



ลักษณะทางคลินิกของโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่

Clinical Presentations of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults

นิดา ลิ้มสุวรรณ*, ภัทรพร วิสาจันทร์*

Nida Limsuwan*, Pattarabhorn Wisajun*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558

ผลการศึกษา กลุ่มประชากรศึกษามีทั้งสิ้นจำนวน 126 ราย อายุตั้งแต่ 20-61 ปี (ค่ามัธยฐาน 25 ปี) ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย 84 ราย (ร้อยละ 66.7) มาได้รับการรักษาด้วยอาการของโรคสมาธิสั้นโดยตรง พบว่าอาการไม่มีสมาธิเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ส่วนอาการซน-อยู่ไม่นิ่งพบได้น้อยมาก กลุ่มประชากรศึกษามากกว่าร้อยละ 40 มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 ชนิด โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นแล้วกลุ่มประชากรศึกษา 117 ราย (ร้อยละ 96) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยไปเป็นโรคทางจิตเวชโรคอื่น ๆ นอกจากนี้พบว่าการรักษาด้วยยาที่แพทย์เลือกใช้เป็นอันดับแรกหลังจากวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นที่ถูกใช้มากที่สุด คือ immediate - release Methylphenidate

สรุป โรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาการหลักที่นำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาคืออาการไม่มีสมาธิ และพบโรคร่วมทางจิตเวชได้มากกว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มประชากรศึกษา

คำสำคัญ โรคสมาธิสั้น วัยผู้ใหญ่ ลักษณะทางคลินิก

Corresponding author: นิดา ลิ้มสุวรรณ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(2): 139-148

ABSTRACT

Objective : To describe clinical presentations of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults who attended medical treatment at Ramathibodi Hospital.

Method : A retrospective descriptive study was conducted by chart reviewing of patients aged 20 years or older who were diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder. All subjects, both inpatients and outpatients, attended medical treatment at Ramathibodi hospital between January 2011 and December 2015.

Result : There was 126 patients with aged 20 - 61 years (median 25 years). They were 66.7% male and 33.3% female. Most of them sought the medical treatment because of their ADHD symptoms. Inattentive symptoms were predominant, in contrast, hyperactive symptoms were rarely found. More than 40 percentage of subjects had comorbid psychiatric disorders at least 1 disorder. Mood disorders were the most common comorbid psychiatric disorder. Moreover, 117 subjects (96 %) had diagnostic stability regarding adult ADHD. In terms of medical treatment immediate - release Methylphenidate was commonly prescribed by physician as first choice of treatment.

Conclusion : ADHD is an important mental health problem in adult, especially young adult. Male was more predominant than female. Inattentive symptoms were major concern that most patients sought for their medical treatment. In addition, more than 40 percentage of subjects had at least 1 comorbid psychiatric disorders.

Keywords : attention-deficit/hyperactivity disorder, adult, clinical presentations

Corresponding author: Nida Limsuwan

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(2): 139-148

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder) เป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้บ่อยมากที่สุดในเด็กและวัยรุ่นและมีความสำคัญอย่างยิ่งในแวดวงจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น เดิมมีความเชื่อว่าการของโรคสมาธิสั้นจะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ แต่ในระยะหลังมีหลักฐานทางการแพทย์หลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีอาการของโรคสมาธิสั้นอยู่แม้จะเป็นผู้ใหญ่แล้ว ดังนั้นจึงมีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่มากขึ้น¹⁻³

ในการศึกษาทางระบาดวิทยาในต่างประเทศพบว่าความชุกโดยประมาณของโรคสมาธิสั้นในประชากรเด็กและวัยรุ่นคือร้อยละ 5.29 ส่วนความชุกในวัยผู้ใหญ่คือร้อยละ 4.4⁴ โดยวิธีการศึกษามีผลต่อความชุกที่แตกต่างกันในหลายการศึกษา ในประเทศไทยมีการศึกษาในนักเรียนระดับประถมศึกษาพบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 8.1 อย่างไรก็ตามในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่⁵

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าโรคสมาธิสั้นในแต่ละวัยมีลักษณะทางคลินิกที่ต่างกัน ในวัยเด็กอาการเด่น อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (hyperactivity - impulsivity) สามารถสังเกตได้อย่างชัดเจนและมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในวัยผู้ใหญ่อาการเด่นอยู่ไม่นิ่ง อาจแสดงออกเป็นความรู้สึกกระสับกระส่าย อยู่ภายใน ไม่สามารถนั่งร่วมการประชุมที่ใช้เวลานานได้ อาการหุนหันพลันแล่นอาจแสดงออกในเรื่องการขับชี่รดในลักษณะที่เร็วและอันตราย หรือ มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ ส่วนอาการไม่มีสมาธิ (inattention) มีแนวโน้มคงอยู่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นมากกว่าอาการเด่นอยู่ไม่นิ่งและแสดงออกเป็นลักษณะขี้ลืม ทำงานไม่เสร็จตามกำหนด ทำงานตกหล่นผิดพลาด ไร้ระเบียบในการดำเนินชีวิต^{2, 6-8} อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้สามารถทำให้เกิดผลเสีย (impairment) และผลกระทบ

ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยได้ ตามการศึกษาของ Biederman และคณะ⁶ พบว่ามีผู้ป่วยเพียงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่ไม่มีผลเสียจากอาการสมาธิสั้นเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่อาจเข้าสู่กระบวนการดูแลช่วยเหลือด้วยปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับอาการสมาธิสั้น เช่น ปัญหาทางกฎหมายและอาชญากรรม ปัญหาการใช้สารเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือคู่สมรส ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ ปัญหาการจ้างงาน^{2, 9}

เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในระบบสาธารณสุข ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารัตน์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนระบบการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารัตน์ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยพื้นฐานข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลรามารัตน์ ค้นหารายชื่อของผู้ที่ได้รับการลงรหัสวินิจฉัยในหมวด F90 Hyperkinetic disorders ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD -10

กลุ่มประชากรศึกษามีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ประจำภาคจิตเวชศาสตร์ว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ในทางปฏิบัติกรวินิจฉัยโรคจิตเวชในประเทศไทยอ้างอิงตามเกณฑ์การ

วินิจฉัยของ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision การวินิจฉัยที่ได้รับหมายรวมถึงทั้งการวินิจฉัยในครั้งแรกของการมารักษาและการวินิจฉัยที่ได้รับเมื่อมาติดตามการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นเพียง 1 ครั้งแล้วเปลี่ยนการวินิจฉัยไปเป็นโรคอื่นหรือขาดการมาติดตามรักษาจะถูกคัดออกจากกลุ่มประชากรศึกษา เนื่องจากการวินิจฉัยที่ได้รับเพียง 1 ครั้งไม่เพียงพอที่จะยืนยันว่าผู้ป่วยมีโรคสมาธิสั้น

ในการทบทวนเวชระเบียนของกลุ่มประชากรศึกษา ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานทั่วไป ลักษณะอาการทางคลินิกเมื่อได้รับการวินิจฉัย ประวัติโรคร่วมทางจิตเวช ประวัติโรคร่วมทางกาย ประวัติ การใช้สารเสพติด และประวัติครอบครัว ผลการตรวจสภาพจิต ประวัติแรกพบในกรณีที่มีการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน และประวัติเกี่ยวกับอาการและการรักษาเมื่อมีการมาติดตามการรักษาในแต่ละครั้ง

การวิเคราะห์ทางสถิติ ข้อมูลที่ได้จะถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 18.0 โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งจะรายงานเป็นค่าร้อยละ และมัธยฐาน การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผลการศึกษา

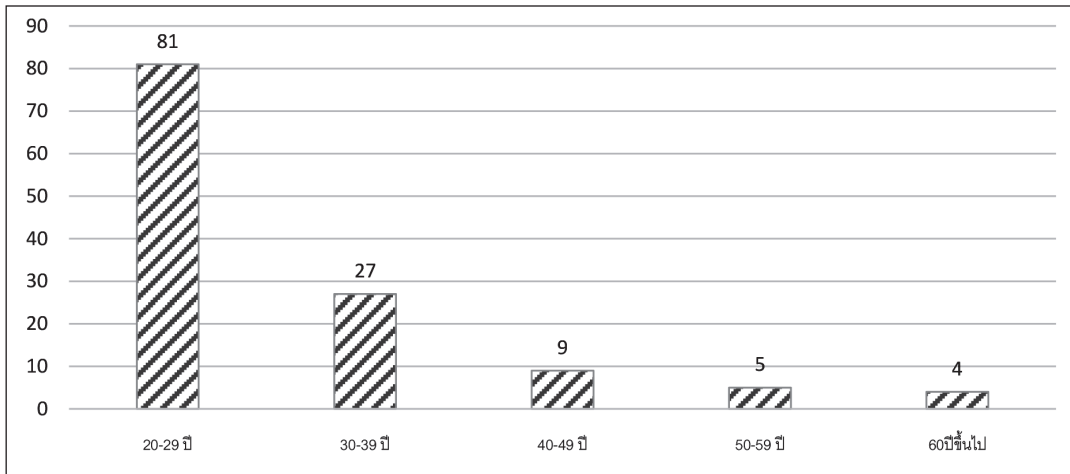
ข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลรามาธิบดีพบว่า มีผู้ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการลงรหัสวินิจฉัยในหมวด F90 Hyperkinetic disorders ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2558 รวมทั้งสิ้น 212 ราย เมื่อมีการค้นหาเวชระเบียนที่เป็นเอกสารเพื่อมาทบทวนพบว่ามี 11 รายไม่สามารถติดตามเวชระเบียนได้ 70 รายมีการลงรหัส F90 ในระบบคอมพิวเตอร์แต่ไม่มีการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในเวชระเบียนและอีก 5 ราย ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้น

เพียง 1 ครั้ง รวม 86 รายที่คัดออก ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มประชากรศึกษาทั้งสิ้น 126 ราย

ในกลุ่มประชากรศึกษา 126 ราย มีอายุตั้งแต่ 20-61 ปี ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 25 ปี เมื่อแบ่งตามช่วงอายุพบว่ากลุ่มประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-39 ปี (รูปที่ 1) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 84 ราย (ร้อยละ 66.7) มีเชื้อชาติและสัญชาติไทย 87 ราย (ร้อยละ 98.9) และนับถือศาสนาพุทธ 79 ราย (ร้อยละ 89.9) ระดับการศึกษาสูงสุดเป็นระดับปริญญาตรี 23 ราย (ร้อยละ 59.0) สถานะสมรสโสด 26 ราย (ร้อยละ 66.7) และสถานะสมรสคู่ 13 ราย (ร้อยละ 33.3) อาชีพที่พบบ่อยมากที่สุดคือนักเรียนหรือนักศึกษาพบ 33 ราย (ร้อยละ 56.9) รองลงมาคืออาชีพพนักงานบริษัทเอกชน 6 ราย (ร้อยละ 10.3)

ลักษณะทางคลินิกพบว่ากลุ่มประชากรศึกษาส่วนใหญ่คือ 105 ราย (ร้อยละ 87.5) มารับการรักษาด้วยอาการของโรคสมาธิสั้นโดยตรง ซึ่งอาการหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมาขอรับการบำบัดรักษา คืออาการไม่มีสมาธิ (inattention) พบ 49 ราย (ร้อยละ 40.8) รองลงมาคืออาการหุนหันพลันแล่น 24 ราย (ร้อยละ 20.0) มี 8 ราย (ร้อยละ 6.7) ที่มีอาการหลักทั้ง 2 อย่างคืออาการไม่มีสมาธิและอาการหุนหันพลันแล่น ส่วนอาการซน-อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) พบมีกลุ่มประชากรศึกษาเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.8) เท่านั้นที่มาขอรับการบำบัดรักษาด้วยอาการนี้ นอกจากนี้พบว่า มีกลุ่มประชากรศึกษาเพียง 15 ราย (ร้อยละ 12.5) เท่านั้นที่มาได้รับการรักษาด้วยอาการของโรคอื่นๆ แล้วพบโรคสมาธิสั้นเป็นโรคร่วม โดยอาการของโรคอื่นๆ ที่นำมาสู่การบำบัดรักษา ที่พบมากที่สุดคืออาการวิตกกังวล 6 ราย (ร้อยละ 5.0) รองลงมาคืออาการซึมเศร้า 3 ราย (ร้อยละ 2.5) (ตารางที่ 1) เกี่ยวกับลักษณะอาการพบว่ามีกลุ่มประชากร 6 ราย (ร้อยละ 4.8) ที่ไม่มีการระบุรายละเอียดของอาการในเวชระเบียน

จำนวน (คน)



ช่วงอายุ

รูปที่ 1 อายุของกลุ่มประชากรแบ่งตามช่วงอายุ

ตารางที่ 1 อาการหลักที่นำไปสู่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาทางจิตเวช

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)
N = 120	
อาการของโรคสมาธิสั้นโดยตรง	105 (87.5)
อาการไม่มีสมาธิ	49 (40.8)
อาการหุนหันพลันแล่น	24 (20.0)
อาการชน-อยู่ไม่นิ่ง	1 (0.8)
อาการของโรคอื่นๆ แล้วพบโรคสมาธิสั้นเป็นโรคร่วมหรือพบโดยอ้อม	15 (12.5)
อาการวิตกกังวล	6 (5.0)
อาการซึมเศร้า	3 (2.5)
อาการนอนไม่หลับ	2 (1.7)
ปัญหาการใช้ยาเสพติด	2 (1.7)
ถูกมารักษาโรคสมาธิสั้น	2 (1.7)
อุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย	1 (0.8)

หมายเหตุ: 1. กลุ่มประชากรศึกษาบางส่วนที่มีอาการหลักมากกว่า 1 อาการ

2. กลุ่มประชากรศึกษาบางส่วนที่ไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับอาการมากเพียงพอที่จะระบุอาการหลัก

3. กลุ่มประชากร 6 ราย จาก 126 ราย (ร้อยละ 4.8) ที่ไม่มีการระบุรายละเอียดของอาการในเวชระเบียน

ในกลุ่มประชากรศึกษา 126 ราย ที่ได้รับวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นใหญ่พบว่า 74 ราย (ร้อยละ 58.7) ไม่มีประวัติโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ ส่วนอีก 52 ราย (ร้อยละ 41.3) พบโรคร่วมทางจิตเวช โดยพบโรคในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (mood

disorders) มากที่สุด 17 ราย (ร้อยละ 13.5) (ตารางที่ 2) นอกจากนี้ยังพบโรคร่วมจิตเวช 2 ชนิด มี 11 ราย (ร้อยละ 8.7) ส่วนโรคร่วมทางกายมี 7 ราย (ร้อยละ 5.6) ที่พบมากที่สุดคือภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) 3 ราย (ร้อยละ 2.4)

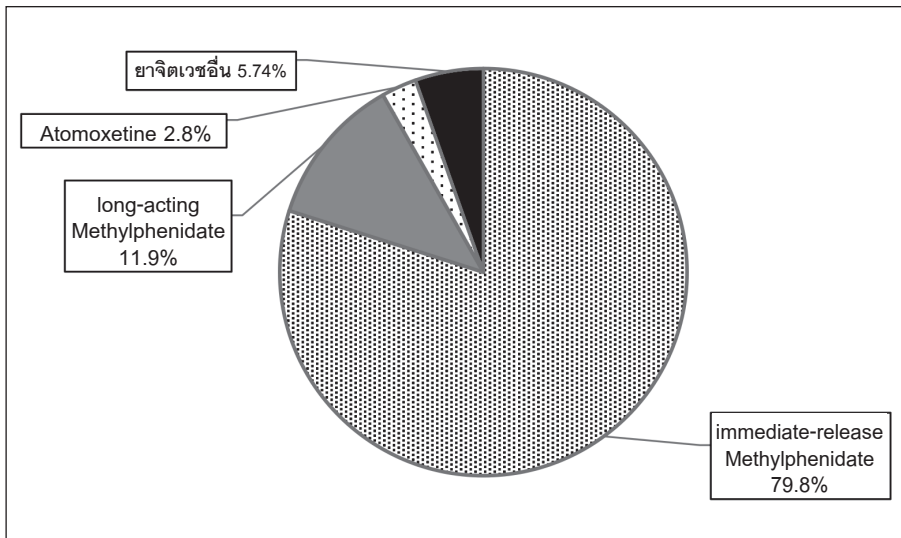
ตารางที่ 2 โรคร่วมทางจิตเวชที่พบในกลุ่มประชากรศึกษา

โรคร่วมทางจิตเวช	จำนวน (ร้อยละ)
	N = 126
ไม่มี	74 (58.7)
มี	52 (41.3)
โรคในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์	17 (13.5)
- โรคซึมเศร้า	14 (11.1)
- โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว	2 (1.6)
- ภาวะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ (emotional dysregulation)	1 (0.8)
โรคบกพร่องทางการเรียนรู้	9 (7.1)
ความบกพร่องทางสติปัญญา	9 (7.1)
โรคในกลุ่มวิตกกังวล	9 (7.1)
โรคย้ำคิดย้ำทำ	4 (3.1)
ภาวะปรับตัวไม่ได้ (adjustment disorder)	3 (2.4)
โรคในกลุ่มออทิสติก (autism spectrum disorder)	2 (1.6)
โรคจิตเภท	2 (1.6)
ปัญหาการใช้ยาเสพติด	2 (1.6)
โรคหรือภาวะทางจิตเวชอื่นๆ	4 (3.1)

หมายเหตุ: กลุ่มประชากรศึกษาบางส่วนที่มีโรคร่วมทางจิตเวชมากกว่า 1 โรค

กลุ่มประชากรศึกษาให้ประวัติว่าอาการของโรคสมาธิสั้นที่ตนเองมีก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน 35 ราย (ร้อยละ 42.2) ด้านการเรียน 33 ราย (ร้อยละ 39.8) และด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น 11 ราย (ร้อยละ 13.3) ส่วนใหญ่เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วจะไม่มีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยไปเป็นโรคทางจิตเวชโรคอื่นๆ 117 ราย (ร้อยละ 95.9)

นอกจากนี้พบว่าการรักษาด้วยยาที่แพทย์เลือกใช้เป็นอันดับแรกหลังจากวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น คือ immediate - release Methylphenidate 87 ราย (ร้อยละ 79.8) long-acting Methylphenidate 13 ราย (ร้อยละ 11.9) Atomoxetine 3 ราย (ร้อยละ 2.8) และยาทางจิตเวชอื่นๆ 6 ราย (ร้อยละ 5.4) (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 การรักษาด้วยยาที่แพทย์เลือกใช้เป็นอันดับแรกหลังจากวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่

อภิปราย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าอายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-39 ปี) สัดส่วนระหว่างเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 2:1 กลุ่มประชากรศึกษาส่วนใหญ่มารับการรักษาด้วยอาการของโรคสมาธิสั้นโดยตรง โดยอาการไม่มีสมาธิและอาการหุนหันพลันแล่นเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ส่วนอาการซน-อยู่ไม่นิ่งพบได้น้อยมากกว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 ชนิด โดยโรคร่วมที่พบบมากที่สุดคือโรคในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่มีความคงที่ของการวินิจฉัยถึงร้อยละ 96 และพบว่าแพทย์เลือกใช้ยาอันดับแรกหลังจากวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น คือยาในกลุ่ม stimulant ได้แก่ immediate - release Methylphenidate และ long-acting Methylphenidate

เหตุผลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-39 ปี) มีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจเป็นผู้ป่วยสมาธิสั้นที่รักษาามาตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น แล้ว

ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมาจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามารัตนบดี มีการให้บริการทั้งจิตเวชเด็กวัยรุ่นและจิตเวชทั่วไป (ผู้ใหญ่) ในสถานที่เดียวกัน ไม่ต้องมีการโอนย้ายข้ามแผนกเมื่ออายุเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-39 ปี) สำหรับบางคนเป็นช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องการใช้สมาธิสูง เช่น การเรียนในระดับปริญญาและหลังปริญญา สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าอาการหลักที่นำผู้ป่วยมาสู่การรักษาคืออาการไม่มีสมาธิ พบถึงร้อยละ 40.8 ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในวัยกลางคนส่วนหนึ่งอาจเป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นสมาธิสั้น เมื่อแพทย์สังเกตว่ามีอาการสมาธิสั้นเช่นเดียวกันก็ได้แนะนำให้ได้รับการรักษาพร้อมกันไปกับบุตร

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยสมาธิสั้นวัยผู้ใหญ่ในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ Biederman และคณะ⁶ ที่ติดตามผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเพศชายไป 4 ปีพบว่าอาการสมาธิสั้นมีแนวโน้มลดลงตามอายุ แต่อาการ

ขาดสมาธิเป็นอาการที่ลดลงน้อยที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้นี้ที่อาการขาดสมาธิเป็นอาการหลักที่พบมากที่สุดที่นำไปให้ผู้ป่วยเข้ามาสู่กระบวนการรักษา นอกจากนี้พบว่ากลุ่มประชากรศึกษามากถึงร้อยละ 41.3 ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 อย่าง โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Fayyad และคณะ¹⁰ ที่ทำการสำรวจ World Mental Health (WMH) survey ในหลายประเทศพบว่าร้อยละ 49.5 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่อายุ 18-44 ปีจะพบโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 ชนิด และโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในกลุ่มนี้คือโรคในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ โรคในกลุ่มวิตกกังวลและปัญหาการใช้ยาเสพติด นอกจากนี้การศึกษาของ Karlsdotter และคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยนอกจิตเวชวัยผู้ใหญ่ในหลายประเทศในยุโรป พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจะพบมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 43 พบโรคในกลุ่มวิตกกังวลร่วมด้วยถึงร้อยละ 36.4 และพบปัญหาการใช้ยาเสพติดร่วมด้วยถึงร้อยละ 9.2 บางคนเชื่อว่าโรคร่วมที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นไม่สามารถปรับตัวกับความผิดหวัง ความล้มเหลวและความวิตกกังวลในชีวิตอันเป็นผลมาจากอาการสมาธิสั้นได้อย่างเหมาะสม^{9, 12}

การศึกษาครั้งนี้ถือเป็น การศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยเป็นครั้งแรก เนื่องจากข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก การนำข้อมูลที่มีอยู่แล้วในระบบข้อมูลของโรงพยาบาลมารวบรวมและทำการวิเคราะห์ก็สามารถทำให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้ โดยไม่ต้องมีการลงทุนทั้งด้านการเงินและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลใหม่ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการ ประการแรกการศึกษา

ครั้งนี้เป็นแบบ retrospective chart review ข้อมูลที่ได้มาจากเวชระเบียนที่มีการบันทึกโดยแพทย์เท่านั้นทำให้ขาดความครบถ้วน เนื่องจากรูปแบบของการศึกษาไม่ได้วางแผนการเก็บข้อมูลไว้ล่วงหน้า ข้อมูลในส่วนที่ขาดหายไปจากการบันทึก เช่น ประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ นอกจากนี้อาจมีบางส่วนขาดหายไปเพราะความบกพร่องในระบบการจัดเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลเอง ดังจะเห็นได้ว่าการที่มิข้อมูลบางส่วนขาดหายไปอาจก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนของผลการศึกษาได้ ประการที่ 2 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นของแพทย์ในเวชปฏิบัติมาจากการพิจารณาข้อมูลที่มีลักษณะเป็นอัตวิสัย (subjective) มิได้มีการใช้การสัมภาษณ์แบบ structural หรือ semi-structural ซึ่งอาจจะมี reliability ของการวินิจฉัยมากกว่า ประการที่ 3 กลุ่มประชากรศึกษาในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติซึ่งให้บริการตรวจรักษาแบบตติยภูมิและมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาให้บริการ ทำให้ข้อมูลที่ได้ อาจจะไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางในระบบการให้บริการด้านสาธารณสุขทั่วไป รวมถึงการที่ข้อมูลได้มาจากผู้ที่มาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลเท่านั้น อาจมีข้อจำกัดเมื่อพิจารณาว่าอาจมีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการทางสุขภาพ เช่น ผู้ต้องขังเนื่องจากกระทำผิดทางกฎหมาย

การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโรคสมาธิสั้นมิได้เป็นเพียงปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในวัยเด็กหรือวัยรุ่นเท่านั้น หากแต่ส่งผลกระทบต่อเนื่องมาจนถึงวัยผู้ใหญ่ได้เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การเรียนในระดับที่สูงขึ้น เช่น ระดับมหาวิทยาลัย เป็นสถานการณ์ที่มีการมีสมาธิต่อเนื่องมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง อาการขาดสมาธิจากโรคสมาธิสั้นจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการ

เรียนรู้อันในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้นได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ การให้ความสำคัญในการค้นหาและให้การดูแลรักษา โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในวัยผู้ใหญ่บางส่วนอาจมี ปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ซับซ้อนอย่างอื่นนอกเหนือจาก โรคสมาธิสั้นร่วมด้วย เช่น ปัญหาด้านอารมณ์ การใช้ยาเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมรอบด้านจึงมีความสำคัญ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

สรุป

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยสมาธิสั้นวัยผู้ใหญ่ จากผล การศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชากรศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-39 ปี) มีสัดส่วนระหว่าง เพศชายต่อหญิงเท่ากับ 2:1 กลุ่มประชากรศึกษา ส่วนใหญ่มารับการรักษาด้วยอาการของโรคสมาธิสั้น โดยตรง โดยอาการไม่มีสมาธิเป็นอาการเด่นของผู้ป่วย ในกลุ่มนี้ ส่วนอาการชน-อยู่นิ่งพบได้น้อยมาก กลุ่ม ประชากรศึกษามากกว่าร้อยละ 40 จะมีโรคร่วมทาง จิตเวชอย่างน้อย 1 ชนิด โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นางสาว สุดาวรรณ จุลเกิด เจ้าหน้าทีวิจัยประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำหรับความช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ส่งผลให้การ ศึกษาที่ลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Greydanus DE, Pratt HD, Patel DR. Attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan: the child, adolescent, and adult. *Disease-a-month : Dis Mon* 2007; 53: 70-131.
2. Pliszka S, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 894-921.
3. Okie S. ADHD in adults. *N Engl J Med* 2006; 354: 2637-41.
4. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 386-92.
5. Visanuyothin T, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 21: 66-75.
6. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 816-8.
7. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006; 36: 159-65.

8. Turgay A, Goodman DW, Asherson P, Lasser RA, Babcock TF, Pucci ML, et al. Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 192-201.
9. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 192-202.
10. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 402-9.
11. Karlsdotter K, Bushe C, Hakkaart L, Sobanski E, Kan CC, Lebec J, et al. Burden of illness and health care resource utilization in adult psychiatric outpatients with attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe. *Curr Med Res Opin* 2016; 16: 1-10.
12. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-8.