

สัญญาเลขที่ R2560C154



สำนักหอสมุด

อภิธานนาการ

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ปกครองกับความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาในเด็ก

สมาธิสั้น

Association between Parental Attitude and Medication Adherence in Children with Attention
Deficit Hyperactivity Disorder

ตติมา กล่อมจันทร์

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันลงทะเบียน 1.8 พค. 2565

เลขทะเบียน 1051765

เลขเรียกหนังสือ 2..... 506

.H9

๗1215

๒563

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สนับสนุนโดยกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนเรศวร

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณรายได้ กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนเรศวร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรในการอนุญาตให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล การช่วยเหลือจากพยาบาลแผนกจิตเวชในการเก็บข้อมูล ผู้จัดทำขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้กล่าวมาข้างต้นที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



บทคัดย่อมหาวิทยาลัยนเรศวร

ส่วนที่ 1 รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ปกครองกับความต่อเนื่องในการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น

Association between Parental Attitude and Medication Adherence in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

หัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ-สกุล ตติมา กล่อมจันทร์ (สัดส่วนที่รับผิดชอบ 100 %)

หน่วยงานที่สังกัด ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

โทรศัพท์ 096-6768608 โทรสาร 055-967943

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยสาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพ

งบประมาณ รายได้ม. นเรศวร จำนวนเงิน 180,000 บาท

ระยะเวลาทำการวิจัย 39 เดือน ตั้งแต่ มกราคม 2560 ถึง มีนาคม 2563

ส่วนที่ 2 บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุดและการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบันคือการรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับพฤติกรรม แต่ปัจจุบันพบว่าผู้ปกครองบางกลุ่มมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการพาบุตรหลานมาพบแพทย์ ทำให้การรักษาเริ่มต้นช้ากว่าที่ควร การวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มมารับการรักษา กับผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ retrospective โดยการตอบแบบสอบถามของผู้ปกครองที่ปัจจุบันมีบุตรหลานช่วงอายุ 4 ถึง 12 ปีซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นและได้รับการรักษาด้วยยาที่แผนกจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยประเมินผลลัพธ์การรักษา 3 ด้าน คือ การศึกษาพฤติกรรมและอารมณ์ จากตัวอย่างทั้งหมด 137 คน พบว่าช่วงวัยที่ผู้ปกครองเริ่มพาบุตรหลานมารักษามากที่สุดจะอยู่ในช่วงประถมต้น จำนวน 81 คน (ร้อยละ 59.1) ซึ่งจากคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ปกครองให้พบว่าผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นดีขึ้นทุกด้าน โดยด้านการเรียนจะเห็นผลชัดเจนที่สุดในกลุ่มที่เริ่มรักษาช่วงประถมต้น (Mean 3.82 ± 0.70) ด้านพฤติกรรมและด้านการควบคุมอารมณ์ จะเห็นผลชัดเจนในกลุ่มก่อนประถมต้น (Mean 3.75 ± 0.72 และ 3.81 ± 0.66 ตามลำดับ) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กโดยคำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นพบว่าเพศหญิงมีผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นเป็น AOR 2.47 เท่า (95%CI: 1.14-5.37) เมื่อเทียบกับเพศชาย และชั้นเรียนที่เริ่มรักษาน้อยกว่าเท่ากับ ป. 2 มีผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นเป็น AOR 2.16 เท่า (95%CI: 1.05-4.45) เมื่อเทียบกับมารักษา ป.3 ขึ้นไป ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มความสัมพันธ์ของการพาบุตรหลานมารับการรักษาโรคสมาธิสั้นเร็วกับผลลัพธ์การรักษาคือดีขึ้น

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), a common disorder in children, is best treated with medication and behavioral modification. Currently, parents are prejudice against medical examinations for children, which causes a delay in the treatment of ADHD. This paper was to research the association between age of initial treatment and outcome of treatment in children with ADHD. This was a retrospective study conducted by having parents with children between 4 - 12 years of age fill out a questionnaire regarding the outcome of their child's treatment. Educational, behavioral, and emotional performance were the three categories analyzed. The largest group of participants was the 1st-3rd grade group, comprising 59% of the total participates surveyed. Treatment results showed improvement in all three education level groups in all three analyzed categories. The greatest improvement in educational performance was in the 1st-3rd grade group (Mean 3.82 ± 0.70). The greatest improvement in behavioral and emotional performance was in the preschool group (Mean 3.75 ± 0.72 and 3.81 ± 0.66 respectively). The multivariate analysis results show girls have the better outcome with an AOR of 2.47 compared to boys. The children receiving treatment prior to the second grade had better treatment results with an AOR 2.16 compared to the children receiving treatment in the third and later grades. In conclusion, the results trend towards improved outcome of treatment for children treated at a younger age.

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	1
บทคัดย่อภาษาไทย	2
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	3
สารบัญเรื่อง	4
สารบัญตาราง	5
คำอธิบายคำย่อที่ใช้ในการวิจัย	6
บทนำ	7
เนื้อเรื่อง	8
ผลการวิจัย	10
ข้อวิจารณ์	16
สรุปและข้อเสนอแนะ	21
บรรณานุกรม	22
Output ที่ได้จากโครงการ	23



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	10
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาต้านการเจริญจำแนกตามระดับชั้นที่เริ่มรักษา	12
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาต้านพฤติกรรมจำแนกตามระดับชั้นที่เริ่มรักษา	12
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาต้านอารมณ์จำแนกตามระดับชั้นที่เริ่มรักษา	13
ตารางที่ 5 ภาพรวมผลลัพธ์การักษาโรคสมาธิสั้น	13
ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับผลลัพธ์การักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก	14
ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับผลลัพธ์การักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กจากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (multivariate analysis)	15



คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในการวิจัย

ตัวย่อ	คำเต็ม
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
OPD	Out Patient Department
SD	Standard deviation



บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุดและการรักษาด้วยยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมเป็นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุดในปัจจุบัน แต่เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นพบว่าผู้ปกครองบางกลุ่มมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้จ่ายในการรักษา จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้เสียโอกาสที่จะได้รับผลการรักษาที่ดีที่สุด การวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ปกครองมีทัศนคติด้านบวกต่อการรักษาด้วยยาและนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการช่วยปรับทัศนคติของผู้ปกครองกลุ่มที่ยังมีความกังวลต่อการใช้จ่ายในการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก โดยหวังว่าถ้าสามารถปรับทัศนคติให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจและร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะทำให้ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในด้านการเรียน, พฤติกรรม ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และการปรับตัวในการเข้าสังคม และลดปัญหาในการเกิดโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชตามมาได้เมื่อผู้ป่วยเติบโตขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง Adherence to medical treatment กับ ทัศนคติของผู้ปกครอง
วัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาของผู้ปกครอง

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นช่วงอายุ 4 ถึง 12 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรในช่วงที่ทำการวิจัย

ทฤษฎี สมมติฐาน หรือกรอบแนวความคิด (Conceptual Framework) ของการวิจัย

เด็กสมาธิสั้นที่มี Adherence to treatment ดี น่าจะมีผู้ปกครองที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ : เป็นข้อมูลให้จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นหรือแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นใช้ในการสร้างทัศนคติทางบวกกับผู้ปกครองต่อการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กโดยการรับประทานยา
2. ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น : จำนวนผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดีขึ้น ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชอื่นๆซึ่งจะส่งผลดีต่อตัวเด็กในระยะยาว
3. ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น : สามารถได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคสมาธิสั้นในแง่มุมที่ผ่านจากมุมมองและประสบการณ์ของผู้ปกครองด้วยกันและสามารถมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาได้

เนื้อเรื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินงานวิจัย (Material and methods)

ประชากรที่ศึกษา (Study Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นช่วงอายุ 4 ถึง 12 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรทั้งหมดในช่วงที่ทำการวิจัย

แหล่งที่มาของประชากร (Source of Study Population)

ผู้ปกครองที่บุตรหลานได้รับการวินิจฉัยเป็นสมาธิสั้นและได้รับการรักษาด้วยยา และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรในช่วงที่ทำการวิจัย

การได้มาซึ่งประชากรที่ศึกษา (Method of Recruitment of Study Population)

สุ่มกลุ่มผู้ปกครองที่บุตรหลานได้รับการวินิจฉัยเป็นสมาธิสั้นและได้รับการรักษาด้วยยาและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรในช่วงที่ทำการวิจัย

การคัดเลือกผู้เลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (subject)

เกณฑ์คัดเข้าอาสาสมัคร (Inclusion criteria)

ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานอายุระหว่าง 4 ถึง 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นสมาธิสั้นและได้รับการรักษาด้วยยาและมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในช่วงที่ทำการวิจัย

เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัคร (Exclusion criteria)

- ผู้ปกครองไม่สมัครใจร่วมงานวิจัย
- ผู้ป่วยเด็กมีโรคร่วม ดังนี้
- กลุ่มอาการออทิสติก (Autistic Spectrum Disorder)
- บกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorder)
- บกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability)
- กลุ่มโรคที่มีสาเหตุทางกาย ดังนี้ Cerebral Palsy, Down's syndrome, Epilepsy

เกณฑ์การถอนตัวจากงานวิจัย (Discontinuation criteria)

ไม่มี

การรวบรวมข้อมูล และสถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล โดยพยาบาลแผนกจิตเวชเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง สถานที่ในการเก็บข้อมูลคือ OPD แผนกจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษาสำหรับข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ข้อมูลกลุ่มนำเสนอเป็นค่าความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบความต่างข้อมูลคะแนนผลการรักษาสามกลุ่มใช้ one-way ANOVA วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Chi-square test และ logistic regression รายงานค่า OR 95%CI (95% confidence interval) วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยคำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น (multivariate analysis) ใช้สถิติ multiple logistic regression รายงานค่า AOR 95%CI (95% confidence interval) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$



ผลการวิจัย

จากตัวอย่างทั้งหมด 137 คน พบว่าข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.5 ชั้นเรียนที่เริ่มต้นรักษา ป.2 ร้อยละ 24.1 ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 46.7 จำนวนครั้งในการรับประทานยา 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 59.9 และ การรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 80.3 นามาแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามชั้นเรียนที่เริ่มต้นรักษา ดังนี้ กลุ่มที่ 1 : เริ่มรับการรักษาก่อนประมัตัน (ต่ำกว่า ป.1) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 11.7 กลุ่มที่ 2 : เริ่มรับการรักษาตอนประมัตัน(ป.1 ถึง ป.3) จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 และกลุ่มที่ 3 : เริ่มรับการรักษาตอนประมัตปลาย (ป.4 ถึง ป.6) จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยของเด็ก	จำนวน (n=137)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	71.5
หญิง	39	28.5
ชั้นเรียนที่เริ่มต้นรักษา		
ก่อนประมัตัน (n=16)		
ต่ำกว่า ป. 1	16	11.7
ประมัตัน (n=81)		
ป.1	23	16.8
ป.2	33	24.1
ป.3	25	18.2
ประมัตปลาย (n=40)		
ป.4	19	13.9
ป.5	9	6.6

ป.6	12	8.7
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	64	46.7
1 – 2 ปี	41	29.9
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	32	23.4
จำนวนครั้งในการรับประทุษยา (ต่อวัน)		
1	35	25.5
2	82	59.9
3	20	14.6
ความต่อเนื่องของการรักษา		
ต่อเนื่อง	110	80.3
ไม่ต่อเนื่อง	27	19.7

ผลลัพธ์ด้านการรักษาแต่ละด้านเป็นดังนี้

1. ผลการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาต่อผลลัพธ์ด้านการเรียน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนผลการรักษาด้านการเรียน พบว่า ภาพรวมด้านการเรียนดีขึ้นในทุกช่วงอายุที่เริ่มพาเด็กมารักษาโดยจำแนกตามระดับชั้นที่เริ่มรักษาพบว่ามีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้ กลุ่มที่เริ่มรักษาก่อนประถมต้น 3.60 ± 0.79 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมต้น 3.82 ± 0.70 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมปลาย 3.55 ± 0.73

โดยด้านการได้รับคำชมเชยจากคุณครูจำแนกตามระดับชั้นมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังนี้ กลุ่มที่เริ่มรักษาก่อนประถมต้น 3.69 ± 0.95 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมต้น 3.99 ± 0.83 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมปลาย 3.55 ± 0.99 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.035$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาต้านการเจริญจำแนกตามระดับชั้นที่เริ่มรักษา

ด้านการเรียน	คะแนนผลการรักษา			p-value
	ก่อนประมต้น	ประมต้น	ประมปลาย	
	(n=16) Mean±S.D.	(n=81) Mean±S.D.	(n=40) Mean±S.D.	
ทำงานที่ครูมอบหมายได้เสร็จ	3.45±0.68	3.95±0.85	3.78±0.73	0.422
ใช้เวลาในการทำงานลดลง	3.31±1.08	3.59±0.96	3.43±0.87	0.446
งานที่ทำเป็นระเบียบเรียบร้อยมากขึ้น	3.63±0.89	3.78±0.76	3.43±0.91	0.090
งานที่ทำมีความถูกต้องมากขึ้น	3.44±0.96	3.81±0.81	3.53±0.88	0.099
มีความอดทนในการทำงานได้นานขึ้น	3.75±0.93	3.77±0.87	3.58±0.96	0.542
ผลการเรียนดีขึ้น	3.63±0.96	3.86±0.89	3.60±0.93	0.269
ได้รับคำชมเชยจากคุณครู	3.69±0.95	3.99±0.83	3.55±0.99	0.035*
ภาพรวมด้านการเรียน	3.60±0.79	3.82±0.70	3.55±0.73	0.125

2. ผลการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาต่อผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนผลการรักษาด้านพฤติกรรม พบว่า ภาพรวมด้านพฤติกรรมดีขึ้นในทุกช่วงอายุที่เริ่มพาเด็กมารักษาโดยจำแนกตามระดับชั้นที่เริ่มรักษาพบว่ามีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้ กลุ่มที่เริ่มรักษาก่อนประมต้น 3.75±0.72 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประมต้น 3.66±0.63 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประมปลาย 3.37±0.75

โดยด้านการควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้นจำแนกตามระดับชั้นมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มที่เริ่มรักษาก่อนประมต้น 3.69±0.70 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประมต้น 3.73±0.71 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประมปลาย 3.30±0.91 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value=0.016 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาต้านพฤติกรรมจำแนกตามระดับชั้นที่เริ่มรักษา

ด้านพฤติกรรม	คะแนนผลการรักษา			p-value
	ก่อนประมต้น	ประมต้น	ประมปลาย	
	(n=16) Mean±S.D.	(n=81) Mean±S.D.	(n=40) Mean±S.D.	
เชื่อฟังคำสั่งของผู้ปกครอง และคุณครูได้มากขึ้น	3.94±0.85	3.84±0.73	3.65±0.77	0.318
สามารถจัดระบบ ระเบียบของการใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น	3.75±0.68	3.54±0.71	3.28±0.88	0.068
ควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้น	3.69±0.70	3.73±0.71	3.30±0.91	0.016*
พฤติกรรมต่อต้าน, ขัดคำสั่งลดลง	3.63±0.81	3.52±0.79	3.25±0.98	0.187
ภาพรวมด้านพฤติกรรม	3.75±0.72	3.66±0.63	3.37±0.75	0.054

3. ผลการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาต่อผลลัพธ์ด้านอารมณ์

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนผลการรักษาด้านอารมณ์ พบว่า เด็กสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้นจำแนกตามระดับชั้นมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้ กลุ่มที่เริ่มรักษาก่อนประมต้น 3.81 ± 0.66 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประมต้น 3.67 ± 0.73 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประมปลาย 3.23 ± 1.00 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.009$ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาด้านอารมณ์จำแนกตามระดับชั้นที่เริ่มรักษา

ด้านอารมณ์	คะแนนผลการรักษา			p-value
	ก่อนประมต้น (n=16) Mean±S.D.	ประมต้น (n=81) Mean±S.D.	ประมปลาย (n=40) Mean±S.D.	
สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น	3.81±0.66	3.67±0.73	3.23±1.00	0.009*
มีอารมณ์ซึมเศร้า	1.56±0.20	1.85±0.96	2.00±0.16	0.302
มีอาการวิตกกังวล	1.63±0.22	1.83±0.10	1.90±0.13	0.577
มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายขึ้น, อารมณ์ไม่คงที่	2.13±0.24	2.06±0.11	2.20±0.17	0.783
มีอาการเฉยชา, ขาดจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์	1.69±0.25	1.77±0.10	1.98±0.14	0.391
ภาพรวมด้านอารมณ์	2.16±0.59	2.23±0.64	2.26±0.63	0.873

4. ภาพรวมผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้น

ผลการรักษาภาพรวมด้านการเรียน พฤติกรรมและอารมณ์ พบว่า ดีขึ้น (คะแนนรวม 80 คะแนน ใช้ร้อยละ 80 ของคะแนนรวม คือ 64 คะแนนขึ้นไปเป็นกลุ่มผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น) จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 39.4 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ภาพรวมผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้น

ผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้น	จำนวน (n=137)	ร้อยละ
ไม่ดีขึ้น (น้อยกว่าร้อยละ 80 คือ 1-63 คะแนน)	83	60.6
ดีขึ้น (ร้อยละ 80 คือ 64 คะแนนขึ้นไป)	54	39.4

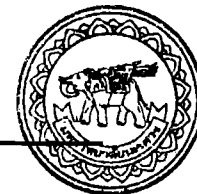
5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก

พบว่า เพศ ชั้นเรียน มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น โดยพบว่า เพศหญิงมีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 38.9) มากกว่าไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 21.7) เพศชายมีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 61.1) น้อยกว่าไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 78.3) และชั้นเรียนที่เริ่มรักษาน้อยกว่าเท่ากับ ป. 2 มีอาการดีขึ้นร้อยละ 63.0 มากกว่า ชั้น ป.3 และชั้นสูงขึ้นไป แต่จำนวนปีที่ ได้รับการรักษา จำนวนครั้งในการรับประทานยา ความต่อเนื่องของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษา โรคสมาธิสั้นในเด็ก (p-value >0.05) ดังแสดงในตารางที่

6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก

ปัจจัย	ดีขึ้น (n=54)		ไม่ดีขึ้น (n=83)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.029*
ชาย	33	61.1	65	78.3	
หญิง	21	38.9	18	21.7	
ชั้นเรียนที่เริ่มต้นรักษา					0.049*
น้อยกว่าเท่ากับ ป. 2	34	63.0	38	45.8	
ป 3.และชั้นสูงขึ้นไป	20	37.0	45	54.2	
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา (ปี)					0.497
น้อยกว่า 1 ปี	28	51.9	36	43.4	
1 - 2 ปี	16	29.6	25	30.1	
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	10	18.5	22	26.5	
จำนวนครั้งในการรับประทานยา (ต่อวัน)					0.146
1	14	25.9	21	25.3	
2	36	66.7	46	55.4	
3	4	7.4	16	19.3	



ตารางที่ 6 (ต่อ)

1051967

ปัจจัย	ดีขึ้น (n=54)		ไม่ดีขึ้น (n=83)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความต่อเนื่องของการรักษา					0.109
ต่อเนื่อง	47	87.0	63	75.9	
ไม่ต่อเนื่อง	7	13.0	20	24.1	

18 พ.ค. 2565

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก

พบว่า เพศหญิงมีผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นเป็น AOR 2.47 เท่า (95%CI: 1.14-5.37) เมื่อเทียบกับเพศชายและชั้นเรียนน้อยกว่าเท่ากับ ป. 2 มีผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นเป็น AOR 2.16 เท่า (95%CI: 1.05-4.45) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กจากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (multivariate analysis)

ปัจจัย	OR	95%CI	AOR	95%CI
เพศหญิง	2.30	1.08-4.90	2.47	1.14-5.37
ชั้นเรียนที่เริ่มต้นรักษา น้อยกว่าเท่ากับ ป2	2.01	1.00-4.06	2.16	1.05-4.45

ข้อวิจารณ์

ปัจจุบันการรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีที่สุดคือการรักษาด้วยยาาร่วมกับการปรับพฤติกรรม เด็กที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันทีจะมีพยากรณ์โรคที่ดี โดยร้อยละ 30 สามารถหายขาดจากอาการสมาธิสั้นได้ ในขณะที่เด็กที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมโดยเร็วจะยังคงมีอาการของโรคสมาธิสั้นและมีโรคร่วมหรือปัญหาอื่น ๆ ตามมา เช่น ปัญหาต่อต้าน (พบได้ร้อยละ 50) ปัญหาด้านอารมณ์ (พบได้ร้อยละ 25-30) (Sadock, Sadock & editors, 2003) การมองตัวเองในแง่ลบและขาดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตรงกับครอบครัว ชุมชน สังคมและอนาคตของเด็กคนนั้น

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าจากจำนวนตัวอย่าง 137 คน ช่วงวัยที่ผู้ปกครองเริ่มพบบุตรหลานมารักษามากที่สุดจะอยู่ในช่วงประถมต้นจำนวน 81 คน (ร้อยละ 59.1) ตามมาด้วยประถมปลาย จำนวน 40 คน (ร้อยละ 29.2) และก่อนประถมต้น จำนวน 16 คน (ร้อยละ 11.7) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กเนื่องจากในช่วงประถมต้นเป็นวัยที่เด็กต้องใช้สมาธิในการเรียนและฝึกความรับผิดชอบต่อตนเองในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ครูและผู้ปกครองสามารถสังเกตอาการของเด็กได้ชัดเจนเมื่อเด็กไม่สามารถทำกิจกรรมได้สำเร็จเหมือนเพื่อนๆ ในวัยเดียวกัน ในขณะที่กลุ่มเด็กที่มีอาการไม่มากและมีระดับสติปัญญาสูงจะยังไม่แสดงอาการที่ชัดเจนในช่วงประถมต้นแต่จะเริ่มแสดงอาการในช่วงประถมปลายที่การเรียนซับซ้อนมากขึ้นมีเรื่องต้องรับผิดชอบและวางแผนเพื่อทำให้สำเร็จมากขึ้นซึ่งเรื่องเหล่านี้จำเป็นต้องใช้ความอดทนและใช้ศักยภาพขั้นสูงขั้นของสมองในการวางแผน คงสมาธิและดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีของงาน เด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นกลุ่มนี้ที่ยังไม่ได้รับการรักษาจึงมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ลดลงเมื่อเทียบกับช่วงประถมต้นจึงทำให้ครูและผู้ปกครองสามารถสังเกตอาการได้ในส่วนเด็กวัยก่อนประถมก็จิวตรประจำวันมักเป็นการเคลื่อนไหว เล่น สำรวจสิ่งต่าง ๆ ทักษะการดูแลตนเองยังทำไม่ได้มากซึ่งผู้ปกครองต้องให้ความช่วยเหลือจึงจะทำให้ยากต่อการสังเกตอาการของโรคสมาธิสั้น โดยครูและผู้ปกครองมักจะสังเกตพบอาการเฉพาะในเด็กกลุ่มที่มีอาการชนอนุญไม่นิ่งชัดเจนเนื่องจากเด็กกลุ่มนี้อาจก่อปัญหาต่าง ๆ ในการดูแล ไม่เชื่อฟัง และอาจมีอุบัติเหตุจากการไม่ระมัดระวัง

อยู่บ่อย ๆ ซึ่งเด็กในกลุ่มนี้จะมีจำนวนไม่มาก ร่วมกับผู้ปกครองมักคิดว่าเด็กชนตามวัยจึงยังไม่พามารับการรักษา

ด้านผลลัพธ์การรักษาแบ่งเป็น 3 ด้าน โดยด้านการเรียนพบว่าภาพรวมด้านการเรียนมีค่าเฉลี่ยผลการรักษาดีขึ้นระดับปานกลางในทุกช่วงอายุที่เริ่มพาเด็กมารักษา โดยจำแนกตามระดับชั้นที่เริ่มรักษาพบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมต้นสูงสุด 3.82 ± 0.70 ตามด้วยกลุ่มที่เริ่มรักษาก่อนประถมต้น 3.60 ± 0.79 และกลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมปลาย 3.55 ± 0.73 ตามลำดับ และในรายละเอียดด้านการเรียนพบว่าเด็กได้รับคำชมเชยจากคุณครูจำแนกตามระดับชั้นมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังนี้ กลุ่มที่เริ่มรักษาก่อนประถมต้น 3.69 ± 0.95 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมต้น 3.99 ± 0.83 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมปลาย 3.55 ± 0.99 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.035$ ดังแสดงในตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าเมื่อเด็กได้รับการรักษาที่เหมาะสมเด็กช่วงประถมต้นจะเห็นผลลัพธ์ด้านการเรียนชัดเจนที่สุดซึ่งในช่วงวัยนี้เป็นช่วงเริ่มต้นการเรียนที่เด็กต้องใช้สมาธิเพิ่มขึ้นในการเตรียมพื้นฐานเพื่อเรียนต่อยอดในชั้นที่สูงขึ้น การเริ่มต้นรักษาให้ทันในช่วงนี้ย่อมส่งผลดีต่อการศึกษาของเด็กในอนาคต

ผลลัพธ์การรักษาด้านพฤติกรรมเมื่อเปรียบเทียบคะแนนผลการรักษาด้านพฤติกรรม พบว่าภาพรวมด้านพฤติกรรมดีขึ้นในทุกช่วงอายุที่เริ่มพาเด็กมารักษาโดยจำแนกตามระดับชั้นที่เริ่มรักษาพบว่า มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มที่เริ่มรักษาก่อนประถมต้นดีที่สุด (3.75 ± 0.72) ตามด้วยกลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมต้น (3.66 ± 0.63) และกลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมปลาย (3.37 ± 0.75) ตามลำดับ โดยด้านการควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้นจำแนกตามระดับชั้นมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มที่เริ่มรักษาก่อนประถมต้น 3.69 ± 0.70 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมต้น 3.73 ± 0.71 กลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประถมปลาย 3.30 ± 0.91 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.016$ ดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการเด็กโดยเด็กวัยก่อนประถมที่สามารถควบคุมตัวเองได้ดีจะต้องสามารถนั่งเพื่อฟังคำสั่ง เข้าใจเงื่อนไขกติกาและสามารถควบคุมตนเองให้ทำตามกติกาได้ โดยหาก

เด็กขาดสมาธิในการรับฟังและทำความเข้าใจคำสั่งก็จะส่งผลกับพฤติกรรมของเด็กวัยนี้ ซึ่งจากผลการวิจัยในรายละเอียดด้านการเชื่อฟังคำสั่งของครูและผู้ปกครอง, การจัดระเบียบในชีวิตประจำวัน และการลดลงของพฤติกรรมต่อต้าน ชัดคำสั่ง ในกลุ่มเด็กที่มารับการรักษาก่อนประมัตน์เห็นผลชัดเจนที่สุดและแตกต่างจากเด็กที่เริ่มมารักษาในช่วงวัยประมัตน์เพียงเล็กน้อย จึงสามารถสรุปได้ว่าการที่เด็กได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นอย่างเหมาะสมสามารถช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมที่ดีมากขึ้นได้ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเล็กที่เริ่มมารักษาก่อนประมัตน์และวัยประมัตน์

ผลลัพธ์การรักษาด้านอารมณ์เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการรักษาด้านอารมณ์ พบว่าเด็กสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น โดยเห็นผลชัดเจนที่สุดในกลุ่มที่เริ่มรักษาก่อนประมัตน์ (3.81 ± 0.66) ตามด้วยกลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประมัตน์ (3.67 ± 0.73) และกลุ่มที่เริ่มรักษาตอนประมัตน์ปลาย (3.23 ± 1.00) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.009$ ดังแสดงในตารางที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการด้านอารมณ์ซึ่งเด็กจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นจากการฝึกฝน ประสบการณ์ ความเข้าใจ ความยับยั้งชั่งใจและการตัดสินใจตอบสนองในแต่ละเหตุการณ์ ซึ่งในเด็กเล็กการควบคุมตนเองด้านนี้ยังทำได้ไม่ดีและถ้ามีอาการของโรคสมาธิสั้นร่วมด้วยจะยิ่งทำให้การควบคุมอารมณ์แย่งจนสังเกตอาการได้ชัดเจน การพาบุตรหลานมารักษาตั้งแต่อายุน้อยจึงส่งผลให้เด็กสามารถฝึกฝนการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้นและเห็นผลลัพธ์ทางการรักษาได้อย่างชัดเจน

ภาพรวมผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นรวมด้านการเรียน พฤติกรรมและอารมณ์ พบว่าในกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 39.4 ดังแสดงในตารางที่ 5 โดยเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก พบว่า เพศ ชั้นเรียน มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น โดยพบว่า เพศหญิงมีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 38.9) มากกว่าไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 21.7) แต่เพศชายมีอาการดีขึ้น (ร้อยละ 61.1) น้อยกว่าไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 78.3) และชั้นเรียนที่เริ่มรักษาน้อยกว่าเท่ากับ ป.2 มีอาการดีขึ้นร้อยละ 63.0 มากกว่า ชั้น ป.3 และชั้นสูงขึ้นไป แต่

จำนวนปีที่ได้รับการรักษา จำนวนครั้งในการรับประทานยา ความต่อเนื่องของการรักษา ไม่มี ความสัมพันธ์กับการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก ($p\text{-value} > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 6 และเมื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กจากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่า เพศหญิงมีผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นเป็น AOR 2.47 เท่า (95%CI: 1.14-5.37) เมื่อเทียบกับ เพศชายและชั้นเรียนน้อยกว่าเท่ากับ ป. 2 มีผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นเป็น AOR 2.16 เท่า (95%CI: 1.05-4.45) ดังแสดงในตารางที่ 7 ซึ่งจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้นเพียงร้อยละ 39.4 ซึ่งอาจ อธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 71.5 ซึ่งอาการแสดงของโรคสมาธิ สั้นในเพศชายมักเป็นอาการกลุ่ม hyperactivity ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ปกครอง ครูและคนรอบข้างสังเกตเห็น ชัดเจน แต่ในเด็กผู้ชายสามารถมีอาการซ่อนตามวัยได้ทำให้การสังเกตผลลัพธ์การรักษาในเพศชายไม่ดีขึ้น ชัดเจน ในขณะที่เพศหญิงอาการแสดงมักเป็นกลุ่ม inattention ซึ่งเมื่อได้รับการรักษาแล้วจะช่วยให้การ เรียนดีขึ้น การจัดระเบียบและการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ดีขึ้นจึงเห็นผลการรักษาเปลี่ยนแปลง จากเดิมชัดเจนกว่าเพศชาย และการได้รับการรักษาก่อน ป. 2 จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ซึ่งสอดคล้อง กับ (Edmund , Johanna , Elizabeth , Donna & Margaret , 2011) ที่กล่าวไว้ว่าการรักษาโรค สมาธิสั้นที่เริ่มโดยเร็วที่สุดจะช่วยลดผลกระทบอื่น ๆ ที่อาจเกิดจากอาการสมาธิสั้น และส่งผลดีต่อเด็ก และสอดคล้องบทความของ (Natasha Halliwell , 2016) ได้กล่าวไว้ว่าการวินิจฉัยและการเริ่มรักษา โรคสมาธิสั้นโดยเร็วและมีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มศักยภาพในการกลับมาใช้ชีวิตตามปกติให้เด็กได้ ซึ่งทั้ง สองได้กล่าวถึงแนวทางในการให้การวินิจฉัย การรักษาเด็กโดยเร็วและการให้ความช่วยเหลือครอบครัว การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในส่วนนี้เป็นจุดที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมตามบริบทของประเทศไทยต่อไป รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมารับการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กทั้งในส่วน เริ่มต้นและการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง โดยงานวิจัยของ (Coletti et al, 2012) พบว่าทัศนคติและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองมีผลต่อการเริ่มการรักษา ด้วยยาในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญ

ของโรคและการรักษาโรคของผู้ดูแลเด็ก ความสามารถในการเข้าถึงบริการทั้งในด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการรักษา ผลลัพธ์ที่ได้จากการการรักษาเริ่มต้น เป็นต้น ซึ่งในส่วนนี้ควรได้รับการศึกษาต่อไป และถ้าพบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อและอาจจัดทำแนวทางในการช่วยเหลือเด็กได้ต่อไป

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านเครื่องมือที่ใช้วัดผลการรักษายังไม่ได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ และวิธีการวิจัยเป็นแบบ retrospective ทำให้ไม่มีการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษา ผลลัพธ์ที่ได้จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน สามารถบอกได้เพียงเห็นแนวโน้มความสัมพันธ์ของการพาบุตรหลานมารับการรักษาสมมติขึ้นโดยเร็วกับผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งในอนาคตหากมีการทำวิจัยซ้ำควรมีการปรับระเบียบวิธีการวิจัยเป็น prospective longitudinal study ที่ควบคุม confounding factors ต่าง ๆ ที่มีผลต่อผลลัพธ์การรักษา เช่น ชนิดของโรคสมมติขึ้น ระดับความรุนแรงที่เป็น โรคร่วมที่ผู้ป่วยมี ลักษณะครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงดู ชนิดของการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา มาความสม่ำเสมอของการรักษา ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา เป็นต้น และควรใช้เครื่องมือที่ได้รับการยอมรับเป็นมาตรฐานแล้วในการวัดผลลัพธ์การรักษา

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าจากตัวอย่างจำนวนตัวอย่าง 137 คน ช่วงวัยที่ผู้ปกครองเริ่มพาบุตรหลานมารักษามากที่สุดจะอยู่ในช่วงประถมต้น จำนวน 81 คน (ร้อยละ 59.1) ซึ่งจากคะแนนเฉลี่ยที่ผู้ปกครองให้พบว่าผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นดีขึ้นทุกด้าน โดยด้านการเรียนจะเห็นผลชัดเจนที่สุดในกลุ่มที่เริ่มรักษาช่วงประถมต้น (Mean 3.82 ± 0.70) ด้านพฤติกรรมและด้านการควบคุมอารมณ์ จะเห็นผลชัดเจนในกลุ่มก่อนประถมต้น (Mean 3.75 ± 0.72 และ 3.81 ± 0.66 ตามลำดับ) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับผลลัพธ์การรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กโดยคำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นพบว่าเพศหญิงมีผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นเป็น AOR 2.47 เท่า (95%CI: 1.14-5.37) เมื่อเทียบกับเพศชายและชั้นเรียนที่เริ่มมารักษาน้อยกว่าเท่ากับ ป. 2 มีผลลัพธ์ในการรักษาดีขึ้นเป็น AOR 2.16 เท่า (95%CI: 1.05-4.45) เมื่อเทียบกับมารักษา ป.3 ขึ้นไป

ซึ่งทำให้เห็นแนวโน้มความสัมพันธ์ของการพาบุตรหลานมารับการรักษาโรคสมาธิสั้นเร็วกับผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งถ้าผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการสังเกตอาการและพาบุตรหลานมาเริ่มการรักษาได้เร็วก็จะส่งผลดีกับการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก

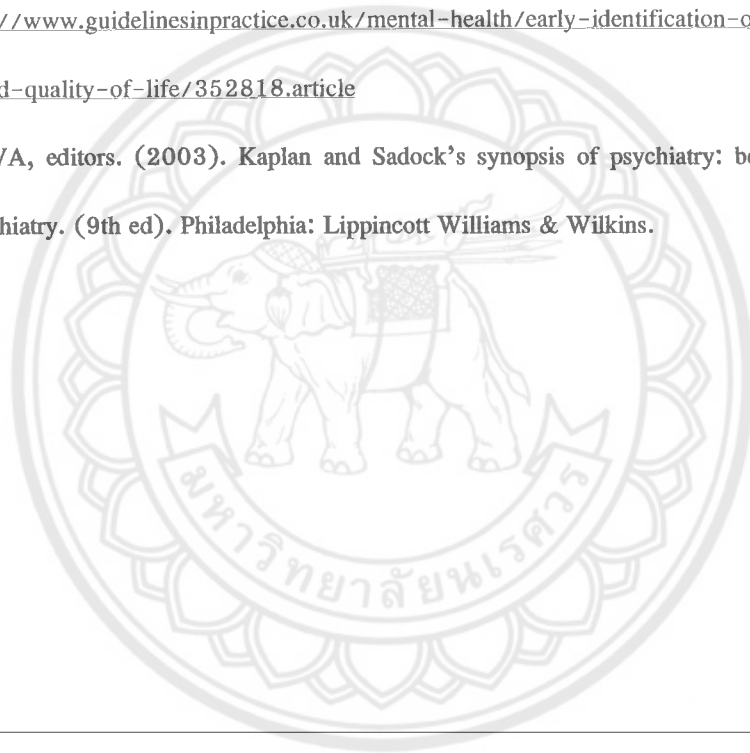
บรรณานุกรม

Coletti DJ, Pappadopulos E, Katsiotas NJ, Berest A, Jensen PS, & Kafantaris V. (2012). Parent perspectives on the decision to initiate medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 22(3):226-37.

Edmund J S Sonuga-Barke , Johanna Koerting, Elizabeth Smith, Donna C McCann, Margaret Thompson. (2011). Early detection and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother.* 11(4):557-63. doi: 10.1586/em.11.39

Natasha Halliwell. (2016). *Early identification of ADHD improves outcomes and quality of life.* Retrieved from <https://www.guidelinesinpractice.co.uk/mental-health/early-identification-of-adhd-improves-outcomes-and-quality-of-life/352818.article>

Sadock BJ, Sadock VA, editors. (2003). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. (9th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.



Output ที่ได้จากโครงการ

ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลสำเร็จของโครงการ

ระดับผลงาน	ประเภทของผลงาน	จำนวน
การตีพิมพ์ และเผยแพร่	1. ตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติที่มีค่า Impact Factor	0 เรื่อง
	2. ตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติ (ไม่มีค่า Impact Factor)	0 เรื่อง
	3. ตีพิมพ์ในวารสารระดับประเทศ	1 เรื่อง
	4. นำเสนอในการประชุมวิชาการในระดับนานาชาติ ที่มีการตีพิมพ์บน Proceeding	0 เรื่อง
	5. นำเสนอในการประชุมวิชาการในระดับชาติ ที่มีการตีพิมพ์บน Proceeding	1 เรื่อง
	6. ตีพิมพ์ในบทความวิชาการ ตำรา หรือหนังสือที่มีการรับรองคุณภาพ	0 เรื่อง
การใช้ ประโยชน์	7. ถ่ายทอดผลงานวิจัย / เทคโนโลยีสู่กลุ่มเป้าหมายและได้รับการรับรองการใช้ประโยชน์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	0 คน
	8. ได้สิ่งประดิษฐ์ อุปกรณ์ เครื่องมือ หรืออื่นๆ เช่น ฐานข้อมูล Software ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป	0 ผลงาน
การจดทะเบียน ทรัพย์สินทาง ปัญญา	9. อนุสิทธิบัตร	0 ผลงาน
	10. สิทธิบัตร	0 ผลงาน