธ์กับอาการตื่นตัวที่เพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 3**

ข้อมูลเรื่องความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

จากการศึกษาพบว่า ในระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุข

คาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเรื่องความบกพร่องทางหน้าที่ที่ดีขึ้นทุกด้าน ยกเว้นด้านทักษะการใช้ชีวิต เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง โดยมีเพียงคะแนนด้านโรงเรียนที่มีคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 2**

เมื่อนำปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษามาหาความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความบกพร่องทางหน้าที่ก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาดพบว่า การมีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัวสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของความบกพร่องทางหน้าที่ด้านครอบครัวและด้านพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อเทียบกับการไม่มีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 80 สัมพันธ์กับเปลี่ยนแปลงความบกพร่องทางหน้าที่ด้านครอบครัว

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของคะแนน SNAP-IV ในช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด

ปัจจัย	SNAP-In							SNAP-Hy/Im							SNAP-OD						
	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%	
ประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว							0.279							0.768							0.048*
ไม่มี	4	11.4	18	51.4	13	37.1		5	14.3	12	34.3	18	51.4		1	2.9	17	48.6	17	48.6	
มี	2	7.1	10	35.7	16	57.1		3	10.7	8	28.6	17	60.7		5	17.9	7	25	16	57.1	
โรคร่วมทางจิตเวช							0.949							0.016*							0.209
ไม่มี	4	11.8	14	41.2	16	47.1		1	2.9	12	35.3	21	61.8		1	2.9	13	38.2	20	58.8	
มี 1 โรค	2	8.0	11	44.0	12	48		4	16.0	8	32.0	13	52.0		5	20.0	8	32.0	12	48.0	
มี 2 โรค	0	0	2	66.7	1	33.3		2	66.7	0	0	1	33.3		0	0	2	66.7	1	33.3	
มี 3 โรค	0	0	1	100	0	0		1	100	0	0	0	0		0	0	1	100	0	0	
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา							0.059							0.358							0.139
≤80%	3	50.0	20	74.1	12	42.9		6	75.0	12	63.2	17	50.0		3	50.0	17	73.9	15	46.9	
>80%	3	50.0	7	25.9	16	57.1		2	25.0	7	36.8	17	50.0		3	50.0	6	26.1	17	53.1	

*P-value <0.05

หมายเหตุ

- ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้รวมของครอบครัว ระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โรคประจำตัวทางกาย และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ไม่พบความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนอาการสมาธิสั้น
- SNAP-In = SNAP-IV ด้าน Inattention, SNAP-Hy/Im = SNAP-IV ด้าน hyperactive/impulsivity, SNAP-OD = SNAP-IV ด้าน oppositional defiant

ในทางที่ดีขึ้น และสัมพันธ์กับการไม่เปลี่ยนแปลงของความบกพร่องทางหน้าที่ด้านมุมมองที่มีต่อตนเอง เมื่อเทียบกับการกินยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน **ตารางที่ 4**

ข้อมูลเรื่องความเครียดผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น

จากการศึกษาพบว่า ในระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาดไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของผู้ปกครองเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง **ตารางที่ 2**

เมื่อนำปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษามาหาความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนอาการใน 2 ช่วงเวลา พบว่าไม่มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนน

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ในช่วงระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด อาการสมาธิสั้นดีขึ้นทุกด้านโดยเฉพาะด้านอาการนอนไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง ซึ่งตรงกันข้ามกับผลการศึกษาของต่างประเทศก่อนหน้านี้ ที่พบว่าในการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการของโรคสมาธิสั้นจะแย่ลง¹⁶⁻¹⁹ และมีความยากลำบากในการเรียนออนไลน์²³ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมาตรการการเรียนออนไลน์การทำงานที่บ้าน (work from home) ของผู้ปกครอง ร่วมกับวัฒนธรรมการเลี้ยงดูของไทยที่ผู้ปกครองเข้ามาให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรของบุตรหลานมากกว่าในประเทศทางตะวันตก เป็นไปได้ว่าผู้ปกครองจำนวนมากของการศึกษานี้เข้ามาช่วยเหลือในระบบการเรียนออนไลน์ของบุตรหลาน ทั้งการจัดระเบียบการทำงาน การตรวจความพร้อมของอุปกรณ์การเรียน การให้คำปรึกษาหรือแนะนำแนวทางการเรียน และประชากรส่วนใหญ่ของการศึกษานี้มีอายุอยู่ในช่วงวัยเรียน จึงทำให้ผลการศึกษานี้แตกต่างจากบางการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่²³ นอกจากนั้นการกำกับดูแลโดยตรงของผู้ปกครองและการมีตารางการเรียนออนไลน์มาช่วยกำหนดกรอบกิจกรรมก็มีผลทำให้ภาพรวมของพฤติกรรมการเล่น การปีนป่าย การอยู่ไม่นิ่งลดลง

การศึกษานี้ยังได้ศึกษาความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ในช่วงระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด พบว่าความบกพร่องทางหน้าที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทุกด้าน ยกเว้นด้านทักษะการใช้ชีวิต โดยความบกพร่องด้านโรงเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง อาจเป็นเพราะการเรียนในระบบออนไลน์ทำให้ผู้ปกครองสามารถช่วยเหลือในกิจกรรมการเรียนได้มากขึ้น มีเวลาทำงานที่ได้รับมอบหมายมากขึ้น²³ การมีสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกจำกัดอยู่ในห้องเรียนที่ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน²³ และการประเมินรายละเอียดของพฤติกรรมด้านโรงเรียน²¹ บางประเด็นที่อาจไม่สามารถประเมินได้ เช่น เรื่องถูกให้ยืมหรือให้ออกจากนอกห้องเรียน การมีปัญหาเวลาเล่นกับเพื่อน เป็นต้น จึงอาจทำให้ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าในการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะแย่ลง²⁴ ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านทักษะการใช้ชีวิตที่ไม่ดีขึ้นนั้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เด็กและวัยรุ่นใช้ชีวิตประจำวันโดยทำกิจกรรมนอกบ้านและออกกำลังกายลดลง แต่กลับใช้เวลากับการดูโทรทัศน์ เล่นเกม และใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น²⁵ อันอาจเป็นเพราะข้อจำกัดของมาตรการต่างๆ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การปรับตัวของเด็กในสถานการณ์วิกฤตนั้นได้รับอิทธิพลมาจากผู้ปกครอง โดยมีการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ผู้ปกครองที่กังวลและปกป้องลูกมากเกินไป รวมถึงมีทัศนคติที่ขอบหลักเสี่ยงปัญหาเด็กจะมีการปรับตัวอย่างไม่เหมาะสม แต่หากผู้ปกครองสามารถยอมรับ ติดตาม คิดบวก และมีทัศนคติที่ดีในการแก้ไขปัญหาเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ยากลำบาก จะส่งเสริมให้เด็กมี resilience และผ่านพ้นวิกฤตเหล่านั้นไปได้²⁶ ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรได้รับการประเมินและติดตามภาวะเครียดในระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผลของการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง หากพิจารณาตามการเปลี่ยนแปลงของความเครียดของผู้ปกครองเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเครียดน้อยลง กลุ่มที่มีความเครียดมากขึ้น และ

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของคะแนน WFIRS-P ในช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด

ปัจจัย	ด้านครอบครัว								ด้านโรงเรียน								ด้านทักษะการใช้ชีวิต							
	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P			
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%				
ประวัติสมาชิกในครอบครัว	0.010*								0.926								0.653							
ไม่มี	6	17.1	16	45.7	13	37.1		3	8.6	12	34.3	20	57.1		3	8.6	18	51.4	14	40.0				
มี	1	3.6	6	21.4	21	75.0		2	7.1	11	39.3	15	53.6		3	10.7	11	39.3	14	50.0				
โรคร่วมทางจิตเวช	0.410								0.949								0.462							
ไม่มี	3	8.8	14	41.2	17	50.0		3	8.8	12	35.3	19	55.9		2	5.9	14	41.2	18	52.9				
มี 1 โรค	3	12.0	7	28.0	15	60.0		2	8.0	9	36.0	14	56.0		4	16.0	13	52.0	8	32.0				
มี 2 โรค	0	0	1	33.0	2	66.7		0	0	1	33.3	2	66.7		0	0	1	33.3	2	66.7				
มี 3 โรค	1	100	0	0	0	0		0	0	1	100	0	0		0	0	1	100	0	0				
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	0.037*								0.498								0.367							
≤80%	2	5.7	17	48.6	16	45.7		2	5.7	12	34.3	21	60.0		2	5.7	18	51.4	15	42.9				
>80%	5	19.2	5	19.2	16	61.5		3	11.5	11	42.3	12	46.2		4	15.4	10	38.5	12	46.2				

*P-value <0.05

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของคะแนน WFIRS-P ในช่วงก่อนการระบาดระลอกสองและระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด (ต่อ)

ปัจจัย	ด้านมุมมองที่มีต่อตนเอง							ด้านทักษะการเข้าสังคม							ด้านพฤติกรรมเสี่ยง									
	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ลง		ดีขึ้น			P	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ลง		ดีขึ้น			P	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ลง		ดีขึ้น			P
	N	%	N	%	N	%	N		%	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%				
ประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว								0.406								0.341								0.045*
ไม่มี	10	30.3	9	27.3	14	42.4		8	23.5	11	32.4	15	44.1		9	25.7	15	42.9	11	31.4				
มี	13	46.4	5	17.9	10	35.7		4	14.8	6	22.2	17	63.0		6	21.4	5	17.9	17	60.7				
โรคร่วมทางจิตเวช								0.711								0.394								0.412
ไม่มี	14	42.4	7	21.2	12	36.4		5	15.2	11	33.3	17	51.5		7	20.6	12	35.3	15	44.1				
มี 1 โรค	8	33.3	4	16.7	12	50.0		7	29.2	4	16.7	13	54.2		8	32.0	5	20.0	12	48.0				
มี 2 โรค	1	33.3	2	66.7	0	0		0	0	1	33.3	2	66.7		0	0	2	66.7	1	33.3				
มี 3 โรค	0	0	1	100	0	0		0	0	1	100	0	0		0	0	1	100	0	0				
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา								0.013*								0.803								0.062
≤80%	8	23.5	12	35.3	14	41.2		7	20.0	11	31.4	17	48.6		8	22.9	15	42.9	12	34.3				
>80%	14	56.0	2	8.0	9	36.0		5	20.0	6	24.0	14	56.0		7	26.9	4	15.4	15	57.7				

*P-value <0.05

หมายเหตุ ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้รวมของครอบครัว ระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โรคประจำตัวทางกาย และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวไม่พบความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

กลุ่มที่มีความเครียดคงที่ พบว่าจำนวนผู้ปกครองที่มีความเครียดไม่เปลี่ยนแปลง หรือความเครียดน้อยลงคิดเป็นร้อยละ 55.5 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะมีความเครียดเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองในการศึกษาค้างนี้ เป็นกลุ่มที่ได้มีการปรับตัวมาแล้วในการระบาดระลอกแรก และมีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้รวมของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดีเป็นส่วนใหญ่

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนทั้งในส่วนของการสมารถสัน ความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น และความเครียดของผู้ปกครอง ในช่วงระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด เทียบกับก่อนการระบาดระลอกสอง พบว่าปัจจัยในเรื่องการมีประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว การมีโรคร่วม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีผลกับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนดังกล่าว

โดยปัจจัยเรื่องความสม่ำเสมอในการรับประทานยา พบว่าการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของความบกพร่องทางหน้าที่ด้านครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่กล่าวถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาโรคที่ดีขึ้น²⁷ ทำให้เด็กสามารถรับผิดชอบหน้าที่ของตนเองในครอบครัวได้ดีขึ้น นอกจากนี้ในการศึกษานี้ยังพบว่าการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการไม่เปลี่ยนแปลงของความบกพร่องทางหน้าที่ด้านมุมมองที่มีต่อตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อาจเนื่องมาจากการรับประทานยาสม่ำเสมอทำให้อาการของเด็กดีขึ้น ปัญหาต่างๆ น้อยลง และการเรียนออนไลน์ที่บ้านอาจช่วยลดการถูกล้อเรื่องการกินยาซึ่งจะลดผลกระทบที่มีต่อมุมมองที่ไม่ดีต่อตนเองได้

ส่วนปัจจัยเรื่องการมีโรคร่วม พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตอบสนองของอาการสมาธิสั้น แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของความบกพร่องทางหน้าที่โดยการไม่โรคร่วมหรือการมีโรคร่วมเพียง 1 โรค มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองในรูปแบบที่ดีขึ้นของอาการอยู่ไม่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ซึ่งในการศึกษาค้างนี้ประชากรส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วม

เพียง 1 โรค (ร้อยละ 93.7) และในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรักษาส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นการใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว จึงทำให้กลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วมเพียง 1 โรคได้ผลการรักษาที่ดีกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ในผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมหลายโรคจะตอบสนองต่อการรักษาแบบผสมผสาน (combined treatments) มากกว่าการใช้ยาอย่างเดียว²⁹ อย่างไรก็ตามนอกจากจำนวนของโรคร่วมแล้ว ชนิดของโรคร่วมก็มีความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเช่นกัน³⁰⁻³²

และปัจจัยสุดท้าย คือการมีประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว พบมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองของการต่อต้านและการเปลี่ยนแปลงของความบกพร่องทางหน้าที่ด้านครอบครัวและด้านพฤติกรรมเสี่ยงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการไม่มีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว ถึงแม้จะมีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ปกครองที่เป็นสมาธิสั้นอาจมีลักษณะการเลี้ยงดูบุตรในเชิงลบ (negative parenting) และส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมเด็ก อีกทั้งอาการสมาธิสั้นของผู้ปกครองอาจส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็ก อันเป็นเหตุให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก³³ แต่ก็มีบางการศึกษาที่พบว่าอาการของผู้ปกครองสมาธิสั้นไม่ได้มีผลกระทบต่อการรักษาเด็กสมาธิสั้นแต่อย่างใด³⁴ ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้นที่ไม่รุนแรงมากและได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ รวมทั้งผู้ปกครองมีความคุ้นเคยกับโรคสมาธิสั้นมาแล้ว ทำให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจในอาการของโรค และสามารถรับมือกับปัญหาพฤติกรรมที่เกิดจากโรคสมาธิสั้นในบุตรหลานได้ดีขึ้น ทำให้ความขัดแย้งในครอบครัวลดลง ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

การศึกษานี้ยังได้นำปัจจัยเรื่องความรุนแรงของโรคมาศึกษาความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนทั้งในส่วนของการสมารถสัน ความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น และความเครียดของผู้ปกครอง แต่ไม่พบว่ามีผลกับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนใน 2 ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ในต่างประเทศที่พบว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคมากจะสัมพันธ์กับความสามารถในการอ่านและคณิตศาสตร์ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคน้อย³⁵ อาจเป็นไปได้ว่าประชากรในการศึกษาค้างนี้

ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง (ร้อยละ 87.3) จึงทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของอาการสมาธิสั้น ความบกพร่องทางหน้าที่ และความเครียดของผู้ปกครอง ระหว่าง 2 ช่วงเวลาของการศึกษา

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาดต่อเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น โดยครอบคลุมเรื่องอาการสมาธิสั้น ความบกพร่องทางหน้าที่ของผู้ป่วย และยังคงครอบคลุมไปถึงความเครียดของผู้ปกครอง นอกจากนี้การศึกษายังแสดงถึงปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ต่ออาการ และความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ตลอดจนความเครียดของผู้ปกครอง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ จำนวนประชากรน้อย เนื่องจากระยะเวลาของการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาดมีจำกัด และมาตรการป้องกันการระบาดที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้นอกจากนั้นอาจมีปัจจัยกวนอื่นๆ (confounding factor) ที่กระทบต่อผลการศึกษา เช่น ชนิดของโรคร่วม รูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่ได้นำมาศึกษา และยังเป็นผลของการเลือกใช้ WFIRS ซึ่งมีข้อคำถามบางข้อที่อาจประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ด้านโรงเรียนในสถานการณ์ที่เด็กเรียนออนไลน์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นสาเหตุโดยตรงต่ออาการ ความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและความเครียดของผู้ปกครองได้ ดังนั้นงานวิจัยในสถานการณ์วิกฤตที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต จึงควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้น และศึกษาปัจจัยกวนอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อหาอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลกระทบต่ออาการและความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ

สรุป

การระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด มีผลกระทบในเชิงบวกต่ออาการนอนไม่หลับ หุนหันพลันแล่นในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่มารักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ และมีผลในเชิงบวก

ต่อการเปลี่ยนแปลงความบกพร่องทางหน้าที่ด้านโรงเรียนแต่ไม่พบผลกระทบต่อความเครียดของผู้ปกครอง โดยปัจจัยเรื่องความสม่ำเสมอในการกินยา การมีโรคร่วม โรคสมาธิสั้นในครอบครัว มีแนวโน้มมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอาการ และความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.พญ.นิดา ลิ้มสุวรรณ และคณะจัดทำโครงการ Ramathibodi ADHD registry ที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าถึงข้อมูล รศ.พญ.สุวรรณณี พุทธิศรี ที่ให้การสนับสนุนอย่างเต็มประสิทธิภาพ คณาจารย์ นักปฏิบัติการวิจัย และเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการให้คำปรึกษาด้านวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จนการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณงานวิจัยทั้งที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้กล่าวถึงที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Martin A, Volkmar FR, Lewis M, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. 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.
3. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *J Ment Health Thai* 2013;21:66-75.
4. DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Çetin FH, Uçar HN, Türkoğlu S, Kahraman EM, Kuz M, Güleç A. Chronotypes and trauma reactions in children with ADHD in home confinement of COVID-19: full mediation effect of sleep problems. *Chronobiol Int* 2020;37:1214-22.
6. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 situation report [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 30]. Available from: <https://covid19.ddc.moph.go.th/>.
7. Office of the Council of State. Regulation issued under section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situation B.E. 2548 (2005) (No.1). *Government Gazette Vol. 137, special section 69 d*, dated 2020 Mar 25.
8. Office of the Council of State. Regulation issued under section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situation B.E. 2548 (2005) (No.37). *Government Gazette Vol. 138, special section 262 d*, dated 2021 Oct 30.

9. Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Endemic Approach to COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 30]. Available from: <https://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/42090.pdf>
10. Office of the Council of State. Notification Re: Cancellation of the Declaration of an Emergency Situation in all areas of the Kingdom of Thailand. Government Gazette Vol. 139, special section 232 d, dated 2022 Sep 29.
11. Office of the Council of State. Regulation issued under section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situation B.E. 2548 (2005) (No.5). Government Gazette Vol. 137, special section 102 d, dated 2020 May 1.
12. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur child Adolesc Psychiatry* 2021;1:27.
13. Imran N, Aamer I, Sharif MI, Bodla ZH, Naveed S. Psychological burden of quarantine in children and adolescents: a rapid systematic review and proposed solutions. *Pak J Med Sci* 2020; 36:1106.
14. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ, et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35:806-14.
15. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010; 10:1-9.
16. Shah R, Raju VV, Sharma A, Grover S. Impact of COVID-19 and lockdown on children with ADHD and their families—an online survey and a continuity care model. *J Neurosci Rural Pract* 2021; 12:071-9.
17. Melegari MG, Giallardo M, Sacco R, Marcucci L, Orecchio S, Bruni O. Identifying the impact of the confinement of COVID-19 on emotional-mood and behavioural dimensions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Res* 2021; 296: 113692.
18. Behrmann JT, Blaabjerg J, Jordansen J, Jensen de López KM. Systematic review: investigating the impact of COVID-19 on mental health outcomes of individuals with ADHD. *J Atten Disord* 2022;26:959-75.
19. Zhang J, Shuai L, Yu H, Wang Z, Qiu M, Lu L, et al. Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr* 2020; 51:102077.
20. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014; 59:97-110.
21. Punyapas S, Pornnoppadol C, Boon-yasidhi V, Likhitkietkha-chorn P. Reliability and validity of Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS)-Thai version in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015 ;60:111-26.
22. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Med* 2010; 4:1-6.
23. Sibley MH, Ortiz M, Gaias LM, Reyes R, Joshi M, Alexander D, et al. Top problems of adolescents and young adults with ADHD during the COVID-19 pandemic. *J Psychiatr Res* 2021; 136: 190-7.
24. Masi A, Mendoza Diaz A, Tully L, Azim SI, Woolfenden S, Efron D, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the well-being of children with neurodevelopmental disabilities and their parents. *J Paediatr Child Health* 2021; 57:631-6.
25. Sciberras E, Patel P, Stokes MA, Coghill D, Middeldorp CM, Bellgrove MA, et al. Physical health, media use, and mental health in children and adolescents with ADHD during the COVID-19 pandemic in Australia. *J Atten Disord* 2022; 26:549-62.
26. Romero E, López-Romero L, Domínguez-Álvarez B, Villar P, Gómez-Fraguela JA. Testing the effects of COVID-19 confinement in Spanish children: the role of parents' distress, emotional problems and specific parenting. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17:6975.
27. Roy A, Hechtman L, Arnold LE, Sibley MH, Molina BS, Swanson JM, et al. Childhood factors affecting persistence and desistence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adulthood: results from the MTA. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55:937-44.
28. Charach A, Ickowicz A, Schachar R. Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:559-67.
29. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:147-58.
30. Ter-Stepanian M, Grizenko N, Zappitelli M, Joobar R. Clinical response to methylphenidate in children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 2010; 55:305-12.
31. Buitelaar JK, Van der Gaag RJ, Swaab-Barneveld H, Kuiper M. Prediction of clinical response to methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(8):1025-32.
32. Blouin B, Maddeaux C, Stanley Firestone J, van Stralen J. Predicting response of ADHD symptoms to methylphenidate treatment based on comorbid anxiety. *J Atten Disord* 2010; 13:414-9.
33. Chronis-Tuscano A, Wang CH, Woods KE, Strickland J, Stein MA. Parent ADHD and evidence-based treatment for their children: review and directions for future research. *J Abnorm Child Psychol* 2017; 45:501-17.
34. Sibley MH, Ross JM, Gnagy EM, Dixon LJ, Conn B, Pelham WE. An intensive summer treatment program for ADHD reduces parent-adolescent conflict. *J Psychopathol Behav Assess* 2013; 35:10-9.
35. Jayanti O, Heide J. Attention-deficit/hyperactivity disorder severity, diagnosis, & later academic achievement in a national sample. *Soc Sci Res* 2017; 61:251-6.