



การติดตามผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นระยะยาวใน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Long-term Follow up in Childhood Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Songklanagarind Hospital

จตุรพร แสงกุล*, วรุตม์ อุ่นจิตสกุล*

Jaturaporn Sangkool*, Warut Aunjitsakul*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

* Department of psychiatry, Faculty of medicine, Prince of Songkla University, Hadyai, Songkhla, 90110

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามปัญหาของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ ปัญหาพฤติกรรมในครอบครัวและสังคม และความประพฤติกเล่

วิธีการศึกษา ศึกษาแบบ retrospective cohort study เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 โดยการสุ่มด้วยระบบคอมพิวเตอร์ในฐานข้อมูลผู้ป่วย ใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของผู้ป่วยโดยตรง หรือทางโทรศัพท์ หรือทางจดหมาย วินิจฉัย conduct disorder โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV-TR วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้โปรแกรม R นำเสนอข้อมูลทั่วไป และวิเคราะห์สัดส่วนความสำเร็จทางการศึกษา ประสิทธิภาพในการประกอบอาชีพ สถานภาพและปัญหาพฤติกรรมต่อครอบครัวและสังคมและความประพฤติกเล่ ในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 199 ราย ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (ร้อยละ 65) เป็นเพศชายร้อยละ 80 อายุ 9-25 ปี อายุเฉลี่ย 16.0 ปี พบผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมร้อยละ 55.8 โรคร่วมที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ mental retardation ผู้ป่วยร้อยละ 83.4 ยังคงศึกษาอยู่ ร้อยละ 63.3 มีเกรดเฉลี่ยในระดับมากกว่า 2 และร้อยละ 47.2 ยังคงผ่านเกณฑ์ความสำเร็จทางการศึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 4.5 กำลังประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.4 รับผิดชอบงานอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในสถานะโสด พบปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ร้อยละ 40.7 พฤติกรรมที่พบบ่อย ได้แก่ การข่มขู่ทางวาจา ร้อยละ 44.4 และพบ conduct disorder ร้อยละ 5.0

สรุป กลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 56.9 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการสุ่มรายชื่อ ในจำนวนนี้ร้อยละ 66.3 ไม่ได้มาติดตามการรักษาโรคสมาธิสั้นแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงศึกษาอยู่ โดยมีผลการเรียนในระดับปานกลางถึงระดับสูง พบปัญหา conduct disorder ร้อยละ 5.0 ซึ่งน้อยกว่าที่พบในงานวิจัยในต่างประเทศ พบปัญหาในการประกอบอาชีพบ้าง แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เคยประกอบอาชีพมีน้อย จึงควรศึกษาในจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นหรือติดตามผู้ป่วยในระยะเวลาที่นานขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่วัยทำงานมากขึ้น

คำสำคัญ: การติดตาม, ระยะยาว, โรคสมาธิสั้น, เด็ก, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Corresponding author: จตุรพร แสงกุล

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(2): 109-120

ABSTRACT

Objective : To perform a follow-up on the current clinical conditions of patients with attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) in four outcomes: academic achievement, occupational performance, behavioral problems related to family and society and conduct disorder.

Materials and methods : This was a retrospective cohort study. We collected data in patients who were diagnosed as ADHD since 2001 by randomizing. The questionnaire followed our objectives, used diagnostic criteria of conduct disorder following DSM-IV-TR. Collecting data by interviewing the parents by direct interview, telephone and a request to respond to a questionnaire letter. Data were calculated using descriptive data and presented as percentages.

Results : Participants were collected from 199 subjects, 80% were male, 9-25 years old, mean age 16.0 years. Mental retardation is the most common comorbidity. Most of the participants were still studying (83.4%) and more than half (63.3%) had a grade point average above 2.00. From the academic achievement criteria, 47.2% passed. All of the participants were single, 4.5% of the participants were working. 40.7 % of the participants had violent behavior, the most common was verbal violence (44.4%). Ten subjects (5.0%) had conduct disorder.

Conclusion : Participants were 56.9 % of all randomized patients. 66.3 % of the participants were lost to follow-up. The ADHD patients are still studying and tend to have middle to high scores in academics. Conduct disorder patients are fewer than in previous studies reviewed. Some problems were found in occupational performance. Further study should be done in a longer period or larger population.

Keywords : long-term, follow-up, ADHD, childhood, Songklanagarind hospital

Corresponding author: Jaturaporn Sangkool

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(2): 109-120

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็ก มักแสดงอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ และมีอาการต่อเนื่องมาจนถึงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ความชุกของโรคพบอยู่ในช่วงร้อยละ 2-18¹⁻⁴ คาดการณ์ความชุกของโรคสมาธิสั้นทั่วโลก (an estimated worldwide prevalence) ในเด็กและวัยรุ่นพบประมาณร้อยละ 5.3³ ส่วนใหญ่พบในเพศชายมากกว่าหญิง⁵ ส่วนการศึกษาโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยพบความชุกในเด็กนักเรียนร้อยละ 2.3-6.5⁶⁻⁹ อัตราส่วนประชากรชายต่อหญิงมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา พบตั้งแต่ 0.9:1⁶, 2.3:1⁷ และ 4.3:1⁸

โรคสมาธิสั้นมีอาการสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ สมาธิสั้น (inattention) อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และ ยับยั้งตัวเองได้ลำบาก (impulsivity) อาการเหล่านี้มักส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเด็กทั้งในด้านการเรียน พฤติกรรมในครอบครัวและสังคม ในระยะยาวผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นยังสามารถมีอาการได้จนถึงวัยผู้ใหญ่ พบความชุกของโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ยังคงสูงถึงร้อยละ 1-7.3¹⁰ และยังคงพบปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีปัญหาด้านการเรียน¹¹⁻¹² และความสำเร็จทางการศึกษาได้แก่มีกะแนนเฉลี่ยต่ำ เวลาเข้าเรียนต่ำกว่าเกณฑ์และเรียนจบช้า มีปัญหาในด้านประสิทธิภาพในการประกอบอาชีพ มีปัญหาห้วงการทำงาน เปลี่ยนงานบ่อย และมีรายได้น้อย หรือมีปัญหาในด้านชีวิตครอบครัว เช่นการหย่าร้าง¹³ อีกการศึกษาหนึ่งติดตามผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเพศชายระยะยาว พบว่าผลการประกอบอาชีพ เศรษฐฐานะ แย่กว่ากลุ่มผู้ชายที่ไม่มีประวัติโรคสมาธิสั้นในวัยเด็ก¹⁴

นอกจากนี้หลายการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีโอกาสพบโรคร่วมอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น พบ conduct disorder ร่วมด้วยร้อยละ 8.8-50^{13,15-17}

นอกจากนี้ยังพบปัญหาการกระทำผิดกฎหมาย ได้แก่ การถูกจับกุมร้อยละ 47 ต้องโทษร้อยละ 42 ถูกจำคุก ร้อยละ 15¹⁸

จากการทบทวนการศึกษาเรื่องโรคสมาธิสั้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งและมุ่งความสนใจไปในด้าน ความชุกของโรค ลักษณะอาการทางคลินิก โรคร่วม สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค¹⁻⁹ ส่วนการศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นแบบระยะยาวเท่าที่สืบค้นได้มักเป็นการศึกษาในต่างประเทศ¹³⁻¹⁹ แต่จากความแตกต่างทางเชื้อชาติ สังคมและวัฒนธรรม อาจมีผลให้ผลการศึกษาในประเทศไทยต่างจากต่างประเทศได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัญหาระยะยาวของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ในด้านการศึกษา ด้านการทำงานประกอบอาชีพ ด้านครอบครัวและสังคม รวมถึงปัญหาด้านพฤติกรรมเกราะ โดยคาดหวังว่าผลงานวิจัยนี้จะมีประโยชน์ ในการช่วยเน้นย้ำให้เห็นถึงปัญหาระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กมีการตระหนักรู้ นำไปสู่การเฝ้าระวังและติดตามรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นอย่างใกล้ชิดมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในด้านความสำเร็จทางการศึกษา (academic achievement)
2. ประสิทธิภาพในการประกอบอาชีพ (occupational performance)
3. สถานภาพและปัญหาพฤติกรรมต่อครอบครัวและสังคม (marital status and behavioral problems related to family and society)
4. ความประพฤติเกราะ (conduct behavior)

วิธีการศึกษา

1. **รูปแบบการศึกษา** เป็นแบบ retrospective cohort study สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนได้ครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุหลากหลาย รวมทั้งได้กลุ่มวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่อาจมีโอกาสทำงานประกอบอาชีพหรือมีครอบครัวแล้ว โดยการขอข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และติดตามผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยในฐานข้อมูล (เกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD 10) ว่าเป็นโรคในกลุ่มโรคสมาธิสั้น โรคหนึ่งโรคใดดังต่อไปนี้ F90.0 disturbance of activity and attention, F90.1 hyperkinetic conduct disorder, F90.8 other hyperkinetic disorder, F90.9 hyperkinetic disorder, unspecified

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผู้ปกครองที่พูดและฟังภาษาไทยไม่ได้และผู้ป่วยที่มีผู้ปกครองที่ไม่ทราบประวัติของผู้ป่วยหรือให้ข้อมูลของผู้ป่วยไม่ได้

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรสำหรับประมาณค่าสัดส่วน โดยกำหนดให้

- สัดส่วนความสำเร็จทางการศึกษา (สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 1) สัดส่วนการประกอบอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2) สัดส่วนการพบปัญหาพฤติกรรมต่อครอบครัวและสังคม (สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 3) และสัดส่วนของความประพฤติเกร (สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 4) เท่ากับร้อยละ 50 ตามลำดับ เนื่องจากในการคำนวณจะได้ขนาดตัวอย่างมากที่สุด
- ค่าความคลาดเคลื่อน (d) ที่ผู้วิจัยยอมรับได้เท่ากับ 0.07

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการศึกษานี้จำนวนอย่างน้อย 196 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคร่วม การติดตามการรักษา
2. แบบสอบถามข้อมูลการดำเนินโรคใน 4 ด้าน ได้แก่

2.1 ข้อมูลด้านการศึกษา ความสำเร็จทางการศึกษา

2.2 ข้อมูลด้านการประกอบอาชีพและประสิทธิภาพ

2.3 ข้อมูลด้านปัญหาพฤติกรรมต่อครอบครัวและสังคม

2.4 ข้อมูลด้านความประพฤติเกร

โดยแบบสอบถามข้อ 2.1-2.3 ได้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนแบบสอบถามข้อ 2.4 ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค conduct disorder ตาม DSM-IV-TR หากมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยก็จะให้การวินิจฉัยว่าเป็น conduct disorder หากมีอาการเพียงบางข้อซึ่งยังไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นความประพฤติเกร (conduct behavior) และหากไม่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยเลย ก็จะให้การวินิจฉัยว่าไม่มีความประพฤติเกร

4. **การเก็บรวบรวมข้อมูล** หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามรหัสเลขที่ EC.55-114-03-4-3 แล้ว จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2556 โดยสุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลผู้ป่วย จากนั้นเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งได้รับการฝึกสัมภาษณ์จากแพทย์ผู้วิจัยแล้ว โดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่งตามลำดับใน 3 วิธี ดังต่อไปนี้

1. สัมภาษณ์โดยตรง ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์ในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล โดย

สัมภาษณ์ผู้ปกครองผู้ป่วยในวันที่มาพบแพทย์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

2. สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ใช้ในกรณีที่สัมภาษณ์โดยตรงไม่ได้และมีข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ในฐานะข้อมูลผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

3. เก็บข้อมูลทางจดหมาย ใช้ในกรณีที่สัมภาษณ์โดยตรงและติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ไม่ได้ โดยส่งจดหมายเชิญเข้าร่วมการศึกษาพร้อมแบบสอบถามให้ผู้ปกครองของผู้ป่วยตอบและส่งจดหมายกลับมายังผู้วิจัย

ในกรณีที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลของผู้ป่วยได้จาก 3 วิธีดังกล่าว จะยกเลิกการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยรายนั้นไปและเลือกผู้ป่วยรายถัดไปจากการสุ่ม จนเก็บข้อมูลได้ครบตามกำหนด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณรณานำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และวิเคราะห์สัดส่วนความสำเร็จทางการศึกษา ประสิทธิภาพในการประกอบอาชีพ สถานภาพและปัญหาพฤติกรรมต่อครอบครัวและสังคม และความประพฤติเกร ในรูปแบบร้อยละ หรือค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) ด้วยโปรแกรม R

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะประชากรทั่วไป

สุ่มเลือกรายชื่อผู้ป่วยเพื่อติดต่อทั้งหมด 350 ราย สัมภาษณ์ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่ยินดีให้ข้อมูลจนได้จำนวน 200 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว 1 ราย ด้วยปัญหาเนื้องอกในสมอง จึงเหลือผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่าง 199 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.9 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการสุ่มรายชื่อ ผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มรายชื่อแต่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ ร้อยละ 28.7 ไม่สามารถติดต่อได้ทั้งทางโทรศัพท์และจดหมายตามที่อยู่พื้นฐานข้อมูล ร้อยละ 68 ไม่มีการตอบกลับทาง

จดหมาย ร้อยละ 2 ปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัย และร้อยละ 1.3 บันทึกรหัสวินิจฉัยโรคผิดพลาด (วินิจฉัยโรคสมาธิสั้นแต่ไม่ได้มีอาการของโรคสมาธิสั้น)

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ คือ พ่อหรือแม่ของผู้ป่วย (ร้อยละ 93.5) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยตรงร้อยละ 9 สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ร้อยละ 65 ตอบกลับทางจดหมายร้อยละ 26

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) คิดเป็นสัดส่วนเพศชายต่อหญิง 4 ต่อ 1 มีอายุปัจจุบันระหว่าง 9-25 ปี อายุเฉลี่ย 16.0 ปี (SD = 3.2) กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 91.5 คริสต์ร้อยละ 7.5 และอิสลามร้อยละ 1.0 ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ร้อยละ 69.5 อยู่หอพักหรือโรงเรียนประจำ ร้อยละ 16.5 สถานภาพสมรสของพ่อแม่ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 81.0)

ในด้านการมารับรักษา ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66.3 ไม่ได้มาติดตามการรักษาโรคสมาธิสั้นแล้ว โดยให้เหตุผลว่า อาการดีขึ้น ร้อยละ 70.7 หยุดยาและการรักษาเพราะเกิดผลข้างเคียงจากยาร้อยละ 13.5 ไม่สะดวกที่จะมาเนื่องจากปัญหาการเงินหรือการเดินทาง ร้อยละ 11.3 สาเหตุอื่นๆ ร้อยละ 4.5

โดยผู้ปกครองมีความเห็นว่า หลังมารับการรักษา ผู้ป่วยร้อยละ 50.8 มีผลการเรียนดีขึ้น ร้อยละ 31.2 มีผลการเรียนคงเดิม ร้อยละ 15.6 มีผลการเรียนไม่แน่นอน และร้อยละ 2.5 มีผลการเรียนแย่ลง

ในด้านการวินิจฉัยโรค กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นเพียงการวินิจฉัยเดียว ร้อยละ 44.2 โรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วม ร้อยละ 55.8 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเพียงโรคเดียว โรคร่วมที่พบบ่อย 5 อันดับแรกได้แก่ mental retardation, โรคลมชัก, learning disorders, tic disorder และ pervasive developmental disorder (ร้อยละ 17.1, 11.6, 8.5, 7.0 และ 7.0 ตามลำดับ)

ด้านความสำเร็จทางการศึกษา (Academic achievement)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงศึกษาอยู่ (ร้อยละ 83.4) ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้ศึกษาแล้วส่วนใหญ่ศึกษาถึงระดับประถมศึกษา แสดงข้อมูลในตารางที่ 1

ผู้ปกครองให้เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ได้ศึกษาต่อว่า ความจำไม่ดี เรียนไม่ไหว หรือ ครูแนะนำให้ไปเรียน ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษแทน ร้อยละ 51.5 ไม่ยอมไปเรียน ร้อยละ 24.2 เพื่อนแกล้ง ร้อยละ 9.1 เหตุผลอื่นๆ ร้อยละ 15.2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลระดับการศึกษาของผู้ป่วย

ระดับการศึกษา	ผู้ป่วยที่ยังคงศึกษาอยู่ (166 ราย)		ผู้ป่วยที่ไม่ได้ศึกษาแล้ว (33 ราย)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประถมศึกษา	29	17.5	19	57.6
มัธยมศึกษา	82	49.4	8	24.2
ปวช./ปวส.	23	13.9	5	15.2
มหาวิทยาลัย	24	14.5	-	-
อื่นๆ	8	4.8	1	3.0

ด้านผลการเรียน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในระดับมากกว่าเกรด 2 ร้อยละ 63.3 ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย (ร้อยละ 47.2) เข้าเกณฑ์ที่มีผลสำเร็จ

ทางการศึกษา กล่าวคือ ได้เรียนตามเกณฑ์อายุ มีเกรดเฉลี่ยมากกว่า 2 ไม่เคยซ้ำชั้นเรียนและไม่พบปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผลความสำเร็จทางการศึกษาของผู้ป่วย

เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาผลความสำเร็จทางการศึกษาของผู้ป่วย	ตัวชี้วัด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. อายุตามเกณฑ์ของแต่ละระดับชั้นของการศึกษา หรือกรณีหยุดเรียนแล้วต้องจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (การศึกษาคอนกรีต)	อายุมากกว่าเกณฑ์ระดับชั้น หรือยังไม่จบ ม.3 (กรณีหยุดเรียนแล้ว)	23	11.6
	อายุตามเกณฑ์ระดับชั้น หรือ จบ ม.3 (กรณีหยุดเรียนแล้ว)	176	88.4
2. เกรดเฉลี่ย	น้อยกว่าหรือเท่ากับเกรด 2	52	26.1
	มากกว่าเกรด 2	126	63.3
	ไม่ทราบเกรดหรือไม่ตอบคำถาม	21	10.6
3. การซ้ำชั้นเรียน	เคยซ้ำชั้นเรียน	21	10.6
	ไม่เคยซ้ำชั้นเรียน	175	88.0
	ไม่ตอบคำถาม	3	1.5
4. ปัญหาผลกระทบต่อการเรียน	มีปัญหาที่มีผลกระทบต่อการเรียน	49	24.6
	ไม่มีปัญหาที่มีผลกระทบต่อการเรียน	149	74.9
	ไม่ตอบคำถาม	1	0.5
ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ที่มีผลสำเร็จทางการศึกษา	ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดข้อ 1-4	84	42.2
	ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดข้อ 1-4	94	47.2
	ตอบคำถามไม่ครบ	21	10.6

เมื่อพิจารณาในด้านการมีโรคอื่นร่วมด้วย ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมเป็น learning disorder และ mental retardation มีเกรตเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ป่วยที่เป็น

โรคสมาธิสั้นเพียงโรคเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.029$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงเกรตเฉลี่ยในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นและโรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วม learning disorder หรือ mental retardation

	การวินิจฉัยโรค						P-value
	โรคสมาธิสั้น		โรคสมาธิสั้น และ		โรคสมาธิสั้น และ		
			learning disorder		mental retardation		
	(84 ราย)		(8 ราย)		(15 ราย)		
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
เกรดเฉลี่ย							0.029
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	23	27.4	5	62.5	8	53.3	
มากกว่า 2	61	72.6	3	37.5	7	46.7	

หมายเหตุ ผู้ปกครองบางรายไม่ทราบเกรตเฉลี่ยของผู้ป่วย

พบประวัติการเข้าชั้นเรียนในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.6 และในจำนวนนี้ร้อยละ 52.4 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นเพียงโรคเดียว ส่วนที่เหลือได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคอื่นร่วมด้วย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความ

สัมพันธ์ระหว่างปัญหาการเข้าชั้นเรียนในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วม กับกลุ่มที่ไม่มีโรคร่วม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.047$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงประวัติการเข้าชั้นเรียนในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นและโรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วม

	การวินิจฉัยโรค				P-value
	โรคสมาธิสั้น		โรคสมาธิสั้นที่มีโรคร่วม		
	(88 ราย)		(108 ราย)		
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
ประวัติการเข้าชั้น					0.047
เคยเข้าชั้น	11	12.5	10	9.3	
ไม่เคย	77	87.5	98	90.7	

หมายเหตุ ผู้ปกครองบางรายไม่ตอบคำถามนี้

ประสิทธิภาพในการประกอบอาชีพ (Occupational performance)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงศึกษาอยู่ มีเพียงร้อยละ 7.5 ที่เคยประกอบอาชีพ และร้อยละ 4.5 ยังคงประกอบอาชีพอยู่ในปัจจุบัน กลุ่มที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่มีอายุระหว่าง 16-25 ปี ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ศึกษาแล้วนั้น ร้อยละ 81.8 ก็ยังไม่ได้ทำงานประกอบอาชีพ

ในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยประกอบอาชีพ ผู้ปกครองมีความเห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 ไม่มีปัญหาในการประกอบอาชีพ แต่ร้อยละ 33.3 เคยเปลี่ยนงาน โดยร้อยละ 80 เปลี่ยนงาน 1-2 ครั้ง และร้อยละ 20 เปลี่ยนงานถึง 6 ครั้ง

ผู้ปกครองมีความเห็นในเรื่องความรับผิดชอบในการประกอบอาชีพของผู้ป่วยว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 44.4 ที่เหลืออยู่ในเกณฑ์ดีมาก และดี คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 22.2 ตามลำดับ ไม่มีผู้ปกครองคนใดแสดงความเห็นว่า ผู้ป่วยรับผิดชอบงานไม่ดี และในกลุ่มนี้ มีผู้ป่วยที่ยังคงศึกษาอยู่ด้วยร้อยละ 1.5 โดยมีอายุ 16-21 ปี ส่วนผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพโดยไม่ได้ศึกษาแล้วมีอายุ 18-25 ปี

ด้านสถานภาพและปัญหาพฤติกรรมต่อครอบครัวและสังคม (Marital status and behavioral problems related to family and society)

ผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในสถานภาพโสด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 59.3 ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อพิจารณาลักษณะของพฤติกรรมก้าวร้าว พบการข่มขู่ทางวาจา การทำลายข้าวของ และทำร้ายร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 44.4, 30.1 และ 25.5 ตามลำดับ ปัญหาที่มักพบกับบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ พ่อแม่หรือพี่น้อง มากกว่าบุคคลอื่น

ปัญหาความประพฤติเกร (Conduct behavior)

พบผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย conduct disorder ร้อยละ 5.0 มีความประพฤติเกร (conduct behavior) ร้อยละ 21.1 และไม่มี ความประพฤติเกร ร้อยละ 73.9

ซึ่งในกลุ่มที่มีอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัย conduct disorder มีเพียงร้อยละ 30 ยังคงมาติดตามการรักษาจนถึงปัจจุบัน ส่วนที่เหลือไม่ได้มาติดตามการรักษาแล้ว ส่วนกลุ่มที่พบความประพฤติเกร (conduct behavior) รวมด้วย ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.0 ก็ไม่ได้มาติดตามการรักษาแล้วเช่นกัน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบความประพฤติเกรกับความสำเร็จทางการศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างนี้พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีความประพฤติเกรร่วมด้วย ยังสามารถผ่านเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาความสำเร็จทางการศึกษาได้ถึงร้อยละ 89.1 ส่วนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่มีความประพฤติเกรยังสามารถผ่านเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาความสำเร็จทางการศึกษาได้ถึงร้อยละ 90.5

วิจารณ์

พบปัญหาในการติดต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มเลือกสายชื่อร้อยละ 42.9 ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ ทั้งนี้ส่วนใหญ่อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยขาดการมาติดตามการรักษาแล้ว ที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ติดต่อจึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงทำให้ติดต่อผู้ป่วยไม่ได้ แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมวิจัยพบว่า การกระจายของเพศ อายุ มีสัดส่วนใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

แม้ว่าข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ทำให้อาจจะได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนกว่าการสัมภาษณ์โดยตรง แต่ในกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทบทวนแบบสอบถามและฝึกสัมภาษณ์ผู้ป่วยก่อนลงมือเก็บข้อมูลจริง จึงน่าจะช่วยลดปัญหานี้ลงได้ และผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่คือ พ่อหรือแม่ของผู้ป่วย ข้อมูลจึงน่าจะเชื่อถือได้

จากการติดตามผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นย้อนหลัง
ในครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการได้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอายุ
หลากหลายและส่วนหนึ่งเข้าสู่วัยรุ่นหรือผู้ใหญ่
ตอนต้น เพื่อจะศึกษาข้อมูลในเรื่องอาชีพและปัญหา
ครอบครัวหลังผู้ป่วยจบการศึกษา แต่จากการเก็บข้อมูล
ในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีอายุ
เฉลี่ยประมาณ 16 ปีและส่วนใหญ่ยังเรียนในระดับ
มัธยมศึกษา พบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 7.5 ที่เคยทำงาน
ประกอบอาชีพ และผู้ป่วยทุกคนในกลุ่มตัวอย่างยังคง
เป็นโสด จึงไม่สามารถได้ข้อมูลในด้านชีวิตสมรส

ด้านความสำเร็จทางการศึกษา

ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ในการศึกษานี้
ยังสามารถเรียนและประสบความสำเร็จในด้านการเรียน
ได้ กล่าวคือ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยยังสามารถ
เรียนตามเกณฑ์อายุ ไม่ช้าขึ้นเรียน มีเกรดเฉลี่ยมากกว่า
2 และไม่พบปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเรียน ผลการ
ศึกษานี้จึงมีความแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศ
ที่พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมักมีปัญหาการเรียน
และความสำเร็จทางการศึกษา¹¹⁻¹² และการศึกษานี้
ยังพบปัจจัยที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีเกรด
เฉลี่ยน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรค
ร่วมเป็น learning disorder หรือ mental retardation
($p = 0.029$)

ด้านความสำเร็จในการประกอบอาชีพ

ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะพบผู้ป่วยเพียงจำนวน
น้อยที่เคยทำงานประกอบอาชีพ และผู้ปกครองส่วน
ใหญ่มีความเห็นว่าผู้ป่วยไม่ค่อยมีปัญหาในการ
ประกอบอาชีพ แต่ส่วนใหญ่ก็ให้ความเห็นในเรื่องความ
รับผิดชอบต่องานว่าทำได้เพียงระดับพอใช้ นอกจากนี้
ยังพบผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 ที่เคยเปลี่ยนงาน โดยใน
กลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เปลี่ยนงานเพียง 1-2 ครั้ง แต่มีผู้ป่วย
ส่วนหนึ่งเปลี่ยนงานถึง 6 ครั้ง ผลการศึกษานี้จึงเป็นไป
ในลักษณะเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศ¹³ ที่พบ

ปัญหาในด้านประสิทธิภาพในการประกอบอาชีพใน
ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น เช่น ปัญหาการเปลี่ยนงาน

ด้านสถานภาพและปัญหาพฤติกรรมต่อ ครอบครัวและสังคม

ในกลุ่มตัวอย่างนี้ ผู้ป่วยทุกคนอยู่ในสถานะโสด
จึงยังไม่สามารถศึกษาในเรื่องปัญหาหย่าร้าง ซึ่งพบว่า
เป็นปัญหาในบางการศึกษา¹³

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความประพฤติก้าวร้าว
กลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มักพบเป็นการข่มขู่ทาง
วาจา ซึ่งกระทำต่อบุคคลในครอบครัวมากกว่ากระทำ
ต่อบุคคลอื่น ซึ่งอาจจะแตกต่างกับการศึกษาในต่าง
ประเทศที่พบปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคล
อื่นหรือต่อสังคมจนถูกจับกุม ถูกลงโทษทางกฎหมาย¹⁸
ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากความแตกต่างในเรื่องอายุของ
กลุ่มผู้ป่วย สภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในแต่ละการ
ศึกษา หรืออาจเนื่องมาจากการให้ข้อมูลเรื่องพฤติกรรม
ก้าวร้าวเป็นประเด็นที่อ่อนไหว มีผลกระทบต่อครอบครัว
และสังคมมาก อาจทำให้ผู้ปกครองไม่สะดวกใจในการ
ให้ข้อมูลจึงให้ข้อมูลที่น้อยกว่าความเป็นจริง แต่อย่างไร
ก็ตามข้อมูลที่ได้นในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ได้มาจากการ
สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ซึ่งผู้ปกครองน่าจะสะดวกในการ
ตอบมากกว่าการสัมภาษณ์โดยตรงอยู่แล้ว

ปัญหาความประพฤติกเร

การศึกษานี้ พบผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเป็น conduct
disorder ร่วมด้วยร้อยละ 5.0 ซึ่งพบน้อยกว่าการศึกษา
ในต่างประเทศที่พบร้อยละ 8.8-50^{13,15-17} แต่อย่างไร
ก็ตามอาจจะต้องคำนึงถึงกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้า
ร่วมการศึกษาได้ด้วย ซึ่งยังไม่ทราบว่ามีปัญหาconduct
disorder มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่ม
ผู้ป่วยที่เป็น conduct disorder นี้ ส่วนใหญ่ไม่ได้มา
ติดตามการรักษาแล้ว จึงเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง
เนื่องจากหากได้รับการรักษาที่เหมาะสม ปัญหาอาจจะ
ลดน้อยลงได้

นอกจากนั้น การศึกษาย้อนหลังในครั้งนี้ทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เคยมาการรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ส่วนใหญ่ไม่ได้มาติดตามการรักษาในปัจจุบันแล้ว ส่วนใหญ่เพราะอาการดีขึ้น (ร้อยละ 70.7) ส่วนที่เหลือพบปัญหาผลข้างเคียงจากยา ร้อยละ 13.5 และสาเหตุอื่นๆ ข้อมูลในเรื่องนี้ มีประโยชน์ต่อแพทย์ในการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะเรื่องปัญหาผลข้างเคียงจากยา แพทย์ผู้ดูแลควรให้ความสนใจในการติดตามและแก้ไขปัญหานี้ เพื่อลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะหยุดการรักษาซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย และในเรื่องผลการรักษา ถึงแม้ว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความเห็นว่าผู้ป่วยมีผลการเรียนดีขึ้นหลังมาการรักษา แต่จากปัญหาการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในระยะยาวอาจส่งผลต่อผลการเรียนของผู้ป่วยได้ ทั้งจากอาการของโรคสมาธิสั้นเอง หรือจากปัญหาโรคร่วมอื่นๆ แพทย์จึงควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ความเข้าใจต่อผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการเป็นการศึกษาแบบ retrospective จึงพบปัญหาเรื่องการติดต่อผู้ป่วย ดังที่ได้นำเสนอแล้ว และเนื่องจากมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อให้เข้าร่วมงานวิจัยได้ค่อนข้างมาก จึงมีข้อน่าสนใจว่า การดำเนินโรคทั้ง 4 ด้านตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ในผู้ป่วยกลุ่มนั้นจะเป็นลักษณะใด

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาในเรื่องกลุ่มอายุของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่าส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง ทำให้มีข้อมูลน้อยในด้านการประกอบอาชีพ สถานะภาพสมรสและปัญหาพฤติกรรมทางสังคม

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้จัดว่าเป็นงานวิจัยแรกในประเทศไทยที่ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดยติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวประมาณ 10 ปี หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

นอกจากนี้ด้วยจำนวนประชากรที่ค่อนข้างมากจึงอาจใช้อ้างอิงเป็นตัวแทนประชากรของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในภาคใต้ได้

สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

เมื่อติดตามผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยเรียนและอยู่ในสถานะโสด โดยประมาณครึ่งหนึ่งยังคงประสบผลสำเร็จทางการศึกษา ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่ยังอยู่กับพ่อแม่และไม่ได้ทำงานประกอบอาชีพ พบปัญหาการเปลี่ยนงานบ้าง ในด้านปัญหาพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสังคม ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมก้าวร้าวข่มขู่ทางวาจา ซึ่งมักกระทำต่อบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวมากกว่า กระทำต่อบุคคลภายนอก และพบ conduct disorder ร่วมด้วยร้อยละ 5.0

จากการศึกษานี้ ช่วยให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ขาดการติดตามการรักษาจำนวนมาก ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะให้เหตุผลว่ามีอาการดีขึ้น แต่เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมีการดำเนินโรคที่ยาวนานต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก เข้าสู่วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ อาการของโรคจึงอาจกระทบต่อการเรียน การทำงาน และการใช้ชีวิต ของผู้ป่วย รวมถึงอาจพบปัญหาจากโรคร่วมอื่นๆ จึงควรมีการวางแผนให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองตั้งแต่วัยที่เริ่มมารักษา ถึงเรื่องปัญหาในระยะยาวและแนวทางแก้ไข รวมถึงช่องทางที่สามารถกลับไปติดตามการรักษาต่อได้

การศึกษานี้พบว่า หากต้องการข้อมูลในด้านการประกอบอาชีพ ด้านสถานภาพสมรสและด้านปัญหาพฤติกรรมต่อสังคมของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ควรติดตามผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยาวขึ้น ส่วนปัญหาในด้านฐานข้อมูลในการติดต่อผู้ป่วย ควรมีการปรับปรุงระบบ ให้มีการบันทึกข้อมูลติดต่อผู้ป่วยที่มีความทันสมัย

อยู่เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ และในกรณีผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาควรมีระบบการติดตามผู้ป่วยนอกเหนือจากมีช่องทางให้ผู้ป่วยติดต่อโรงพยาบาลได้เอง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.นพ. หัสชา ศรีปลั่ง หน่วยระบาดวิทยาและอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัย ขอขอบคุณหน่วยเวชสถิติในการหาข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียน คุณนิศานต์ ลำอาจศรี นักวิชาการสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ คุณอารีนา อับดุลเลาะห์ในการช่วยเก็บข้อมูล คุณศุภวรรณ คณะภิกษุและคุณกัลยรัตน์ วงศ์สุวรรณในการประสานงานในงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a public health view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002; 8:162-70.
2. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161:857-64.
3. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatr* 2007; 164:942-8.
4. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr* 2007; 166: 117-23.
5. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. *Pediatrics* 2011; 127:1034-42.
6. Benjasuwantep B, Ruangdaraganon N, Visudhiphan P. Prevalence and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok. *J Med Assoc Thai* 2002; 85(suppl 4): S1232-40.
7. Phatarakijirund V. Prevalence of attention deficit-hyperactivity disorder among primary school students in HatYai Songkhla. [dissertation]. Department of pediatrics. Faculty of medicine: Prince of Songkla University; 2007.
8. Suvarnakich K, Rohitsuk W, Phattharayuttawat S, Ariyanuchitkul S, Patoommas P. Academic problems in primary schools in Bangkok. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1999; 44:55-64.
9. Wacharasindhu A, Panyyayong B. Psychiatric disorders in Thai school-aged children: I prevalence. *J Med Assoc Thai* 2002; 85(suppl 1):S125-36.
10. Simon V, Czobor P, Balint S, Meszaros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009; 194(3):204-11.

11. Kuriyan AB, Pelham WE, Jr., Molina BS, Waschbusch DA, Gnagy EM, Sibley MH, et al. Young adult educational and vocational outcomes of children diagnosed with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 2013; 41:27-41.
12. Scholtens S, Rydell AM, Yang-Wallentin F. ADHD symptoms, academic achievement, self-perception of academic competence and future orientation: a longitudinal study. *Scand J Psychol* 2013; 54:205-12.
13. Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9:711-26.
14. 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.
15. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:305-13.
16. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambul Pediatr* 2007; 7(1 Suppl):73-81.
17. Cak HT, Dinc GS, Tuzun Z, Evinc SG, Cop E, Cuhadaroglu Cetin F. Comorbidity and continuity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) from childhood to adolescence in Turkey. *Atten Defic Hyperact Disord* 2013; 5:353-60.
18. Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL. Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Res* 2008; 160: 237-46.
19. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiat* 1998; 155:493-98.