

สาเหตุของการขาดนัดพบแพทย์ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

กตสฎา หานุกฤตวิชกุล พ.บ.* ปริยารัตน์ เนตรสุวรรณ พย.บ.*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนของประเทศไทยจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องโดยการรับประทานยาและปรับพฤติกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่ขาดนัด และมีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการนัดหมายต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการขาดนัดอย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาสาเหตุการขาดนัดเพื่อนำไปแก้ปัญหาอย่างถูกต้องและพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอัตราการขาดนัด และสาเหตุของการขาดนัดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่คลินิกปัญหาการเรียน แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วิธีการศึกษา : การศึกษาพรรณนาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง เก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ขาดนัดจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2564 ถึง 30 เมษายน 2566 และสัมภาษณ์ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ทุกรายที่สามารถติดต่อได้และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยผ่านทางโทรศัพท์ โดยเก็บข้อมูลสาเหตุของการขาดนัดและข้อมูลอื่น ๆ นำมาวิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อยเพื่อเปรียบเทียบสาเหตุการขาดนัดระหว่างผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองกับผู้ป่วยต่างอำเภอหรือต่างจังหวัดโดยใช้สถิติ exact probability test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยสมาธิสั้นทั้งหมด 1,053 ราย มีจำนวนนัด 3,655 ครั้ง มีจำนวนที่ขาดนัด 484 ครั้ง (ร้อยละ 13.24) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 139 ราย ผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ขาดนัดอายุเฉลี่ย 10.34 ± 2.15 ปี สาเหตุของการขาดนัดพบแพทย์ ได้แก่ กลัวโรคโควิด-19 ร้อยละ 62.59 ยาเหลือหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 47.48 ระยะทางไกลและเดินทางลำบาก ร้อยละ 27.34 ไม่สะดวกมาในวันที่นัด ร้อยละ 20.14 ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ร้อยละ 19.42 อาการดีขึ้น ร้อยละ 18.71 เจ้าหน้าที่ไม่สื่อสารแนะนำข้อมูล ร้อยละ 7.19 ไม่เห็นผลลัพธ์จากการรักษา ร้อยละ 5.76 ผลข้างเคียงจากการใช้ยา ร้อยละ 5.04 ระยะรอคอยตรวจนาน ร้อยละ 2.88 และผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยา ร้อยละ 1.44 จากการวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบว่า ผู้ป่วยต่างอำเภอและต่างจังหวัดมีปัญหาเรื่องระยะทางไกลเดินทางลำบาก และมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่าผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ และ $p = 0.005$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ : การขาดนัดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นมีหลายสาเหตุ การให้บริการที่ครอบคลุมมากขึ้นและเพิ่มช่องทางในการเข้ารับการรักษา เช่น การแพทย์ทางไกล การส่งยาทางไปรษณีย์ การเปิดให้บริการดูแลโรคสมาธิสั้นในพื้นที่ห่างไกล โดยรูปแบบการให้บริการดังกล่าวต้องให้ความรู้ เน้นย้ำเรื่องความสำคัญของการใช้ยาต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรม การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา และมาตามนัด

คำสำคัญ : สมาธิสั้น เด็กและวัยรุ่น การขาดนัดพบแพทย์

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Corresponding Author: Katesuda Hansudewechakul E-mail: Katesuda@cpird.in.th

Received: 10 July 2023

Revised: 23 November 2023

Accepted: 27 November 2023

CAUSES OF MISSING DOCTOR'S APPOINTMENTS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ADHD AT THE PSYCHIATRIC OUTPATIENT DEPARTMENT CHIANGRAI PRACHANUKROH HOSPITAL

Katesuda Hansudewechakul M.D.*, Preyarat Netsuwan R.N.*

ABSTRACT

BACKGROUND: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a condition among school-aged children in Thailand that requires continuous treatment, including medication and behavior therapy. Chiangrai Prachanukroh Hospital has the missing appointments ADHD patients, that caused hospital staff make follow-up phone calls to ensure the continuation of patients' treatments. There hasn't been a study on the reasons for missed appointments. Therefore, researchers conducted this study to identify the causes of missed appointments to develop an appropriate care system.

OBJECTIVE: To determine the rate of missed appointments and identify the causes behind these missed appointments in children and adolescents with ADHD at the Child Learning Problem Clinic, Department of Psychiatry, Chiangrai Prachanukroh Hospital.

METHODS: A descriptive, analytical cross-sectional study was conducted among parents of children and adolescents with ADHD who were under 18 years of age. Missed appointments were collected from outpatient medical records between September 1, 2021, and April 30, 2023. Parents of children and adolescents with ADHD who missed appointments who can be contacted and consent to participate in the research were interviewed by phone. The data on the reasons for missed appointments and other relevant information were analyzed using descriptive statistics. Subgroup analysis was performed to compare reasons of missed appointment in patient residing in the capital district with other districts or other provinces using an Exact probability test. The statistical significance level set at p-value < 0.05.

RESULTS: A total of 1,053 ADHD patients had 3,655 appointments, out of which 484 appointments (13.24%) were missed. The average age of 139 ADHD patients who missed their appointments was 10.34 ± 2.15 years. The reasons for missing doctor's appointments showed were as follows: fear of the COVID-19 epidemic (62.59%), having leftover medication due to irregular usage (47.48%), long-distance travel (27.34%), inconvenience for coming to the hospital on the day of the appointment (20.14%), problems with travel expenses (19.42%), symptoms already improved (18.71%), inadequate communication of information by hospital staff (7.19%), treatment ineffectiveness (5.76%), having side effects from medication (5.04%), long waiting times for examination (2.88%), and patients refusing to take medication (1.44%). In subgroup analysis, compared to patients residing in Amphur Muang (capital district), those who live in other districts and provinces faced significant problems of traveling long distances ($p < 0.001$) and travel expenses ($p = 0.005$).

**Causes of missing doctor's appointments in children and adolescents with ADHD
at the psychiatric outpatient department Chiangrai Prachanukroh Hospital**

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: The study identified various causes of missed appointments among children and adolescents with ADHD. To address this issue, it is recommended to provide more comprehensive services and increase channels for receiving treatment, such as telemedicine and medication delivery through postal services. Additionally, providing care services for ADHD in remote areas is suggested. Such services should prioritize educating patients and parents about the importance of consistent medication use, behavior therapy, monitoring of treatment side effects, and attending appointments.

KEYWORDS: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), children and adolescents
missed appointments.

* Department of psychiatry, Chiangrai Prachanukroh Hospital

Corresponding Author: Katesuda Hansudewechakul E-mail: Katesuda@cpird.in.th
Received: 10 July 2023 Revised: 23 November 2023 Accepted: 27 November 2023

ความเป็นมา

โรคสมาธิสั้นทั่วโลกพบในเด็กร้อยละ 7.60 และในวัยรุ่นร้อยละ 5.60¹ ประเทศไทยโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนพบได้ประมาณ ร้อยละ 8.00² อาการหลักของโรคสมาธิสั้นมี 3 ด้าน คือ ขนไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ และหุนหันพลันแล่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การเรียน ครอบครัว และการเข้าสังคม เป็นต้น³ โรคร่วมที่พบได้แก่ โรคการเรียนรู้บกพร่อง ปัญหาการนอน โรคดื้อ และโรคเกร โรควิตกกังวล โรคทางอารมณ์ และโรคติดสารเสพติด เป็นต้น⁴⁻⁶

โรคสมาธิสั้นเป็นหนึ่งในภาวะเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในวัยเด็ก⁷ โดยโรคเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่ระยะเวลาการรักษาเกินกว่า 6 เดือน⁸ ต้องมีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในหลายรูปแบบร่วมกัน (multimodal management) เช่น การรับประทานยา การปรับพฤติกรรม รวมถึงการประสานโรงเรียนเพื่อการดูแลร่วมกัน^{3,9} การให้ความรู้ผู้ปกครองและเด็กเรื่องรับประทานยา ปรับพฤติกรรมและการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นอย่างยิ่ง¹⁰

ข้อมูลจากสถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีผู้ป่วยที่วินิจฉัยโรคสมาธิสั้นปี 2563 จำนวน 1,663 คน โดยพบว่าผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มารักษาที่คลินิกปัญหาการเรียนมีการขาดนัดประมาณ 30-40 คนต่อเดือน ซึ่งการขาดการรักษาทำให้ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาขนไม่นิ่ง ขาดสมาธิส่งผลกระทบต่อ ด้าน การเรียน ปัญหาพฤติกรรม ดื้อ ต่อต้าน เกร และการใช้สารเสพติดตามมา ดังนั้น การรักษาต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยมีการโทรศัพท์ติดตามเพื่อการรักษาต่อเนื่องโดยนัดหมายให้มาพบแพทย์หรือส่งยาทางไปรษณีย์ แต่ยังไม่ทราบข้อมูลสาเหตุการขาดนัดของผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสาเหตุของการขาดนัดพบแพทย์ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ที่คลินิกปัญหาการเรียน แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการขาดนัด และสาเหตุของการขาดนัดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่คลินิกปัญหาการเรียน แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วิธีการศึกษา

การศึกษาพรรณนาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Descriptive study, Analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาอัตราการขาดนัดและสาเหตุของการขาดนัดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ที่คลินิกปัญหาการเรียน แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ที่เข้ารับบริการคลินิกปัญหาการเรียน แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ 1 กันยายน 2564 – 30 เมษายน 2566

กลุ่มตัวอย่างจากการทำ pilot study ในผู้ป่วยนัดทั้งหมด 339 ราย มีผู้ป่วยผิดนัด 34 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ผิดนัด ร้อยละ 10.00 ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เลือกใช้สูตร Sample Size Calculator for Estimating a Single Proportion และแทนค่าดังนี้ hypothesized proportion=0.10 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 5.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95.00 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 139 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

คือ 1) ผู้ปกครอง เช่น บิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้า อา หรือพี่ของผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ที่คลินิกปัญหาการเรียนทั้งผู้ป่วยรายเก่าและใหม่ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ 2) ขาดการติดตามการรักษาในช่วงเวลาที่ศึกษา 3) ผู้ปกครองยินยอมให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และ 4) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ≥ 6 ชั่วโมงต่อวัน เกือบทุกวัน และทราบข้อมูลการรักษาและการอาการของผู้ป่วยเป็นอย่างดี

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

คือ (1) ผู้ปกครองไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ (2) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนทุกข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยสมาธิสั้นจากบันทึกเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเชียงรายฯ ได้แก่ เพศ อายุ อายุที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่ถูกวินิจฉัย การรักษา โรคร่วมอื่น ๆ ระยะเวลาขาดนัด และสิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยสัมภาษณ์ผู้ปกครองแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ผู้สัมภาษณ์ คือ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น การใช้แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้มีมาตรฐานที่ตรงกัน ออกแบบโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น มีการตรวจสอบแบบสอบถามจากนักจิตวิทยาคลินิก โรงพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเพื่อให้คำถามตรงกับวัตถุประสงค์ กระชับ และเข้าใจง่าย มีการทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ผู้ปกครองที่ไม่เข้าใจคำถามผู้สัมภาษณ์จะอธิบายขยายความเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน แบบสอบถามประกอบด้วย 26 คำถาม การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพื่อเก็บข้อมูลดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพ และรายได้ 2) ข้อมูลของผู้ป่วยสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติการพักอาศัย ระดับการศึกษา

ผลการเรียน ผู้แนะนำให้มารักษา การยุติการรักษา รักษาที่อื่น ผู้ตัดสินใจไม่มาตามนัด ภูมิลาเนาและการเดินทาง 3) อาการปัจจุบัน (หายแล้วอาการปกติ ชนไม่นั่ง ขาดสมาธิ หุนหันพลันแล่น ตื้อต่อต้าน) และสาเหตุของการขาดนัด (ไม่มีอาการแล้ว/อาการหายแล้ว ยาเหลือ กินยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทุษร้าย ผลข้างเคียงจากการใช้ยา กลัวติดยาหรือมีผลต่อร่างกาย ไม่เห็นผลจากการรักษา เจ้าหน้าที่ไม่สื่อสารแนะนำข้อมูล ระยะเวลารอคอยตรวจนาน ไม่สะดวกมาในวันที่นัด ระยะทางไกล และการเดินทางมาลำบาก ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง กลัวโรคโควิด-19 ระบาด อื่น ๆ) โดยข้อมูลข้อ 1) และ 2) เป็นคำถามปลายเปิด ข้อ 3) คำถามอาการปัจจุบันและสาเหตุของการขาดนัดลักษณะคำตอบ คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ และเพิ่มเติมข้อมูลอาการผลข้างเคียงของยาจากผู้ปกครอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผู้ป่วยสมาธิสั้นขาดนัดที่คลินิกปัญหาการเรียน แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและยาเสพติด ในช่วง 1 กันยายน 2564 – 30 เมษายน 2566 จากเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลเชียงรายฯ แบ่งช่วง ๆ ทุก 3 เดือน เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวสอดคล้องกับแผนการโทรติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดทุก 3 เดือน โดยรวบรวมรายชื่อและโทรศัพท์สัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กที่มีการขาดนัด นับตั้งแต่มีการเก็บข้อมูลการขาดนัดในรอบนั้น ๆ จนได้จำนวนอาสาสมัครครบทั้ง 139 ราย โดยการสัมภาษณ์แต่ละรายจะใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ขณะสัมภาษณ์อาสาสมัครสามารถขอหยุดการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา และไม่ตอบคำถามที่ไม่สะดวกได้ กรณีที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนจะถูกคัดออกจากการวิจัยและให้การดูแลรักษาต่อตามมาตรฐาน ผู้วิจัยยืนยันไม่มีการเปิดเผยข้อมูลและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาในอนาคต ในส่วนข้อมูลการรักษาอื่น ๆ จะมีการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลเชียงรายฯ จากนั้นนำมาวิเคราะห์สาเหตุต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

การขาดนัด หมายถึง การที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดของแพทย์ ที่ระบุในใบนัดหรือระบบการนัดหมายของโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สาเหตุของการขาดนัด วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (Subgroup analysis) เพื่อเปรียบเทียบสาเหตุการขาดนัดระหว่างผู้ป่วยที่มีภูมิลาเนาในเขตอำเภอเมือง กับผู้ป่วยต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด โดยใช้สถิติ exact probability test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิจารณาก่อนจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ ขร 0032.102/วิจัย/EC 532 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2524 (รหัสโครงการ EC CRH 045/64 In) งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลผ่านเวชระเบียนและโทรสัมภาษณ์ ผู้ปกครองไม่ทำให้เกิดอันตรายและเวลาที่เหมาะสมตามความสะดวกของผู้เข้าร่วมงานวิจัย สามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอด ข้อมูลที่ได้ไม่ระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมงานวิจัยและไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาผู้ป่วย

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ที่คลินิกปัญหาการเรียน แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงรายฯ ทั้งหมด 1,053 ราย มีจำนวนครั้งที่นัดหมาย 3,655 ครั้ง ผู้ป่วยขาดนัด ร้อยละ 37.51 มีจำนวนครั้งที่ขาดนัด ร้อยละ 13.24 จากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้นเป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.76 ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ มารดา ร้อยละ 55.40 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 87.05 อายุเฉลี่ย 45.82 ± 12.27 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 78.42 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 34.53 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24.50 รายได้ต่อปี 100,001-200,000 บาท ร้อยละ 26.62 (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุเฉลี่ย 10.34 ± 2.15 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 78.42 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 92.81 เชื้อชาติไทยชาวเขา และลาวร้อยละ 92.81, 6.47 และ 0.72 ตามลำดับ การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาตอนปลาย

มากที่สุด ร้อยละ 58.27 ระดับประถมศึกษาตอนต้น และมีมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 27.34 และ 10.79 ตามลำดับ ผลการเรียนรู้เกรดเฉลี่ย 3.00-4.00, 2.00-2.99, และ <2.00 ร้อยละ 49.64, 35.97 และ 14.39 ตามลำดับ ภูมิลาเนา 3 อันดับแรก คือ อำเภอเมืองเชียงราย เทิงและพานร้อยละ 42.45 ,9.35 และ 8.63 ตามลำดับ การเดินทางมารับการรักษาโดยรถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถประจำทาง รถเช่า และรถหน่วยงานราชการ ร้อยละ 40.29, 34.53, 20.14, 2.88 และ 2.16 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยสมาธิสั้นมีอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรค 7.7 ± 1.69 ปี ระยะเวลาที่ถูกวินิจฉัยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ปีและ 1-2 ปี ร้อยละ 59.71 และ 26.62 ตามลำดับ ผู้ที่แนะนำให้มารักษามากที่สุดคือ ครู ร้อยละ 80.58 อาการปัจจุบันที่พบมากที่สุดคือ ซนไม่นิ่งและไม่มีสมาธิ ร้อยละ 26.62 ภาวะโรคร่วมที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคการเรียนรู้บกพร่อง โรคติดต่อต้านและโรคพฤติกรรมเกรี้ยว และภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 15.83, 8.63 และ 3.60 ตามลำดับ ผู้ป่วยต้องการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 93.53 และต้องการยุติการรักษา ร้อยละ 6.47 การรักษาด้วยยาที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ Methylphenidate, Risperidone และ Fluoxetine ร้อยละ 97.12, 21.58, 9.35 ตามลำดับ ผู้ตัดสินใจไม่มาตามนัดที่พบมากที่สุดคือบิดามารดาร้อยละ 58.27 ระยะเวลาในการขาดนัดเฉลี่ย 7.79 ± 6.72 เดือน โดยพบว่า ช่วงการขาดนัดที่พบมากที่สุด คือ 1-6 เดือน ร้อยละ 60.43 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ปกครอง (n=139)

ลักษณะทั่วไปผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	122	87.76
ชาย	17	12.23
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
มารดา	77	55.40
ปู่ ย่า ตา ยาย	44	31.65
บิดา	11	7.91
ลุง ป้า น้า	6	31.7
พี่สาว	1	4.31

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปผู้ปกครอง	จำนวน	ร้อยละ
เชื้อชาติ		
ไทย	121	87.05
ชนชาติพันธุ์	16	11.51
ต่างชาติ	2	1.43
อายุ (ปี)		
<40	50	35.97
40-49	43	30.94
50-59	19	13.67
≥ 60	27	19.42
Mean(±SD.), Median (IQR)	45.82(±12.27), 43.00(36-57)	
min – max	25	-78
สถานภาพการสมรส		
สมรส	109	78.42
หย่าร้าง	13	9.35
โสด	12	8.63
แยกกันอยู่	5	3.60
การศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	14	10.17
ประถมศึกษา	48	34.53
มัธยมศึกษา	44	31.65
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	11	7.91
ปริญญาตรี	14	10.07
สูงกว่าปริญญาตรี	8	5.76
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	34	24.46
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	32	23.02
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	30	21.58
เกษตรกร	27	19.42
พนักงานเอกชน	11	7.91
รับราชการ	3	2.16
รัฐวิสาหกิจ	2	1.44
รายได้ต่อปี (บาท)		
<20,000	28	20.14
20,000-50,000	21	15.11
50,001-100,000	29	20.86
100,001-200,000	37	26.62
200,001-500,000	19	13.70
500,001-1,000,000	5	3.60

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นที่ขาดนัด

(n=139)		
ลักษณะทั่วไปผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
7	12	8.63
8	18	12.95
9	16	11.51
10	34	24.46
11	25	17.99
12	15	10.79
>12	19	13.67
Mean(±SD.), Median (IQR)	10.34 (±2.15), 10 (9-11)	
min – max	7 – 17	
เพศ		
ชาย	109	78.42
หญิง	30	21.58
ศาสนาของผู้ป่วย		
พุทธ	129	92.81
คริสต์	10	7.19
เชื้อชาติของผู้ป่วย		
ไทย	129	92.81
ชาวเขา	9	6.47
ลาว	1	0.72
ระดับการศึกษาของผู้ป่วย		
ประถมศึกษาตอนต้น	38	27.34
ประถมศึกษาตอนปลาย	81	58.27
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	10.79
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	2.88
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	1	0.72
เกรดเฉลี่ย		
<2.00	20	14.39
2.00-2.99	69	49.64
3.00-4.00	50	35.97
ภูมิลำเนาของผู้ป่วย (อำเภอ)		
เมืองเชียงราย	59	42.45
เทิง	13	9.35
พาน	12	8.63
เวียงเชียงรุ้ง	6	4.32
พญาเม็งราย	6	4.32
เวียงเชียงรุ้ง	6	4.32
เวียงชัย	5	3.60
ขุนตาล	5	3.60
แม่ลาว	5	3.60
ป่าแดด	4	2.88
แม่สรวย	3	2.16
ดอยหลวง	3	2.16
ต่างจังหวัด	2	1.44

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การเดินทางมารับการรักษา		
รถยนต์	56	40.29
รถจักรยานยนต์	48	34.53
รถประจำทาง	28	20.14
รถเช่า	4	2.88
รถหน่วยงานราชการ	3	2.16

ตารางที่ 3 ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้น
ที่ขาดนัด (n=139)

ลักษณะทั่วไปผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรค		
Mean($\pm$ SD.), Median (IQR)	7.77 ($\pm$ 1.69), 7.00 (7-9)	
min – max	5-14	
ระยะเวลาที่ถูกรับวินิจฉัย		
น้อยกว่า 6 เดือน	4	2.88
6 เดือน - 1 ปี	6	4.32
มากกว่า 1 ปี - 2 ปี	37	26.62
มากกว่า 2 - 5 ปี	83	59.71
มากกว่า 5 ปี	9	6.47
ผู้แนะนำให้มารักษา		
ครู	112	80.58
บุคลากรสาธารณสุข	12	8.63
ผู้ปกครอง	9	6.47
ผู้ปกครองเด็กคนอื่น	5	3.60
ครูและบุคลากรสาธารณสุข	1	0.72
อาการปัจจุบัน*		
ชนไม่นิ่งและไม่มีสมาธิ	37	26.62
ไม่มีอาการแล้ว	34	24.46
ไม่มีสมาธิ	21	15.11
ชนไม่นิ่ง	14	10.07
ชนไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ หุนหันพลันแล่นและดื้อต่อต้าน	12	8.63
ชนไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นและดื้อต่อต้าน	8	5.76
หุนหันพลันแล่นและดื้อต่อต้าน	7	5.04
ไม่มีสมาธิ หุนหันพลันแล่นและดื้อต่อต้าน	6	4.32
ภาวะโรคร่วมอื่น ๆ*		
โรคการเรียนรู้บกพร่อง	22	15.83
โรคดื้อต่อต้านและโรคพฤติกรรมเกรี้ยว	12	8.63
ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา	5	3.60
ภาวะติดเกม	3	2.16
ความผิดปกติทางอารมณ์	3	2.16
โรควิตกกังวล	2	1.44
โรคติ่ง	1	0.72
ปัสสาวะรดที่นอน	1	0.72
พัฒนาการล่าช้า	1	0.72
ความผิดปกติด้านการสื่อสาร	1	0.72
โรคซึมเศร้า	1	0.72

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาด้วยยา (n=139)*		
Methylphenidate	135	97.12
Risperidone	30	21.58
Fluoxetine	13	9.35
Sertraline	4	2.88
Long-acting methylphenidate (Concerta®)	2	1.44
Haloperidol	2	1.44
Perphenazine	1	0.72
Imipramine	1	0.72
การรักษาอื่น ๆ		
การปรับพฤติกรรม	138	99.28
การทำจิตบำบัด	1	0.72
ผู้ปกครองขอยุติการรักษาใช่หรือไม่		
ไม่ใช่	130	93.53
ใช่	9	6.47
ผู้ตัดสินใจไม่มาตามนัด		
บิดามารดา	81	58.27
ปู่ ย่า ตา ยาย	42	30.22
บิดามารดาและผู้ป่วย	12	8.63
ลุง ป้า	4	2.88
ระยะเวลาขาดนัด (เดือน)		
1-6	84	60.43
7-12	38	27.34
>12	17	12.23
Mean ($\pm$ SD.), Median (IQR)	7.79 ($\pm$ 6.72), 6.00 (3 - 11)	
min – max	1 - 36	

(*=ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

(**=ผู้ป่วยบางรายไม่มีภาวะโรคร่วม)

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นพบว่าสาเหตุของการขาดนัด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ได้แก่ กลัวโรคโควิด-19 ระบาด ร้อยละ 62.59 ยาเหลือจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 47.48 ระยะทางไกลและเดินทางลำบาก ร้อยละ 27.34 ไม่สะดวกมาในวันนัด ร้อยละ 20.14 ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ร้อยละ 19.42 อาการดีขึ้น ร้อยละ 18.71 เจ้าหน้าที่ไม่สื่อสารแนะนำข้อมูล ร้อยละ 7.19 ไม่เห็นผลจากการรักษา ร้อยละ 5.76 ระยะเวลารอคอยตรวจนาน ร้อยละ 2.88 ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ร้อยละ 1.44 และผลข้างเคียงจากการใช้ยาร้อยละ 5.04 ประกอบด้วย อาการเบื่ออาหาร ง่วงซึม วิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับและหงุดหงิดก้าวร้าว (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สาเหตุของการขาดนัด (n=139)

สาเหตุของการขาดนัด	จำนวน	ร้อยละ
กลัวโรคโควิด-19ระบาด	87	62.59
ยาเหลือจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	66	47.48
ระยะทางไกลและเดินทางลำบาก	38	27.34
ไม่สะดวกมาในวันทีนัด	28	20.14
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	27	19.42
อาการดีขึ้น	26	18.71
เจ้าหน้าที่ไม่สื่อสารแนะนำข้อมูล	10	7.19
ไม่เห็นผลจากการรักษา	8	5.76
ระยะรอคอยตรวจนาน	4	2.88
ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา	2	1.44
ผลข้างเคียงจากการใช้ยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	7	5.04
เบื่ออาหาร	6	4.32
ง่วงซึม	6	4.32
วิงเวียน	3	2.16
คลื่นไส้อาเจียน	2	1.44
นอนไม่หลับ	1	0.72
หงุดหงิดก้าวร้าว	1	0.72

จากการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (Subgroup analysis) เปรียบเทียบสาเหตุของการขาดนัดในผู้ป่วยในอำเภอเมือง และต่างอำเภอ/ต่างจังหวัด พบว่า ผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองทั้งหมด 59 ราย มีสาเหตุการ ขาดนัด คือ กลัวโควิด-19 ระบาด ร้อยละ 55.93 ยาเหลือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 42.37 ระยะทางไกลและเดินทางลำบาก ร้อยละ 10.17 ไม่สะดวกมาในวันทีนัด ร้อยละ 23.73 ปัญหา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ร้อยละ 8.47

ผู้ป่วยต่างอำเภอและต่างจังหวัดทั้งหมด 80 ราย มีสาเหตุการขาดนัด คือ กลัวโควิด-19 ระบาด ร้อยละ 67.50 ยาเหลือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 51.25 ระยะทางไกลและเดินทางลำบาก ร้อยละ 40.00 ไม่สะดวกมาในวันทีนัด ร้อยละ 17.50 ปัญหา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ร้อยละ 27.50 โดยพบว่า ผู้ป่วยต่างอำเภอและต่างจังหวัดมีปัญหาเรื่องระยะทางไกลเดินทางลำบาก และมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่าผู้ป่วยในอำเภอเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

จากการวิเคราะห์กลุ่มย่อย (Subgroup analysis) เปรียบเทียบผู้ป่วยที่รับประทานยาชนิดเดียวกับผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิด พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาชนิดเดียวทั้งหมด 95 ราย มีสาเหตุของการขาดนัดเนื่องจากยาเหลือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 42.11) ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิด ทั้งหมด 44 ราย มีสาเหตุของการขาดนัดเนื่องจากยาเหลือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 59.09) คำนวนทางสถิติ exact probability test พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิดมีแนวโน้มยาเหลือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.070$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสาเหตุของการขาดนัดในผู้ป่วยในอำเภอเมืองและต่างอำเภอ/ต่างจังหวัด

สาเหตุของการขาดนัด	อำเภอเมือง (n = 59)		ต่างอำเภอและต่างจังหวัด (n = 80)		p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
กลัวโรคโควิด-19 ระบาด	33	(55.93)	54	(67.50)	0.214
ยาเหลือจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	25	(42.37)	41	(51.25)	0.309
ระยะทางไกลและเดินทางลำบาก	6	(10.17)	32	(40.00)	<0.001
ไม่สะดวกมาในวันทีนัด	14	(23.73)	14	(17.50)	0.398
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	5	(8.47)	22	(27.50)	0.005

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผู้ป่วยที่รับประทานยาชนิดเดียวกับผู้ป่วยที่รับประทานยาหลายชนิด

การรับประทานยา	ยาเหลือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ				p-value
	ใช่	(ร้อยละ)	ไม่ใช่	(ร้อยละ)	
ผู้ป่วยรับประทานยาชนิดเดียว (n=95)	40	(42.11)	55	(57.89)	0.070
ผู้ป่วยรับประทานยาหลายชนิด (n=44)	26	(59.09)	18	(40.91)	

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ที่คลินิกปัญหาการเรียน แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีจำนวนผู้ป่วยขาดนัด ร้อยละ 37.51 จำนวนครั้งที่ขาดนัด ร้อยละ 13.24 และพบว่า สาเหตุของการขาดนัด สูงสุดสามอันดับแรก ได้แก่ กลัวโรคโควิด-19 ระบาด ร้อยละ 62.59 ยาเหลือจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 47.48 และระยะทางไกลและเดินทางลำบาก ร้อยละ 27.34 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น มีจำนวนผู้ป่วยขาดนัด ร้อยละ 37.51 เปรียบเทียบกับขาดนัดของการศึกษาพบ ผู้ป่วยที่ขาดการติดตามอาการ ร้อยละ 32.38 เนื่องจากการระบาดของโควิด-19 อีกทั้งทั้งบางพื้นที่ จังหวัดเชียงรายเป็นที่ราบสูงและภูเขา เดินทางลำบาก อาจมีผลทำให้งานวิจัยนี้มีอัตราการขาดนัดที่มากกว่าในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดนัดมีอายุเฉลี่ย 10.34 ± 2.15 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ขาดการติดตามการรักษาต่อเนื่องมีอายุเฉลี่ย 10.70 ± 3.40 ปี⁸ ดังนั้นอาจต้องมีการเน้นย้ำและสื่อสารข้อมูลเรื่องโรคและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง ในช่วงอายุดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าครูเป็นผู้ที่แนะนำให้ผู้ป่วยมารักษามากที่สุดถึง ร้อยละ 80.58 ผู้ปกครองต้องการนำมารักษาเองเพียง ร้อยละ 6.47 มีงานวิจัยพบว่า บิดาหรือมารดานำผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุด รองลงมา คือ ครูที่แนะนำให้ผู้ป่วยมารักษา⁸ ดังนั้นจึงมีความเห็นว่าการมีความรู้แก่ผู้ปกครองในจังหวัดเชียงรายเพื่อสังเกตพฤติกรรมเด็กวัยเรียนมากขึ้น

การศึกษานี้พบว่า สาเหตุของการขาดนัดที่พบมากที่สุด คือ กลัวโรคโควิด-19 ระบาด เนื่องจากช่วงที่มีการศึกษามีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ปกครองและผู้ป่วยกลัวติดเชื้อ อีกทั้งข้อจำกัดในด้านการเดินทาง เช่น รถโดยสารสาธารณะมีปริมาณลดลง ซึ่งอาจมีผลต่อการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาที่พบว่า ในช่วงการระบาดของโควิด-19 กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่มารักษาในโรงพยาบาลลดลงเนื่องจากข้อกำหนดของรัฐบาลในการเดินทาง และกลัวความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากเชื้อโควิด-19 ระหว่างการไปพบแพทย์¹¹ และการศึกษาผลกระทบของโควิด-19 ที่มีผลต่อการขาดนัดในผู้ป่วยโรค

เรื้อรังพบว่า เกิดจากกลัวติดเชื้อและปัญหาขาดการบริการขนส่งมวลชน¹²

การศึกษานี้พบว่า สาเหตุของการขาดนัดที่พบได้มากอันดับที่สอง คือ ยาเหลือจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 47.48 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของโรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่า การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอพบเพียง ร้อยละ 5.78 การศึกษาปัจจัยที่ทำให้การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดการรักษาต่อเนื่องเกิดจากยาขาดประสิทธิภาพ สูตรการให้ยาที่ไม่สะดวก ค่ายาที่สูง จึงควรให้ความรู้เรื่องตัวโรคและการรักษา รวมถึงการปรับพฤติกรรมรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย ผู้ปกครองและครู รวมถึงการทำกลุ่มบำบัดสามารถช่วยให้มีการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง¹³ และการศึกษาการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นเป็นปัจจัยป้องกันความผิดปกติทางอารมณ์ การฆ่าตัวตาย การทำผิดกฎหมาย การใช้สารเสพติดและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อีกทั้งช่วยให้การศึกษาดีอีกด้วย¹⁴ ดังนั้นการสอบถามสาเหตุที่แท้จริงของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเพื่อให้คำปรึกษาได้เฉพาะเจาะจงหรือทำกลุ่มการปรับพฤติกรรมจึงมีความสำคัญ สามารถช่วยให้ผู้ปกครองตระหนักและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอและรักษาต่อเนื่อง

การศึกษานี้พบสาเหตุของการขาดนัด คือ ระยะทางไกลและเดินทางลำบากร้อยละ 27.34 และปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางร้อยละ 19.42 เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ผู้ป่วยต่างอำเภอและต่างจังหวัดมีปัญหาเรื่องระยะทางไกลเดินทางลำบากและมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่าผู้ป่วยในอำเภอเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ และ 0.005 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของโรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่า เรื่องไกล/เดินทางลำบากและค่าใช้จ่าย ร้อยละ 11.40 และ 2.90 ตามลำดับ⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดนัดในคลินิกเฉพาะทางเกิดจากขาดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง¹⁵ ดังนั้นจากสาเหตุดังกล่าวการพัฒนากระบวนการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล การส่งยาทางไปรษณีย์ การเปิดให้บริการดูแลโรคสมาธิสั้นในพื้นที่ห่างไกลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

ในส่วนสาเหตุเกี่ยวกับไม่สะดวกมาในวันนัดพบร้อยละ 20.14 ใกล้เคียงกับการศึกษาของโรงพยาบาลรามาริบัติที่พบว่า การขาดติดตามการรักษาจากสาเหตุไม่สะดวกมาติดตามการรักษาในวันนัด ร้อยละ 22.90⁸ การศึกษาของ Zahi Alhamad พบว่า การติดธุระ ติดงาน และความยากลำบากในการนัดหมายเป็นสาเหตุของการขาดนัดในคลินิกทั่วไป¹⁶ ดังนั้นการเพิ่มช่องทางติดต่อเพื่อการนัดหมายผ่านการโทรศัพท์หรือช่องทางออนไลน์ จะช่วยให้ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อการติดตามอาการตรวจประเมินและรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

การศึกษานี้พบสาเหตุจากเจ้าหน้าที่ไม่สื่อสารแนะนำข้อมูลร้อยละ 7.19 เปรียบเทียบกับการศึกษาของโรงพยาบาลรามาริบัติพบว่า แพทย์ไม่ค่อยสื่อสาร/ให้ข้อมูล ร้อยละ 11.40⁸ การศึกษาของ Parkin R พบว่า การสื่อสารและให้ความรู้เรื่องโรค การรักษาและการปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยสมาธิสั้นมาตามนัดและอยู่ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง¹⁷ ส่วนสาเหตุการขาดนัดจากระยะรอคอยตรวจนานร้อยละ 2.88 พบว่า น้อยกว่าการศึกษาในประเทศอินเดียพบว่า ระยะเวลารอคอยนานพบมากถึงร้อยละ 50.00 ซึ่งมีผลต่อการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง¹⁸ แม้ว่าจะเป็นสาเหตุการขาดนัดที่ไม่มากนักแต่ควรการพัฒนากระบวนการตรวจรักษาให้รวดเร็วยิ่งขึ้น รวมถึงการนัดหมายผู้ป่วยกระจายเป็นช่วงเวลาที่แตกต่างกันเพื่อลดระยะเวลาในรอคอยและพัฒนากระบวนการ

การศึกษานี้พบผลข้างเคียงจากการใช้ยาร้อยละ 5.04 น้อยกว่า การศึกษาของโรงพยาบาลรามาริบัติที่พบว่าการขาดติดตามการรักษาเนื่องจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา ร้อยละ 14.30⁸ และการศึกษาของ Sitholey P พบว่า ผลข้างเคียงของยา ร้อยละ 65 ขาดประสิทธิภาพของยา การเข้าถึงยาลำบาก ยาราคาแพง กลัวเด็กติดยา ระยะเวลารอคอยและกระบวนการรักษาล่าช้าหรือผู้ดูแลไม่ใส่ใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องในคลินิกเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น¹⁸ ซึ่งประเทศไทยมีบริการการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพบัตรทองไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจึงทำให้การเข้าถึงง่ายขึ้นซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและการรักษาที่ต่อเนื่อง

ข้อจำกัด

1. การศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ย้อนหลังทำให้มีข้อจำกัดด้านการคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากความทรงจำ (Recall bias)
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีให้ข้อมูลเฉพาะกับแพทย์ที่ให้การรักษาที่ดูแลเป็นประจำเท่านั้นเนื่องจากมีขบวนการหลีกเลี่ยงทางโทรศัพท์
3. การทำวิจัยเป็นช่วงที่มีโรคโควิด-19 ระบาดจึงทำให้ข้อมูลอาจมีข้อแตกต่างจากช่วงเวลาอื่น
4. การศึกษานี้มีกลุ่มประชากรกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ

- 1.การออกแบบรูปแบบงานวิจัยควรพัฒนาให้มีคุณภาพมากขึ้น ควรมีกลุ่มควบคุมหรือมีกลุ่มเปรียบเทียบ
- 2.การเก็บข้อมูลในรูปแบบอื่นๆ เนื่องจากการโทรศัพท์สัมภาษณ์อาจใช้เวลานานและขาดความน่าเชื่อถือทำให้ผู้ปกครองกังวลเรื่องการหลีกเลี่ยงทางโทรศัพท์
- 3.ควรมีการศึกษาในช่วงไม่มีโรคระบาดเพื่อทราบสาเหตุการขาดนัดในสถานการณ์ปกติ
- 4.ควรให้คำปรึกษาทุกรายหลังจากมีการสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้เข้าร่วมงานวิจัย
- 5.ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องหลังปรับปรุงพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ทางไกล การส่งยาทางไปรษณีย์ การเปิดให้บริการดูแลโรคสมาธิสั้นในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้การดูแลได้มาตรฐาน
- 6.การศึกษานำไปสู่การพัฒนากิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองหรือให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและอบรมผู้ปกครองสามารถปรับพฤติกรรมเชิงบวก เพื่อให้เกิดการดูแลที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พญ. พชนิวรรณ อินตะ และ พญ.พัชรา เรืองวงศ์โรจน์ สำหรับการให้คำแนะนำในการทำวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์และผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

REFERENCES

1. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr.* 2023;20:49(1):48.
2. 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(2):66-75.
3. Boon-yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2012;57(4):373-86.
4. Reale L, Bartoli B, Cartabia M, Zanetti M, Costantino MA, Canevini MP, et al. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(12):1443-57.
5. Apinuntavech S. Treatment of ADHD with medication and psychosocial therapy in Thailand. *Siriraj Med Bull.* 2019;9(3):175-81.
6. Cuffe SP, Visser SN, Holbrook JR, Danielson ML, Geryk LL, Wolraich ML, et al. ADHD and Psychiatric Comorbidity: Functional Outcomes in a School-Based Sample of Children. *J Atten Disord.* 2020;24(9):1345-54.
7. Van Cleave J, Leslie LK. Approaching ADHD as a chronic condition: implications for long-term adherence. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2008;46(8):28-37.
8. Athipongarporn A, Limsuwan N. Reasons of poor treatment adherence in children and adolescents with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2018;63(1): 33-46.
9. Mechler K, Banaschewski T, Hohmann S, Häge A. Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacol Ther.* 2022;230:107940.
10. Ingram S, Hechtman L, Morgenstern G. Outcome issues in ADHD: adolescent and adult long-term outcome. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews.* 1999;5(3):243-50.
11. Kendzerska T, Zhu DT, Gershon AS, Edwards JD, Peixoto C, Robillard R, et al. The effects of the health system response to the COVID-19 pandemic on chronic disease management: a narrative review. *Risk Manag Healthc Policy.* 2021;14:575-584.
12. Ayele TA, Alamneh TS, Shibru H, Sisay MM, Yilma TM, Melak MF, Bisetegn TA, Belachew T, Haile M, Zeru T, Asres MS. Effect of COVID-19 pandemic on missed medical appointment among adults with chronic disease conditions in Northwest Ethiopia. *Plos one.* 2022 ;17(10):e0274190.
13. Parkin R, Nicholas FM, Hayden JC. A systematic review of interventions to enhance adherence and persistence with ADHD pharmacotherapy. *J Psychiatr Res.* 2022;152:201-18.
14. Boland H, DiSalvo M, Fried R, Woodworth KY, Wilens T, Faraone SV, et al. A literature review and meta-analysis on the effects of ADHD medications on functional outcomes. *J Psychiatr Res.* 2020;123:21-30.

15. Omokanye SA, Adeleke IT, Adekanye AO. Missed appointment at specialist outpatient clinics: The Federal Medical Centre, Bida, Northern Nigeria experience. *Int J Biol. Pharm Sci Arch.* 2021;1:133-44.
16. Alhamad Z. Reasons for missing appointments in general clinics of primary health care center in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia. *Int J Med Sci Public Health.* 2013;2(2):258-67.
17. Parkin R, Mc Nicholas F, Hayden JC. A systematic review of interventions to enhance adherence and persistence with ADHD pharmacotherapy. *Journal of Psychiatric Research.* 2022;152:201-18.
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(1):41-4.