



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอ ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

## Factors Associated with Medication Adherence in Adolescents with ADHD

ประภัสสร ตันติปัญจพร\*, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์\*

Prapassorn Tantipanjanorn\*, Komsan Kiatrungrit\*

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University Bangkok, Thailand 10400

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยสมาธิสั้นวัยรุ่น **วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยอายุ 12-18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นและมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลจากผู้ปกครอง 3) แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ปกครองและครู

**ผลการศึกษา** มีผู้ตอบแบบสอบถาม 81 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 79 อายุเฉลี่ย 13.9 ± 1.5 ปี ยารักษาสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็น methylphenidate ร้อยละ 66.7 ระยะเวลาที่เริ่มรักษาด้วยยาจนถึงปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 3.9 ± 2.5 ปี ร้อยละ 87.1 รักษาด้วยยาสมาธิสั้นเพียงชนิดเดียว ร้อยละ 64.9 ของผู้ป่วย กินยาไม่สม่ำเสมอ (ขาดยามากกว่า 1 มื้อ/วัน ตั้งแต่ 2 วันสัปดาห์ขึ้นไป) ผลข้างเคียงจากยาที่มีมากที่สุดคือเบื่ออาหาร อาการสมาธิสั้นจากผู้ปกครองประเมินโดย SNAP-IV ทั้ง inattention, hyperactivity/impulsivity และ ODD ไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยา methylphenidate ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว ( $\chi^2 = 0.66, p = 0.72$ ;  $\chi^2 = 1.67, p = 0.43$ ;  $\chi^2 = 3.33, p = 0.19$  ตามลำดับ) กลุ่มผู้ป่วยที่กินยา methylphenidate กินยาไม่สม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มที่กินยา methylphenidate ที่ออกฤทธิ์ระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.21, p = 0.03, \chi^2 = 7.96, p = 0.005$  ตามลำดับ)

**สรุป** ผู้ป่วยสมาธิสั้นวัยรุ่นส่วนใหญ่มีการกินยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่กินยาไม่สม่ำเสมอรักษาด้วย methylphenidate มากกว่าผู้ป่วยที่กินยา methylphenidate ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว แต่ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันของอาการสมาธิสั้นในผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

**คำสำคัญ:** สมาธิสั้น, วัยรุ่น, การกินยาสม่ำเสมอ

Corresponding author: คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(2): 131-144

## ABSTRACT

**Objective:** To study factors associated with medication adherence in adolescents with ADHD

**Method :** This is cross-sectional study of patients aged 12-18 years who were diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder and received psychiatric care at Ramathibodi hospital. The measurements were: 1) information from patient questionnaires. 2) information from parent questionnaires, 3) the Thai version SNAP-IV questionnaire for parents and teachers

**Results :** There were 81 subjects in the study (79% were boy) with the mean age of  $13.9 \pm 1.5$  years. Methylphenidate was the most common prescribed medication (66.7%), average duration of taking medication was  $3.9 \pm 2.5$  years, 87.1 % of subjects were treated with single ADHD medication, 64.9 % were defined as non-adherence (lack of medicines more than one meal/day from 2 days/week and up). The most common side effects was poor appetite. There were no association between ADHD inattentive, hyperactivity/impulsivity symptoms and ODD symptoms evaluated by the SNAP-IV-P and medication non-adherence ( $\chi^2 = 0.66$ ,  $p = 0.72$ ;  $\chi^2 = 1.67$ ,  $p = 0.43$ ;  $\chi^2 = 3.33$ ,  $p = 0.19$ , respectively). Non-adherence subjects were statistically significant more treated with methylphenidate than extended-release methylphenidate. ( $t = -2.21$ ,  $p = 0.03$ ,  $\chi^2 = 7.96$ ,  $p = 0.005$ , respectively)

**Conclusion :** Most adolescent ADHD were non adherence to medication and more taking methylphenidate than extended-release methylphenidate. But there are no difference of ADHD symptoms between medication adherence and non-adherence groups.

**Keywords :** attention-deficit/hyperactivity disorder, adolescent, medication adherence

---

Corresponding author: Komsan Kiatrungrit

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(2): 131-144

## บทนำ

โรคสมาธิสั้น attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) เป็นหนึ่งในโรคจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การเรียนครอบครัว และสังคม<sup>1</sup> โรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรัง อาการจะคงอยู่จนถึงวัยรุ่นร้อยละ 65 และวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 50<sup>2</sup> แม้ว่าความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นจะลดลงเมื่อเด็กโตขึ้น แต่พบว่าเด็กสมาธิสั้นจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพื่อนวัยเดียวกันตลอดช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่<sup>3</sup> เช่น ด้านการเรียนจากเดิมที่ไม่มีปัญหาหรือมีปัญหาเล็กน้อยในชั้นประถมศึกษากลับมีปัญหามากขึ้นในช่วงวัยรุ่น เพราะชั้นมัธยม ใช้สมาธิมากขึ้น มีการบ้านมากขึ้น ต้องเรียนกับครูหลายคนและต้องเปลี่ยนห้องเรียนบ่อยๆ ถูกคาดหวังว่าจะต้องรับผิดชอบตนเองมากขึ้น<sup>4</sup>

การศึกษาระยะสั้นจำนวนมาก พบว่าทั้งยาที่มีฤทธิ์กระตุ้น เช่น methylphenidate และยาที่ไม่มีฤทธิ์กระตุ้น เช่น atomoxetine มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการสมาธิสั้น เช่น อาการไม่นิ่ง ไม่มีสมาธิ และอาการหุนหันพลันแล่น<sup>5</sup> การศึกษาในวัยรุ่นบางการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง ผลการเรียนดีขึ้นและใช้เวลาในการเริ่มใช้สารเสพติด<sup>6-8</sup> แต่อย่างไรก็ตามภาพรวมผลการรักษาในวัยรุ่นยังพบว่ามีความเสี่ยงต่อการใช้ชีวิต เช่น ปัญหาด้านการเรียน สังคม และปัญหาทางจิตเวช (psychiatric impairment) แม้ว่าจะได้รับการรักษาและการปรับพฤติกรรมแล้ว ซึ่งพบว่าปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือการกินยาไม่สม่ำเสมอ<sup>9</sup>

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการกินยาสม่ำเสมอมีความหลากหลายตั้งแต่ร้อยละ 35-100 เนื่องจากวิธีการวัดการกินยาสม่ำเสมอแตกต่างกัน มีนิยามต่างกัน มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเรื่องการกินยาสม่ำเสมอในโรคสมาธิสั้น ซึ่งมีวิธีการวัดการกินยาสม่ำเสมอที่หลากหลาย เช่น จำนวนวันที่กินยาในช่วงวันที่กำหนดให้กินยาทั้งหมด มีรายงานการกิน

ยาไม่สม่ำเสมอเป็นจำนวนวัน และเป็นประเภทกินยาสม่ำเสมอและกินยาไม่สม่ำเสมอ จึงมีผลต่อความชุกของการกินยาไม่สม่ำเสมอที่แตกต่างกัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโดยสรุปการกินยาสม่ำเสมอมีอัตราจำนวนวันที่กินยาต่อจำนวนวันที่กำหนดให้กินยาทั้งหมดมากกว่า 0.8<sup>10</sup> มีการศึกษาของ Charach และคณะได้ให้คำนิยามของการกินยาสม่ำเสมอหมายถึง การกินยารักษาสมาธิสั้นมากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์ ตลอดช่วงที่มอดิตตามการรักษา ยกเว้นช่วงหยุดยาในวันหยุด (drug holidays) ช่วงที่หยุดยาระยะเวลาไม่เกิน 14 สัปดาห์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา<sup>11</sup> การศึกษาของ Gau และคณะได้ทดลองศึกษาหาความเที่ยงของการรายงานการลืมนินยาด้วยตนเอง (self report) กับการนับเม็ดยาพบว่ามีความสัมพันธ์กัน ( $r = 0.96, p < 0.001$ ) การกินยาไม่สม่ำเสมอหมายถึงขาดยามากกว่า 1 มื้อในวันเรียน มากกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์<sup>12</sup> ถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมา มีนิยามที่ต่างกันในเรื่องของการกินยาไม่สม่ำเสมอ แต่ส่วนใหญ่พบว่ามักจะหมายถึงการลืมนินยามากกว่า 1 มื้อต่อวัน มากกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ และพบว่ามีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 20 ที่กินยาไม่สม่ำเสมอ โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ได้แก่ การกินยาหลายมื้อต่อวัน เพศชาย มีผลข้างเคียงจากการกินยา รู้สึกเป็นตราบาป หรือต้องการความเป็นส่วนตัว (privacy) อาการสมาธิสั้นรุนแรง ไม่สามารถควบคุมอาการสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีโรคร่วม การติดตามการรักษาไม่สม่ำเสมอ (poor adherence) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจหยุดการรักษา ได้แก่ ผลข้างเคียงจากยา ความไม่สะดวกในการใช้ยา (dosing inconvenience) รู้สึกเป็นตราบาป ยาไม่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการหรือตอบสนองต่อยาไม่เต็มที่ ความรู้สึกที่ไม่จำเป็นต้องรักษาเนื่องจากอาการดีขึ้น<sup>10, 11, 13-17</sup>

มีการศึกษาในประเทศไทยศึกษาผู้ป่วยอายุ 8-18 ปี จำนวน 150 ราย พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย จำนวนความถี่ในการรับประทานยาแต่ละวันและรูปแบบของยา สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้ แต่การศึกษาดังกล่าวไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์กับปัจจัยเรื่องความรุนแรงของอาการโรคสมาธิสั้น<sup>18</sup>

เนื่องจากโรคสมาธิสั้นเป็นโรคเรื้อรังผู้ป่วยอาจมีอาการคงอยู่ได้จนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การรักษาอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอจึงมีความจำเป็น ปัจจุบันยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยสมาธิสั้นวัยรุ่นในประเทศไทย ซึ่งอาจมีปัจจัยที่แตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ โดยมีสมมติฐานว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ความสะดวกในการมารับการรักษา ทัศนคติต่อการกินยา และความพึงพอใจต่อการรักษา

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

## วิธีการศึกษา

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและออกดังต่อไปนี้

### เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น โดยแพทย์ประจำบ้านและจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบดี
2. อายุ 12-18 ปี
3. มีประวัติได้รับการรักษาด้วยยารักษาสมาธิสั้น

### เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีโรคทางจิตเวชและทางกายดังต่อไปนี้ร่วมสติปัญญาบกพร่อง (intellectual disability) โรคจิต (psychosis) โรคกลุ่มอาการออทิสติก (autism spectrum disorder) โรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์สองขั้วที่อาการกำเริบ (major depressive disorder, bipolar disorder active phase) มีภาวะบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย 2) แบบสอบถามข้อมูลจากผู้ปกครอง 3) แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ปกครองและสำหรับครู โดยมีรายละเอียดดังนี้ (คู่มืออย่างแบบสอบถามได้ที่ภาคผนวก)

1. แบบสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย มีข้อคำถามทั้งสิ้น 13 ข้อ ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับชั้นที่กำลังศึกษาอยู่ ผู้ที่อาศัยด้วย ระดับการศึกษาสูงสุดของบิดาและมารดา และผลการเรียนในปีการศึกษาที่ผ่านมา

1.2 ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ได้แก่ เบื่ออาหาร ปวดท้อง ปวดศีรษะ น้ำหนักลด ใจสั่น นอนไม่หลับ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนนด้วยตนเอง โดยคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึงไม่มีผลข้างเคียง คะแนนเท่ากับ 9 หมายถึงมีผลข้างเคียงมากที่สุด

1.3 การลืมกินยา โดยถามว่า “เมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมาท่านลืมกินยามากกว่า 1 มื้อ/วัน เป็นเวลากี่วัน?” และให้ผู้ป่วยตอบตั้งแต่ 1-7 วัน จากที่กล่าวไว้ในบทนำในการศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนด “การกินยาไม่สม่ำเสมอ” หมายถึง ขาดยามากกว่า 1 มื้อต่อวัน เป็นจำนวนมากกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ ใน 1 สัปดาห์ก่อนพบแพทย์

1.4 ความสะดวกในการมารับการรักษา เช่น “ความถี่-ห่างในแต่ละนัด เวลาที่ใช้ในการมารับการรักษา สถานที่ตรวจ การเดินทาง” โดยใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ (4-point Likert Scale) คือ 1 = ไม่สะดวกอย่างมาก 2 = ไม่สะดวก 3 = สะดวก 4 = สะดวกอย่างมากโดยคะแนนรวมสูงหมายถึงมีความสะดวกในการมารับการรักษามาก

1.5 ทักษะคิดต่อการกินยาและชีวิตปัจจุบัน เช่น “การกินยารักษาสมาธิสั้นมีความปลอดภัยโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องเข้าในการรักษา การกินยาสมาธิสั้นช่วยในการเรียน ในการควบคุมอารมณ์ช่วยเรื่องสมาธิ ช่วยควบคุมอาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น ช่วยให้ความสัมพันธ์กับผู้ปกครองดี” โดยใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ (4-point Likert Scale) คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วย และ 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่งโดยคะแนนรวมที่สูงหมายถึงทักษะคิดที่ดีต่อการกินยาและชีวิตปัจจุบันมาก

1.6 ความพึงพอใจต่อการรักษา โดยถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อผลการรักษาต่าง ๆ เช่น “ด้านสมาธิ การเรียน ช่วยควบคุมอารมณ์ ช่วยควบคุมอาการอยู่ไม่นิ่งและหุนหันพลันแล่น ช่วยเรื่องความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง ครูและเพื่อน ” โดยใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ (4-point Likert Scale) คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วย และ 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่งโดยคะแนนรวมที่สูงหมายถึงพึงพอใจต่อการรักษามาก

## 2. แบบสอบถามข้อมูลจากผู้ปกครอง

ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้านคือ ข้อมูลทั่วไป ประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว ความสะดวกในการมารับการรักษา ทักษะคิดต่อการกินยาและชีวิตในปัจจุบัน และความพึงพอใจต่อการรักษา โดยมีข้อคำถามเหมือนกับที่ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง แต่ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบในมุมมองของตนเอง

แบบสอบถามเรื่องความสะดวก ทักษะคิดและความพึงพอใจต่อการรักษา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ มีการทดสอบความเชื่อถือได้ (reliability) ของเครื่องมือด้วยการวัดค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยมีค่า coefficient Cronbach's alpha ดังนี้ ความสะดวกในการมารับการรักษา (ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย = 0.830, ผู้ปกครอง = 0.853) ทักษะคิดต่อการกินยา (ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย = 0.807, ผู้ปกครอง = 0.852) ความพึงพอใจต่อการรักษา (ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัย = 0.861 ผู้ปกครอง = 0.894) ค่าความคงที่ภายในของข้อคำถามทั้งหมดมากกว่า 0.8 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี<sup>19</sup>

## 3. แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV ฉบับภาษาไทย

ประกอบด้วยแบบสอบถามชนิดผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ และครูเป็นผู้ตอบ แต่ละชนิดประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้น และโรคติดต่อต้าน โดยแยกเป็นด้าน inattention 9 ข้อ hyperactivity/impulsivity 9 ข้อ และ oppositional defiant disorder (ODD) 8 ข้อ แต่ละข้อคิดคะแนนแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ (0= ไม่เลย 1 = เล็กน้อย 2 = ค่อนข้างมาก 3=มาก) มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ 0.93-0.96 สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นหรือภาวะติดต่อต้าน โดยมีจุดตัดตามเกณฑ์ผู้สร้างเครื่องมือ SNAP-IV สำหรับอาการ inattention และ hyperactivity/impulsivity ในส่วนผู้ปกครอง เท่ากับ

16, 14 และ 12 ตามลำดับ โดยมีค่าความไวเท่ากับ 68, 74 และ 73 และค่าความจำเพาะเท่ากับ 64, 70 และ 73 ตามลำดับมีจุดตัดคะแนน SNAP-IV ในส่วนครู เท่ากับ 18, 11 และ 8 คะแนนตามลำดับ โดยมีค่าความไวเท่ากับ 54, 61 และ 56 ตามลำดับ และค่าความจำเพาะเท่ากับ 51, 60 และ 56 ตามลำดับ<sup>20</sup>

### ขั้นตอนการศึกษา

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 085749 ผู้วิจัยนำแบบทดสอบให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและออกของงานวิจัย และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยทำแบบทดสอบที่แผนกผู้ป่วยนอกแล้วรอรับผลทันที และให้แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทยสำหรับครู แก่เด็กและผู้ปกครองเพื่อนำไปให้ครูและนำกลับมาในการติดตามนัดครั้งถัดไป

### การวิเคราะห์ทางสถิติ

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 21 โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive) รายงานค่าเฉลี่ย ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับใคร รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ชนิดยารักษาสมาธิสั้น ประวัติโรคประจำตัว และประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างการลิ้มกินยากับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยในปีการ

ศึกษาที่ผ่านมา พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวหรือไม่ได้อาศัยกับทั้งบิดาและมารดา การรักษาด้วยยาสมาธิสั้น 1 ชนิด รักษาด้วย methylphenidate มีประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว และมีโรคประจำตัวอื่นร่วม ใช้ independent t-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลผลข้างเคียงจากการใช้ยา ความสะดวกในการมารับการรักษา ทัศนคติต่อการกินยา ความพึงพอใจต่อการรักษา อาการสมาธิสั้นใช้สถิติ chi-square เพื่อเปรียบเทียบชนิดของยาที่รักษาสมาธิสั้น เพศ ประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว โรคประจำตัวอื่นร่วม พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ระหว่างผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอกับกินยาไม่สม่ำเสมอ

### ผลการศึกษา

#### ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 81 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ  $13.9 \pm 1.5$  ปี ระยะเวลาที่เริ่มรักษาด้วยยาจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย  $3.9 \pm 2.5$  ปี แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ปกครอง มีผู้ปกครองตอบแบบสอบถาม 73 ราย (ร้อยละ 90.1) ไม่ตอบแบบสอบถาม 8 ราย (ร้อยละ 9.9) แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทยสำหรับครู ผู้ป่วยและผู้ปกครองไม่สะดวกให้ครูประเมิน 24 ราย (ร้อยละ 29.6) สะดวกให้ครูประเมิน 57 ราย (ร้อยละ 70.4) ได้รับแบบสอบถามคืน 22 ราย (ร้อยละ 27.2) ไม่ส่งแบบสอบถามคืน 35 ราย (ร้อยละ 43.2.)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานผู้เข้าร่วมงานวิจัย	รวม จำนวน (ร้อยละ)	กินยาสม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	กินยาไม่ สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>เพศ</b>					
ชาย	64 (79)	21 (77.8)	39 (78)	0.001	0.98
หญิง	17 (21)	6 (22.2)	11 (22)		
<b>ชั้นปีที่ศึกษา</b>					
ป.6	4 (5.3)	3(12)	1(2.1)	3.405	0.18
ม.ต้น	52 (45.3)	18 (34.6)	34(65.4)		
ม.ปลาย	16 (10.7)	4(12)	12(10.6)		
<b>พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว/ไม่ได้อยู่อาศัยกับทั้งบิดาและมารดา</b>	25 (31.2)	10 (37)	13 (26)	1.020	0.31
<b>ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยในปีการศึกษาที่ผ่านมา</b>					
0.00-1.00	1 (1.3)	0	1(2.1)	5.947	0.43
1.01-1.50	7 (9.1)	2(7.7)	4(8.3)		
1.51-2.00	5 (6.5)	1(3.8)	4(8.3)		
2.01-2.50	8 (10.4)	1(3.8)	6(12.5)		
2.51-3.00	18 (23.4)	7(26.9)	11(22.9)		
3.01-3.50	18 (23.4)	5(19.2)	13(27.1)		
3.51-4.00	20 (26)	10(38.5)	9(8.8)		
<b>มีประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว</b>	11 (13.6)	3 (11.1)	8 (16)	1.270	0.53
<b>มีโรคประจำตัวอื่นร่วม</b>	36 (44.4)	12 (44)	22 (44)	0.870	0.65
<b>ยาที่รับประทานเป็นประจำ</b>					
1 ชนิดต่อวัน	71 (87.1)	22(81.5)	45(90)	2.580	0.28
>1 ชนิดต่อวัน	9 (21)	5(8.5)	4(8)		

\* = p-value < 0.05

**การกินยาไม่สม่ำเสมอและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 64.9) มีการกินยาไม่สม่ำเสมอ ชั้นปีที่กำลังศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งชั้นปีที่กำลังศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอ โดยส่วนใหญ่ลืมกินยา 1 วัน (ร้อยละ 24.7) ผลข้างเคียงที่มีมากที่สุดคืออาการเบื่ออาหารโดยมีคะแนนเท่ากับ

4.10 ± 3.07 รองลงมาคือนอนไม่หลับ และน้ำหนักลดตามลำดับ ทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองมีคะแนนความสะดวกในการมารับการรักษาทัศนคติในการกินยาและความพึงพอใจต่อการรักษาอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมากเป็นส่วนใหญ่ โดยมีเพียงอาการใจสั่นเท่านั้นที่พบมากกว่าในกลุ่มที่กินยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.21, p = 0.03$ ) (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลข้างเคียง ทักษะคิดต่อการรักษา กับการกินยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา	ทั้งหมด Mean (SD)	กินยา สม่ำเสมอ Mean (SD)	กินยาไม่ สม่ำเสมอ Mean (SD)	t	p
<b>ผลข้างเคียง</b>					
เบื่ออาหาร	4.10 (3.07)	3.59 (3.26)	4.30 (2.90)	-0.98	0.33
ปวดท้อง	1.90 (1.83)	1.44 (1.39)	2.20 (2.02)	-1.93	0.06
ปวดศีรษะ	2.53 (2.16)	2.19 (2.07)	2.78 (2.23)	-1.14	0.26
น้ำหนักลด	2.61 (2.56)	2.52 (2.59)	2.58 (2.40)	-0.10	0.92
ใจสั่น	2.34 (2.35)	1.67 (1.41)	2.70 (2.69)	-2.21	0.03*
นอนไม่หลับ	2.98 (2.76)	2.78 (2.40)	3.20 (2.98)	-0.63	0.53
<b>ทักษะคิดต่อการรักษาของผู้ป่วย</b>					
ความสะดวกในการมารับการรักษา (คะแนน 1-16)	12.31 (1.84)	12.41 (1.72)	12.32 (1.94)	1.83	0.84
ทัศนคติต่อการกินยา (คะแนน 1-28)	21.44 (3.34)	22.07 (3.15)	21.10 (3.48)	0.99	0.23
ความพึงพอใจต่อการรักษา (คะแนน 1-36)	27.26 (4.22)	28.04 (4.42)	26.81 (4.16)	-0.22	0.24
<b>ทักษะคิดต่อการรักษาของผู้ปกครอง</b>					
ความสะดวกในการมารับการรักษา (คะแนน 1-16)	12.53 (1.50)	12.96 (1.48)	12.31 (1.50)	0.19	0.07
ทัศนคติต่อการกินยา (คะแนน 1-28)	22.05 (3.05)	22.56 (2.79)	21.81 (3.27)	1.21	0.32
ความพึงพอใจต่อการรักษา (คะแนน 1-36)	28.30 (4.04)	28.19 (4.63)	28.42 (3.82)	1.19	0.82
<b>การประเมิน SNAP-IV โดยผู้ปกครอง</b>					
คะแนนด้าน inattention	15.09 (5.94)	14.75 (6.09)	15.44 (5.90)	-0.45	0.66
คะแนนด้าน hyperactivity/impulsivity	11.89 (6.21)	11.42 (6.83)	12.22 (6.09)	-0.50	0.62
คะแนนด้าน ODD	10.07 (4.87)	10.12 (4.80)	10.12 (5.14)	-0.01	0.99
<b>การประเมิน SNAP-IV โดยครู</b>					
คะแนนด้าน inattention	11.14 (6.97)	11.11 (7.49)	11.17 (6.89)	-0.02	0.99
คะแนนด้าน hyperactivity/impulsivity	6.73 (6.34)	7.00 (8.23)	6.54 (5.01)	0.16	0.87
คะแนนด้าน ODD	5.32 (5.08)	5.67 (5.90)	5.08 (4.68)	0.26	0.80

\* = p-value < 0.05

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รักษาด้วย methylphenidate จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือ extended-release methylphenidate 25 ราย (ร้อยละ 30.9) โดยผู้ที่กินยาไม่สม่ำเสมอรักษาด้วย methylphenidate มากกว่ากลุ่มที่กินยาสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 7.96, p = 0.005$ ) และผู้ที่กินยาไม่สม่ำเสมอรักษาด้วย extended-release น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 5.32, p = 0.021$ ) มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่มีโรคสมาธิสั้นในครอบครัว และโรคประจำตัว

อื่นร่วม 11 ราย (ร้อยละ 13.6) และ 36 ราย (ร้อยละ 44.4) ตามลำดับ) โดยการมีโรคสมาธิสั้นในครอบครัว และโรคประจำตัวอื่นร่วมไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่กินยาไม่สม่ำเสมอและสม่ำเสมอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนต่ำกว่าจุดตัด SNAP ของทั้งอาการ inattentive, hyperactive/impulsive และ ODD โดยที่การมีคะแนนเกินจุดตัดทั้ง 3 อาการไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่กินยาไม่สม่ำเสมอและสม่ำเสมอ (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรักษา การมีโรคสมาธิสั้นในครอบครัว การมีโรคร่วม และอาการ ADHD กับการกินยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา	ทั้งหมด (81 ราย) จำนวน (ร้อยละ)	กินยาสม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	กินยาไม่ สม่ำเสมอ จำนวน (ร้อยละ)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>ยารักษาสมาธิสั้น</b>					
Methylphenidate	52 (68.4)	13 (48.1)	39 (79.6)	7.96	<0.01**
Methylphenidate extended-release	24 (31.6)	13 (48.1)	11 (22.4)	5.32	0.02*
Atomoxetine	2 (2.5)	0	1 (2)	0.88	0.35
<b>รักษาด้วยยาสมาธิสั้น 1 ชนิด</b>					
ประเมินโดยผู้ปกครอง	71 (87.1)	22 (81.5)	45 (90)	2.58	0.28
<b>ประเมินโดยคุณครู</b>					
อาการมากกว่าจุดตัด SNAP-inattention	31 (38.3)	11 (40.7)	18 (36.0)	0.66	0.72
อาการมากกว่าจุดตัด SNAP-hyperactive/impulsive	25 (30.9)	9 (33.3)	16 (32.0)	1.67	0.43
อาการมากกว่าจุดตัด SNAP-ODD	28 (34.6)	12 (44.4)	15 (30)	3.33	0.19
<b>ประเมินโดยคุณครู</b>					
อาการมากกว่าจุดตัด SNAP-inattention	7 (33.3)	3 (33.3)	4 (33.3)	0	1.00
อาการมากกว่าจุดตัด SNAP-hyperactive/impulsive	6 (27.3)	2 (22.2)	4 (30.8)	0.19	0.66
อาการมากกว่าจุดตัด SNAP-ODD	6 (27.3)	2 (22.2)	4 (30.8)	0.19	0.66

\* = p-value < 0.05 \*\* = p-value < 0.01

### วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 79 หญิงร้อยละ 21 เป็นอัตราส่วน 3.7:1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยซึ่งพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2<sup>21</sup> ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการเรียนอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี รายได้เฉลี่ยของผู้ปกครองค่อนข้างสูง (มากกว่า 40,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.5) ซึ่งถือว่ากลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่จะจุกตัวอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้สูง เทียบจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 ซึ่งมีรายได้มัธยฐาน (median) ครัวเรือนเท่ากับ 14,386 บาทต่อเดือน ซึ่งมีกลุ่มที่มีรายได้สูง (33,001 บาทและมากกว่า) เป็นร้อยละ 17.1<sup>22</sup> อายุเฉลี่ยเท่ากับ 13.9 ± 1.5 ปี ระยะเวลาที่เริ่มรักษาด้วยยาจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 3.9 ± 2.5 ปี

ส่วนใหญ่กินยาไม่สม่ำเสมอโดยมีจำนวน 50 ราย (ร้อยละ 64.9) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า มีผู้ที่กินยาไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 80

การศึกษาเรื่องการกินยาไม่สม่ำเสมอมีความหลากหลายทั้งประชากรที่ศึกษา การให้นิยามของการกินยาไม่สม่ำเสมอ วิธีที่ใช้ในการวัดการกินยาไม่สม่ำเสมอ มีการศึกษาในไทยเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ไม่ได้ศึกษาการกินยาไม่สม่ำเสมอโดยตรง และศึกษาในกลุ่มทั้งเด็กและวัยรุ่น<sup>13</sup> จึงเปรียบเทียบกับการศึกษานี้ได้ยาก มีการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเรื่องการกินยาไม่สม่ำเสมอ พบว่ามีผลการรักษาที่หลากหลาย ตั้งแต่มีการกินยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 36 สำหรับกินยาออกฤทธิ์กระตุ้นหรือยาไม่ได้ออกฤทธิ์กระตุ้นใน 12 เดือน จนถึงร้อยละ 91.2 สำหรับการกินยา methylphenidate 12 เดือน โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ

กินยาไม่สม่ำเสมอที่น้อยลงได้แก่ ประชากรอายุน้อย (< 10 ปี) ระยะเวลารักษาน้อยกว่า 12 เดือน รักษาด้วยยาไม่ได้ออกฤทธิ์กระตุ้น และรักษาด้วย methylphenidate extended-release แม้มีความหลากหลายของการวัดการกินยาไม่สม่ำเสมอ แต่การศึกษาส่วนใหญ่รายงานอัตราการกินยาไม่สม่ำเสมอถึงมากกว่าร้อยละ 20<sup>16</sup> การศึกษานี้พบว่าจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยกินยาไม่สม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 64.9 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานานาชาติ<sup>14, 17</sup> อย่างไรก็ตามเนื่องจากการศึกษาการกินยาไม่สม่ำเสมอมีความหลากหลายทั้ง ชนิดของการศึกษา กลุ่มอายุต่างกัน มีความแตกต่างกันในระยะเวลาที่เริ่มรักษาด้วยยา วิธีการวัดที่ต่างกัน จึงทำให้ยากในการเปรียบเทียบการกินยาไม่สม่ำเสมอกับการศึกษาก่อนหน้านี้

พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยเพียงประมาณ 1 ใน 3 ที่มีอาการด้าน inattentive, hyperactive/impulsive และ ODD จากการวัดด้วย SNAP-P, SNAP-T มากกว่าจุดตัด (ตารางที่ 3) โดยไม่มีความแตกต่างกันของอาการทั้ง 3 ด้านในกลุ่มที่กินยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศมีทั้งที่มีผลการศึกษาที่สอดคล้องคือไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการกินยาไม่สม่ำเสมอและความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น<sup>23</sup> แต่บางการศึกษาพบว่าการกินยาสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับอาการสมาธิสั้นที่รุนแรง<sup>11, 17</sup> ซึ่งพบว่าแต่ละการศึกษามีวิธีวิจัยที่ต่างกันจึงอาจทำให้มีความไม่สอดคล้องของผลการศึกษา<sup>23</sup> โดยในการศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและติดตามการรักษาต่อเนื่อง ไม่สามารถอ้างถึงกลุ่มที่ขาดการรักษาไปแล้วได้ ดังนั้นจึงอาจเป็น selection bias ของประชากร

พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีและพึงพอใจต่อการกินยา (ตารางที่ 2) โดยผู้ที่กินยาสม่ำเสมอและกินยาไม่สม่ำเสมอไม่มีความแตกต่างกันของทัศนคติต่อการรักษาทั้งหมด ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าคะแนนเรื่องทัศนคติและความ

พึงพอใจค่อนข้างต่ำ ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการรักษา ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา การตระหนักรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (insight) ความจำเป็นต้องใช้ยารักษา มุมมองเกี่ยวกับตนเองและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอและกินยาไม่สม่ำเสมอ<sup>24</sup> การที่ไม่พบว่าทัศนคติต่อการรักษาสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอในการศึกษานี้ อาจอธิบายได้จากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติและพึงพอใจต่อการกินยาค่อนข้างสูง แต่การศึกษาต่างประเทศคะแนนเรื่องทัศนคติและความพึงพอใจค่อนข้างต่ำ ในการตอบแบบสอบถามพบว่าการกระจายตัวของคะแนนคำตอบมีหลากหลายไม่เกินไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกินยาสม่ำเสมอในการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าถ้าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ว่ายามีประสิทธิภาพและได้รับผลข้างเคียงน้อยมีความตระหนักถึงประโยชน์ของยาว่าช่วยเรื่องการเรียน ช่วยเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อน จะมีผลดีต่อการใช้ยาในระยะยาว<sup>25, 26</sup> การศึกษาปัจจัยด้านผู้ปกครองพบว่าผู้ปกครองมีทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นและการกินยาค่อนข้างดี และไม่มีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ไม่พบว่าทัศนคติมีความสำคัญต่อการกินยาสม่ำเสมอในระยะยาวแต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ที่ไม่ได้มาติดตามการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีทัศนคติต่อการกินยารักษาแตกต่างกับกลุ่มที่ยังคงติดตามการรักษาได้<sup>27, 28</sup>

ผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่รักษาด้วย methylphenidate (ร้อยละ 66.7) ส่วนใหญ่รักษาด้วยยา 1 ชนิด (ร้อยละ 87.1) พบว่าร้อยละ 64.9 กินยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงจากยาที่พบบ่อยที่สุดคือ เบื่ออาหาร เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอและกินยาไม่สม่ำเสมอ พบว่าชนิดของยาไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ที่กินยาไม่สม่ำเสมอจะรักษาด้วย methylphenidate extended-release น้อยกว่า แต่

รักษาด้วย methylphenidate มากกว่าผู้ที่กินยาสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่ารูปแบบยาออกฤทธิ์ระยะยาวจะสัมพันธ์กับการกินยาสมาธิสั้นมากกว่ายาออกฤทธิ์ระยะสั้น<sup>29</sup> ผู้ที่กินยาไม่สม่ำเสมอรายงานว่า มีผลข้างเคียงอาการใจสั่นมากกว่าผู้ที่กินยาสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.03$ ) และมีอาการปวดท้องมากกว่าอย่างใกล้เคียงนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.058$ ) ในต่างประเทศพบว่าปัจจัยด้านยาที่สำคัญที่มีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ ได้แก่ ประสิทธิภาพและความสามารถทนยาได้ รวมถึงจำนวนม็องจ่ายต่อการกินยาและราคาขายที่เหมาะสม<sup>30</sup>

### ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยที่ยังคงมาติดตามการรักษาต่อเนื่อง การประเมินเรื่องความสะดวก ความพึงพอใจและทัศนคติในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ได้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยสมาธิสั้นทั้งหมดคำตอบในกลุ่มที่มาติดตามการรักษาต่อเนื่องอาจประเมินในเชิงบวกมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มาติดตามการรักษาแล้ว อาจเป็นปัญหาตัวแทนของข้อมูลจากอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selective bias) แต่ผลของการศึกษานี้ก็สามารถนำมาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกต่อเนื่อง และการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางอาจไม่สามารถบอกถึงสาเหตุของการกินยาไม่สม่ำเสมอได้ คำถามการลืมใช้ยาในสัปดาห์ที่ผ่านมา อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนการลืมกินยาในสัปดาห์อื่นๆ แต่การถามในสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นการลด recall bias ได้ การถามลืมใช้ยาโดยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง ทำให้ไม่ทราบที่ตั้งใจไม่กินยาหรือลืมกินยา โดยการถามความตั้งใจไม่กินยาอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพิ่มเติม แต่อย่างไรก็ตามในการสัมภาษณ์ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีอาจไม่สามารถทราบถึงเจตนาที่แท้จริงได้เช่นกัน

### ข้อดีของการศึกษา

การศึกษาเรื่องการกินยาสมาธิสั้นสม่ำเสมอในประเทศไทยยังมีข้อมูลจำกัด ยังไม่มีการศึกษาเรื่องความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น การศึกษานี้ได้ศึกษาปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นมาพิจารณาพร้อมด้วย การศึกษามีรายละเอียดของอาการข้างเคียงที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งช่วยในการเฝ้าระวังตระวังอาการที่อาจมีผลกับการกินยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วยได้

### ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ

ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นสมาธิสั้นพบว่าส่วนใหญ่มีการกินยาไม่สม่ำเสมอ ขณะตรวจติดตามการรักษาหากผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ แพทย์ควรพิจารณาชนิดยาและผลข้างเคียงจากยาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการใจสั่นและปวดท้องซึ่งพบมากในผู้ที่กินยาไม่สม่ำเสมอ และแก้ไขตามความเหมาะสม เช่น อาการปวดท้องพบได้ในช่วงแรกของการเริ่มรักษา อาการจะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป อาการใจสั่นหากเป็นครั้งคราวไม่อันตราย หากเป็นตลอดจะได้รับการตรวจเพิ่มเติม หากอาการคงอยู่จะปรับลดยาหรือหยุดกินยาในช่วงวันหยุดได้<sup>31</sup> เพื่อให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอมากขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ที่กินยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอไม่มีความแตกต่างในด้านอาการของโรคทั้ง inattentive, hyperactive/impulsive และ ODD รวมถึงการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น และเป็นเพียงการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ดังนั้นควรต้องมีการติดตามระยะยาว เนื่องจากในการศึกษาอื่นพบว่าผู้ที่กินยาไม่ต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับควบคุมอาการสมาธิสั้นได้ไม่เต็มที่ เกิดผลกระทบทางลบมากขึ้น ได้แก่ มีปัญหาด้านการเรียนและสังคม ปัญหาพฤติกรรม เช่น substance abuse, delinquency เกิดอุบัติเหตุบ่อย มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว<sup>13, 32, 33</sup>

## สรุป

ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่กินยาไม่สม่ำเสมอ ในผู้ที่กินยาไม่สม่ำเสมอพบว่า ส่วนใหญ่กินยา methylphenidate และมีผลข้างเคียงใจสั่นและปวดท้องมากกว่าผู้ที่กินยาสม่ำเสมอ แต่การกินยาไม่สม่ำเสมอไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้น ทักษะสติและความพึงพอใจต่อการกินยาของทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครอง

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ในการประสานงานและเก็บข้อมูล นส.ภัทรพร วิสาจันทร์ และ นส.สุดาวรรณ จุลเกตุ สำหรับความช่วยเหลือด้านสถิติ ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบทดสอบ จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Attention-deficit and disruptive behavior disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders te, text rev. Washington, DC:, 2000:85-93.
2. Ingram S HL, Morgenstern G. Outcome issues in ADHD: Adolescent and adult long-term outcome. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 1999; 5:243-50.
3. Charach A, Dashti B, Carson P, Booker L, Lim CG, Lillie E, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Rockville (MD); 2011.

4. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with ADHD: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30: 752-61.
5. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement Management, Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics 2011; 128:1007-22.
6. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ. Modifiers of long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: does treatment with stimulant medication make a difference? Results from a population-based study. J Dev Behav Pediatr : JDBP 2007; 28:274-87.
7. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV. Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. Pediatrics 2009; 124:71-8.
8. Wilens TE, Adamson J, Monuteaux MC, Faraone SV, Schilling M, Westerberg D, et al. Effect of prior stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2008; 162:916-21.

9. Murray DW, Arnold LE, Swanson J, Wells K, Burns K, Jensen P, et al. A clinical review of outcomes of the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (MTA). *Curr Psychiatry Rep* 2008; 10:424-31.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Adler LD, Nierenberg AA. Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgrad Med* 2010; 122:184-91.
14. Atzori P, Usala T, Carucci S, Danjou F, Zuddas A. Predictive factors for persistent use and compliance of immediate-release methylphenidate: a 36-month naturalistic study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009; 19:673-81.
15. Firestone P. Factors associated with children's adherence to stimulant medication. *Am J Orthopsychiatry* 1982; 52:447-57.
16. Hong J, Novick D, Treuer T, Montgomery W, Haynes VS, Wu S, et al. Predictors and consequences of adherence to the treatment of pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder in Central Europe and East Asia. *Patient Prefer Adherence* 2013; 7:987-95.
17. Thiruchelvam D, Charach A, Schachar RJ. Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:922-8.
18. Ninlanon K, Phattananarudee S. Factor affecting methylphenidate non-adherence in children and adolescent with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Ment Health Thai* 2015; 23:1-11.
19. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step*. Boston: Allyn and Bacon; 2003.
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). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2014; 59:97-110.
21. Visanuyothin T P, Wachiradilok P, Arunrung P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 21:66.
22. Gray R, Chamratitthirong A, prasartkul P, Pataravanich U. Income, Debt, Cognitive Strategies of Acceptance and Happiness. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2012; 57:347-56.

23. Julien H, Anna P, Ridha J, Natalie G. Adherence to Psychostimulant Medication in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Role of Attitudes. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22:317-23.
24. Singh I, Kendall T, Taylor C, Mears A, Hollis C, Batty M, et al. Young People's Experience of ADHD and Stimulant Medication: A Qualitative Study for the NICE Guideline. *Child Adol Ment H-Uk* 2010; 15:186-92.
25. Coletti DJ, Pappadopulos E, Katsiotas NJ, Berest A, Jensen PS, Kafantaris V. Parent perspectives on the decision to initiate medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2012; 22:226-37.
26. Toomey SL, Sox CM, Rusinak D, Finkelstein JA. Why Do Children With ADHD Discontinue Their Medication? *Clin Pediatr* 2012; 51:763-9.
27. DosReis S, Mychailyszyn MP, Evans-Lacko SE, Beltran A, Riley AW, Myers MA. The meaning of attention-deficit/hyperactivity disorder medication and parents' initiation and continuity of treatment for their child. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009; 19:377-83.
28. Steele M, Weiss M, Swanson J, Wang J, Prinzo RS, Binder CE. A randomized, controlled effectiveness trial of OROS-methylphenidate compared to usual care with immediate-release methylphenidate in attention deficit-hyperactivity disorder. *Can J Clin Pharmacol* 2006; 13:e50-62.
29. Bussing R, Koro-Ljungberg M, Noguchi K, Mason D, Mayerson G, Garvan CW. Willingness to use ADHD treatments: a mixed methods study of perceptions by adolescents, parents, health professionals and teachers. *Soc Sci Med* 2012; 74:92-100.
30. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:565-76.
31. Cortese S, Holtmann M, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Danckaerts M, et al. Practitioner Review: Current best practice in the management of adverse events during treatment with ADHD medications in children and adolescents. *J Child Psychol Psych* 2013; 54:227-46.
32. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, et al. Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:1295-303.
33. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, et al. A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med* 2012; 10:99.