

ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเตดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น



นางสาวเกษศิริินทร์ นิลนนท์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS AFFECTING METHYLPHENIDATE NON-
ADHERENCE IN CHILDREN AND ADOLESCENT WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDER (ADHD)

Miss Ketsirin Ninlanon



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Pharmacy Program in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy Practice
Faculty of Pharmaceutical Sciences

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต
	ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น
โดย	นางสาวเกษศิริรินทร์ นิลนนท์
สาขาวิชา	เภสัชกรรมคลินิก
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.สิริพรรณ พัฒนาฤดี

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.รุ่งเพชร สุกุลบำรุงศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(อาจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.ธิตีมา วัฒนวิจิตรกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.สิริพรรณ พัฒนาฤดี)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิง ดร.รุ่งเพชร สุกุลบำรุงศิลป์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(เภสัชกรหญิงธีรรัตน์ แทนขำ)

เกษศิริรินทร์ นิลนนท์ : ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น (FACTORS AFFECTING METHYLPHENIDATE NON-ADHERENCE IN CHILDREN AND ADOLESCENT WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ภญ. ดร.สิริพรรณ พัฒนาฤดี, หน้า.

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยเด็ก (อายุ 8-12 ปี) และวัยรุ่น (อายุ 13-18 ปี)โรคสมาธิสั้น ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย (อายุ เพศ ความสามารถในการกลืนยา ทักษะคิดในการใช้ยา) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (อายุของผู้ปกครอง ทักษะคิดที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง) และปัจจัยด้านการรักษา (ระยะเวลาการรักษาด้วยยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ความถี่ในการรับประทานยา) ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2556 ถึง 30 มีนาคม 2557 โดยใช้เครื่องมือในการศึกษาคือ แบบสอบถามที่ทำโดยผู้ปกครอง และแบบสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย ผู้ป่วยจำนวน 150 รายเข้าร่วมการวิจัยนี้

มีผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกลุ่มละ 75 คนเข้าร่วมการศึกษา โดยมีอายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 11.57 (2.40) ปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.70) มีระยะเวลาการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 3.31 (2.39) ปี และผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.67) มีความถี่ในการบริหารยา 2 ครั้งต่อวัน คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 28.87 (3.37) ซึ่งเป็นคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง ในการศึกษาพบว่าอายุของผู้ป่วย และระยะเวลาการรักษาด้วยยา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ($p < 0.05$) ผู้ป่วยเพศหญิงมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าเพศชาย ($p < 0.05$) ผู้ป่วยอายุ 8-12 ปีมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยอายุ 13-18 ปี ($p < 0.01$) ความถดถอยเชิงพหุโดยวิธี stepwise พบว่า อายุของผู้ป่วย ($\beta = -0.70$; $p < 0.01$) ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย ($\beta = 0.43$; $p < 0.01$) ความถี่ในการรับประทานยารวันละ 3 ครั้ง ($\beta = -0.37$; $p < 0.01$) และความถี่ในการรับประทานยารวันละ 2 ครั้ง ($\beta = -0.30$; $p < 0.01$) สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 47 ($R^2 = 0.47$; $p < 0.01$)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบในการศึกษานี้ สามารถนำมาใช้เพื่อการติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้การใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นนั้นเกิดประโยชน์มากที่สุด

ภาควิชา เภสัชกรรมปฏิบัติ

สาขาวิชา เภสัชกรรมคลินิก

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5476202833 : MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEYWORDS: MEDICATION NON-ADHERENCE / ADHD / METHYLPHENIDATE

KETSIRIN NINLANON: FACTORS AFFECTING METHYLPHENIDATE NON-ADHERENCE IN CHILDREN AND ADOLESCENT WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD). ADVISOR: ASST. PROF.SIRIPAN PHATTANARUDEE, Ph.D., pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to identify the factors affecting methylphenidate non-adherence in children (age 8-12 years) and adolescent (age 13-18 years) with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), including the patient factors (age, gender, ability to swallow medicine, attitude towards medicine) the environmental factors (caregivers' age, caregivers' knowledge towards ADHD, and caregivers' attitude towards medicine) and the treatment factors (duration of treatment, scores of adverse drug reaction, frequency of drug administration). The study was performed at Yuwaprasart Waithayopatum Child Psychiatric Hospital during 1st December 2013 to 30th March 2014 by using self-administered questionnaires and interviewed questionnaires. One hundred and fifty patients were enrolled into this study.

There were 75 patients for each group. The average age (SD) of patients was 11.57 (2.40) years, and most of the patients was male (76.70%). Average (SD) duration of treatment with methylphenidate was 3.31 (2.39) years and the frequency of drug administration was twice a day in most of patients (68.67%). The average (SD) medication adherence scores was 28.87 (3.37), which was in the moderate level. Age of patient and duration of treatment with methylphenidate were negatively correlated with medication adherence scores ($p < 0.05$). Female patients had medication adherence scores higher than male patients ($p < 0.05$). Patient aged 8-12 years had medication adherence scores higher than patient aged 13-18 years ($p < 0.01$). Stepwise multiple regression analysis revealed that age of patient ($\beta = -0.70$; $p < 0.01$), the ability to swallow medicine ($\beta = 0.43$; $p < 0.01$), frequency of drug administration of three times a day ($\beta = -0.37$; $p < 0.01$) and frequency of drug administration of two times a day ($\beta = -0.30$; $p < 0.01$) were the significant predictors of medication adherence in children and adolescent with ADHD at 47 % ($R^2 = 0.47$; $p < 0.01$).

Factors associated to medication non-adherence identified from this study can be implemented for monitoring of medication uses in order to obtain optimal treatment for ADHD patients.

Department: Pharmacy Practice

Student's Signature

Field of Study: Clinical Pharmacy

Advisor's Signature

Academic Year: 2014

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ.ดร. สิริพรรณ พัฒนาคดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นตลอดจนชี้แนะแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และเอาใจใส่ตลอดการทำวิจัย รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้วิจัยรู้จักพิจารณาสิ่งต่าง ๆ โดยใช้เหตุผล คอยกระตุ้น และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอโดยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้แก่ ดร. ชิตีมา วัฒนวิจิตรกุล ผศ.ดร. รุ่งเพชร สุกุลบำรุงศิลป์ และ ภาณุ. อีรารัตน์ แทนขำ ที่เสียสละเวลาอันมีค่าตรวจ และแก้ไขวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำอันมีคุณค่ายิ่งในการเขียนงานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ พญ. สุวรรณิ เรืองเดช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษา บุคคลกรทุกท่านที่ช่วยเหลือการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านจากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ที่ได้กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไข ข้อบกพร่องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย อันได้แก่ พญ. รินสุข งามอาจสกุลมัน คุณฉัตรมงคล ฉ่ำมาก และและ ภาณุ. อีรารัตน์ แทนขำ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วย และผู้ปกครองทุกท่านที่สละเวลา และให้ความร่วมมือเข้าร่วมงานวิจัยเป็นอย่างดี และสุดท้ายขอขอบคุณบิดา มารดา ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน รวมทั้งเพื่อนนิสิตที่คอยให้กำลังใจ และความช่วยเหลือจนการทำวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูป.....	ฉ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
3. สมมติฐานของการวิจัย	4
4. ขอบเขตของการวิจัย	6
5. นิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
1. โรคสมาธิสั้น	9
1.1 ระบาดวิทยา (Epidemiology).....	9
1.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น (Etiology).....	10
1.3 การวินิจฉัย (Diagnosis)	11
1.4 ภาวะที่อาจพบร่วม (coexisting conditions).....	13
1.5 การรักษา (Treatment).....	13
2. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น.....	22
3. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น.....	25

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	30
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	30
2. การพิจารณาทางด้านจริยธรรมของการศึกษาวิจัยในมนุษย์.....	31
3. การจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
4. การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย	39
5. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
6.สรุปและวิเคราะห์ผลการวิจัย	41
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	42
บทที่ 5 อภิปรายผล	68
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	73
รายการอ้างอิง	79
ภาคผนวก.....	84
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	117

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 โรคที่อาจพบร่วมกับโรคสมาธิสั้น.....	13
ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มที่กระตุ้นสมอง	26
ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง (N=150).....	44
ตารางที่ 4 ข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย	47
ตารางที่ 5 จำนวนผู้ปกครอง/ผู้ป่วยที่ดูแลการรับประทานยาด้วยตนเองตามระดับความร่วมมือในการใช้ยา	48
ตารางที่ 6 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา.....	49
ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วย/ผู้ปกครอง (ร้อยละ) แบ่งตามการปฏิบัติในแต่ละรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	51
ตารางที่ 8 แสดงระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้น.....	52
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของความความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองรายข้อ .	53
ตารางที่ 10 ระดับทัศนคติในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง.....	54
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละคะแนนทัศนคติต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครองรายข้อ	55
ตารางที่ 12 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วย.....	57
ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของทัศนคติในการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วยรายข้อ	58
ตารางที่ 14 ระดับของคะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์.....	59
ตารางที่ 15 ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์และผลกระทบที่มีต่อผู้ปกครองหรือผู้ป่วย	60
ตารางที่ 16 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้กับปัจจัยต่าง ๆ.....	62
ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง.....	64
ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี และ 13-18 ปี.....	64

ตารางที่ 19	ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ	67
ตารางที่ 20	จำนวนผู้ปกครอง (ร้อยละ) คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง	98
ตารางที่ 21	ข้อมูลคะแนนทัศนคติต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง	101
ตารางที่ 22	ข้อมูลคะแนนทัศนคติในการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วย	107



สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1 โครงสร้างของยา Methylphenidate hydrochloride	15
รูปที่ 2 การแบ่งเม็ดยา	96



สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิรูปที่ 1 กรอบแนวคิด.....	6
แผนภูมิรูปที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	41



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยถึงร้อยละ 5-12 ในเด็กทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกในการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนประมาณร้อยละ 8⁽¹⁾ สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1 พบสูงสุดที่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 9.7 โดยพบความชุกโรคสมาธิสั้นสูงสุดในภาคใต้ ร้อยละ 11.7 และต่ำสุดที่ภาคเหนือ ร้อยละ 5.1⁽²⁾ และจากการสัมมนาของสภาวิจัยแห่งชาติเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2549 ได้มีการประมาณจำนวนเด็กโรคสมาธิสั้นว่าอาจมีมากถึง 1,469,400 คน (จากประชากรไทย 62 ล้านคน)⁽³⁾

อาการของโรคสมาธิสั้นประกอบด้วยอาการขาดสมาธิ (inattention) และอาการอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity)/หุนหันพลันแล่น (impulsivity)^(4, 5) เด็กสมาธิสั้นนั้นจะมีกลุ่มอาการโดยเฉพาะที่สำคัญคืออาการก้าวร้าว การต่อต้าน และปัญหาเรื่องอารมณ์ที่ต้องทำการรักษา หากไม่ทำการรักษาเด็กสมาธิสั้นอาจจะมีการดำเนินของโรคไปเป็นโรคคือ (Oppositional defiant disorder:ODD) และโรคความประพฤติผิดปกติ (Conduct disorder:CD) ตามลำดับ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจะมีโรคที่ร่วม (comorbidity) อย่างน้อย 1 โรค เช่นโรคซึมเศร้า^(7, 8) ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือและรักษาอย่างถูกวิธีแล้ว เมื่อเด็กเจริญเติบโตขึ้นจะเป็นภัยต่อสังคม กระทบถึงทุกคน ความรุนแรงและพิษภัยที่เกิดขึ้นในสังคมน่าจะเป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องวางนโยบายป้องกันช่วยเหลือและแก้ไขเยียวยา เพราะปัญหานี้กำลังลุกลาม⁽³⁾ เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติแล้วพบว่าเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะพบปัญหาทางด้านการศึกษาในอัตราที่สูงกว่าเด็กปกติ⁽⁹⁾ เช่น ปัญหาความสามารถในการเรียนรู้ต่ำกว่าปกติและนำไปสู่การออกจากระบบการศึกษาก่อนเวลาที่เหมาะสมจะเป็น มีปัญหาการเข้าสังคมผู้ป่วยจะถูกปฏิเสธจากเพื่อนหรือคนรอบตัว ศักยภาพของเด็กที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ให้เต็มที่ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่ต่ำลง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมเกเร มีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเสพติด เสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมาย เด็กมักจะคบเพื่อนที่เป็นเด็กมีปัญหาเหมือนกันทำให้ชักนำไปในทางที่ไม่ดี และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากเด็กมักทำกิจกรรมที่ท้าทาย เสี่ยงอันตราย เป็นต้น ผลเสียของโรคสมาธิสั้นที่มีต่อพ่อแม่และความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่นทำให้ครอบครัวมีความเครียดสูงขึ้น เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวสูงขึ้น และอาจทำให้เกิดปัญหาหย่าร้างในครอบครัว⁽¹⁰⁾

การรักษาโรคสมาธิสั้นนั้นสามารถรักษาโดยใช้ยา การรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม (Behavioral management) และการรักษาทางเลือก (Alternative treatment) การรักษาด้วยยา ซึ่งปัจจุบันตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น (Clinical practice guideline) จาก American Academy of Pediatrics ฉบับปรับปรุงใหม่ปี 2011⁽¹¹⁾ แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่มที่กระตุ้นสมอง (Psychostimulant) เป็นยาชนิดแรกซึ่งในประเทศไทยมีเพียงตัวเดียวคือ เมทิลเฟนิเดต (Methylphenidate) และพบว่ายาช่วยให้เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นร้อยละ 70-80 มีอาการดีขึ้น ยาเมทิลเฟนิเดตเป็นยาอันดับแรกๆที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ไม่มีข้อห้ามใช้ของยา^(11, 12) ทั้งนี้เพราะมีประสิทธิภาพดีและสามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาในการรักษาโรคสมาธิสั้นมีความจำเป็นต้องให้การรักษาอย่างต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลานาน เพื่อควบคุมอาการของโรคให้ได้ ในผู้ป่วยบางรายอาจจะหยุดยาได้เมื่อมีอาการน้อยลง ขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาไปตลอด ดังนั้นความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการรักษาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ในระยะยาวผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมบำบัดควบคู่กันไป เนื่องจากพฤติกรรมบำบัดจะช่วยลดพฤติกรรมในด้านที่ไม่ดี ช่วยผู้ปกครองโดยตรงในการลดพฤติกรรมที่ไม่ดี⁽¹³⁾ ซึ่งหากเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม โรคสมาธิสั้นจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทำให้สูญเสียงบประมาณของประเทศในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้อย่างมาก ปัญหาที่น่าห่วงตามมา คือ ปัญหายาเสพติด ปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรงในสังคม⁽³⁾ จากการศึกษาของ Wilens และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าโรคสมาธิสั้นในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น (young adult) นั้นมีความสัมพันธ์ระหว่างโรคสมาธิสั้นกับการใช้สารเสพติด โดยเมื่อติดตามเป็นเวลา 10 ปี พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด 1.47 เท่าของคนที่ไม่ได้เป็นโรค ($p < 0.01$) เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ 2.38 เท่าของคนที่ไม่ได้เป็นโรค ($p < 0.01$)

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้บ่อยและควรได้รับการดูแลประจําโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง และยาวนาน⁽¹⁵⁾ และพบว่าประมาณร้อยละ 4 ที่อาการเหล่านี้ยังคงมีอยู่จนถึงวัยผู้ใหญ่^(8, 16) อย่างไรก็ตามความร่วมมือในการใช้ยาเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องพิจารณาพร้อมๆในการรักษา จากการศึกษาของ Alder และคณะ⁽¹⁶⁾ ซึ่งรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นพบว่ามีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาอยู่ระหว่างร้อยละ 13.2-64 จะเห็นได้ว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นสูง ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในเรื่องความร่วมมือในการใช้ยาด้วย เพราะถ้าผู้ป่วยสูญหายไปจากการรักษาแล้วจะส่งผลเสียต่อชีวิตของผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้านที่จะตามมาภายหลัง และจากการศึกษาของ Fine และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ประเมินระดับความร่วมมือในการใช้ยา อาการดีขึ้นจากการใช้ยา และความพึงพอใจในการรักษา พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 19 เมื่อแยกตามช่วงอายุ 6-12 ปีความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ร้อยละ 10 อาการดีขึ้นจากการใช้ยาร้อยละ 82.9 ช่วงอายุ 13-18 ปี ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 23 อาการดีขึ้นจากการใช้ยาร้อยละ 71.4 แต่ต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่ากลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปีมีความร่วมมือในการใช้ยาและอาการที่ดีขึ้นหลังจากการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มเด็กอายุ 13-18 ปี และการศึกษาของ Ferrin และคณะ⁽⁹⁾ ก็แสดงความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของเด็กสมาธิสั้น โดยเฉพาะร้อยละ 50 ซึ่งอยู่ในช่วงร้อยละ 35-81 ความแตกต่างของร้อยละความร่วมมือในการใช้ยายังขึ้นอยู่กับทำให้คำจำกัดความและเครื่องมือที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา

จากการศึกษาของมาสมณี⁽¹⁸⁾ เกี่ยวกับความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นอายุ 6-12 ปี พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.6) ให้ความร่วมมือในการดูแลเรื่องการใช้ยาของเด็กระดับกลาง และพบว่าปัจจัยทำนายความร่วมมือในการดูแลเรื่องการใช้ยาของเด็ก คือ ทศนคติต่อโรคสมาธิสั้นและอายุของผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองที่มีทศนคติต่อโรคสมาธิสั้นระดับสูง และมีอายุมากจะให้ความร่วมมือในการดูแลเรื่องการใช้ยาของเด็กมากกว่าผู้ปกครองที่มีลักษณะตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาโดย Sitholey และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้รายงานให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6-11 ปี โดยปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ ผลข้างเคียงของยา (ร้อยละ 65) ผู้ปกครองคิดว่ายาไม่มีประสิทธิภาพในการรักษา (ร้อยละ 50) ปัญหาการเดินทางมาโรงพยาบาล (ไกล) และความล่าช้าของระบบโรงพยาบาล (ร้อยละ 50) ผู้ปกครองกลัวว่าบุตรหลานจะติดยา (ร้อยละ 45) ปัญหาการเข้าถึงการรักษา ปัญหาราคายาที่สูง และทศนคติของผู้ดูแลไม่ดี (ร้อยละ 40) จะเห็นได้ว่าปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาค่อนข้างสูง ในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาใดที่ทำการศึกษาวัดความร่วมมือ และค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีเพียงวัดความร่วมมือในการรักษา⁽¹⁸⁾ (ประเมินความร่วมมือในการดูแลเรื่องการใช้ยาของเด็ก) แต่ไม่ได้เจาะจงเกี่ยวกับความร่วมมือต่อการใช้ยาโดยตรง

จากการศึกษาของบุญณดา⁽²⁰⁾ แสดงให้เห็นว่าครูและผู้ปกครองยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการรักษาไม่เพียงพอ และพบว่าทั้งครูและผู้ปกครองนั้นมีคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำหลังจากที่ต้องดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น และจากการศึกษาของจักริน⁽²¹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 4,526.06 บาทต่อปี จะเห็นได้ว่าในการรักษานี้มีค่าใช้จ่าย และหากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาและร่วมมือในการใช้ยามีค่าใช้จ่ายนี้ก็ดูคุ้มค่าเมื่อเทียบกับปัญหาที่จะเกิดตามมา หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและใช้ยา

สำหรับโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถิติของโรคสมาธิสั้นเป็นภาวะที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการมากเป็นอันดับที่ 2 โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอก เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 5,865 รายจากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (อายุ 8-18 ปี) ทั้งหมด 29,003 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.22 พบ

ปัญหาในการไม่กลับมาตรวจรักษาต่อเนื่อง (Loss of follow up) ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลเกิน 6 เดือน (โดยคิดจากวันที่มารับบริการที่โรงพยาบาลครั้งล่าสุดต่ำกว่าวันที่ 31 มีนาคม 2555) จำนวน 230 คนจากผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (อายุ 8-18 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคสมาธิสั้นที่ไม่มีโรคร่วม 1,151 คน คิดเป็นร้อยละ 19.98 ในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554 จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่หายไปจากการรักษา จึงเป็นที่มาของการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากในประเทศไทยนั้น การวัดความร่วมมือในการใช้ยาที่เฉพาะเจาะจงยังไม่มี มีการศึกษาความร่วมมือในการรักษาซึ่งให้ความสำคัญกับเรื่องยาไม่มากนัก ดังนั้นจากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าความร่วมมือในการใช้ยามีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการรักษาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น⁽¹⁸⁾ จึงต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาและค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา เพื่อให้กระบวนการรักษาผู้ป่วยสมบูรณ์มากที่สุด เนื่องด้วยข้อมูลการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต และปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นของประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผู้ป่วย (อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย ทักษะคิดในการใช้ยาของผู้ป่วย) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสิ่งแวดล้อม (อายุของผู้ปกครอง ทักษะคิดที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านการรักษา (ระยะเวลาการรักษาด้วยยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ความถี่ในการรับประทานยา) ว่าจะมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ และสามารถทำนายคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น
- เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

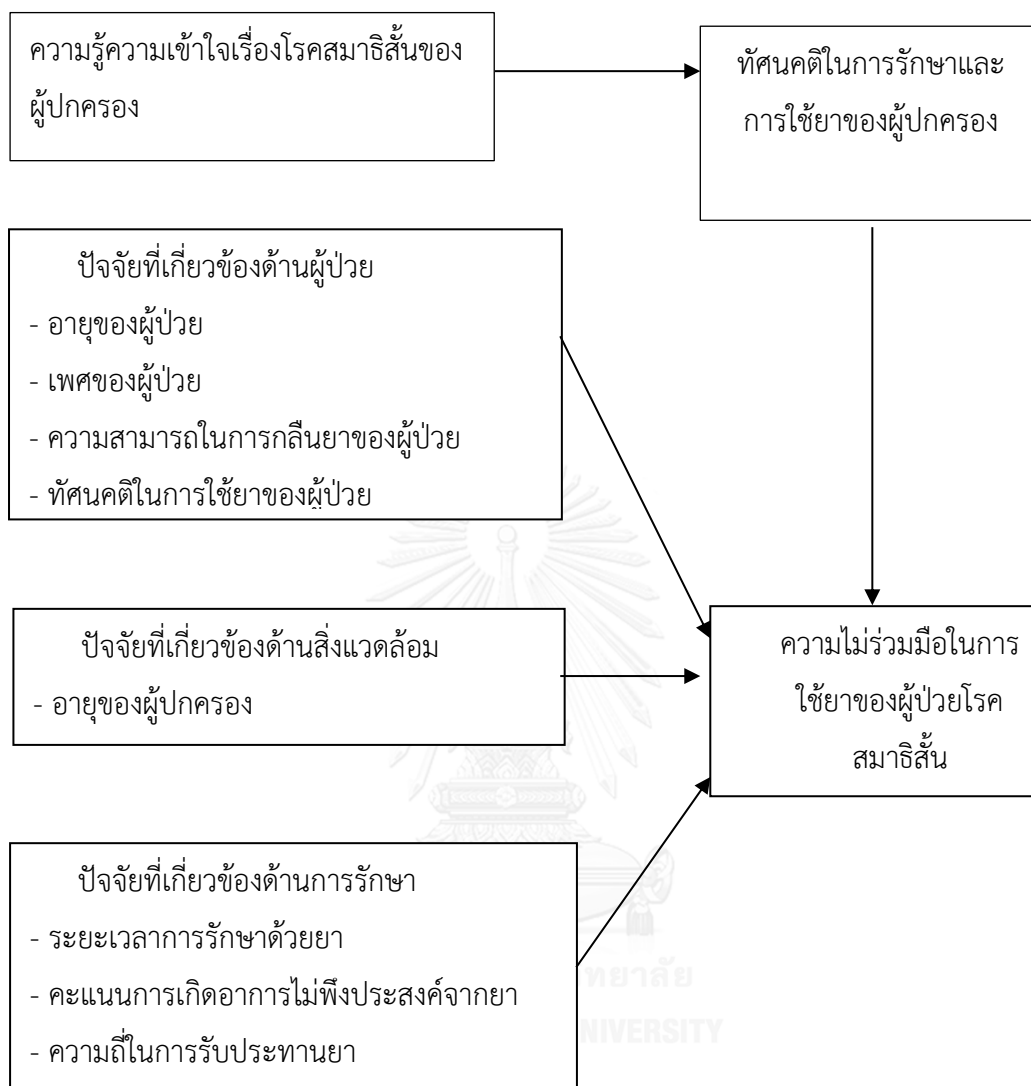
3. สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย อายุของผู้ปกครอง ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย ทักษะคิดในการใช้ยาของผู้ป่วย ทักษะคิดที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ระยะเวลาการรักษาด้วยยา คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และความถี่ในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับคะแนนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น และสามารถทำนายคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นดังสมการ คือ

Medication adherence scores = b_0 + [b_1 × อายุของผู้ป่วย] + [b_2 × เพศของผู้ป่วย] + [b_3 × อายุของผู้ปกครอง] + [b_4 × ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย] + [b_5 × ทักษะคิดในการใช้ยาของผู้ป่วย] + [b_6 × ทักษะคิดที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง] + [b_7 × ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งของผู้ปกครอง] + [b_8 × ระยะเวลาการรักษาด้วยยา] + [b_9 × คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา] + [b_{10} × ความถี่ในการรับประทานยา]



กรอบแนวคิดของการวิจัย



แผนภูมิรูปที่ 1 กรอบแนวคิด

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการวิจัยในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุตั้งแต่ 8-18 ปี ที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเดตและเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2556 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2557

5. นิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย

1. ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) คือ ผู้ป่วยใช้ยาตามคำสั่งใช้ยาที่เกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้สั่งใช้ยา และผู้ป่วย โดยคำสั่งใช้นั้นเป็นความเต็มใจของผู้ป่วย ในช่วงระยะเวลาหนึ่งของการรักษา⁽²²⁾

2. โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder-ADHD) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน (หรือการทำงาน) หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ (attention deficit) อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีอาการซน และอาการหุนหันพลันแล่น ว่าเป็นอาการเด่น ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายขาดสมาธิเป็นอาการเด่น โดยไม่มีอาการซนหรือหุนหันพลันแล่นชัดเจน อาการจะต้องปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และพฤติกรรมเหล่านี้รุนแรงพอที่ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน⁽⁷⁾

3. เมทิลเฟนิเดต (Methylphenidate) คือ ยาที่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นโดยองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้ผลดีและมีใช้ในประเทศไทย^(11, 23)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัยนี้

1. ทราบข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
2. ทราบถึงปัจจัยด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านการรักษาที่อาจมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตซึ่งข้อมูลการศึกษานี้จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง และอาจนำไปสู่การเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น
3. เป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ให้กับสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาการดูแลและรักษาที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3 หัวข้อ ดังนี้

1. โรคสมาธิสั้น
2. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น
3. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

1. โรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder-ADHD) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน (หรือการทำงาน) หรือการเข้าสังคมกับผู้อื่นอย่างชัดเจน กลุ่มอาการนี้ประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ (attention deficit) อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) อาการซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการซน และอาการหุนหันพลันแล่น ว่าเป็นอาการเด่น ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายขาดสมาธิเป็นอาการเด่น โดยไม่มีอาการซนหรือหุนหันพลันแล่นชัดเจน อาการจะต้องปรากฏก่อนอายุ 7 ปี และพฤติกรรมเหล่านี้รุนแรงพอที่ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน⁽⁷⁾

1.1 ระบาดวิทยา (Epidemiology)

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น การศึกษาในต่างประเทศพบความชุกร้อยละ 5-12 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-5:1⁽⁴⁾ สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1 พบสูงสุดที่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 9.7 โดยพบความชุกโรคสมาธิสั้นสูงสุดในภาคใต้ ร้อยละ 11.7 และต่ำสุดที่ภาคเหนือ ร้อยละ 5.1 จำแนกตามกลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้น พบสูงสุดคือ combined type ร้อยละ 3.8 inattentive type ร้อยละ 3.4 และต่ำสุด hyperactive/impulsive type ร้อยละ 0.9⁽²⁾

1.2 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น (Etiology)

1.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม

ปัจจุบันโรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชที่พบในเด็กมากที่สุดโรคหนึ่ง โดยพบว่าถ้าพ่อแม่ของผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นจะมีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นในบุตรสูงกว่าคนทั่วไป 2-8 เท่า และพี่น้องของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นก็มีโอกาสพบโรคสมาธิสั้นร่วมด้วยเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ในคู่แฝด (twin) พบว่าโรคสมาธิสั้นสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ร้อยละ 60-80 ซึ่งถือเป็นการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้สูงโรคหนึ่ง⁽¹¹⁾

1.2.2 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมแบ่งเป็น 3 ปัจจัย⁽²⁴⁾ คือ

1. ปัจจัยเสียงช่วงก่อนคลอด

- การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์
- การใช้แอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์
- การสัมผัสกับสารตะกั่วระหว่างตั้งครรภ์

2. ปัจจัยเสียงระหว่างคลอด

- การมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย
- การคลอดก่อนกำหนด
- การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อไวรัส
- การมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด เช่น ภาวะระบบประสาท

ส่วนกลาง สมองขาดออกซิเจนไปเลี้ยง (hypoxic-ischemic encephalopathy)

3. ปัจจัยเสียงหลังการคลอด

- ภาวะขาดธาตุเหล็กเป็นความเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคทางระบบประสาทหลาย ๆ โรค พบว่ามีรายงานถึงความสัมพันธ์ของระดับ serum ferritin ที่ต่ำกับความผิดปกติด้านการนึกคิด และปัญหาเรื่องการเรียนรู้⁽²⁴⁾

- ความทุกข์ยากทางจิตสังคม เช่น ได้รับการทารุณกรรม การถูกข่มขืน การมีสถานภาพทางสังคมต่ำ (low social class) การมีความขัดแย้งเรื้อรัง (chronic conflict) การที่มารดามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคทางจิตเวช อาจส่งผลให้เด็กเป็นโรคสมาธิสั้นมากขึ้นได้ แต่การเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เด็กเป็นโรคสมาธิสั้น แต่อาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้อาการของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเป็นรุนแรงขึ้น

- ความผิดปกติของขนาดและการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะบริเวณ prefrontal cortex, parietal cortex, basal ganglia, thalamus และ cerebellum อาจเป็นสาเหตุของโรคสมาธิสั้นได้ และพบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีปริมาตรของเนื้อสมองส่วน frontal

และ temporal lobe น้อยกว่าเด็กปกติ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีแบบแผนการ พัฒนาของสมองช้ากว่าคนที่ไม่เป็นโรคประมาณ 2-3 ปี⁽⁴⁾

1.3 การวินิจฉัย (Diagnosis)

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision (DSM-IV-TR^(4, 5))

A. อาจมีข้อ (1) หรือ (2)

(1) อาการขาดสมาธิ ต้องมี 6 ข้อ (หรือมากกว่า) ของอาการขาดสมาธิ นานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนและถึงระดับที่ทำให้ไม่อาจปรับตัวได้และไม่เป็นไปตามระดับพัฒนาการของเด็ก ดังนี้

- (a) ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียดหรือไม่รอบคอบเวลาทำงานที่โรงเรียน ทำงานหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ
- (b) มักมีความลำบากเรื่องการคุมสมาธิในการทำงานหรือการเล่น
- (c) มักดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่คนอื่นพูดกับตนอยู่
- (d) มักทำตามคำสั่งได้ไม่ครบถ้วน ทั้งงานที่โรงเรียน งานบ้าน หรือหน้าที่ในที่ทำงาน (โดยไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมต่อต้านหรือไม่เข้าใจคำสั่ง)
- (e) มักมีความลำบากในการจัดระบบงานและกิจกรรมต่าง ๆ
- (f) มักเลี่ยง ไม่ชอบ หรือลังเลที่จะร่วมในงานที่ต้องใช้ความคิด (เช่น งานที่โรงเรียน หรือ การบ้าน)
- (g) มักทำของที่จำเป็นต่องานหรือกิจกรรมหาย (เช่น ของเล่น สมุดจดการบ้าน ดินสอ หนังสือ หรือเครื่องมือ)
- (h) มักกวอกแวกไปสนใจต่อสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย
- (i) มักหลงลืมทำงานที่ต้องทำประจำวันทุกวัน

(2) อาการอยู่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น ต้องมี 6 ข้อ (หรือมากกว่า) ของอาการอยู่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น นานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนและถึงระดับที่ทำให้ไม่อาจปรับตัวได้และไม่เป็นไปตามระดับพัฒนาการของเด็ก ดังนี้

ลักษณะอาการอยู่ไม่นิ่ง

- (a) มือ เท้า มักหยุกหยิก นั่งไม่ติดเก้าอี้
- (b) มักลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานการณ์อื่นที่ต้องนั่งกับที่
- (c) มักวิ่ง หรือปีนป่ายอย่างมาก ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ (ในวัยรุ่นุ่น หรือผู้ใหญ่มีอาการอาจมีเพียงรู้สึกอยู่นิ่งไม่ได้)
- (d) มักยากที่จะเล่นหรือทำกิจกรรมอดิเรกต่าง ๆ อย่างเงียบ ๆ
- (e) มัก “พร้อมที่จะไป” หรือทำเหมือน “เครื่องยนต์ที่พร้อมจะขับไป”
- (f) มักพูดมาก

ลักษณะอาการหุนหันพลันแล่น

- (g) มักตอบคำถามก่อนที่จะถามจบ
- (h) มักล่าบากที่จะรอตตามลำดับ
- (i) มักขัดจังหวะ หรือพูดแทรกขึ้น (ระหว่างการสนทนาหรือการเล่นเกมส์)

B. อาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น หรือขาดสมาธิบางอาการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เกิดก่อนอายุ 7 ปี

C. พบความบกพร่องที่เกิดจากอาการเหล่านี้ในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง (เช่น ที่โรงเรียน [หรือที่ทำงาน] และที่บ้าน)

D. มีหลักฐานชัดเจนอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกที่ทำให้แย่งลงในกิจกรรมด้านสังคม การเรียน หรือการทำงานบกพร่องลง

E. อาการไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของการเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีพัฒนาการผิดปกติหลายด้าน ได้แก่ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการสื่อสาร และด้านการมีแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ หรือการทำกิจกรรมที่ซ้ำๆและจำกัด (Pervasive Developmental Disorder) โรควิตกกังวล (Schizophrenia) หรือ มีอาการทางจิตเภท (Psychotic Disorder) อื่น ๆ และไม่เข้าความผิดปกติทางจิต อื่น ๆ (เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน (Mood Disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ภาวะที่ความทรงจำสติสัมปชัญญะ ความรู้ตัว เอกลักษณะ และ/หรือการรับรู้สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยเสียไปหรือถูกรบกวน (Dissociative Disorder) หรือบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality Disorder)

การวินิจฉัยสามารถแบ่ง ได้ 3 ประเภท คือ

1. โรคสมาธิสั้นชนิดรวม (Combined Type): ถ้ามีเกณฑ์ครบทั้ง A1 และ A2 ซึ่งเกิดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

2. โรคสมาธิสั้นชนิดอาการขาดสมาธิเด่น (Predominantly Inattentive Type): ถ้ามีเกณฑ์ A1 ครบถ้วนแต่ไม่พบเกณฑ์ A2 ซึ่งเกิดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

3. โรคสมาธิสั้นชนิดอาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่นเด่น (Predominantly Hyperactive-Impulsive Type): ถ้ามีเกณฑ์ A2 ครบถ้วนแต่ไม่พบเกณฑ์ A1 ซึ่งเกิดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

1.4 ภาวะที่อาจพบร่วม (coexisting conditions)

ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีโรคที่พบร่วม (comorbidity) อย่างน้อย 1 โรค⁽⁷⁾ ดังตารางที่ 1 ซึ่งผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีโรคเหล่านี้ร่วมด้วยก็จำเป็นที่จะต้องรักษาควบคู่กันไป

ตารางที่ 1 โรคที่อาจพบร่วมกับโรคสมาธิสั้น

โรคที่พบร่วม	ร้อยละ
โรคดื้อ (Oppositional defiant disorder)	40
โรควิตกกังวล (Anxiety disorders)	20-30
ภาวะบกพร่องในทักษะการเรียนรู้ (Learning disorders)	20-25
โรคอารมณ์แปรปรวน (Mood disorders)	20-30
โรคความประพฤติผิด (Conduct disorder)	20-30
การติดยาเสพติด (Substance use disorders)	10-20
ภาวะมีการกระตุกของกล้ามเนื้อ (Tic disorders)	5-10

1.5 การรักษา (Treatment)

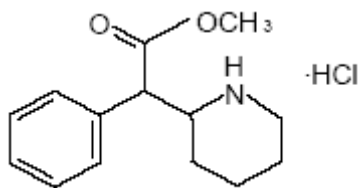
ควรมีการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ปกครองโดยเน้นความจำเป็นที่ติดตามดูแลต่อเนื่องในระยะยาวเสมือนการรักษาโรคเรื้อรัง⁽¹⁵⁾ ชนิดอื่น ๆ เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน เป็นต้น และใช้การรักษาแบบผสมผสาน ทั้งทางด้านจิตใจ การปรับสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยในการปรับตัวของเด็ก การช่วยเหลือด้านการเรียน การรักษาภาวะอื่นที่พบร่วมด้วย การใช้ยารักษาเมื่อมีความจำเป็น และการติดตามประเมินแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้น

เป้าหมายในการรักษาโรคสมาธิสั้น⁽⁹⁾

- ลดอาการหลักของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ มีอาการหุนหันพลันแล่นลดลง มีความยับยั้งชั่งใจ มีสมาธิเพิ่มมากขึ้น และอยู่นิ่งขึ้น สงบลง
- ทำให้โรคร่วม (ถ้ามี) บรรเทาลง เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า ปัญหาเรื่องอารมณ์ไม่คงที่ โรคออทิซึม (Autism spectrum disorders) และโรค Tourette's syndrome
- สร้างความเข้าใจในโรคสมาธิสั้น แสดงให้เห็นคุณค่าของตัวเองและของผู้อื่น
- การปรับปรุงความสัมพันธ์ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นกับเพื่อนที่โรงเรียนและการทำกิจกรรมที่โรงเรียน ได้แก่ การส่งเสริมการตั้งเป้าหมายของการเรียนที่เด็กสามารถทำได้จริง ลดการปฏิเสธจากเพื่อน

1.5.1 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นในทุกกลุ่มอาการ รวมถึงผลการเรียน ทักษะทางสังคม และยังช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้นมีหลายชนิดที่พบในประเทศไทย⁽¹¹⁾ เช่น Methylphenidate Atomoxetine Imipramine Clomipramine Fluoxetine Venlafaxine Clonidine Carbamazepine Valproate Phenytoin Thioridazine Haloperidol Risperidone Propranolol เป็นต้น ยาที่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นโดยองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้ผลดี และมีใช้ในประเทศไทย^(11, 23) ได้แก่ Methylphenidate และ Atomoxetine ในการศึกษาครั้งนี้จึงจะขอกกล่าวถึงเฉพาะยาเมทิลเฟนิเดต (Methylphenidate) เท่านั้น เนื่องจาก Atomoxetine เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ สิทธิการเข้าถึงยาของผู้ป่วยยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะยาเมทิลเฟนิเดต ซึ่งเป็นยาตัวแรกที่แพทย์พิจารณาใช้ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้ทุกสิทธิ (ยกเว้นตัวยาออกฤทธิ์เนิ่น) และมีความปลอดภัย



รูปที่ 1 โครงสร้างของยา Methylphenidate hydrochloride

ชื่อสามัญ : Methylphenidate hydrochloride

ชื่อการค้า :

- Ritalin[®] Rubifen[®] 10 มิลลิกรัม (ยาเม็ดชนิดที่ออกฤทธิ์ทันที)
- Concerta[®] 18 มิลลิกรัม 27 มิลลิกรัม 36 มิลลิกรัม 54 มิลลิกรัม (ยาเม็ดที่ควบคุมการปลดปล่อยยา)

ปลดปล่อยยา)

ข้อบ่งใช้⁽²⁵⁾ :

- รักษาโรคสมาธิสั้น (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)
- ใช้รักษาโรคนอนหลับมากเกินไป หรือภาวะง่วงหลับ (narcolepsy)
- รักษาโรคซึมเศร้า (depression)

ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา (Pharmacology)⁽²³⁾ :

เมทิลเฟนิเดต เป็นสารที่กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง กลไกการออกฤทธิ์ในการรักษา ยังไม่ทราบอย่างแน่ชัด อาจเกิดจากการเลือกยับยั้งเซลล์ประสาท presynaptic transporters ทำให้เกิดการเก็บสารสื่อประสาทกลับคืน (reuptake) ผลการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางอาจเกิดจากการเพิ่มระดับ norepinephrine และ dopamine ใน synapse ส่งผลให้เพิ่มสารส่งผ่านประสาทสู่ extraneuronal space และยับยั้งการเก็บกลับใน presynaptic neuron ในก้านสมองส่วน arousal system และ cortex

เมทิลเฟนิเดต เป็นสาร Racemic mixture ที่ประกอบด้วย D-isomer และ L-isomer โดย D-isomer จะมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยามากกว่า L-isomer

เภสัชจลนศาสตร์⁽²⁶⁾ :

- ชีวประสิทธิผลของยา (Bioavailability) : มากกว่าร้อยละ 90
- ระดับยาที่สูงสุดในเลือด (Peak plasma level) : ยาเม็ดชนิดที่ออกฤทธิ์ทันที 0.3-4 ชั่วโมง ถ้าเป็นยาเม็ดที่ควบคุมการปลดปล่อย ระดับยาสูงสุดครั้งแรกในชั่วโมงที่ 1 และระดับยาสูงสุดครั้งที่ 2 ในชั่วโมงที่ 6.8
- จับกับโปรตีนในพลาสมา (Protein binding) : ร้อยละ 8-15
- ความเร็วในการออกฤทธิ์ (Onset of effect) : 0.5-2 ชั่วโมง ยาถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารได้ช้าและไม่สมบูรณ์
- ค่าครึ่งชีวิตของยา (Plasma half-life) : ยาเม็ดชนิดที่ออกฤทธิ์ทันที โดยเฉลี่ย 2.9 ชั่วโมง (อยู่ในช่วง 2-4 ชั่วโมง) ส่วนยาเม็ดที่ควบคุมการปลดปล่อยยาโดยเฉลี่ย 3.4 ชั่วโมง
- ระยะเวลาออกฤทธิ์ของยา (Duration of action) : Ritalin[®] Rubifen[®] ระยะเวลาออกฤทธิ์ 3-5 ชั่วโมง หลังรับประทานยา 0.5-1 ชั่วโมง ส่วน Concerta[®] ระยะเวลาออกฤทธิ์ 8-12 ชั่วโมง หลังรับประทานยา 1 ชั่วโมง
- กระบวนการสร้างและสลาย (Metabolism) : กระบวนการสร้างและสลายโดยใช้ CYP2D6 และมีฤทธิ์ยับยั้ง CYP2D6 และ CYP2C9 และใช้กระบวนการ de-esterification เป็น ritalinic acid ซึ่งมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาน้อยมาก ถูกขับออกทางปัสสาวะประมาณร้อยละ 78-97 ภายใน 48-96 ชั่วโมงในรูปแบบ metabolite และถูกขับออกทางอุจจาระ ประมาณร้อยละ 1-3

วิธีใช้ยา :

Ritalin[®] Rubifen[®] ควรแบ่งรับประทานเป็นวันละ 2-3 ครั้ง ก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ เข้ากลางวัน และก่อนเวลา 16.00 น. ควรรับประทานยามื้อสุดท้ายของวันห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อย 5 ชั่วโมง เพื่อป้องกันยาออกฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ สามารถแบ่งเม็ดยาได้

Concerta[®] รับประทานวันละ 1 ครั้ง ในตอนเช้า ก่อนอาหารหรือหลังอาหารก็ได้ ควรรับประทานยามื้อสุดท้ายของวันห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันยาออกฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ ห้ามบดแบ่งหรือเคี้ยวเม็ดยา

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา^(23, 25) :

1. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ได้แก่ ร้อยละ 28 พบว่ามีมึนงง ตื่นเต้นง่าย (Nervousness) อาการวิตกกังวล (Anxiety) และอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) ร้อยละ 26 มีอาการกระสับกระส่าย (Restlessness) และการถูกกระตุ้น (Activation) กล่าวคือต้องถูกกระตุ้นจึงจะมีปฏิสัมพันธ์ตอบรับ ร้อยละ 14 มีอาการปวดศีรษะ และพบมากถึงร้อยละ 10 มี

อาการร้องไห้ฟูมฟาย (Tearfulness) อาการครึ่งหลับครึ่งตื่น (Drowsiness) การกลับมาเป็นโรค ซึมเศร้าซ้ำ (Rebound depression) อาจเป็นโรคจิตเภทได้ (rarely psychosis) โรค Tourette's syndrome ภาวะที่มีการกระตุกของกล้ามเนื้อ (Tics) (ส่วนมากเกิดเมื่อปริมาณยาสูง) พบน้อยกว่า ร้อยละ 10 คือ แยกตัวออกจากสังคม (Social withdrawal) ปัญญาทึบ (Dullness) เศร้า (Sadness) และอารมณ์แปรปรวน (Irritability)

2. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system) ได้แก่ อาการปวดท้อง คลื่นไส้ ความอยากอาหารลดลง (Anorexia) มีรายงานร้อยละ 41 ขึ้นกับขนาดของยา] น้ำหนักลด และ สำหรับ Concerta[®] อาจมีปัญหาได้ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการตีบแคบของทางเดินอาหาร เนื่องจาก เม็ดยาอยู่ในรูปแบบที่ไม่ย่อยสลายหรือเปลี่ยนรูปแบบในระบบทางเดินอาหาร

3. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) ได้แก่ อัตราการเต้นของ หัวใจและความดันโลหิตเพิ่มขึ้นตั้งแต่เริ่มใช้ยา อาจมีอาการเวียนศีรษะ (Dizziness) ความดันโลหิต ลดลง (Hypotension) หัวใจเต้นเร็ว (Palpitation)

4. ผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) อาการไม่พึงประสงค์จาก การต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic) คือ อาการปากแห้ง ตามองไม่ชัด

5. ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ได้แก่ ยาอาจทำให้การเจริญเติบโตช้าลง (ส่วนสูงและน้ำหนัก) ผู้ป่วยเด็กที่ใช้ยาเป็นระยะเวลานานควรติดตามการเจริญเติบโตเป็นพิเศษ หาก น้ำหนักหรือส่วนสูงไม่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ควรหยุดยา

6. ผลต่อการแพ้ (Allergic) ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เช่น คออักเสบ (Pharyngitis) พบร้อยละ 4 ไซนัสอักเสบ (ร้อยละ 3) ไอ (ร้อยละ 4) อาการผื่นแพ้ (Rash) เม็ดเลือด ขาวต่ำ (Leukopenia) โลหิตจาง (Anemia) ผื่นร่วม ความผิดปกติของระบบเลือด (Blood dyscrasias)

7. อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย^(23, 25, 27-29) ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำมา สร้างแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทิลเฟนิเดตคือ

- อาการเบื่ออาหาร
- อารมณ์แปรปรวน
- นอนไม่หลับ
- ปวดศีรษะ
- หลับ ๆ ตื่น ๆ ตอนกลางคืน
- น้ำหนักลดลง
- ปวดท้อง

- เชื่องซึม ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชา
- ภาวะที่มีการกระตุกของกล้ามเนื้อ (Tics)
- แยกตัวออกจากสังคม
- เวียนศีรษะ
- ปากแห้ง
- ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว
- มีพฤติกรรมก้าวร้าว
- คลื่นไส้ อาเจียน

ปฏิกิริยาระหว่างยา

ระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาหากให้ยาเมทิลเฟนิเดต ร่วมกับ

1. ยากลุ่ม anticholinergics หรือยาอื่นที่มีฤทธิ์ anticholinergic เพราะจะเพิ่มอาการไม่พึงประสงค์ของ anticholinergics เช่น ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก
2. ยาที่ถูกยับยั้งการ metabolize ด้วยยาเมทิลเฟนิเดต เพราะอาจทำให้เกิดพิษของยา ได้แก่
 - 2.1 ยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลุ่ม coumarin
 - 2.2 phenylbutazone
 - 2.3 ยากันชักบางชนิด เช่น phenytoin phenobarbital และ primidone
 - 2.4 ยาแก้ซึมเศร้ากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) และกลุ่ม tricyclic antidepressants โดยเฉพาะอย่างยิ่ง desipramine และ imipramine ดังนั้นการใช้ร่วมกันจึงต้องปรับขนาดของยาลง
3. ยาลดความดันเลือด และยาขับปัสสาวะที่ใช้เพื่อการลดความดันเลือด เนื่องจากยาเมทิลเฟนิเดต จะต้านฤทธิ์ลดความดันเลือด จึงต้องปรับขนาดของยาลดความดันเลือดให้เหมาะสม
4. ยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพราะยาเมทิลเฟนิเดตเสริมฤทธิ์กระตุ้นประสาท จึงทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล นอนไม่หลับ ชัก และหัวใจเต้นผิดจังหวะ
5. monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) เช่น furazolidone procarbazine และ selegiline เป็นต้น หรือผู้ที่เคยได้รับยา MAOIs และหยุดยา MAOIs ไม่นเกิน 2 สัปดาห์ เพราะอาจทำให้เกิดอาการความดันเลือดสูงแบบวิกฤต
6. ยาลดกรดในกระเพาะ (antacid) เนื่องจากจะไปรบกวนการปลดปล่อยยาเมทิลเฟนิเดต

เมทิลเฟนิเดต^(23, 25, 26) ในประเทศไทยมี 2 รูปแบบคือ

1. Ritalin[®] Rubifen[®] [Methylphenidate immediate release (ชนิดออกฤทธิ์ทันที)]
2. Concerta[®] [Methylphenidate OROS: Oral release osmotic system (ชนิดออกฤทธิ์เนิ่น)]

โดยจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2 ซึ่งไม่แนะนำให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี และควรหยุดใช้ยาหากใช้ยาต่อเนื่อง 1 เดือนแล้วอาการไม่ดีขึ้น⁽²⁵⁾

- เมทิลเฟนิเดตชนิดออกฤทธิ์ทันที

ขนาดยา : เริ่มต้นที่ 2.5 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2-3 ครั้ง ก่อนอาหารหรือหลังอาหารก็ได้ และค่อย ๆ ปรับขนาดยาสัปดาห์ละ 2.5-5 มิลลิกรัม ปรับตามอาการของผู้ป่วย ขนาดยาที่ใช้ทั่วไปคือ 5-60 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ 0.25-1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ขนาดยาที่มากกว่า 60 มิลลิกรัมต่อวันมีผลประโยชน์เล็กน้อยมาก แม้ว่ายานี้ยังไม่ได้มีการรับรองให้ใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี แต่ในปัจจุบันได้มีข้อมูลการศึกษาในเด็กอายุ 3-5 ปี ที่แสดงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย แต่อาจพบผลข้างเคียงได้ง่ายกว่าเด็กโต โดยเริ่มยาที่ขนาดต่ำ เช่น 2.5 มิลลิกรัมต่อครั้ง และปรับยาอย่างระมัดระวัง โดยขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 30 มิลลิกรัมต่อวัน^(7, 30)

รูปแบบยา : ยาเม็ดขนาด 10 มิลลิกรัมสามารถหัก บด และแบ่งเม็ดยาได้

- เมทิลเฟนิเดตชนิดออกฤทธิ์เนิ่น

ขนาดยา : เริ่มต้นที่ 18 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้งตอนเช้า ก่อนอาหารหรือหลังอาหารก็ได้ และค่อย ๆ ปรับขนาดยาทุกสัปดาห์ โดยให้ได้สูงสุดไม่เกิน 54 มิลลิกรัมต่อวัน ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี หรือที่ 72 มิลลิกรัมต่อวันในเด็กวัยรุ่นที่อายุ 13 - 17 ปี (ไม่เกิน 2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม) ควรรับประทานยามื้อสุดท้ายของวันห่างจากเวลาเข้านอนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันยาออกฤทธิ์รบกวนการนอนหลับ

รูปแบบยา : ยาแคปซูลขนาด 18 มิลลิกรัม 27 มิลลิกรัม 36 มิลลิกรัม และ 54 มิลลิกรัม ห้ามบด แบ่งหรือเคี้ยวเม็ดยา

1.5.2 การบำบัดทางจิตวิทยา⁽⁷⁾ (Psychological Treatment)

การรักษาด้วยยาซึ่งเป็นการรักษาหลักนั้นมีข้อมูลสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการของโรคสมาธิสั้น แต่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจจะต้องใช้การรักษาอื่นเพื่อช่วยเหลือทั้งจากอาการของโรค และโรคร่วม การบำบัดทางจิตวิทยานี้มีหลากหลาย แต่ที่มีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง ได้แก่

- การฝึกพ่อแม่ในการจัดการกับพฤติกรรมเด็ก (Parent training in behavioral management) มีส่วนช่วยเด็กทั้งเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและไม่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยให้ความรู้และ

ฝึกทักษะให้แก่พ่อแม่ในการใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม โดยการให้แรงเสริมเพื่อเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการ และลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ แม้จะมีข้อมูลสนับสนุนดี แต่ถ้าผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ หรือเด็กไม่ให้ความร่วมมือก็อาจจะไม่ได้ผล

- การฝึกครูในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กในห้องเรียน (Teacher training in classroom behavior management)

- การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy (CBT)) เป็นการฝึกทักษะโดยการปรับพฤติกรรมต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่เป็นผลตามมาจากโรคสมาธิสั้น ช่วยทำอาการของผู้ป่วยดีขึ้นได้

- การฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) มีการฝึกหลายด้าน พบว่าการฝึกทักษะทางสังคมแบบรายบุคคลจะไม่ได้ผล เนื่องจากผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นขาดทักษะในการสังเกตตนเอง การฝึกเป็นกลุ่มจะช่วยให้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาแสดงออกมาและได้รับการแก้ไขผ่านกระบวนการแบบจำลอง (modeling) กระบวนการปฏิบัติ (practice) กระบวนการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) และการเสริมแรงตามสถานการณ์ (contingent reinforcement)

- แผนการเรียนรายบุคคล (Individual educational plan (IEP)) เป็นการออกแบบการเรียนรู้อันเหมาะสมกับเด็กเป็นรายบุคคล เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม และมีการพัฒนาทักษะความสามารถอย่างเต็มศักยภาพมากที่สุด

- การฝึกฝนที่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (Working memory training in ADHD) เป็นทักษะขั้นสูงของสมองที่จะควบคุมสมาธิ ความจำ การคิดวิเคราะห์ การวางแผน รวมถึงความรอบคอบ ให้สามารถมีสมาธิ และจดจำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เด็กกำลังจะทำ ซึ่งพบว่าเด็กสมาธิสั้นจะบกพร่องที่สมองส่วนนี้

1.5.3 การรักษาทางเลือก (Alternative treatment)⁽⁷⁾ ได้แก่

- การจำกัดอาหาร (Restricted elimination diet) จากความเชื่อที่ว่าสารอาหารบางชนิดทำให้เกิดอาการของโรคสมาธิสั้น จึงมีการหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด เช่น น้ำตาล แป้ง สารผสมอาหาร เป็นต้น แต่จากผลการศึกษาพบว่าไม่ได้ผล

- การเสริมสารอาหารต่างๆ (Nutritional Supplementations) เช่น สังกะสี เหล็ก Omega-3 fatty acid (Fish oil DHA flaxseed oil) Acetyl-L carnitine สารสกัดแปะก๊วย (Ginkgo) สารสกัดจากเปลือกสน (Pycnogenol) St. John's wort Ningdong granule (NDG)

- การฝังเข็ม (Acupuncture) เป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยองค์ประกอบของร่างกาย 2 ส่วน คือ หยินและหยาง หากมีการเจ็บป่วยแสดงถึงความไม่สมดุลของทั้ง 2 ส่วน ปัจจุบันมีการฝังเข็มเพื่อเพิ่มสมาธิ และลดอาการนอน อยู่ไม่นิ่งในเด็กสมาธิสั้น

- การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกสมาธิแบบปรมาตม์ (Transcendental meditation) สามารถช่วยให้เด็กนั่งนิ่งขึ้น มีสมาธิในการเรียน และการทำงานที่ยาวนานขึ้น

1.6 การพยากรณ์โรค

พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นยังคงมีอาการจนถึงวัยผู้ใหญ่ และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วยมีอาการจนถึงวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 10 แต่หากเป็นผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วยอาจมีอาการจนถึงวัยผู้ใหญ่ได้สูงถึงร้อยละ 60⁽⁴⁾



2. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

ปัญหาการใช้ยาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ในวารสารต่างประเทศมีการใช้คำศัพท์หลายคำที่มีความหมายด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยา คำศัพท์ที่พบได้แก่ compliance adherence concordance co-operation mutuality และ therapeutic alliance คำศัพท์เหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย บทบาทของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาโรค และความร่วมมือของผู้ป่วยกับผู้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล⁽³¹⁾ แต่ในงานวิจัยนี้จะใช้คำว่า Adherence หรือ Non-adherence

ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) หมายถึง ผู้ป่วยใช้ยาตามคำสั่งใช้ยาที่เกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์ผู้สั่งใช้ยา และผู้ป่วย โดยคำสั่งใช้นั้นเป็นความเต็มใจของผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาหนึ่งของการรักษา⁽²²⁾

ผลที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย⁽³²⁾

เมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำนั้น จะมีผลเสียเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งหากแบ่งตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้การรักษาผู้ป่วย (outcome of drug therapy) จะแบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ผลลัพธ์ผลลัพธ์ด้านคลินิก ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ และผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยา (Clinical Economic and Humanistic outcomes) ได้แก่

1. ผลลัพธ์ด้านคลินิก (Clinical outcomes) อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษาล้มเหลว หรือกรณีหยุดยาปฏิชีวนะก่อนกำหนดอาจทำให้เชื้อดื้อยาได้ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นยาที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่มากขึ้น

2. ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic outcomes) มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและค่าใช้จ่ายทางอ้อม ค่าใช้จ่ายทางตรงเกิดจากการที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ อาจมีการสั่งใช้ยาที่มีราคาแพงขึ้น และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเกิดจากการเสียเวลาทั้งของบุคลากรทางการแพทย์และของผู้ป่วยแทนที่จะใช้เวลาของตนไปปฏิบัติงานอื่นอย่างเต็มความสามารถกลับต้องใช้เวลาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

3. ผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยา (Humanistic outcomes) เป็นผลที่ตามมาของโรคหรือผลการรักษาต่อสถานะของผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือ คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นต้น

บทบาทของเภสัชกรในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย^(31, 33)

เภสัชกร เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ยาเพื่อให้การใช้ยาเหมาะสม เกิดประสิทธิภาพ และเภสัชกรเองยังสามารถลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ โดยการประเมินแนวโน้มความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจากนั้นจึงหาวิธีการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งวิธีที่ประสบความสำเร็จในการลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาควรจะดำเนินการหลายวิธีร่วมกัน ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้คำแนะนำทั้งกับผู้ป่วยเองและครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์เตือนความจำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา เป็นต้น

วิธีการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยา^(32, 34)

การประเมินว่าผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่นั้นทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไปดังนี้

1. วิธีประเมินโดยตรง (Direct methods) ได้แก่

1.1 การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งค่อนข้างแม่นยำ แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำตลอดเวลา และผู้ป่วยเองอาจสามารถซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนตามปกติ

1.2 การดูปริมาณยาในร่างกาย โดยการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะหรือน้ำลาย แล้วนำส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา หรือการตรวจวัด Biological marker ต่างๆ ลักษณะการวิเคราะห์วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ ขึ้นกับความไวของการทดสอบ และยังขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายชนิด เช่น สูตรตำรับยา ระบบการดูดซึม การย่อย ระบบกระบวนการสร้างและสลาย การขับถ่าย การทำงานของไตของผู้ป่วยอีกด้วย

2. วิธีประเมินโดยอ้อม (Indirect methods) ได้แก่

2.1 การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง (Self report) เป็นวิธีที่ง่าย สะดวกกับผู้ป่วย แต่วิธีนี้ยังไม่น่าเชื่อถือนักเพราะขึ้นกับผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้ป่วยอาจไม่ลงบันทึก หรือบันทึกไม่ตรงกับความ เป็นจริง

2.2 การดูปริมาณยาที่ใช้หรือยาที่เหลือ (Pill count) อาจทำได้โดยการวัดปริมาณยาที่เหลือ โดยการนับ การตวง โดยให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดง หรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นวิธีที่นิยม ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ยาที่ผู้ป่วยมานับอาจไม่ใช่ยาที่เหลือทั้งหมดจริงๆ

2.3 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เพื่อบันทึกการกรายการยาที่ใช้ ตัวอย่างได้แก่ Nebulizer Chronolog ซึ่งเป็นอุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์ขนาดเล็กใช้ในการติดตามการใช้ยาพ่นของ ผู้ป่วยโรคหอบหืด ที่มีกลไกในการบันทึกเวลาและวันที่ผู้ป่วยใช้ยาไว้ด้วยความแม่นยำ แต่ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ดังกล่าวมีราคาแพง มักจะนิยมใช้เพียงในการทำวิจัยเท่านั้น

2.4. อัตราการมารับยาตามนัดของผู้ป่วย (Medication refill rate) เช่น การมารับยา หรือ มาตรวจตามนัดซึ่งทำได้ง่าย แต่ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือผู้ที่ไม่มาตามนัดจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

2.5. การวัดผลการรักษาหรือผลของยาที่เกิดขึ้น (Therapeutic outcome) เช่น ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ค่าไขมันในเลือด เป็นต้น วิธีนี้ทำได้ง่ายแต่ค่าพารามิเตอร์ต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนผลของยาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับกับการเปลี่ยนแปลงยา และ ภาวะของร่างกายในขณะนั้น ๆ จึงไม่อาจนำผลมาสรุปทันทีว่า ผลการรักษาหรือผลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.6. การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม⁽³⁵⁾ (Interview หรือ questionnaires) สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก ใช้เวลาไม่มาก และค่าใช้จ่ายน้อย แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวัดตัวแปรที่สำคัญ การสร้างแบบสอบถามและการออกแบบสอบถามนั้นต้องอาศัยความชัดเจนของผู้วิจัยว่าตัวแปรที่จะวัดนั้นมีธรรมชาติของข้อมูลเป็นอย่างไร และต้องอาศัยความละเอียดอ่อนของผู้วิจัยในการใส่ใจผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่ว่าจะเป็น ความเข้าใจ ความอ่อนไหวต่อการถูกถาม โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเที่ยงตรงที่สุด⁽³⁶⁾ แต่ข้อจำกัดของวิธีการนี้ คือ ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความชำนาญและไม่ใช้คำถามในลักษณะจับผิด ควรระมัดระวังการที่ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ตอบข้อเท็จจริง หรือเกิดเบื่อหน่าย ถ้ามีข้อคำถามมากเกินไป⁽³²⁾

จากวิธีที่กล่าวมาข้างต้นที่ใช้ในการประเมินความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่ามีอยู่หลายวิธี แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้การสัมภาษณ์โดยตรงร่วมกับการใช้แบบสอบถามควบคู่กันไป โดยจะสัมภาษณ์ทั้งผู้ปกครองและตัวผู้ป่วย อีกทั้งให้โอกาสผู้ปกครองหรือตัวผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ได้นอกเหนือจากการสัมภาษณ์โดยตรงและแบบสอบถาม⁽³⁵⁾ เพื่อวัดความร่วมมือ และหาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยการสร้างแบบสัมภาษณ์ทัศนคติในการรับประทานยาเมทิลเฟนิเดตของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น และทัศนคติการใช้ยากับเด็กสมาธิสั้นได้มีการนำทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) มาใช้ในการออกแบบสอบถาม

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งประกอบด้วยหลากหลายปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของด้านผู้ป่วย (Patient-related) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental-related) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของด้านการรักษา (Medication-related)⁽⁹⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ (Gender) อายุ (Age) สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) จิตพยาธิวิทยา (Psychopathology) เป็นการรวมความแปรปรวนชนิดต่าง ๆ นอกเหนือไปจากที่คนส่วนมากคิดว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจ (Mental illness) เช่น การติดเหล้า การติดสารเสพติด การพูดเท็จซ้ำแล้วซ้ำอีก และอาการทางร่างกายที่มีสาเหตุมาจากปัญหาทางอารมณ์ อาจกล่าวได้ว่า จิตพยาธิวิทยา เป็นเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่ปรกติของคนเรา อาการและความรุนแรงของโรค (Stage of illness and severity of symptoms) ความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) การทำหน้าที่โดยภาพรวมของผู้ป่วย (Global functioning) ได้แก่ การทำหน้าที่ทางอาชีพ การทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ทางจิตวิทยา โรคร่วม (Comorbidity) ทักษะทัศนคติส่วนตัว (Personal attitudes) การศึกษาและข้อมูลที่ได้รับ (Education and information) การหยั่งรู้ (Insight) การรับรู้ในเรื่องค่ารักษาและประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived costs/benefits)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของด้านสิ่งแวดล้อม⁽³³⁾ ประกอบด้วย ปัจจัยย่อย ๆ อีก 5 ปัจจัย คือ

- แพทย์ผู้ทำการรักษา (Clinician) ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับแพทย์ผู้ทำการรักษา (Patient-doctor relationship) การสนับสนุนจากแพทย์ผู้ทำการรักษา (Support) การอธิบายให้ความรู้กับผู้ป่วยที่ง่ายกับการเข้าใจ (Education/simplicity of explanation) ความถี่ในการพบแพทย์ (Frequency of visits) ทักษะทัศนคติและคุณลักษณะของแพทย์ (Doctor's characteristics and attitudes)

- ครอบครัว (Family) ประกอบด้วย การสนับสนุนและความเชื่อของครอบครัว (Family support and beliefs) ครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ (Family dysfunction)

- สังคม (Society) ประกอบด้วย ความคิด (Thoughts) ที่มีต่อโรคสมาธิสั้นของสังคม บทบาทของสื่อชนิดต่าง ๆ (Role of media)

- ความสัมพันธ์กับเพื่อน

- ความสัมพันธ์กับคุณครู

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของด้านการรักษา ประกอบด้วย ความซับซ้อนในการรักษาตามหลักเกณฑ์ (Complexity of drug regimen) ตารางการนัดพบแพทย์ (Scheduling of appointments) การนิเทศการรักษา (Medication supervision) เป็นการช่วยเหลือ แนะนำที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การเจรจาต่อรองที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (Negotiation of treatment) ชนิดของการรักษา (Type of treatment) การตอบสนองต่อยา (Clinical response) รวมถึงผลข้างเคียงของยาด้วย ค่าใช้จ่ายในการรักษา (Costs)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยากลับที่กระตุ้นสมอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การคาดคะเนความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น	การคาดคะเนความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง
พ่อแม่/ครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบครัวมีพ่อแม่ครบทั้ง 2 คน* - สถานภาพเศรษฐกิจสูง - ความเชื่อว่ายาที่ใช้มีความปลอดภัย และโรคสมาธิสั้นเป็นโรคชนิดหนึ่ง 	<ul style="list-style-type: none"> - พ่อแม่สูงอายุ - ปัญหาระหว่างพ่อแม่และเด็กที่เพิ่มขึ้น - ความเชื่อว่าอาการที่เป็นไม่ใช่โรค - ไม่เชื่อใจในระบบการรักษาพยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - รักษาในศูนย์การแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีอุปสรรคในการใช้บริการสุขภาพ เช่น ขอบเขตที่การประกันภัยครอบคลุมไม่ถึง - ขาดพยาบาลประจำศูนย์การรักษาในชุมชน
เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น	<ul style="list-style-type: none"> - มีประวัติในการใช้ยากลับกระตุ้นสมองมาก่อน - Caucasian - เพศชาย* - อาการของโรคเพิ่มรุนแรงขึ้น - Combined subtype - มีโรคร่วม เช่น โรคติ้อ โรคซึมเศร้า โรคพัฒนาการช้า โรควิตก 	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กที่อายุมากเมื่อได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น - มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมาธิสั้น - ปัญหาพฤติกรรมรุนแรงที่บ้าน - เด็กที่ไม่เต็มใจในการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การคาดคะเนความร่วมมือในการ ใช้ยาที่เพิ่มขึ้น	การคาดคะเนความร่วมมือในการ ใช้ยาที่ลดลง
	กังวล ทักษะทางสังคมไม่ดี	
ยาที่ใช้ในการรักษา	- สูตรยาที่ออกฤทธิ์ได้ยาวนาน	- ยาที่ใช้รักษาขาดประสิทธิภาพ - ได้รับผลข้างเคียงจากยา - การบริหารยาหลายมือ - มีैयाที่ไปรับประทานที่โรงเรียน

* คือมีบางการศึกษาที่ความร่วมมือในการใช้ยาอาจเพิ่มขึ้น หรือมีบางการศึกษารายงานผลว่าไม่เพิ่มหรือลดความร่วมมือในการใช้ยาทั้งคู่

จากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้คือ

- อายุของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Fine และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ประเมินระดับความร่วมมือในการใช้ยา อาการดีขึ้นจากการใช้ยา และความพึงพอใจในการรักษาพบว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งร้อยละ 19 เมื่อแยกตามช่วงอายุ 6-12 ปีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 10 อาการดีขึ้นจากการใช้ยาร้อยละ 82.9 ช่วงอายุ 13-18 ปีความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 23 อาการดีขึ้นจากการใช้ยาร้อยละ 71.4 แต่ต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่ากลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปีมีความร่วมมือในการใช้ยาและอาการที่ดีขึ้นหลังจากการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มเด็กอายุ 13-18 ปี และจากการศึกษาของ Charach⁽³⁷⁾ พบว่าเด็กที่มีอายุมากขึ้นจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง

- เพศของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Charach และคณะ⁽³³⁾ พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเพศชายมีการคาดคะเนความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงขึ้น แต่ในบางการศึกษาพบว่าเพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าเพศชาย

- อายุของผู้ปกครอง จากการศึกษาของ Charach⁽³⁷⁾ พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุมากขึ้นจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง ซึ่งต่างกับการศึกษาในประเทศไทยของมาศมณี⁽¹⁸⁾ พบว่าผู้ปกครองที่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งระดับสูง (ทัศนคติที่ดี) และมีอายุมากขึ้นจะให้ความร่วมมือในการดูแลเรื่องการให้ยาของเด็กมากกว่าผู้ปกครอง ที่มีลักษณะตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- ความสามารถในการกลืนยาเม็ดของผู้ป่วย (ปัญหาในการกลืนยา) เนื่องจากรูปแบบของยาเมทิลเฟนิเดตในประเทศไทยนั้นมีเพียงรูปแบบยาเม็ดไม่มีรูปแบบยาน้ำเช่นในต่างประเทศ ดังนั้นผู้ป่วยบางรายจะมีปัญหาเรื่องการกลืนเม็ดยา จากการศึกษาของ Beck และคณะ⁽³⁸⁾ พบว่าปัญหาในการกลืนยาของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคหนึ่งของการร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Diamond และคณะ⁽³⁹⁾ พบว่าผู้ปกครองจะแก้ไขปัญหการกลืนยาเม็ดด้วยหลากหลายวิธี เช่น การเคี้ยวยาก่อนกลืน การวางเม็ดยาให้ลึกลงใน การป้อนยาไปกับอาหาร การบดยาใส่ในกล้วย การกลืนพร้อมน้ำหรือขนมปัง การใช้สโตรเบอร์ช่วยในการกลืนยา เป็นต้น การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้สเปรย์ช่วยกลืนยา (Pill Glide Spray) ไม่ว่าจะเป็กลืนสั้มหรือสโตรเบอร์ สามารถช่วยให้เด็กช่วงอายุ 9-17 ปีจำนวน 11 คนที่ไม่สามารถกลืนยาตัวเอง สามารถกลืนยาได้ 7 คน และการศึกษาของ Beck และคณะ⁽³⁸⁾ ยังแสดงให้เห็นว่าการนำเด็กสมาธิสั้นที่ไม่สามารถกลืนยาตัวเอง 4 คนมาเข้าโปรแกรมฝึกการกลืนยาเปรียบเทียบกับเด็กออทิสซึมที่ไม่สามารถกลืนยาตัวเอง เมื่อจบโปรแกรมการฝึกกลืนยาพบว่าเด็กสมาธิสั้นสามารถกลืนยาตัวเองทุกคน แต่เด็กออทิสซึมสามารถกลืนยาได้เพียง 2 คน จะเห็นได้ว่าการกลืนยาเม็ดของผู้ป่วยได้เองนั้นสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้

- ทักษะในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น จากการศึกษาของ Dodson⁽⁴⁰⁾ พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาเนื่องจากขาดความเข้าใจในเรื่องการรับประทานยาไปเพื่ออะไรหรือไม่ทราบว่ายา สามารถช่วยป้องกันโรคที่อาจเกิดร่วมซึ่งมีความร้ายแรงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติในแง่ลบกับการรับใช้ยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ferrin และคณะ⁽⁴¹⁾ พบว่าการปรับทัศนคติในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยให้เป็นแง่บวก และส่งเสริมให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้นเพื่อลบล้างความเชื่อที่ไม่ถูกต้องจะช่วยป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

- ทักษะที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง จากการศึกษาของมาศมณี⁽¹⁸⁾ พบว่าผู้ปกครองที่มีทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นระดับสูง (ทัศนคติที่ดี) และมีอายุมากจะให้ความร่วมมือในการดูแลเรื่องการให้ยาของเด็กมากกว่าผู้ปกครองที่มีลักษณะตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาของ Itai และคณะ⁽⁴²⁾ ได้แสดงให้เห็นว่าทัศนคติในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตเป็นปัจจัยหลักในการก่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ปกครอง และผู้ป่วยที่มีความกังวลในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต และได้รับข้อมูลในด้านลบมาก่อนที่จะได้รับยาเมทิลเฟนิเดตจากแหล่งต่าง ๆ ทำให้ผู้ปกครองพาผู้ป่วยมารักษาช้าลง นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากรักษา 23.5 เดือนแล้วประสบการณ์เรื่องความปลอดภัย และประสิทธิภาพของยาเมทิลเฟนิเดตเป็นสาเหตุนำไปให้มีทัศนคติในด้านลบกับยาเมทิลเฟนิเดต ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ากังวลในการรักษาโรคสมาธิสั้น

- ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง จากการศึกษาของบุญมณี⁽²⁰⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการรักษาไม่เพียงพอ ส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง ส่วนการศึกษาของ Corkum และคณะ⁽⁴³⁾ พบว่าความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่สูงจะสัมพันธ์กับความคิดเห็นในการรักษาโรคสมาธิสั้นของกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่ต้องการใช้ยา แต่ก็พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นนั้นเลือกการรักษาทั้ง 2 แบบ คือ การรักษาด้วยยา และไม่ใช้ยา ดังนั้นความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น หรือความคิดเห็นในการรักษาโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองอาจไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาได้ชัดเจน กล่าวคือความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น

ของผู้ปกครอง และความคิดเห็นในการรักษาโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคสมาธิสั้น การให้ข้อมูลเรื่องโรคสมาธิสั้นกับผู้ปกครองก่อนที่จะทำการรักษานั้นมีผลดีต่อการรักษาและความร่วมมือในการใช้ยา

- ระยะเวลาการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา จากการศึกษาของ Charch และคณะ⁽³³⁾ พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเมื่อระยะเวลาการรักษาโรคสมาธิสั้นยาวนานขึ้น กล่าวคือความร่วมมือในการรับประทานยาปีที่ 2 ลดลงเหลือร้อยละ 53 และปีที่ 5 ลดลงเหลือร้อยละ 36

- การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา จากการศึกษาของ Sitholey และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในประเทศอินเดีย พบว่าร้อยละ 83 ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาภายใน 1 เดือนแรกของการได้รับยา โดยเหตุผลของผู้ปกครองที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาเนื่องจากร้อยละ 65 เด็กได้รับผลข้างเคียงของยา

- ความถี่ในการรับประทานยา จากการศึกษาของ Charach และคณะ⁽³³⁾ การคาดคะเนความร่วมมือในการใช้ยาจะลดลงเมื่อความถี่ในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Faraone และคณะ⁽⁴⁴⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาเม็ดที่ควบคุมการปลดปล่อยยา (OROS[®] methylphenidate) ซึ่งรับประทานเพียงวันละ 1 ครั้ง เมื่อติดตามที่ระยะเวลา 1 ปีพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 86.4 จากการศึกษาของ Firestone⁽⁴⁵⁾ แสดงให้เห็นว่ายาเม็ดที่ออกฤทธิ์ทันที ซึ่งต้องรับประทานวันละหลายครั้งนั้นสร้างความทุกข์ใจให้กับผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเมื่อรับประทานนอกบ้าน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยลืมนับรับประทานยาบางมื้อ หรืออาจหยุดรับประทานยาเลยจากการติดตามผลการรักษาด้วยยาเม็ดที่ออกฤทธิ์ทันทีเป็นเวลา 1 ปีพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 20 หยุดรับประทานยาในเดือนที่ 4 และร้อยละ 44 หยุดรับประทานยาในเดือนที่ 10 เหตุผลในการหยุดรับประทานยานั้นยังไม่ชัดเจน จากการศึกษาครั้งนี้คาดว่าน่าจะเกิดจากผลข้างเคียงของยา และจากการศึกษาของ Thiruchelvam และคณะ⁽⁴⁶⁾ ที่ติดตามความร่วมมือในการใช้ยาเม็ดที่ออกฤทธิ์ทันทีเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่าหลังจากรับประทานยา 1 ปีพบความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 81 หลังจากรับประทานยา 2 ปีพบความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 67 และหลังจากรับประทานยา 3 ปีพบความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 52

ปัจจัยข้างต้นมีความสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น และสามารถทำนายคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของเด็กโรคสมาธิสั้นได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study) โดยศึกษาในกลุ่มจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรักษา มีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุตั้งแต่ 8-18 ปี ที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเดต

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุตั้งแต่ 8-18 ปี ที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเดตและเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2556 ถึง 30 มีนาคม 2557 และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

1.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้จำนวนตัวอย่างในการวิจัยอย่างน้อย 150 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างจะใช้สูตร⁽⁴⁷⁾ $N \geq 15 \times P$

เมื่อ N คือ จำนวนผู้ป่วย

P คือ จำนวนตัวแปรอิสระ (independent variables) ที่จะศึกษา

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จึงได้กำหนดปัจจัยที่ต้องการศึกษาทั้งหมด 10 ปัจจัย (ตัวแปรอิสระ) ได้แก่ อายุของผู้ป่วย^(17, 37) เพศของผู้ป่วย⁽³³⁾ อายุของผู้ปกครอง⁽³⁷⁾ ปัญหาในการกลืนยาของผู้ป่วย^(38, 39)ทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วย⁽⁴⁰⁾ทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยากับผู้ป่วยของผู้ปกครอง^(18, 42) ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง^(20, 43) ระยะเวลาการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา⁽³³⁾ คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา⁽¹⁹⁾ ความถี่ในการรับประทานยา^(33, 44-46) ($P=10$) เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ ดังนี้

$$N \geq 15 \times 10$$

$$N \geq 150$$

ดังนั้นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 150 คน

1.4 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

1) เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่

- 1.1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น
- 1.2) มีประวัติได้รับการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเตดนานอย่างน้อย 1 เดือน
- 1.3) อายุ 8-18 ปี
- 1.4) ผู้ปกครองของผู้ป่วยสามารถอ่าน เขียนได้
- 1.5) ผู้ปกครองและผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ปกติ
- 1.6) ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย
- 1.7) ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีระดับความสามารถทางเชาว์ปัญญา (Intelligence Quotient:IQ) มากกว่า 70⁽⁴⁸⁾

2) เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากกรวิจัย (Exclusion criteria) ซึ่งสามารถสืบค้นได้จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่

- 2.1) ผู้ป่วยมีประวัติการใช้สารเสพติด
- 2.2) ผู้ป่วยมีประวัติประสบอุบัติเหตุทางสมอง
- 2.3) ผู้ป่วยมีโรคทางสมอง หรือโรคทางจิตเวชเด็กชนิดอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรคออทิซึม เป็นต้น

2. การพิจารณาทางด้านจริยธรรมของการศึกษาวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาทางด้านจริยธรรมของการศึกษาวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2556

3. การจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ภาคผนวก ก)
- 3.2 แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

(ภาคผนวก ข - ภาคผนวก ค)

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นคำเชิงบวก 1 ข้อ คือ ข้อ 7 และเป็นคำถามเชิงลบ 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 ข้อคำถามจะมีลักษณะเป็นแบบตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ดังนั้นคะแนนที่สูงที่สุดคือ 35 คะแนน ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยง (Reliability) แล้วมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.75

วิธีการตอบแบบสอบถาม

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

เป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามทุกวันหรือคิดเป็นร้อยละ 100 ให้ 5 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง) หรือคิดเป็นร้อยละ 80 ให้ 4 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามเกือบทุกสัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง) หรือคิดเป็นร้อยละ 60 ให้ 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1-3 ครั้งใน 1 เดือนหรือคิดเป็นร้อยละ 40 ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามข้อคำถามเลยหรือคิดเป็นร้อยละ 0 ให้ 1 คะแนน

การให้คะแนน

โดยเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

	คำถามเชิงลบ	คำถามเชิงบวก
เป็นประจำ	1	5
บ่อยครั้ง	2	4
บางครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	4	2
ไม่เคยปฏิบัติ	5	1

การแปลผล

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อวัดระดับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ปกครองที่มีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอยู่ในความดูแล โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (Range) คือ คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด

จำนวนระดับชั้นที่ต้องการ

แบ่งระดับความร่วมมือในการใช้ยาออกเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

ความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ หมายถึง [คะแนนต่ำสุด] จนถึง [คะแนนต่ำสุด + Range]

ความร่วมมือในการใช้ยาระดับกลาง	หมายถึง [คะแนนมากกว่าคะแนนต่ำสุดจนถึง คะแนนต่ำสุด + Range] <u>จนถึง</u> [คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range]
ความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง	หมายถึง [คะแนนมากกว่าคะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range] <u>จนถึง</u> [คะแนนสูงสุด]

หมายเหตุ การรับประทานยาไม่ตรงเวลานั้นในงานวิจัยนี้ใช้เกณฑ์ คือ หากรับประทานยาก่อนหรือ
หลังเวลาที่แพทย์กำหนด 2 ชั่วโมงขึ้นไป จัดเป็นรับประทานยาไม่ตรงเวลา (โดยพิจารณาจาก
ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ของยา)

3.3 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (ภาคผนวก ง)

ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองมา
จากแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองของมาตมณี⁽¹⁸⁾ (ได้รับอนุญาต
แล้ว) ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยง (Reliability) แล้วมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น
0.82

แบบประเมินนี้มีจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค	1 ข้อ	ได้แก่ 1
ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค	6 ข้อ	ได้แก่ 2, 3, 4, 5, 6, 7
ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคและโรคที่เกิดร่วม	3 ข้อ	ได้แก่ 8, 9, 10
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา	2 ข้อ	ได้แก่ 11, 12

วิธีการตอบแบบสอบถาม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY

ให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่านมากที่สุด โดย เลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่งในสามอย่าง กำหนดคำตอบเป็น “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่รู้”

การให้คะแนน

ตอบคำถามถูกต้องให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูกต้องหรือไม่รู้ให้ 0 คะแนน ข้อความที่ต้องเลือกตอบว่าใช่ ประกอบด้วยข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11 ข้อความที่ต้องเลือกตอบว่าไม่ใช่ ประกอบด้วยข้อ 5, 9, 12 ดังนั้นคะแนนที่สูงสุดของแบบประเมินความรู้ความเข้าใจคือ 12 คะแนน

การแปลผล

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อวัดระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองที่มีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอยู่ในความดูแล โดยพิจารณาจากค่าพิสัย (Range) คือ คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด

จำนวนระดับชั้นที่ต้องการ

แบ่งระดับความรู้ความเข้าใจออกเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

ความรู้ความเข้าใจระดับต่ำ หมายถึง [คะแนนต่ำสุด] จนถึง [คะแนนต่ำสุด + Range]

ความรู้ความเข้าใจระดับกลาง หมายถึง [คะแนนมากกว่าคะแนนต่ำสุดจนถึงคะแนนต่ำสุด + Range] จนถึง [คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range]

ความรู้ความเข้าใจระดับสูง หมายถึง [คะแนนมากกว่าคะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range] จนถึง [คะแนนสูงสุด]

3.4 แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ปกครอง (ภาคผนวก จ)

แบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยง (Reliability) แล้วมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.75

แบบสอบถามนี้มีจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 10

ทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาโรคสมาธิสั้นและยา 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14

วิธีการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้มีจำนวน 14 ข้อ ให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับทัศนคติของคุณต่อการรักษาและการใช้ยากับผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมากที่สุด โดยเลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

การให้คะแนน

ให้ 1 คะแนน เมื่อตอบเห็นด้วยกับทัศนคติทางบวก และตอบไม่เห็นด้วยหรือไม่แน่ใจกับทัศนคติทางลบ และให้ 0 คะแนน เมื่อตอบเห็นด้วยกับทัศนคติทางลบ และตอบไม่เห็นด้วยหรือไม่แน่ใจกับทัศนคติทางบวก ข้อความที่เป็นทัศนคติทางบวกคือ ข้อที่ 3, 5, 9, 11, 13, 14 ข้อความที่เป็นทัศนคติทางลบคือข้อที่ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 12 ดังนั้นคะแนนสูงสุดของแบบประเมินทัศนคติจึงเท่ากับ 14 คะแนน

การแปลผล

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยที่โรคสมาธิสั้นในมุมมองของผู้ปกครองโดยพิจารณาจากค่าพิสัย (Range) คือ คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด จำนวนระดับขั้นที่ต้องการแบ่งระดับทัศนคติของผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นออกเป็น 3 ระดับดังต่อไปนี้

ทัศนคติในทางลบ	หมายถึง [คะแนนต่ำสุด <u>จนถึง</u> [คะแนนต่ำสุด + Range]
ทัศนคติดังกลาง	หมายถึง [คะแนนมากกว่าคะแนนต่ำสุดจนถึงคะแนนต่ำสุด + Range] <u>จนถึง</u> [คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range]
ทัศนคติในทางบวก	หมายถึง [คะแนนมากกว่าคะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range] <u>จนถึง</u> [คะแนนสูงสุด]

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.5 แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วย (ภาคผนวก ฉ)

แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับการประเมินทัศนคติในการใช้ยาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยง (Reliability) แล้วมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.78

แบบสอบถามนี้มีจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่

1. ทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาโรคสมาธิสั้นและยา (10 ข้อ)
2. ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบตัว (4 ข้อ) ซึ่งในส่วนนี้จะไม่ได้นำมาประเมินคะแนน เพียงแต่ใช้ดูความสัมพันธ์กับบุคคลรอบตัวผู้ป่วยเท่านั้น

วิธีการตอบแบบสอบถาม

ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกตอบที่ตรงกับทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วยมากที่สุด โดยเลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย และผู้วิจัยจะเป็นผู้กรอกคำตอบลงในแบบสอบถาม

การให้คะแนน

ให้ 1 คะแนน เมื่อตอบใช่กับข้อความที่เป็นทัศนคติทางบวก และตอบไม่ใช่กับข้อความที่เป็นทัศนคติทางลบ และให้ 0 คะแนน เมื่อตอบไม่ใช่กับข้อความที่เป็นทัศนคติทางบวก และตอบใช่กับข้อความที่เป็นทัศนคติทางลบ ข้อความที่เป็นทัศนคติทางบวกคือ ข้อที่ 2, 4, 8, 9, 10 ข้อความที่เป็นทัศนคติทางลบคือข้อที่ 1, 3, 5, 6, 7 ดังนั้นคะแนนสูงสุดของแบบประเมินทัศนคติจึงเท่ากับ 10 คะแนน

การแปลผล

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยที่โรคสมาธิสั้นโดยพิจารณาจากค่าพิสัย (Range) คือ คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด

จำนวนระดับขั้นที่ต้องการ

แบ่งระดับทัศนคติของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นออกเป็น 3 ระดับดังต่อไปนี้

ทัศนคติในทางลบ หมายถึง [คะแนนต่ำสุด จนถึง [คะแนนต่ำสุด + Range]

ทัศนคติดังกลาง หมายถึง [คะแนนมากกว่าคะแนนต่ำสุดจนถึงคะแนนต่ำสุด + Range] จนถึง [คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range]

ทัศนคติในทางบวก หมายถึง [คะแนนมากกว่าคะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range] จนถึง [คะแนนสูงสุด]

3.6 แบบสัมภาษณ์ประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (ภาคผนวก ข)

แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และประเมินผลกระทบที่ส่งผลต่อผู้ป่วย/ผู้ปกครอง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบตัวเลือก เลือกได้ 2 ตัวเลือก คือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งคิดคะแนนเป็น 1 คะแนน และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งคิดคะแนนเป็น 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 การประเมินผลกระทบต่อท่าน/ผู้ป่วย (ส่วนนี้จะไม่ได้นำมาคิดคะแนน จัดทำขึ้นเพื่อดูผลกระทบต่อท่าน) ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบตัวเลือก เลือกได้ 3 ตัวเลือก คือ ผลกระทบมาก ผลกระทบน้อย และไม่มีผลกระทบ ดังนี้

ผลกระทบมาก หมายถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อท่านหรือผู้ป่วยมาก เช่น เด็กไม่สามารถไปโรงเรียน หรือทำกิจกรรมได้ ผู้ปกครองต้องหยุดมาดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ให้ 2 คะแนน

ผลกระทบน้อย หมายถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อท่านหรือผู้ป่วยน้อย เช่น มีอาการเหล่านั้นบ้างแต่อยู่ในระดับที่เด็กทนได้ ไม่กระทบกระเทือนกับการเรียนหรือทำกิจกรรมใด ๆ ให้ 1 คะแนน

ไม่มีผลกระทบ หมายถึงอาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นไม่ส่งผลกระทบต่อท่านหรือผู้ป่วย ให้ 0 คะแนน

วิธีการตอบแบบสอบถาม

ให้ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยเลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่งคือ เกิดหรือไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และหากเกิดอาการไม่พึงประสงค์มีผลกระทบที่ส่งผลต่อผู้ป่วย/ผู้ปกครองอย่างไร โดยเลือกคำตอบได้ 3 ตัวเลือก คือ ผลกระทบมาก ผลกระทบน้อย และไม่มีผลกระทบ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้กรอกคำตอบลงในแบบสอบถาม

การแปลผล

นำคะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์เพื่อประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

โดยพิจารณาจาก ค่าพิสัย (Range) คือ คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด

จำนวนระดับชั้นที่ต้องการ

แบ่งระดับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทิลเฟนิเดตออกเป็น 3 ระดับดังต่อไปนี้

เกิดอาการไม่พึงประสงค์ระดับมาก หมายถึง [คะแนนต่ำสุด จนถึง [คะแนนต่ำสุด + Range]

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ระดับปานกลาง หมายถึง [คะแนนมากกว่าคะแนนต่ำสุดจนถึง คะแนนต่ำสุด + Range] จนถึง [คะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range]

การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ระดับต่ำ หมายถึง [คะแนนมากกว่าคะแนนต่ำสุด + 2 เท่าของ Range] จนถึง [คะแนนสูงสุด]

3.7 ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ญ)

3.8 หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ภาคผนวก ก)

3.9 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ก่อนทำการเก็บข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาคลินิก และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญในด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีค่าเท่ากับ 0.82 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) จากผู้ป่วยจำนวน 30 รายของแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ปกครอง แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น และแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.82, 0.75, 0.78 และ 0.75 ตามลำดับ หลังจากนั้นจึงปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัยจริง

4. การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย

4.1 คัดเลือกผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยโดยพิจารณาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและนอกประกอบกัน

4.2 ติดต่อผู้ปกครองของผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ แล้วชี้แจงข้อมูลและเงื่อนไขต่าง ๆ ให้ผู้ที่ต้องการเข้าร่วมงานวิจัยรับทราบ หากยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยให้ผู้ปกครองลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย (informed consent form)

4.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ปกครองโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

- ส่วนที่ผู้ปกครองประเมินด้วยตนเอง คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และแบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ปกครอง

- ส่วนที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ได้แก่

1) การสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบสัมภาษณ์ประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย คือ แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินทัศนคติของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบสัมภาษณ์ประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (2 แบบสัมภาษณ์หลังนี้จะใช้เมื่อผู้ป่วยรับผิดชอบรับประทานยาดด้วยตนเอง และ/หรือผู้ปกครองไม่ทราบข้อมูล)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS version 17.0 (SPSS.Co., Ltd., Bangkok Thailand.)

5.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่อแสดงผลของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์

5.2 ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ การทดสอบทางสถิติได้แก่

1) สถิติ Pearson's correlation เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นกับปัจจัยแต่ละชนิด ได้แก่ อายุของผู้ป่วย อายุของผู้ปกครอง ระยะเวลาการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ความถี่ในการรับประทานยา

2) ใช้ Independent-Sample T test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง และกลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี และ 13-18 ปี

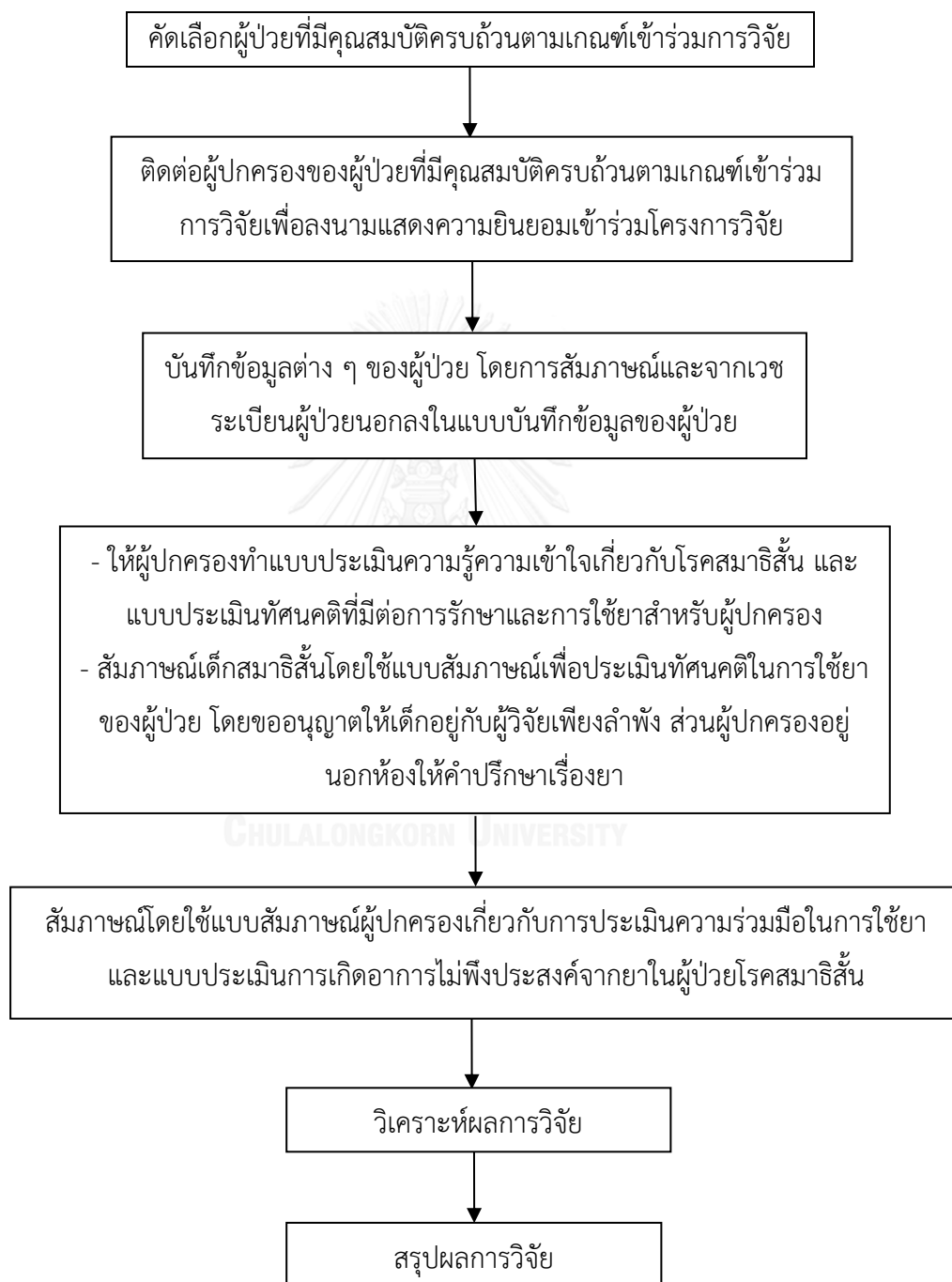
5.3 สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) เพื่อสร้างสมการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย อายุของผู้ปกครอง ปัญหาในการกลืนยาของผู้ป่วย ทักษะคิดในการใช้ยาของผู้ป่วย ทักษะคิดที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ระยะเวลาการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ความถี่ในการรับประทานยา)

5.4 ทำการวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน

ประเมินผลความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย อายุของผู้ปกครอง ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย ทักษะคิดในการใช้ยาของผู้ป่วย ทักษะคิดที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ระยะเวลาการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ความถี่ในการรับประทานยา ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

6.สรุปและวิเคราะห์ผลการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สรุปได้ดังแผนภูมิในรูปที่ 2



แผนภูมิรูปที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเตดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยศึกษาในกลุ่มจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2556 ถึง 30 มีนาคม 2557 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ด้วยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยจะแบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และแบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ปกครองซึ่งผู้ปกครองจะเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ส่วนที่ 2 คือส่วนที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น และแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นได้ทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีค่าเท่ากับ 0.82 และทดสอบความเที่ยงของแบบประเมิน และแบบสัมภาษณ์ก่อนเก็บข้อมูลจริงจากผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.82, 0.75, 0.78 และ 0.75 ตามลำดับ และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยได้ทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์จากผู้ป่วยจำนวน 150 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.67, 0.62, 0.70 และ 0.70 ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคลดลง อาจเกิดจากสาเหตุที่แบบประเมินและแบบสอบถามที่ผู้ปกครองและผู้ป่วยต้องตอบรับตอบเนื่องจากแบบประเมินและแบบสอบถามมีจำนวนมาก ใช้เวลาค่อนข้างนาน จึงทำให้ผลการทดสอบความเที่ยงเกิดความคลาดเคลื่อนได้

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็นลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 5 ทศนคติในใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

ส่วนที่ 6 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยแต่ละชนิด

ส่วนที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่าง

8.1 กลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง

8.2 กลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี และ 13-18 ปี

ส่วนที่ 9 ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (150 ราย) และผู้ปกครอง (150 ราย) ประกอบด้วย เพศของผู้ป่วย อายุของผู้ป่วย ระดับ IQ ของผู้ป่วย เพศของผู้ปกครอง อายุของผู้ปกครอง ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย ประวัติการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดตจากที่อื่นมาก่อนมารักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง วุฒิกการศึกษาของผู้ปกครอง อาชีพหลักปัจจุบันของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของผู้ปกครอง (บาท) สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 150 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.67) ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 11.57 ± 2.4 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38) มีระดับ IQ ระดับฉลาดปานกลาง หรือระดับปกติ (average) มีความสามารถในการกลืนยาได้ (ร้อยละ 89.33) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดต (ร้อยละ 92.7)

ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.7 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นมารดาร้อยละ 68 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสของผู้ปกครองคือสมรส (ร้อยละ 73.3) วุฒิกการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 (ร้อยละ 29.3) อาชีพหลักปัจจุบันของผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44) คือ รับจ้าง/ลูกจ้าง รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของผู้ปกครองส่วนใหญ่มากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 34.7) และสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.3) คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง (N=150)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศของผู้ป่วย		
ชาย	115	76.67
หญิง	35	23.33
กลุ่มอายุของผู้ป่วย (ปี) (Mean±SD)	11.57±2.4	
8 – 12 ปี	75	50
13 – 18 ปี	75	50
ระดับ IQ ของผู้ป่วย (Mean±SD)	86.88±11.05	
> 130 อัจฉริยะ ฉลาดมากที่สุด (very superior)	0	0
120-129 ฉลาดมาก (superior)	0	0
110-119 ฉลาดกว่าระดับปกติ (high average)	5	3.3
90-109 ฉลาดปานกลาง หรือระดับปกติ (average)	57	38
80-89 ต่ำกว่าปกติ (low average)	47	31.3
70-79 คาบเส้นปัญญาอ่อน (borderline)	41	27.3
ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย		
กลืนยาได้	134	89.33
กลืนไม่ได้ ต้องบดหรือละลายน้ำก่อนรับประทาน	16	10.67
การรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเตจจากที่อื่นมาก่อน		
เคย	11	7.3
ไม่เคย	139	92.7
เพศของผู้ปกครอง		
ชาย	32	21.3
หญิง	118	78.7

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอายุของผู้ปกครอง (ปี) (Mean ± SD)	44.09 ± 8.42	
≤ 20 ปี	1	0.67
21 – 40 ปี	55	36.67
41 – 60 ปี	89	59.33
> 60 ปี	5	3.33
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	28	18.7
มารดา	102	68
อื่น ๆ	20	13.3
สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง		
โสด	6	4
สมรส	110	73.3
แยกกันอยู่	16	10.7
หม้าย	11	7.3
หย่าร้าง	7	4.7
วุฒิการศึกษาของผู้ปกครอง		
ประถมศึกษาปีที่ 1-6	44	29.3
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	20	13.3
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6/ปวช.	32	21.3
อนุปริญญาตรี/ปวส.	18	12
ปริญญาตรี	34	22.7
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.3
อาชีพหลักปัจจุบันของผู้ปกครอง		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	12
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	4.7
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	44	29.3
รับจ้าง/ลูกจ้าง	66	44
เกษียณอายุ	2	1.3
เกษตรกรกรรม	2	1.3

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาชีพหลักปัจจุบันของผู้ปกครอง (ต่อ)		
นักเรียน/นักศึกษา	1	0.7
อื่น ๆ	10	6.7
รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของผู้ปกครอง (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	7	4.7
5,001-10,000 บาท	40	26.7
10,001-15,000 บาท	32	21.3
15,001-20,000 บาท	19	12.7
มากกว่า 20,000 บาท	52	34.7
สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย		
ชำระเงินเอง (เบิกไม่ได้)	19	12.7
ชำระเงินเอง (เบิกได้แต่ไม่ใช่สิทธิ)	3	2
เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัท	15	10
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	113	75.3
บัตรประกันสังคม	0	0

1.2 ข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย

ข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย ประกอบด้วย ชื่อยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ความถี่ในการรับประทานยา และระยะเวลาที่รักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดต ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ยา Ritalin[®] (ร้อยละ 92.7) ความถี่ในการรับประทานยาส่วนใหญ่คือวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 68.67) ระยะเวลาที่รักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดตส่วนใหญ่คือ น้อยกว่า 3 ปี (ร้อยละ 59.33) ระยะเวลาการรับประทานยาเฉลี่ย 3.31 ± 2.39 ปี และส่วนใหญ่ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลเรื่องยา (ร้อยละ 72.7) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ยาที่ผู้ป่วยใช้		
ยาที่ผู้ป่วยใช้		
Ritalin [®]	139	92.7
Concerta [®]	11	7.3
ความถี่ในการรับประทานยา (ครั้ง/วัน)		
1 ครั้ง	15	10.00
2 ครั้ง	103	68.67
3 ครั้ง	32	21.33
ระยะเวลาในการรับประทานยา (ปี) (Mean ± SD)	3.31±2.39	
น้อยกว่า 3 ปี	89	59.33
มากกว่า 3-5 ปี	30	20.00
ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป	31	20.67
การให้ยา		
ผู้ป่วยรับประทานยาด้วยตนเอง	41	27.3
ผู้ปกครองดูแลเรื่องยา	109	72.7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.1 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยที่ดูแลเรื่องการรับประทานยาด้วยตนเองเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลาง จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 43.33) รองลงมาคือความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 34) และความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำจำนวน 34 ราย (ร้อยละ 22.67) โดยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 28.87 ± 3.37 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ปกครอง/ผู้ป่วยที่ดูแลการรับประทานยาด้วยตนเองตามระดับความร่วมมือในการใช้ยา

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (22-26.33 คะแนน)	34	22.67
ระดับปานกลาง (26.34-30.66 คะแนน)	65	43.33
ระดับสูง (30.67-35 คะแนน)	51	34.00
ค่าคะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	28.87 ± 3.37	คะแนน

2.2 ข้อมูลคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

โดยรูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ รับประทานยาไม่ตรงเวลา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.2 ± 1.04 คะแนน รองลงมาคือ งดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียน โดยแพทย์ไม่ได้สั่ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.5 ± 1.54 คะแนน และรูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เคยเพิ่มมียามากกว่าที่แพทย์สั่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 ± 0.49 คะแนน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในแต่ละรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

รูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยา	คะแนนเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. เคยเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่ง	4.79 \pm 0.68
2. เคยเพิ่มมื้อยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	4.88 \pm 0.49
3. เคยลดปริมาณยาต่อครั้งลงน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	4.71 \pm 0.73
4. เคยลดมื้อยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	4.11 \pm 1.08
5. รับประทานยาไม่ตรงเวลา	3.2 \pm 1.04
6. งดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียน โดยแพทย์ไม่ได้สั่ง	3.5 \pm 1.54
7. รับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะอาการจะดีขึ้นหรือแย่ลง	3.67 \pm 0.78
คะแนนรวมเต็ม 35 คะแนน	28.87 \pm 3.37

รูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่พบมาก 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7 พบว่าผู้ปกครอง/ผู้ป่วยจะปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. เคยเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่ง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ “ไม่เคย” เพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 89.3) รองลงมาคือ เคยเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่งเป็น “บางครั้ง” (ร้อยละ 4.7) และเคยเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่ง “นาน ๆ ครั้ง” (ร้อยละ 3.3)

2. เคยเพิ่มมื้อยามากกว่าที่แพทย์สั่ง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ “ไม่เคย” เพิ่มมื้อยามากกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 93.3) รองลงมาคือ เคยเพิ่มมื้อยามากกว่าที่แพทย์สั่ง “บางครั้ง” และเคยเพิ่มมื้อยามากกว่าที่แพทย์สั่ง “นาน ๆ ครั้ง” (ร้อยละ 2.7)

3. เคยลดปริมาณยาต่อครั้งลงน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ “ไม่เคย” ลดปริมาณยาต่อครั้งลงน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 84) รองลงมา คือ เคยลดปริมาณยาต่อครั้งลงน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง “บางครั้ง” (ร้อยละ 8) และเคยลดปริมาณยาต่อ ครั้งลงน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง “นาน ๆ ครั้ง” (ร้อยละ 5.3)

4. เคยลดมียาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ “ไม่เคย” ลดมียาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 55.3) รองลงมา เคยลดมียา น้อยกว่าที่แพทย์สั่ง “บางครั้ง” (ร้อยละ 27.3) และเคยลดมียาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง “นาน ๆ ครั้ง” (ร้อยละ 9.3)

5. รับประทานยาไม่ตรงเวลา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ตรงเวลาเป็น “บางครั้ง” (ร้อยละ 42) รองลงมา คือ รับประทานยาไม่ตรงเวลา “บ่อยครั้ง” และรับประทานยาไม่ตรงเวลา “นาน ๆ ครั้ง” (ร้อยละ 20)

6. งดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ “ไม่เคย” งดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียน โดยแพทย์ไม่ได้ สั่ง (ร้อยละ 42) รองลงมาคือเคยงดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง “บางครั้ง” (ร้อยละ 21.3) และงดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง “เป็นประจำ” (ร้อยละ 18.7)

7. รับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะอาการของเด็กจะดีขึ้นหรือแย่ลง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะอาการของเด็กจะดีขึ้นหรือแย่ลงเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 42) รองลงมาคือรับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะอาการของเด็กจะดีขึ้นหรือแย่ลงบ่อยครั้ง (ร้อยละ 38.7) และรับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะอาการของเด็กจะดีขึ้นหรือแย่ลงเป็นประจำ (ร้อยละ 16)

จากผลการวิจัยเมื่อพิจารณาการปฏิบัติของผู้ป่วยในแต่ละรูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จะเห็นได้ว่ารูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ผู้ป่วย/ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ “เป็น ประจำ” คือ งดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง (ร้อยละ 18.7) รับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะอาการของเด็กจะดีขึ้นหรือแย่ลง (ร้อยละ 6) และรับประทานยาไม่ตรง เวลา (ร้อยละ 4) โดยผู้ป่วย/ผู้ปกครองมักจะงดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดย แพทย์ไม่ได้สั่ง ส่วนรูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ผู้ป่วย “ไม่เคยปฏิบัติ” คือ เคยเพิ่มมียา

มากกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 0) เคยเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 0) และเคยลดปริมาณยาต่อครั้งลงน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 0.7)

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วย/ผู้ปกครอง (ร้อยละ) แบ่งตามการปฏิบัติในแต่ละรูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

ประเด็นข้อคำถามในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยปฏิบัติในข้อคำถามนี้อย่างไร	การปฏิบัติของแต่ละรูปแบบ/ระดับคะแนน จำนวน (ร้อยละ)				
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. เคยเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่ง	1 (0.7)	3 (2)	7 (4.7)	5 (3.3)	134 (89.3)
2. เคยเพิ่มมียามากกว่าที่แพทย์สั่ง	0 (0)	2 (1.3)	4 (2.7)	4 (2.7)	140 (93.3)
3. เคยลดปริมาณยาต่อครั้งลงน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	0 (0)	4 (2.7)	12 (8)	8 (5.3)	126 (84)
4. เคยลดมียาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	1 (0.7)	11 (7.3)	41 (27.3)	14 (9.3)	83 (55.3)
5. รับประทานยาไม่ตรงเวลา	6 (4)	30 (20)	63 (42)	30 (20)	21 (14)
6. งดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง	28 (18.7)	11 (7.3)	32 (21.3)	16 (10.7)	63 (42)
7. รับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะอาการของเด็กจะดีขึ้นหรือแย่ลง	24 (16)	58 (38.7)	63 (42)	5 (3.3)	0 (0)

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

3.1 ข้อมูลจำนวนผู้ปกครองแบ่งตามระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้น

จากผลการวิจัย คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 2 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 12 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.17 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.92

ตารางที่ 8 แสดงระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้น

คะแนนความรู้ความเข้าใจ	จำนวนผู้ปกครอง (ราย)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (2-5.33 คะแนน)	19	12.67
ระดับปานกลาง (5.34-8.68 คะแนน)	57	38.00
ระดับสูง (8.69-12 คะแนน)	74	49.33
ค่าคะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.17±1.92 คะแนน	

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นในระดับสูง (ร้อยละ 49.33) รองลงมาคือ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38) และมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นในระดับต่ำ (ร้อยละ 12.67)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองรายข้อ

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ตอบ ถูก	ตอบ ผิด
1. โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำงานของสมองบางส่วน	119 (79.3)	31 (20.7)
2. เด็กสมาธิสั้นมักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่	133 (88.7)	17 (11.3)
3. เด็กสมาธิสั้นมักเล่นเล่อก ทำงาน หรือเขียนหนังสือไม่เป็นระเบียบ	116 (77.3)	34 (22.7)
4. เด็กสมาธิสั้นมักชอบพูดแทรก แย่งคนอื่นพูด	99 (66)	51 (34)
5. เด็กสมาธิสั้นมักหวาดกลัวต่อสิ่งรอบตัวอยู่ตลอดเวลา*	93 (62)	57 (38)
6. อาการวอกแวกง่ายเป็นอาการหนึ่งของโรคสมาธิสั้น	126 (84)	24 (16)
7. เด็กสมาธิสั้นมักขาดความยับยั้งชั่งใจ (ไม่คิดอย่างรอบคอบก่อนทำ ไม่หักห้ามใจ หรือบุ่มบ่าม)	104 (69.3)	46 (30.7)
8. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเรหรืออาจติดสารเสพติดเมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่น	53 (35.3)	97 (64.7)
9. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ได้เอง*	65 (43.3)	85 (56.7)
10. เด็กสมาธิสั้นจำนวนมาก มีความบกพร่องด้านการอ่านร่วมด้วย	89 (59.3)	61 (40.7)
11. มียาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นได้ผลดี	94 (62.7)	56 (37.3)
12. จะรักษาโรคสมาธิสั้นก็ต่อเมื่อเด็กมีอาการเท่านั้น*	41 (27.3)	109 (72.7)

หมายเหตุ ข้อความที่มี* คือข้อความที่เป็นข้อที่ผิด

3.2 ข้อมูลคะแนนความความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

คำถามที่มีผู้ปกครองตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 8 เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเร หรืออาจติดสารเสพติดเมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่นจำนวน 97 ราย (ร้อยละ 64.7) รองลงมาคือข้อ 9 เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ได้เองจำนวน 85 ราย (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคือข้อ 12 จะรักษาโรคสมาธิสั้นก็ต่อเมื่อเด็กมีอาการเท่านั้นจำนวน 83 ราย (ร้อยละ 55.3) คำถามที่มีผู้ปกครองตอบผิดน้อยที่สุดคือ ข้อ 2 เด็กสมาธิสั้นมักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 11.3)

ส่วนที่ 4 ทักษะคิดในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง

4.1 ข้อมูลจำนวนผู้ปกครองแบ่งตามทักษะคิดในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง

จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนทักษะคิดในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง คะแนนต่ำสุดคือ 4 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 14 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.89 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.08

ตารางที่ 10 ระดับทักษะคิดในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง

คะแนนทักษะคิดต่อการรักษาและการใช้ยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ทักษะคิดในทางลบ (4-7.33 คะแนน)	6	4
ทักษะคิดระดับกลาง (7.34-10.66 คะแนน)	7	4.67
ทักษะคิดในทางบวก (10.67-14 คะแนน)	137	91.33
ค่าคะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.89±2.08 คะแนน	

จากตารางที่ 10 พบว่าทัศนคติในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครองคะแนนทัศนคติส่วนใหญ่อยู่ในทัศนคติในทางบวกร้อยละ 91.33 แสดงว่าผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีในการรักษาและการใช้ยา รองลงมาคือทัศนคติระดับกลางร้อยละ 4.67 และทัศนคติในทางลบร้อยละ 4

4.2 ข้อมูลคะแนนทัศนคติต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง

คำถามที่ผู้ปกครองมีทัศนคติในทางลบมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 6 บุตรหลานของคุณรู้สึกอายเมื่อเพื่อนล้อเลียนเวลาที่บุตรหลานของคุณรับประทานยา และข้อ 13 คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณมีเพื่อนเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับประทานยาจำนวน 88 ราย (ร้อยละ 58.7) รองลงมาคือข้อ 12 คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณรู้สึกอายเพื่อนเมื่อคุณครูเรียกไปรับประทานยาจำนวน 79 ราย (ร้อยละ 52.7) และคำถามที่ผู้ปกครองมีทัศนคติในทางลบน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 14 เมื่อบุตรหลานของคุณรับประทานยาแล้ว คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณวอกแวกน้อยลงจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 13.3)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละคะแนนทัศนคติต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครองรายข้อ

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ทัศนคติทางลบ	ทัศนคติทางบวก
1. คุณคิดว่าถ้าเด็กไม่มีอาการสมาธิสั้นรุนแรงก็ไม่ควรพามารักษา เพราะจะเป็นปมด้อยต่อเด็กได้*	58 (38.7)	92 (61.3)
2. คุณไม่อยากจะบอกผู้อื่นว่าบุตรหลานของคุณรับประทานยาเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้น*	60 (40)	90 (60)
3. คุณรู้สึกว่ายาทำให้บุตรหลานของคุณมีสมาธิสามารถทำงานที่คุณครูมอบหมายได้	21 (14)	129 (86)
4. คุณรู้สึกกลัวว่าบุตรหลานของคุณจะติดยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น*	78 (52)	72 (48)
5. คุณรู้สึกว่าผลการเรียนบุตรหลานของคุณดีขึ้นตั้งแต่ได้รับประทานยา	33 (22)	117 (78)
6. บุตรหลานของคุณรู้สึกอายเมื่อเพื่อนล้อเลียนเวลาที่บุตรหลานของคุณรับประทานยา*	88 (58.7)	62 (41.3)
7. คุณรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น*	70 (46.7)	80 (53.3)

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ทัศนคติ ทางลบ	ทัศนคติ ทางบวก
8. คุณรู้สึกว่าการกลืนยาเป็นปัญหาสำหรับบุตรหลานของคุณ*	29 (19.3)	121 (80.7)
9. คุณคิดว่ายารักษาโรคมะเร็งจะมีผลดีมากกว่าผลเสียที่จะได้รับ	35 (23.3)	115 (76.7)
10. คุณคิดว่าไม่จำเป็นต้องรักษาโรคมะเร็งก็ได้ เพราะโตขึ้นเด็กมักจะหายตามวัยอยู่แล้ว*	42 (28)	108 (72)
11. คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณมีอาการหงุดหงิดน้อยลงหลังจากรับประทานยา	45 (30)	105 (70)
12. คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณรู้สึกอายเพื่อนเมื่อคุณครูเรียกไปรับประทานยา*	79 (52.7)	71 (47.3)
13. คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณมีเพื่อนเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับประทานยา	88 (58.6)	62 (41.3)
14. เมื่อบุตรหลานของคุณรับประทานยาแล้ว คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณอวกแวกน้อยลง	18 (13.3)	130 (86.7)

หมายเหตุ ข้อความที่มี* คือข้อความที่เป็นทัศนคติทางลบ

ส่วนที่ 5 ทัศนคติในชื่อยาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง

5.1 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามทัศนคติในการชื่อยาของผู้ป่วย

จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนทัศนคติในการชื่อยาของผู้ป่วย คะแนนต่ำสุดคือ 3 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 10 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.29 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.48

ตารางที่ 12 ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยแบ่งตามระดับทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วย

คะแนนทัศนคติต่อการใช้ยา	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ทัศนคติในทางลบ (3-5.33 คะแนน)	7	4.67
ทัศนคติระดับกลาง (5.34-7.66 คะแนน)	40	26.67
ทัศนคติในทางบวก (7.67-10 คะแนน)	103	68.67
ค่าคะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8.29±1.48 คะแนน	

จากตารางที่ 12 พบว่าทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วยคะแนนทัศนคติส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางบวกร้อยละ 68.67 แสดงว่าผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีในการใช้ยา รองลงมาคือทัศนคติระดับกลางร้อยละ 26.67 และทัศนคติในทางลบร้อยละ 4.67

5.2 ข้อมูลคะแนนทัศนคติในการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วย

คำถามที่ผู้ป่วยมีทัศนคติในทางลบมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 10 คุณมีเพื่อนเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้รับประทานยาจำนวน 50 ราย (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือข้อ 9 คุณรู้สึกว่าตัวเองหงุดหงิดน้อยลงหลังจากรับประทานยาจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 23.3) และข้อ 4 เมื่อคุณรับประทานยาแล้วคุณรู้สึกว่าตนเองวอกแวกน้อยลง นั่งไม่ติดเก้าอี้ เมื่ออยู่ในห้องเรียนขณะที่คุณครูกำลังสอนอยู่จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 18.6) ส่วนคำถามที่ผู้ป่วยมีทัศนคติในทางลบน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 1 คุณรู้สึกกลัวการรับประทานยาจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 8) (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของทัศนคติในการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วยรายข้อ

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)	
	ทัศนคติ ทางลบ	ทัศนคติ ทางบวก
1. คุณรู้สึกกลัวการรับประทานยา*	12 (8)	138 (92)
2. ยาทำให้คุณมีความรับผิดชอบ มีสมาธิ สามารถทำงานที่ คุณครุมอบหมายได้สำเร็จ	24 (16)	126 (84)
3. คุณรู้สึกกลัวว่าจะติดยา*	27 (18)	123 (82)
4. เมื่อคุณรับประทานยาแล้วคุณรู้สึกว่าตนเองวอกแวกน้อยลง นั่งไม่ติดเก้าอี้ เมื่ออยู่ในห้องเรียน ขณะที่คุณครูกำลังสอนอยู่	28 (18.6)	122 (81.3)
5. คุณรู้สึกอายเมื่อเพื่อนล้อเลียนเวลารับประทานยา*	25 (16.7)	125 (83.3)
6. คุณรู้สึกอายเพื่อนเมื่อคุณครูเรียกไปรับประทานยา*	25 (16.7)	125 (83.3)
7. คุณรู้สึกว่าอาการกินยาเป็นปัญหาสำหรับคุณ *	14 (9.3)	136 (90.7)
8. คุณรู้สึกว่าคุณเรียนเก่งขึ้นตั้งแต่ได้รับประทานยา	27 (18)	123 (82)
9. คุณรู้สึกว่าตัวเองหงุดหงิดน้อยลงหลังจากรับประทานยา	35 (23.3)	115 (76.7)
10. คุณมีเพื่อนเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้รับประทานยา	50 (33.3)	100 (66.7)

หมายเหตุ ข้อความที่มี* คือข้อความที่เป็นทัศนคติทางลบ

ส่วนที่ 6 อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต

6.1 แสดงข้อมูลคะแนนของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์

จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน คะแนนสูงสุดคือ 8 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.75

ตารางที่ 14 ระดับของคะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์

คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-2.66 คะแนน)	100	66.67
ระดับปานกลาง (2.67-5.32 คะแนน)	42	28.00
ระดับสูง (5.33-8 คะแนน)	8	5.33
ค่าคะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.12±1.75 คะแนน	

จากตารางที่ 14 พบว่าคะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 66.67 แสดงว่าผู้ป่วยใช้ยาแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์น้อยมาก รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 28 และระดับต่ำร้อยละ 5.33

6.2 แสดงข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์และผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดคือ เบื่ออาหารจำนวน 78 ราย (ร้อยละ 52) รองลงมาคือ พวดคุยน้อยลงจำนวน 59 ราย (ร้อยละ 39.3) และกััดหรือแพะเล็บจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 24) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบน้อยที่สุดคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าวจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.7)

อาการไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบกับผู้ป่วยมากที่สุดคือ ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลง จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 61.11) รองลงมาคือ กััดหรือแพะเล็บจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 52.78) และเบื่ออาหารจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 25.3) ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบกับผู้ป่วยคือ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่ายและมีพฤติกรรมก้าวร้าว

อาการไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบกับผู้ป่วยมากที่สุดคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 75) และนอนไม่

หลัก จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 33.33) ส่วนอาการไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยคือ อาการกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติ (Tics) และรู้สึกโคลงเคลง อยากร้องไห้ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์และผลกระทบที่มีต่อผู้ปกครองหรือผู้ป่วย

ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา บุตรหลานของท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ และมีผลกระทบต่อท่านหรือผู้ป่วยอย่างไร	จำนวน (ร้อยละ)		
	อาการไม่พึงประสงค์	ผลกระทบต่อผู้ปกครอง	ผลกระทบต่อผู้ป่วย
1. เบื่ออาหาร	78 (52)	38 (48.72)	20 (25.64)
2. พุดคุ้ยน้อยลง	59 (39.3)	15 (25.42)	14 (23.73)
3. กัดหรือแทะเล็บ	36 (24)	19 (52.78)	7 (19.44)
4. เชื่องซึม ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชา	33 (22)	9 (27.27)	8 (24.24)
5. น้ำหนักลดลง	18 (12)	11 (61.11)	3 (16.67)
6. ปวดศีรษะ	16 (10.7)	4 (25)	3 (18.75)
7. ปวดท้อง	15 (10)	4 (26.67)	2 (13.33)
8. นอนไม่หลับ	15 (10)	2 (13.33)	5 (33.33)
9. คลื่นไส้ อาเจียน	13 (8.7)	3 (23.08)	2 (15.38)
10. เวียนศีรษะ	11 (7.30)	2 (18.18)	2 (18.18)
11. ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว	9 (6)	2 (22.22)	2 (22.22)

ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา บุตรหลานของท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ และมีผลกระทบกับท่านหรือผู้ป่วยอย่างไร	จำนวน (ร้อยละ)		
	อาการไม่พึงประสงค์	ผลกระทบต่อผู้ปกครอง	ผลกระทบต่อผู้ป่วย
12. อาการกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติ (Tics)	8 (5.3)	4 (50)	0 (0)
13. อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย	4 (2.7)	0 (0)	3 (75)
14. รู้สึกโศกเศร้า อยากจะร้องไห้	3 (2)	1 (33.33)	0 (0)
15. มีพฤติกรรมก้าวร้าว	1 (0.7)	0 (0)	1 (100)

ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยได้รับยา 3.31 ± 2.39 ปี ระยะเวลารับประทานยาน้อยที่สุดคือ 1 ปี และมากที่สุดคือ 12 ปี

ส่วนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยแต่ละชนิด

ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยแต่ละชนิด ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย อายุของผู้ปกครอง ปัญหาในการกลืนยาของผู้ป่วย ทักษะคิดในการใช้ยาของผู้ป่วย ทักษะคิดในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ระยะเวลาการรักษาด้วยยา คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และความถี่ในการรับประทานยา

เมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยแต่ละชนิด โดยพิจารณาจากค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ผลการวิจัยพบว่า อายุของผู้ป่วย และระยะเวลาการรักษาด้วยยา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือมีค่าสหสัมพันธ์เป็น 0.50 และ 0.33 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 16 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น และระยะเวลาการรักษาด้วยยามากขึ้นจะสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง

ตารางที่ 16 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้กับปัจจัยต่าง ๆ

	ADH	gender	swallow	duration	age child	parent	score KP	score AP	ADR	score AC	FG_1	FG_2
ADH	1.00											
gender	0.18*	1.00										
swallow	0.18*	0.09	1.00									
duration	-0.33**	-0.15*	0.22**	1.00								
age child	-0.50**	-0.13	0.38**	0.59**	1.00							
age parent	-0.05	0.04	0.01	0.12*	0.16*	1.00						
score KP	0.02	0.06	-0.05	-0.17	-0.16*	-0.09	1.00					
score AP	0.12	0.03	-0.03	0.01	-0.04	-0.11	0.30**	1.00				
ADR	0.08	0.14*	-0.09	-0.08	-0.22**	-0.03	0.11	-0.03	1.00			
score AC	0.15*	0.05	0.05	-0.02	-0.04	0.04	0.00	0.14*	0.034	1.00		
FG_1	-0.06	-0.04	-0.14*	-0.02	-0.03	-0.11	0.05	0.01	0.028	0.09	1.00	
FG_2	-0.05	0.06	0.08	-0.03	-0.07	0.13	0.09	-0.02	0.07	-0.07	-0.77**	1.00
Mean	28.87	-	-	3.31	11.68	44.09	8.17	10.90	2.12	8.29	-	-
Std. Deviation	3.37	-	-	2.39	2.46	8.42	1.92	2.38	1.75	1.48	-	-

หมายเหตุ	**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
	* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
ADH	= คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (คะแนน)
gender	= เพศของผู้ป่วย (ปี)
swallow	= ปัญหาในการกลืนยาของผู้ป่วย
duration	= ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)
age child	= อายุของผู้ป่วย (ปี)
age parent	= อายุของผู้ปกครอง (ปี)
score KP	= คะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง (คะแนน)
score AP	= คะแนนทัศนคติต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง (คะแนน)
ADR	= คะแนนของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (คะแนน)
score AC	= คะแนนทัศนคติในการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วย (คะแนน)
FG1	= ตัวแปร Dummy ที่แสดงจำนวนความถี่ในการรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง เมื่อใช้ความถี่ 1 ครั้งเป็นกลุ่มอ้างอิง (ครั้ง)
FG2	= ตัวแปร Dummy ที่แสดงจำนวนความถี่ในการรับประทานยาวันละ 3 ครั้ง เมื่อใช้ความถี่ 1 ครั้งเป็นกลุ่มอ้างอิง (ครั้ง)

ส่วนที่ 8 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่าง

- กลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง
- กลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี และ 13-18 ปี

8.1 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง

	เพศชาย N=115	เพศหญิง N=35	p-value *
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย	28.55±3.47	29.54±2.82	0.03

หมายเหตุ *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-Samples T test, significant at $p < 0.05$

8.2 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี และ 13-18 ปี

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี และ 13-18 ปี จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 13-18 ปีอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี และ 13-18 ปี

	ผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี N=75	ผู้ป่วยอายุ 13-18 ปี N=75	p-value *
คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย	30.60±3.13	27.15±2.65	< 0.01

หมายเหตุ *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent-Samples T test, significant at $p < 0.05$

ส่วนที่ 9 ข้อมูลแสดงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย อายุของผู้ปกครอง ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย ทักษะคติในการใช้ยาของผู้ป่วย ทักษะคติในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ระยะเวลาการรักษาด้วยยา คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ความถี่ในการรับประทานยา เพื่อหาว่าตัวแปรอิสระตัวใดสามารถทำนายตัวแปรตามที่ต้องการศึกษาได้ (ตัวแปรตาม คือ คะแนนความร่วมมือในการใช้) โดยนำตัวแปรต่าง ๆ ที่คาดว่ามีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมาวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) เพื่อสร้างสมการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดยวิธี stepwise ได้มีการตรวจสอบปัญหา Collinearity (ความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรต้น) โดยตรวจสอบจากการวิเคราะห์ค่า VIF พบว่าค่า VIF ของทุกตัวแปร < 5.26 (ค่า VIF ปกติ $< 5-10$) มีค่า Tolerance > 0.18 ทุกตัวแปร (ค่าปกติ Tolerance $> 0.1-0.2$) และจากตาราง Pearson's Correlations Matrix ตัวแปรต้นคู่ที่มี Correlation สูงสุด คือ 0.77 (ค่าปกติไม่ควรเกิน 1 หากเท่ากับ 1 แสดงว่าเกิดปัญหา Collinearity) แสดงว่าไม่มีปัญหา Multi-collinearity^(35, 47)

จากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่าอายุของผู้ป่วย ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย จำนวนความถี่ในการรับประทานยาวันละ 3 ครั้ง (เมื่อใช้ความถี่ 1 ครั้งเป็นกลุ่มอ้างอิง) และจำนวนความถี่ในการรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง (เมื่อใช้ความถี่ 1 ครั้งเป็นกลุ่มอ้างอิง) สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 47 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 19 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรจึงเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้ คือ ถ้าอายุของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจะทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาลดลง 0.96 คะแนน ถ้าผู้ป่วยสามารถกลืนยาได้จะทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น 4.68 คะแนน ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาวันละ 3 ครั้งจะทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาลดลงมากกว่าผู้ป่วยรับประทานยาวันละ 1 ครั้งอยู่ 2.99 คะแนน และถ้าผู้ป่วยรับประทานยาวันละ 2 ครั้งจะทำให้คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาลดลงมากกว่าผู้ป่วยรับประทานยาวันละ 1 ครั้งอยู่ 2.14 คะแนน

ดังนั้นสมการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (score) = 38.01 - 0.96 อายุของผู้ป่วย +

4.68 ความสามารถในการกลืนยา - 2.99 ความถี่ในการรับประทานยาวันละ 3 ครั้ง -

2.14 ความถี่ในการรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง

และจากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ เมื่อนำมาทำเป็นหน่วยมาตรฐาน (Zscore) เดียวกันเพื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลกับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพล มากที่สุดคือ อายุของผู้ป่วย ($\beta = -0.70, p < 0.01$) ความสามารถในการกลืนยา ($\beta = 0.43, p < 0.01$) ความถี่ในการรับประทานยาวันละ 3 ครั้ง ($\beta = -0.37, p < 0.01$) และ ความถี่ในการรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง ($\beta = -0.30, p < 0.01$) ตามลำดับ ดังนั้นสมการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา (ทำเป็นหน่วยมาตรฐาน (Zscore)) คือ

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาทำเป็นหน่วยมาตรฐาน (Zscore) = 0 - 0.70Zอายุของผู้ป่วย +

0.43Zความสามารถในการกลืนยา - 0.37Zความถี่ในการรับประทานยาวันละ 3 ครั้ง -

0.30Zความถี่ในการรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง

ตารางที่ 19 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

	B	Std. Error	β	t	Sig.
Constant	38.01	1.28		29.67	< 0.01
age of child.	-0.96	0.09	-0.70	-10.60	< 0.01
swallow	4.68	0.72	0.43	6.50	< 0.01
FG_2	-2.99	0.79	-0.37	-3.79	< 0.01
FG_1	-2.14	0.70	-0.30	-3.07	< 0.01
R	0.68				
R Square	0.47				
Adjusted R Square	0.45				
R Square Change	0.03				
F Change	9.40				
Sig. F Change	0.003				

หมายเหตุ *วิเคราะห์โดยใช้วิธี stepwise, R Square = 0.47

age child = อายุของผู้ป่วย (ปี)

swallow = ปัญหาในการกลืนยาของผู้ป่วย

FG1 = ตัวแปร Dummy ที่แสดงจำนวนความถี่ในการรับประทานยา
วันละ 2 ครั้ง เมื่อใช้ความถี่ 1 ครั้งเป็นกลุ่มอ้างอิง (ครั้ง)

FG2 = ตัวแปร Dummy ที่แสดงจำนวนความถี่ในการรับประทานยา
วันละ 3 ครั้ง เมื่อใช้ความถี่ 1 ครั้งเป็นกลุ่มอ้างอิง (ครั้ง)

บทที่ 5

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเตดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ พบผู้ป่วยเพศชาย (ร้อยละ 76.67) ซึ่งมีความสอดคล้องกับทวีศิลป์ และคณะ พบว่าในประเทศไทยพบผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.1 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1⁽⁴⁾ ระดับ IQ เกิน 70 ทุกวัย⁽⁴⁸⁾ เนื่องจากหากระดับที่ต่ำกว่านี้จัดเป็นโรคสติปัญญาบกพร่อง (Mental retard) และมีอายุเกิน 8 ปีทุกวัย⁽⁴⁹⁾ เนื่องจากการรับรู้ทางด้านรูปธรรม และมโนธรรมสามารถทำงานได้ครบถ้วนแล้ว ผู้ป่วยมีพัฒนาการทางด้าน การฟัง พูด อ่าน เขียนที่ดี สามารถชี้แจงเหตุผลประกอบ ตอบคำถาม และแสดงความคิดเห็นได้ นอกจากนี้ต้องรู้จักใช้ความคิด ทราบความต้องการของผู้วิจัย แยกข้อเท็จจริงออกจากกันได้ ตัดสินใจว่าจะปฏิบัติอย่างไรได้ ตลอดจนสามารถอธิบายความหมายตามนัยของผู้วิจัยได้

การศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย อายุของผู้ปกครอง ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย ทักษะการใช้ยาของผู้ป่วย ทักษะในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ระยะเวลาการรักษาด้วยยา คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และความถี่ในการรับประทานยา เมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยแต่ละชนิด โดยพิจารณาจากค่าสหสัมพันธ์ (correlation) ผลการวิจัยพบว่า อายุของผู้ป่วย และระยะเวลาการรักษาด้วยยา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือมีค่าสหสัมพันธ์เป็น 0.50 และ 0.33 ตามลำดับ กล่าวคือหากผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น และระยะเวลาการรักษาด้วยยามากขึ้นจะสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง หากพิจารณาตามปัจจัยต่าง ๆ จากการศึกษพบว่า

- อายุของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าอายุของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Charach⁽³⁷⁾ พบว่าเด็กที่มีอายุมากขึ้นจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี และ 13-18 ปี จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 13-18 ปีอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ซึ่งใกล้เคียงกับจากการศึกษาของ Fine และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่ประเมินระดับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า เมื่อแยกตามช่วงอายุ 6-12 ปี ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 10 ช่วงอายุ 13-18 ปี ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 23 แต่ต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่ากลุ่มเด็ก

อายุ 6-12 ปีมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มเด็กอายุ 13-18 ปี ซึ่งในผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นต้องรับประทานยาด้วยตนเอง อาจทำให้หลงลืมด้วยตัวโรคสมาธิสั้นเองและความใส่ใจในการใช้ยาของผู้ป่วยที่ลดลง

- เพศของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยหญิงสูงกว่าผู้ป่วยชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ซึ่งต่างกับการศึกษาของ Charach และคณะ⁽³³⁾ พบว่าผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นเพศชายมีการคาดคะเนความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงขึ้น อาจเป็นผลมาจากเชื้อชาติที่ต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาไม่ตรงกัน

- อายุของผู้ปกครอง จากการศึกษาพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง (ไม่มีนัยสำคัญ) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Charach⁽³⁷⁾ ที่พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุมากจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง แต่ต่างกับการศึกษาในประเทศไทยของมาศมณี⁽¹⁸⁾ พบว่าผู้ปกครองที่มีอายุมากจะให้ความร่วมมือในการดูแลเรื่องการให้ยาของเด็กมากกว่าผู้ปกครองที่มีลักษณะตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นผลมาจากระบบการเลี้ยงดูของคนไทย มักฝากให้ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้ดูแลซึ่งจะต่างกับในต่างประเทศที่มีผู้ดูแลเป็นกิจจะลักษณะ เช่น ศูนย์รับเลี้ยงเด็ก

- ความสามารถในการกลืนยาเม็ดของผู้ป่วย (ปัญหาในการกลืนยา) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนยาได้จะให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง เนื่องจากรูปแบบของยาเมทิลเฟนิเดตในประเทศไทยนั้นมีเพียงรูปแบบยาเม็ดไม่มีรูปแบบยาน้ำเช่นในต่างประเทศ ดังนั้นผู้ป่วยบางรายจะมีปัญหาเรื่องการกลืนเม็ดยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beck และคณะ⁽³⁸⁾ พบว่าปัญหาในการกลืนยาของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคหนึ่งของความร่วมมือในการใช้ยา ให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง

- ทักษะที่ดีต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง จากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่มีทักษะที่ดีต่อการรักษาและการใช้ยาจึงส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีตามกันไป (ไม่มีนัยสำคัญ) สอดคล้องกับการศึกษาของมาศมณี⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าผู้ปกครองที่มีทักษะดีต่อโรคสมาธิสั้นระดับสูง (ทักษะที่ดี) จะให้ความร่วมมือในการดูแลเรื่องการให้ยาของเด็กมากกว่าผู้ปกครองที่มีลักษณะตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาของ Itai และคณะ⁽⁴²⁾ ได้แสดงให้เห็นว่าทักษะในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตเป็นปัจจัยหลักในการก่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ปกครอง และผู้ป่วยที่มีความกังวลในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต และได้รับข้อมูลในด้านลบมาก่อนที่จะได้รับยาเมทิลเฟนิเดตจากแหล่งต่าง ๆ ทำให้ผู้ปกครองพาผู้ป่วยมารักษาซ้ำลง นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากรักษา 23.5 เดือนแล้วประสิทธิภาพเรื่องความปลอดภัย และประสิทธิภาพของยาเมทิลเฟนิเดตเป็นสาเหตุที่น่าพาให้มีทักษะในด้านลบกับยาเมทิลเฟนิเดต ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ากังวลในการรักษา ระยะยาว

- ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง จากการศึกษาพบว่าถ้าผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นสูง จะส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงตามไปด้วย (ไม่มีนัยสำคัญ) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญณดา⁽²⁰⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการรักษาไม่เพียงพอ ความร่วมมือในการใช้ยาจึงลดลง และการศึกษาของ Corkum และคณะ⁽⁴³⁾ พบว่าความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่สูงนั้นจะสัมพันธ์กับความคิดเห็นในการรักษาโรคสมาธิสั้นของกลุ่มผู้ปกครองที่ไม่ต้องการใช้ยา แต่ก็พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นนั้นเลือกการรักษาด้วยยา และไม่ใช้ยา ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าความร่วมมือในการใช้ยาของการรักษาด้วยยา หรือไม่ใช้ยาไม่สามารถทำนายความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น หรือความคิดเห็นในการรักษาโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองได้ กล่าวคือความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และความคิดเห็นในการรักษาโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคสมาธิสั้น การให้ข้อมูลเรื่องโรคสมาธิสั้นกับผู้ปกครองก่อนที่จะทำการรักษานั้นมีผลดีต่อการรักษา และความร่วมมือในการใช้ยา

- ทักษะคิดในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น จากการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี (ทางบวก) ส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูงตามไปด้วยอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dodson⁽⁴⁰⁾ พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาเนื่องจากขาดความเข้าใจในเรื่องการรับประทานยาไปเพื่ออะไร หรือไม่ทราบว่ายาน สามารถช่วยป้องกันโรคที่อาจเกิดร่วมซึ่งมีความร้ายแรงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติในทางลบกับการรับใช้ยา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ferrin และคณะ⁽⁴¹⁾ พบว่าการปรับทัศนคติในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยให้เป็นทางบวก และส่งเสริมให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้นเพื่อลบเลือนความเชื่อที่ไม่ถูกต้องจะช่วยป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

- ระยะเวลาการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา จากการศึกษาพบว่าเมื่อระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานขึ้นส่งผลให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Charch และคณะ⁽³³⁾ พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงเมื่อระยะเวลาการรักษาโรคสมาธิสั้นยาวนานขึ้น กล่าวคือ ความร่วมมือในการรับประทานยาปีที่ 2 ลดลงเหลือร้อยละ 53 และปีที่ 5 ลดลงเหลือร้อยละ 36

- การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา จากการศึกษาเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยากับผู้ป่วยในระดับมาก (ความถี่สูง) แต่ไม่ทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดลง (ไม่มีนัยสำคัญ) ซึ่งต่างจากการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในการศึกษาของ Sitholey และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในประเทศอินเดีย พบว่าร้อยละ 83 ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาภายใน 1 เดือนแรกของการได้รับยา โดยเหตุผลของผู้ปกครองที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยาเนื่องจากร้อยละ 65 เด็กได้รับผลข้างเคียงของยา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ในด้านระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยในการวิจัยนี้ต้องใช้อยามานานกว่า 1 เดือน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยบางส่วนสามารถทนกับผลข้างเคียงของยาได้แล้ว จึงไม่กระทบ

กับความร่วมมือในการใช้ยา และการได้รับประทานยาเมทิลเฟนิเดตครั้งแรก เกสซ์กรโรงพยาบาลยูว ุระสาทไวทโยปถัมภ์จะทำให้การบริหารเภสัชกรรม ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้จะเก็บจากผู้ป่วยที่ รับประทานยามากกว่า 1 เดือน จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้ป่วย/ผู้ปกครองเข้าใจถึงผลข้างเคียงที่อาจ เกิดขึ้นได้ จึงมีการรายงานข้อมูลอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น แต่ไม่กระทบกับความร่วมมือในการ รับประทานยา

- ความถี่ในการรับประทานยา จากการศึกษาพบว่าความถี่ในการรับประทานยาร้อยละ 3 ครั้ง และร้อยละ 2 ครั้งทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลงตามลำดับ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Charach และคณะ⁽³³⁾ การคาดคะเนความร่วมมือในการใช้ยาจะลดลงเมื่อความถี่ใน การรับประทานยาเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Faraone และคณะ⁽⁴⁴⁾ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับยา เม็ดที่ควบคุมการปลดปล่อยยา (OROS[®] methylphenidate) ซึ่งรับประทานเพียงวันละ 1 ครั้ง เมื่อ ติดตามที่ระยะเวลา 1 ปีพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 86.4 จากการศึกษาของ Firestone⁽⁴⁵⁾ แสดงให้เห็นว่ายาเม็ดที่ออกฤทธิ์ทันที ซึ่งต้องรับประทานวันละหลายครั้งนั้นสร้าง ความทุกข์ใจให้กับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเมื่อรับประทานนอกบ้าน เป็นเหตุให้ผู้ป่วยลืมรับประทาน ยาบางมื้อ หรืออาจหยุดรับประทานยาเลย จากการติดตามผลการรักษาด้วยยาเม็ดที่ออกฤทธิ์ทันที เป็นเวลา 1 ปีพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 20 หยุดรับประทานยาในเดือนที่ 4 และร้อยละ 44 หยุด รับประทานยาในเดือนที่ 10 เหตุผลในการหยุดรับประทานยานั้นยังไม่ชัดเจน จากการศึกษาที่คาดว่า น่าจะเกิดจากผลข้างเคียงของยา และจากการศึกษาของ Thiruchelvam และคณะ⁽⁴⁶⁾ ที่ติดตามความ ร่วมมือในการใช้ยาเม็ดที่ออกฤทธิ์ทันทีเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่าหลังจากรับประทานยา 1 ปีพบความ ร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 81 หลังจากรับประทานยา 2 ปี พบความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 67 และหลังจากรับประทานยา 3 ปีพบความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละ 52

จากผลการวิจัยเมื่อพิจารณาการปฏิบัติของผู้ป่วยในแต่ละรูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จะเห็นได้ว่ารูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ผู้ป่วย/ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำคือ งดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง รับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะ อาการของเด็กจะดีขึ้นหรือแย่ลง และรับประทานยาไม่ตรงเวลา โดยผู้ป่วย/ผู้ปกครองมักจะงด รับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยแพทย์ไม่ได้สั่งเนื่องจากเห็นว่าไม่มีการเรียนการ สอน ผู้ปกครองสามารถควบคุมผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องใช้ยา ผู้ปกครองประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถ รับประทานอาหารในปริมาณที่มากขึ้นเมื่อไม่ได้ใช้ยา และผู้ปกครองต้องการให้เด็กเป็นธรรมชาติตาม ใจไม่ต้องการให้ถูกยาควบคุมเอาไว้ ส่วนรับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะอาการของเด็กจะดีขึ้นหรือแย่ ลง (ทัศนคติทางบวก) เนื่องมาจากผู้ป่วย/ผู้ปกครองมีความเกรงใจต่อแพทย์ กลัวถูกตำหนิหากไม่ รับประทานยา ส่งผลให้ขาดความตระหนักในผลการรักษาว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้นหรือแย่ลง อาจเกิด ผลข้างเคียงจากยาแต่ยังคงให้รับประทานยาต่อเนื่องไป และการรับประทานยาไม่ตรงเวลานั้นเกิดจาก

โดยตัวโรคของผู้ป่วยเองนั้นจะทำให้มีการหลงลืมได้บ่อยอยู่แล้ว หากต้องรับผิดชอบรับประทานยาเอง จะทำให้ไม่ได้รับประทานยาครบถ้วนตามแพทย์สั่ง ซึ่งผู้ที่มีบทบาทในการรับประทานยานอกจากตัวผู้ป่วยเองแล้วยังมีผู้ปกครอง และคุณครูที่โรงเรียน (ไม่ได้ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาที่โรงเรียน) ผู้ป่วยจึงมักจะรับประทานยาไม่ตรงเวลา ในผู้ป่วยบางรายนั้นไม่ได้รับประทานยามื้อกลางวัน ผู้ปกครองจะให้รับประทานเป็นมื้อเย็นแทน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยนอนดึกขึ้นจนไม่สามารถตื่นนอนไปโรงเรียนได้ในช่วงเช้าหรือตื่นสาย บางรายก็ถูกงดยาในมื้อกลางวันไปส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเรียนหนังสือได้อย่างมีประสิทธิภาพอันเป็นผลมาจากขาดสมาธิ ส่วนการเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่งและเคยลดมื้อยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่งการปฏิบัติเป็นประจำนั้นพบน้อยมาก เนื่องจากผู้ป่วย/ผู้ปกครองมีความเชื่อถือในการรักษาของแพทย์ และเกรงว่าแพทย์จะตำหนิเมื่อมาพบแพทย์ครั้งถัดไป ส่วนรูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติ คือ เคยเพิ่มมื้อยามากกว่าที่แพทย์สั่ง เคยเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่ง และเคยลดปริมาณยาต่อครั้งลงน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วย/ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะไม่ปฏิบัติเนื่องจากการใช้ยาคิดเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นนั้นต้องใช้ตามแพทย์สั่งเท่านั้น หากปฏิบัติเองโดยที่แพทย์ไม่ได้แจ้งเกรงจะเกิดอันตรายกับบุตรหลานของตนได้

จากการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ พบว่าอายุของผู้ป่วย ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย จำนวนความถี่ในการรับประทานยารวันละ 3 ครั้ง (เมื่อใช้ความถี่ 1 ครั้งเป็นกลุ่มอ้างอิง) และจำนวนความถี่ในการรับประทานยารวันละ 2 ครั้ง (เมื่อใช้ความถี่ 1 ครั้งเป็นกลุ่มอ้างอิง) สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 47 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้นตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรจึงเป็นตัวแปรที่ดีที่สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Susan และคณะ⁽⁵⁰⁾ ซึ่งพบว่าอายุของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เพิ่มขึ้น และการรับประทานยารวันละ 3 ครั้งเป็นปัจจัยหลักในการทำนายความร่วมมือในการใช้ยา พบว่ามีความร่วมมือในการใช้ยาที่ไม่ดี (ร้อยละ 25.7) สาเหตุมาจากการลืมรับประทานยา (ร้อยละ 72.7) รับประทานยาแล้วไม่เกิดผลกับผู้ป่วย (ร้อยละ 20) และปฏิเสธในการรับประทานยา (ร้อยละ 12.7)

สมการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา คือ

$$\begin{aligned} \text{คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (score)} &= 38.01 - 0.96 \text{ อายุของผู้ป่วย} + \\ &4.68 \text{ ความสามารถในการกลืนยา} - 2.99 \text{ ความถี่ในการรับประทานยารวันละ 3 ครั้ง} \\ &- 2.14 \text{ ความถี่ในการรับประทานยารวันละ 2 ครั้ง} \end{aligned}$$

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น อีกทั้งยังศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2557 ถึง 30 มีนาคม 2558 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย โดยการเก็บข้อมูลจากแบบประเมิน และแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือส่วนที่ผู้ปกครองประเมินด้วยตนเอง คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง และแบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ปกครอง และส่วนที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ได้แก่

1) การสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบสัมภาษณ์ประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

2) การสัมภาษณ์ผู้ป่วย คือ แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินทัศนคติของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบสัมภาษณ์ประเมินความถี่ของการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (2 แบบสัมภาษณ์หลังนี้จะใช้เมื่อผู้ป่วยรับผิดชอบรับประทานยาด้วยตนเอง และ/หรือผู้ปกครองไม่ทราบข้อมูล) ได้ผลดังนี้

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.67) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 11.57 ± 2.4 ปี พบว่า มีระดับ IQ ระดับฉลาดปานกลาง หรือระดับปกติ (average) (ร้อยละ 38) ความสามารถในการกลืนยาได้ (ร้อยละ 89.33) ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดต (ร้อยละ 92.7) ยาที่ใช้ร้อยละ 92.7 คือยา Ritalin[®] ความถี่ในการรับประทานยาส่วนใหญ่วันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 68.67) และมีระยะเวลารับประทานยาน้อยกว่า 3 ปี (ร้อยละ 59.33)

ด้านผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.7) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นมารดา (ร้อยละ 68) มีสถานภาพสมรสของผู้ปกครองคือสมรส (ร้อยละ 73.3) ระดับการศึกษาของผู้ปกครองอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 (ร้อยละ 29.3) อาชีพหลักปัจจุบันของผู้ปกครอง (ร้อยละ 44) คือรับจ้าง/ลูกจ้าง รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของผู้ปกครองมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 34.7) และสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 75.3) ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับยาและการรักษา ยกเว้นค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.33) คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ยเท่ากับ 28.87 ± 3.37 คะแนน โดยรูปแบบความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ รับประทานยาไม่ตรงเวลา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.2 ± 1.04 คะแนน รูปแบบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาที่ผู้ป่วย/ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำคือ งดรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง

3. ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นในระดับสูง (ร้อยละ 49.33) ส่วนคำถามที่มีผู้ปกครองตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 8 เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเร หรืออาจติดสารเสพติดเมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่น (ร้อยละ 64.7)

4. ทักษะคิดในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครองคะแนนทักษะคิดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.33) คำถามที่ผู้ปกครองมีทักษะคิดในทางลบมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 6 บุตรหลานของคุณรู้สึกอายเมื่อเพื่อนล้อเลียนเวลาที่บุตรหลานของคุณรับประทานยา และข้อ 13 คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณมีเพื่อนเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้รับประทานยา (ร้อยละ 58.7)

5. ทักษะคิดในการใช้ยาของผู้ป่วยคะแนนทักษะคิดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 68.67 แสดงว่าผู้ป่วยมีทักษะคิดที่ดีในการใช้ยา คำถามที่ผู้ป่วยมีทักษะคิดในทางลบมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 10 คุณมีเพื่อนเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้รับประทานยา (ร้อยละ 33.3)

6. คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 66.67 แสดงว่าผู้ป่วยใช้ยาแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์น้อยมาก อาการไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดคือ เบื่ออาหาร (ร้อยละ 52) รองลงมาคือ พวดคุยน้อยลง (ร้อยละ 39.3) และกััดหรือแพะเล็บ (ร้อยละ 24) อาการไม่พึงประสงค์ที่พบน้อยที่สุดคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว (ร้อยละ 0.7)

อาการไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบกับผู้ปกครองมากที่สุดคือ น้ำหนักลดลง (ร้อยละ 61.11) รองลงมาคือ กััดหรือแพะเล็บ (ร้อยละ 52.78) และเบื่ออาหาร (ร้อยละ 48.72)

อาการไม่พึงประสงค์ที่มีผลกระทบกับผู้ป่วยมากที่สุดคือ มีพฤติกรรมก้าวร้าว (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 75) และนอนไม่หลับ (ร้อยละ 33.33)

7. ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความร่วมมือในการใช้ยากับปัจจัยแต่ละชนิด ได้แก่ อายุของผู้ป่วย, เพศของผู้ป่วย, อายุของผู้ปกครอง, ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย, ทักษะคิดในการใช้ยาของผู้ป่วย, ทักษะคิดในการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง, ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง, ระยะเวลาการรักษาด้วยยา, คะแนนการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา, ความถี่ในการรับประทานยา โดยพิจารณาจากค่าสหสัมพันธ์ (correlation) พบว่า อายุของผู้ป่วย และระยะเวลาการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คือมีค่าสหสัมพันธ์เป็น 0.50 และ 0.33 ตามลำดับ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง และในส่วนของระยะเวลาการรักษาด้วยยา

หากระยะเวลาการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาเมทิลเฟนิเดตเพิ่มมากขึ้นจะสัมพันธ์กับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง

8. คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มผู้ป่วยหญิงสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยชาย อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเพศหญิงมีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าเพศชาย

9. คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปี สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 13-18 ปีอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 8-12 ปีจะมีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุ 13-18 ปี

10. อายุของผู้ป่วย ความสามารถในการกลืนยาของผู้ป่วย จำนวนความถี่ในการรับประทานยารวันละ 3 ครั้ง และจำนวนความถี่ในการรับประทานยารวันละ 2 ครั้ง สามารถทำนายความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้ร้อยละ 46.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังสมการทำนาย คือ

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา (score) = $38.01 - 0.96$ อายุของผู้ป่วย +

4.68 ความสามารถในการกลืนยา - 2.99 ความถี่ในการรับประทานยารวันละ 3 ครั้ง - 2.14 ความถี่ในการรับประทานยารวันละ 2 ครั้ง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ปกครอง และตัวผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ได้ประเมินผลจากคุณครูที่โรงเรียนซึ่งผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับยามื้อกลางวัน และ/หรือ เวลา 16.00 น. ผู้ปกครองบางรายจะนำไปฝากไว้ที่คุณครู ดังนั้นข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยนั้นอาจได้รับไม่สมบูรณ์สำหรับผู้ป่วยที่นำไปฝากคุณครู

2. แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์มีจำนวนมากเกินไป ต้องใช้ระยะเวลาในการทำงานอาจส่งผลให้คำตอบมีความสมบูรณ์น้อยลง เนื่องจากความถูกต้องสมบูรณ์จะเกิดขึ้นได้หากผู้ตอบมีความซื่อสัตย์ต่อคำตอบที่ตอบออกมา หากตอบออกมาด้วยความเกรงใจอาจทำให้ข้อมูลที่ได้รับไม่ถูกต้องได้

3. การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น เช่น ทักษะสติในการใช้ยาของครูประจำชั้น ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของครูประจำชั้น ภาวะโรคร่วมอื่น ๆ เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ ต้องใช้ระยะเวลาในการศึกษานาน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างต้องมากกว่านี้

4. การสัมภาษณ์เด็กสมาธิสั้นนั้น หากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยามาจากที่บ้านหรือเป็นช่วงเวลาที่ยาใกล้หมดฤทธิ์แล้วจะทำให้ได้คำตอบที่ค่อนข้างยาก เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง ขาดสมาธิ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนได้

5. ข้อมูลด้านทัศนคติ เนื่องด้วยผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการสอบถามและเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยอาจมีแนวโน้มของทัศนคติทางบวกอยู่แล้ว จึงอาจทำให้ปัจจัยเรื่องทัศนคติมีความสำคัญในการศึกษานี้ลดลง ในอนาคตหากมีการศึกษาเพิ่มเติมอาจทำโดยการสุ่มเพิ่มประวัติผู้ป่วย/ผู้ปกครอง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีทัศนคติตามความเป็นจริงมากที่สุด ที่อาจมีผู้ที่มีทัศนคติในทางลบ เช่น กรณีมาพบแพทย์หรือรับยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยนี้ศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งและเก็บข้อมูลในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วย จึงไม่สามารถบอกความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในระยะยาวได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไป อาจมีการปรับปรุงรูปแบบการศึกษา โดยสอบถามถึงความร่วมมือในการใช้ยาในระยะเวลาที่ยาวนานกว่า 1 เดือน เพื่อให้ทราบถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในระยะยาว ที่จะมีความใกล้เคียงกับการรักษาที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน

2. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยนั้นยังคงมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ปกครอง/ผู้ป่วยอาจให้คำตอบที่ไม่ถูกต้องทั้งหมดเพื่อลดการถูกตำหนิ หรือตอบเพื่อเอาใจผู้สัมภาษณ์ ดังนั้นหากมีการติดตามความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่นการให้นายาเดิมที่เหลืออยู่มานับรวมด้วยจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากขึ้น

3. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นกรณีผู้ป่วยไปฝากไว้กับครูสำหรับรับประทานมื่อกลางวันนั้น ควรมีการประเมินที่ครูร่วมด้วยเพื่อได้ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาที่สมบูรณ์มากขึ้น

4. จากการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้ปกครอง ทำให้ได้ข้อมูลเรื่องความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาของผู้ป่วย/ผู้ปกครอง เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นนั้นจะต้องได้รับการรักษาเปรียบเสมือนผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่นกัน แต่ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยบางรายมีความเข้าใจว่าใช้ยาตามอาการ หยุดรับประทานยาได้เมื่อไม่ได้ไปโรงเรียน ได้รับยาไปไม่ถึงวันนัดพบแพทย์ เป็นต้น ดังนั้นกระบวนการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เกสัชกรควรเน้นอธิบายให้ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยมีความเข้าใจทั้งเรื่องโรคสมาธิสั้น เรื่องยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้พร้อมแนวทางการแก้ไขเบื้องต้น และแนะนำให้ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

5. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าความถี่ในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยา กล่าวคือผู้ป่วยที่รับประทานยารวันละ 1 ครั้งจะมีความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่ารับประทานยารวันละ 2 หรือ 3 ครั้ง ซึ่งยาเมทิลเฟนิเดตชนิดที่ออกฤทธิ์ยาว (รับประทานวันละ 1 ครั้ง) และผู้ป่วยที่รับประทานยาเมทิลเฟนิเดตชนิดที่ออกฤทธิ์สั้นซึ่งแพทย์สั่งให้รับประทานยารวันละ 1 ครั้ง ความร่วมมือในการรับประทานยาจะสูงมากกว่าการรับประทานยารวันละ 2 หรือ 3 ครั้ง ดังนั้นหากผู้ปกครองสามารถเข้าถึงการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตชนิดที่ออกฤทธิ์ยาว หรือสิทธิการรักษาเอื้อให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาเมทิลเฟนิเดตชนิดที่ออกฤทธิ์ยาว จะช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้มาก

6. ปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากปัจจัยที่ได้รับการศึกษาในครั้งนี้แล้วที่ควรมีการศึกษาต่อไปในอนาคต ได้แก่ โรคหรือภาวะร่วมอื่น ๆ รายได้ของผู้ปกครอง การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ความรุนแรงของโรคและชนิดของโรคสมาธิสั้น (combined type inattentive

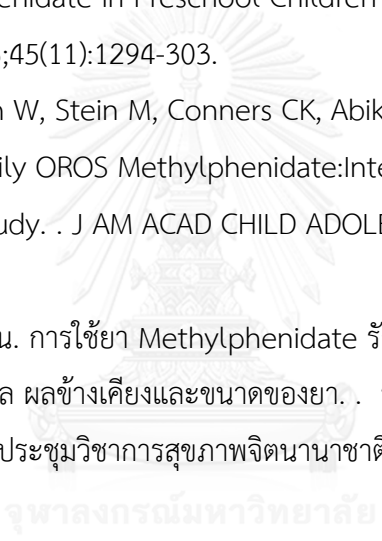
type และ hyperactive/impulsive type) ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของครู ทัศนคติของครูที่มีต่อโรคและการรักษา เป็นต้น ซึ่งอาจให้ผลการศึกษาที่ต่างไปจากการศึกษานี้ได้



รายการอ้างอิง

1. Hechtman L. Long-Term Treatment of Children and adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). . Current Psychiatry Reports. 2006;8:398-408.
2. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิถก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;21(2):66-75.
3. นภัทร พุกกะณะสุต. สมาธิสั้นหายได้ไม่ยาก. 5 ed. กรุงเทพฯ: ยูแพด อินเตอร์; 2007.
4. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. 3 ed. ศิริโชค หงส์สงวนศรี, editor. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2012.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM–IV-TR. Bangalore: Panther; 2000.
6. Ghosh S, Sinha M. Case report ADHD, ODD, and CD: Do They Belong to a common Psychopathological Spectrum? A Case series. Case reports in psychiatry 2012.
7. วิฐารณ บุญสิทธิ, ศิริโชค หงส์สงวนศรี, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, ทศนวัต สมบุญธรรม, พิสาสน์ เตชะเกษม, ภัทร พิทยรัตน์เสถียร. แนวทางเวชกรรมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์ 2553 [cited 2012 Jul 30]. Available from: http://www.thaipediatrics.org/cpg_file/CPG_ADHD_Final.pdf.
8. Perwien AR, Hall J, Swensen A, Swindle R. Stimulant treatment patterns and compliance in children and adults with newly treated attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of managed care pharmacy 2004;10(2):122-9.
9. Ferrin M, Taylor E. Child and Caregiver Issues in the Treatment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder: Education, Adherence, and Treatment Choice. Future Neurology. 2011;6(3):399-413.
10. ชาญวิทย์ พรนภดล. มารู้อีกและช่วยเด็กสมาธิสั้นกันเถอะ ตอนที่ 5 2010 [updated 30 Jul 2012]. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=396>.

11. คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ปิยะณัฐ สุวรรณโน, ศุภผล ช. Update on ADHD 2011. Available from:
http://www.ra.mahidol.ac.th/sites/default/files/OPS/PDF/Update%20on%20ADHD_Part_1-3.pdf.
12. National Resource Center on AD/HD. Managing medication for Children and adolescents with AD/HD 2008 [cited 2012 Jul 20]. Available from:
<http://www.help4adhd.org/documents/VWK3.pdf>.
13. Mayo clinic staff. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children 2011. Available from: <http://www.mayoclinic.com/health/adhd/DS00275>.
14. Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C, Fried R, al. e. Does ADHD Predict Substance-Use Disorders? A 10-year Follow-up Study of Yung Adults With ADHD. Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry. 2011;50(6):543-53.
15. Cleave JV, Leslie LK. Approaching ADHD as Chronic Condition Implication for long term Adherence. Journal of psychosocial nursing. 2008;46(8):28-37.
16. Alder LD, Nierenberg AA. Review of medication adherence in children and adults with ADHD. Postgraduate Medicine 2010;122(1):184-91.
17. Fine S, Worling D. Issues in medication adherence for children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. BC Medical Journal 2001;43(5):277-81.
18. มาศมณี วีระณรงค์. ความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2003.
19. Sitholey P, Agarwal V, Chamoli. A preliminary study of factors affecting adherence to medication in clinic children with attention-deficit/hyperactivity disorder. . Indian journal of psychiatry. 2011;53(1):41-4.
20. บุณณดา, หิรัญเจริญ. ความรู้และการจัดการกับเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองและครู.: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
21. จักริน ปิงคลาศัย. ต้นทุนต่อหน่วยในการรักษาโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลสวนปรุง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2550;52(4):439-49.
22. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005(353):487-97.

23. Bezchlibnyk-Butler KZ, Virani AS. Clinical handbook of psychotropic drugs for children and adolescents. Cambridge: Hogrefe & Huber; 2004.
24. Diane PO, Nicolas R, Aude M, Lepagnol B. Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatric Research*. 2011;69(5):69-76.
25. Analytics TH. Micromedex Solution 2012 [updated 15 August 2012]. Available from: <http://www.thomsonhc.com>.
26. Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. Drug information handbook with international trade names index. Ohio: Lexi-Comp Inc; 2010.
27. Wigal T, Greenhill L, Chuang S, McGough J, Vitiello B, et al. Safety and Tolerability of Methylphenidate in Preschool Children With ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(11):1294-303.
28. Wilens T, Pelham W, Stein M, Conners CK, Abikoff H, Atkins Marc, et al. ADHD Treatment with once-daily OROS Methylphenidate: Interim 12-month results from a long term open label study. *J AM ACAD CHILD ADOLES Psychiatry*. 2003;42(2):424-33.
29. รินสุข องอาจสกุลมั้น. การใช้ยา Methylphenidate รักษาโรคสมาธิสั้น ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์: ศึกษาผล ผลข้างเคียงและขนาดของยา. . ร่วมมือ ร่วมพลัง : มุ่งหวังสู่สุขภาพจิตดี ในปี 2563 การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 7: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551. p. 96. 
30. McGough J, McCracken J, Swanson J, et al. Pharmacogenetics of methylphenidate response in preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45:1314-22.
31. ชื่นจิตร กองแก้ว. คำจำกัดความ: เรื่องที่มองข้ามในบทความวิชาการด้านปัญหาการใช้ยา. . *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 2553;5(1):88-94.
32. นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 2555:1-17.
33. Charach A, Gajaria A. Improving psychostimulant adherence in children with ADHD. *Expert review of neurotherapeutics*. 2008;8(10):1563-71.
34. Nichols G. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *J Am Pharm Assoc*. 2000;40(4):475-85.

35. กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. 20 ed. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด; 2555.
36. พิเชฐ สัมปทานกุล. หลักการทำวิจัยสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
37. Charach A. ADHD Treatment: Strategies for Optimizing Adherence. Consultant for Pediatricians. 2011;10(8):261-7.
38. Beck MH, Cataldo M, Slifer KJ, Pulbrook V, Guhman JK. Teaching Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Autistic Disorder (AD) How to Swallow Pills. Clin Pediatr 2005;44:515-26.
39. Diamond S, Lavalley DC. Experience with a pill-swallowing enhancement aid. Clin Pediatr 2010;49(4):391-3.
40. Dodson WW. Improving Adherence and Compliance in Adults and Adolescents With ADHD. . Medscape Psychiatry 2006;11(1).
41. Ferrin M, Veguilla MR, Betes MB, Abd SE, Pericall TL, Sinclair M, et al. Evaluation of attitudes towards treatment in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). Eur Child Adolesc Psychiatry. 2012;21:387-401.
42. Itai B, Talia D, Yoram N, Gil G. Attitudes Toward Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Treatment: Parents and Children's Perspectives. Journal of Child Neurology. 2008;23(9):1036-42.
43. Corkum P, Rimer P, Schachar R. Parental Knowledge of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Opinions of Treatment Options: Impact on Enrolment and Adherence to a 12-Month Treatment Trial. Can J Psychiatry. 1999;44:1043-48.
44. Faraone SV, Biederman J, Zimmerman B. An analysis of patient adherence to treatment during a 1-year, open-label study of OROS methylphenidate in children with ADHD. . Journal of attention disorders. 2007;11(2):157-66.
45. Firestone P. Factors associated with children's adherence to stimulant medication. Amer J Orthopsychiat. 1982;52(3):447-57.
46. Thiruchelvam D, Charach A, Schachar RJ. Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. . Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001;40:922-8.

47. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Multivariate data analysis. 6 ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2006.
48. Katusic MZ, Voigt RG, Colligan RC, Weaver AL, Homan KJ, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children With High IQ: Results from a Population-Based Study. *J Dev Behav Pediatr* 2011;32(2):103-9.
49. Lee K. Child Development: Your Eight Year Old Child. 2010 [cited 2012 Jul 30]. Available from:
<http://childparenting.about.com/od/physicalemotionalgrowth/tp/Child-Development-Your-Eight-Year-Old-Child.htm>.
50. Susan S.F. Gau, Hsin-Yi Shen, Miao-Churn Chou, Ching-Shu Tang, Yen-Nan Chiu, Churn-Shiouh Gau. Determinants of Adherence to Methylphenidate and the Impact of Poor Adherence on Maternal and Family Measures. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2006;16(3).

ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

CODE.....

สำหรับผู้วิจัยกรอก

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศของผู้ป่วย

[] 1) ชาย [] 2) หญิง

2. อายุของผู้ป่วย ปี

3. เพศของผู้ปกครอง

[] 1) ชาย [] 2) หญิง

4. อายุของผู้ปกครองปี

5. ความสัมพันธ์กับเด็ก

[] 1) บิดา [] 2) มารดา

[] 3) อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

6. ความสามารถในการกลืนเม็ดยาของผู้ป่วย

[] 1) กลืนได้

[] 2) กลืนไม่ได้ อาจต้องใช้การบดหรือละลายยาก่อนการรับประทานยา

7. เคยรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดตที่อื่นมาก่อนหรือไม่.....จำนวน.....แห่ง

ที่ไหน.....

ระยะเวลาที่ปีก่อนที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลยูวประสาทฯ.....ปี

8. ระยะเวลาที่เป็นโรคสมาธิสั้นด้วยยาเมทิลเฟนิเดต (ที่โรงพยาบาลยูวประสาทฯ).....ปี

9. ยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน และวิธีใช้ยาคือ.....

10. สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง

[] 1) โสด [] 2) สมรส [] 3) แยกกันอยู่

[] 4) หม้าย [] 5) หย่าร้าง

11. วุฒิการศึกษาของผู้ปกครอง

[] 1) ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 [] 2) มัธยมศึกษาปีที่ 6 [] 3) อนุปริญญาตรี

[] 4) ปริญญาตรี [] 5) สูงกว่าปริญญาตรี

12. อาชีพหลักปัจจุบันของผู้ปกครอง

- [] 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ [] 2) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ [] 3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 [] 4) รับจ้าง/ลูกจ้าง [] 5) เกษียณอายุ [] 6) เกษตรกรรม
 [] 7) นักเรียน/นักศึกษา [] 8) อื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

13. รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของผู้ปกครอง

- [] 1) ต่ำกว่า 5,000 บาท [] 2) 5,000-10,000 บาท [] 3) 10,001 - 15,000 บาท
 [] 4) 15,001 – 20,000 บาท [] 5) มากกว่า 20,000 บาท

14. สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

- [] 1) ชำระเงินเอง (เบิกไม่ได้)
 [] 2) เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บริษัท
 [] 3) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
 [] 4) บัตรประกันสังคม



สำหรับผู้วิจัยกรอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติ

1. ADHD Subtype.....
2. IQ Level
3. เริ่มรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดตปีพ.ศ.....
4. เคยรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดตที่อื่นมาก่อนหรือไม่.....ที่ไหน.....
 ระยะเวลาที่ปีก่อนที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลยุวประสาทฯ.....ปี
5. ระยะเวลาที่เป็นโรคสมาธิสั้นด้วยยาเมทิลเฟนิเดต (ที่โรงพยาบาลยุวประสาทฯ).....ปี
6. รวมระยะเวลาในการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาเมทิลเฟนิเดตทั้งหมด.....ปี
7. ก่อนมาพบแพทย์วันนี้ผู้ป่วยได้รับประทานยาเมทิลเฟนิเดตมาหรือไม่.....หากรับประทาน
 มาเวลา.....น.

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ข้อคำถามจะมีลักษณะเป็นแบบตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมากที่สุด

เป็นประจำ	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามทุกวันหรือคิดเป็นร้อยละ 100 ให้ 5 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง) หรือคิดเป็นร้อยละ 80 ให้ 4 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามเกือบทุกสัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง) หรือคิดเป็นร้อยละ 60 ให้ 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1-3 ครั้งใน 1 เดือนหรือคิดเป็นร้อยละ 40 ให้ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามข้อคำถามเลยหรือคิดเป็นร้อยละ 0 ให้ 1 คะแนน

ประเด็นข้อคำถามในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มาทำนเคยปฏิบัติในข้อคำถามนี้อย่างไร	ระดับคะแนน				
1. ผู้ปกครองเคยเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่ง	5	4	3	2	1
2. ผู้ปกครองเคยเพิ่มมื่อยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	5	4	3	2	1
3. ผู้ปกครองเคยลดปริมาณยาต่อครั้งน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	5	4	3	2	1
4. ผู้ปกครองเคยลดมื่อยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	5	4	3	2	1
5. ผู้ปกครองให้เด็กรับประทานยาไม่ตรงเวลา	5	4	3	2	1
6. ผู้ปกครองจะงดให้เด็กรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง	5	4	3	2	1
7. ผู้ปกครองให้เด็กรับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะอาการของเด็กจะดีขึ้นหรือแย่ลง	5	4	3	2	1

กรณีผู้ป่วยรับผิดชอบรับประทานยาเองให้ใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา
(สำหรับผู้ป่วย)

ประเด็นข้อคำถามในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยเคยปฏิบัติในข้อคำถามนี้อย่างไร	ระดับคะแนน				
	5	4	3	2	1
1. ผู้ป่วยเคยเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่แพทย์สั่ง	5	4	3	2	1
2. ผู้ป่วยเคยเพิ่มมียามากกว่าที่แพทย์สั่ง	5	4	3	2	1
3. ผู้ป่วยเคยลดปริมาณยาต่อครั้งน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	5	4	3	2	1
4. ผู้ป่วยเคยลดมียาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	5	4	3	2	1
5. ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงเวลา	5	4	3	2	1
6. ผู้ป่วยจะรับประทานยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยแพทย์ไม่ได้สั่ง	5	4	3	2	1
7. ผู้ป่วยรับประทานตามแพทย์สั่ง ไม่ว่าจะอาการของตนเองจะดีขึ้นหรือแย่ลง	5	4	3	2	1

ภาคผนวก ค

บทสัมภาษณ์ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

สวัสดิ์คือผู้วิจัยเป็นเภสัชกร วันนี้ผู้วิจัยจะมาขออนุญาตสอบถามข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (กรณีที่เราไปแล้วว่าผู้ปกครองของเด็กเกี่ยวข้องเป็นอะไรกับเด็ก เช่น พ่อ แม่ ย่า เป็นต้นผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ปกครองเรียกคุณ (พ่อ, แม่,)) เพื่อเพิ่มสัมพันธภาพกับผู้ปกครองให้มากขึ้น) รูปแบบการเก็บข้อมูลจะใช้การอธิบายคำถามแล้วให้คุณ (พ่อ, แม่,.....) เป็นผู้ตอบ ซึ่งคำถามเหล่านี้ผู้วิจัยไม่ได้มีจุดประสงค์ที่จะมาตำหนิหรือมาสอบสวนคุณ (พ่อ, แม่,.....) แต่ประการใด ผู้วิจัยต้องการมาสอบถามถึงความร่วมมือในการใช้ยา และหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากคุณ (พ่อ, แม่,.....) เพื่อนำไปเป็น แนวทางในการแก้ปัญหา รวมถึงการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยากับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะเป็นผู้ถามข้อคำถามต่าง ๆ แล้วให้คุณ (พ่อ, แม่,.....) ช่วยเลือกคำตอบที่ตรงกับคุณ (พ่อ, แม่,.....) มาก ที่สุด ผู้วิจัยจะได้อธิบายความหมายของแต่ละคำตอบพร้อมแสดงคำตอบให้คุณ (พ่อ, แม่,.....) ได้ดูไปด้วยกันด้วยนะคะ (ผู้วิจัยหยิบการ์ดคำตอบส่งให้ผู้ปกครองดูไปพร้อม ๆ กับอธิบายความหมายแต่ ละข้อ)

ทำเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามทุกวันหรือคิดเป็นร้อยละ 100 ให้ 5 คะแนน

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง) หรือคิดเป็นร้อยละ 80 ให้ 4 คะแนน

ทำบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามเกือบทุกสัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง) หรือคิดเป็นร้อยละ 60 ให้ 3 คะแนน

ทำนาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1- 3 ครั้งใน 1 เดือนหรือคิดเป็นร้อยละ 40 ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติไม่เคยทำเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติหรือทำตามข้อคำถามเลยหรือคิดเป็นร้อยละ 0 ให้ 1 คะแนน

เรามาเริ่มกันเลยนะคะ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาคุณ....เคยทำตามข้อคำถามที่ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังนี้ บ้างไหมคะ

ประเด็นข้อคำถามในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณ (พ่อ, แม่,.....) เคยปฏิบัติในข้อคำถามนี้ บ่อยแค่ไหนคะ	ระดับคะแนน				
ข้อที่ 1. คุณ (พ่อ, แม่,.....) เคยเพิ่มปริมาณยาต่อ ครั้งมากกว่าที่คุณหมอสั่งบ้างไหมคะ เช่น คุณ หมอบอกให้กินครึ่งเม็ด แต่คุณ (พ่อ, แม่,.....) ให้ลูกกิน 1 เม็ด เป็นต้น (นำเม็ดยาตัวอย่างให้ คุณ (พ่อ, แม่) ดู)	5	4	3	2	1
ข้อที่ 2. คุณ (พ่อ, แม่,.....) เคยเพิ่มมียามากกว่า ที่คุณหมอสั่งบ้างไหมคะ เช่น คุณหมอสั่งให้กิน ยาเข้ามือเดียว แต่คุณ (พ่อ, แม่,.....) ให้ลูกกิน ยาทั้งเข้าและเย็น เป็นต้น	5	4	3	2	1
ข้อที่ 3. คุณ (พ่อ, แม่,.....) เคยลดปริมาณยาต่อ ครั้งลงน้อยกว่าที่คุณหมอสั่งบ้างไหมคะ เช่น คุณ หมอสั่งให้กิน 1 เม็ดแต่คุณ (พ่อ, แม่,.....) ให้ ลูกกิน ครึ่งเม็ด เป็นต้น (นำเม็ดยาตัวอย่างให้ คุณ (พ่อ, แม่,)ดู)	5	4	3	2	1
ข้อที่ 4. คุณ (พ่อ, แม่,.....) เคยลดมียาน้อยกว่า ที่คุณหมอสั่งบ้างไหมคะ เช่น คุณหมอสั่งให้กิน เช้าและกลางวัน แต่คุณ (พ่อ, แม่,.....) ให้กิน เฉพาะกลางวันมือเดียว เป็นต้น	5	4	3	2	1
ข้อที่ 5. คุณ (พ่อ, แม่,.....) เคยให้ลูกกินยาไม่ ตรงเวลาบ้างไหมคะ เช่น คุณหมอให้กินยา 7 โมงเช้า (7.00 น.) และบ่ายโมง (13.00น.) แต่ คุณ (พ่อ, แม่,.....) ให้กิน 7 โมงเช้า และ บ่าย 3 โมง เป็นต้น	5	4	3	2	1
ข้อที่ 6. คุณ (พ่อ, แม่,.....) เคยงดให้ลูกกินยาใน	5	4	3	2	1

ประเด็นข้อคำถามในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา คุณ (พ่อ, แม่,.....) เคยปฏิบัติในข้อคำถามนี้ บ่อยแค่ไหนคะ	ระดับคะแนน				
วันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยคุณหมอไม่ได้สั่ง บ้างไหมคะ					
ข้อที่ 7. ไม่ว่าอาการของลูกจะดีขึ้นหรือแย่ลง หรือ มีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เช่น ลูกยังคงชน เหมือนเดิมหรือลูกตั้งใจเรียนดีขึ้น คุณ (พ่อ, แม่,.....) ยังคงให้ลูกกินยาตามที่คุณหมอสั่ง หรือไม่	5	4	3	2	1

กรณีผู้ป่วยรับผิดชอบรับประทานยาเองให้ใช้แบบสัมภาษณ์ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

สวัสดีค่ะ พี่เป็นเภสัชกรนะคะ น้องชื่อเล่นว่าอะไรค่ะ (อาจจะเรียกชื่อของน้องเลย เช่น น้อง...) คำถามต่าง ๆ ที่พี่จะมาถามในวันนี้...ไม่ต้องกลัวว่าพี่จะเอาไปฟ้องใครนะคะ แต่พี่จะมาดูเพื่อเป็นแนวทางให้น้อง ๆ คนอื่นทานยาเก่ง ๆ เหมือนน้อง...ไง วันนี้พี่จะรบกวนเวลาของน้อง...สักครู่ค่ะพอดีพี่กำลังมาดูเรื่องการใช้จ่ายของน้อง...พี่มีคำถาม 2 ชุดนะคะเนื่องจากน้อง...เก่งมีสามารถรับผิดชอบกินยาเองได้ เดียวพี่จะอ่านคำถามให้น้อง...ฟังทีละข้อนะคะ หากน้อง...งงไม่เข้าใจหนูถามได้เลยนะคะ จะมีตัวเลือก 5 ข้อ เดียวเราดูไปพร้อม ๆ กันนะคะ น้อง...ตอบคำตอบที่มันตรงกับน้อง...มากที่สุดเลยนะคะ คำชี้แจง ผู้วิจัย(พี่)จะเป็นผู้อ่านข้อคำถามต่าง ๆ แล้วให้น้อง...ช่วยเลือกคำตอบที่ตรงกับน้อง...มากที่สุด (ผู้วิจัยจะได้อธิบายความหมายของแต่ละคำตอบพร้อมแสดงคำตอบให้เด็กได้ดูไปพร้อม ๆ กัน) (ผู้วิจัยหยิบการ์ดคำตอบส่งให้เด็กดูไปพร้อม ๆ กับอธิบายความหมายแต่ละข้อ)

ทำเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามทุกวันหรือคิดเป็นร้อยละ 100

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง) หรือคิดเป็นร้อยละ 80

ทำบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถามเกือบทุกสัปดาห์ (สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง) หรือคิดเป็นร้อยละ 60

ทำนาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อคำถาม 1- 3 ครั้งใน 1 เดือนหรือคิดเป็นร้อยละ 40

ไม่เคยปฏิบัติไม่เคยทำเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติหรือทำตามข้อคำถามเลยหรือคิดเป็นร้อยละ 0

เราามาเริ่มกันเลยนะคะ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาหนู/ผมเคยทำตามข้อคำถามที่พี่จะอ่านให้ฟังนี้บ้างไหมค่ะ

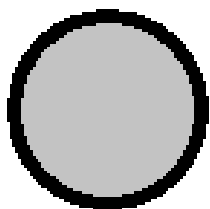
ประเด็นข้อคำถามในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา น้อง...เคยทำตามในข้อคำถามนี้บ่อยแค่ไหน	ระดับคะแนน				
ข้อที่ 1. น้อง...เคยเพิ่มปริมาณยาต่อครั้งมากกว่าที่คุณหมอสั่ง บ้างไหมคะ เช่น คุณหมอสั่งให้กิน ครั้งเม็ด แต่น้อง...กิน 1 เม็ดเลย เป็นต้น (นำเม็ดยาตัวอย่างให้เด็กดู)	5	4	3	2	1
ข้อที่ 2. น้อง...เคยเพิ่มมื้อยามากกว่าที่คุณหมอสั่ง บ้างไหมคะ เช่น คุณหมอสั่งให้กินเข้ามื้อเดียว แต่น้อง...กินทั้งเช้าและเย็น เป็นต้น	5	4	3	2	1
ข้อที่ 3. น้อง...เคยลดปริมาณยาต่อครั้งลงน้อยกว่าที่คุณหมอสั่ง บ้างไหมคะ เช่น คุณหมอสั่งให้กิน 1 เม็ดแต่น้อง...กินยาแค่ ครั้ง เม็ด เป็นต้น (นำเม็ดยาตัวอย่างให้เด็กดู)	5	4	3	2	1
ข้อที่ 4. น้อง...เคยลดมื้อยาน้อยกว่าที่คุณหมอบอก บ้างไหมคะ เช่น คุณหมอให้กินเช้าและกลางวัน แต่หนู/ผมกินเฉพาะตอนกลางวัน เป็นต้น	5	4	3	2	1
ข้อที่ 5. น้อง...เคยกินยาไม่ตรงเวลาบ้างไหมคะ เช่น คุณหมอให้กินยา 7 โมงเช้า (7.00 น.) และบ่าย 3 โมง (13.00น.) แต่น้อง... กิน 7 โมงเช้า และ บ่าย 3 โมง เป็นต้น (เวลาอาจเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม)	5	4	3	2	1
ข้อที่ 6. น้อง...เคยหยุดกินยาในวันหยุดหรือวันที่ไม่ไปโรงเรียนโดยคุณหมอไม่ได้สั่ง บ้างไหมคะ	5	4	3	2	1
ข้อที่ 7. ไม่ว่าอาการของตัวน้อง...จะดีขึ้นหรือแย่ลง หรือมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เช่น น้อง...ก็ยังคง ซนเหมือนเดิมนั้นแหละ หรือน้อง...ตั้งใจเรียนดีขึ้น น้อง... จะยังกินยาตามที่คุณหมอสั่งหรือไม่	5	4	3	2	1

หมายเหตุ ในการสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยจะขอแสดงรายละเอียดการปฏิบัติดังนี้

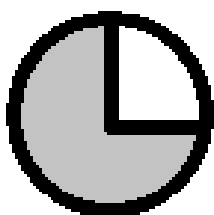
- ตัวหนังสือที่ใหญ่ขึ้นและเป็นตัวอักษรที่เอียงแสดงถึงการใช้คำพูดที่ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์
- ตัวหนังสือขนาดปกติและเป็นตัวหนาแสดงถึงการหยิบอุปกรณ์เพื่ออธิบายให้ผู้ปกครอง/ผู้ป่วยเข้าใจ
- ตัวอักษรขนาดปกติแสดงถึงข้อความที่เหมือนกับในแบบสอบถามที่ยังไม่ได้นำมาดัดแปลงเป็นบทสัมภาษณ์



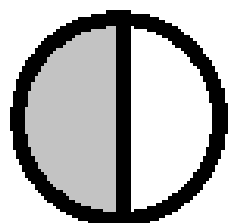
การแบ่งเม็ดยา



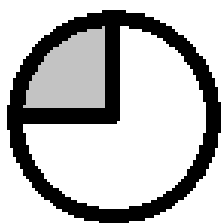
หนึ่งเม็ด



เศษสามส่วนสี่



ครึ่งเม็ด



เศษหนึ่งส่วนสี่



...ลงกรณ์มหาวิทยาลัย

INGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ง

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

คำชี้แจง ให้ผู้ที่ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของท่านมากที่สุด โดย เลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่งในสามอย่าง กำหนดคำตอบเป็น “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่รู้”

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำงานของสมองบางส่วน			
2. เด็กสมาธิสั้นมักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่			
3. เด็กสมาธิสั้นมักเล่นเลอะ ทำงาน หรือเขียนหนังสือไม่เป็นระเบียบ			
4. เด็กสมาธิสั้นมักชอบพูดแทรก แย่งคนอื่นพูด			
5. เด็กสมาธิสั้นมักหวาดกลัวต่อสิ่งรอบตัวอยู่ตลอดเวลา			
6. อาการวอกแวกง่ายเป็นอาการหนึ่งของโรคสมาธิสั้น			
7. เด็กสมาธิสั้นมักขาดความยับยั้งชั่งใจ			
8. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเร หรืออาจติดสารเสพติดเมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่น			
9. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ตัวเอง			
10. เด็กสมาธิสั้นจำนวนมาก มีความบกพร่องด้านการอ่านร่วมด้วย			
11. มียาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นได้ผลดี			
12. ท่านจะใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นเมื่อเด็กมีอาการเท่านั้น			

ตารางที่ 20 จำนวนผู้ปกครอง (ร้อยละ) คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1. โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีความผิดปกติในการทำงานของสมองบางส่วน	119 (79.3)	11 (7.3)	20 (13.3)
2. เด็กสมาธิสั้นมักอยู่ไม่นิ่ง นั่งไม่ติดที่	133 (88.7)	14 (9.3)	3 (2)
3. เด็กสมาธิสั้นมักเล่นเล่อก ทำงาน หรือเขียนหนังสือไม่เป็นระเบียบ	116 (77.3)	29 (19.3)	5 (3.3)
4. เด็กสมาธิสั้นมักชอบพูดแทรก แย่งคนอื่นพูด	99 (66)	38 (25.3)	13 (8.7)
5. เด็กสมาธิสั้นมักหวาดกลัวต่อสิ่งรอบตัวอยู่ตลอดเวลา	35 (23.3)	93 (62)	22 (14.7)
6. อาการวอกแวกง่ายเป็นอาการหนึ่งของโรคสมาธิสั้น	126 (84)	13 (8.7)	11 (7.3)
7. เด็กสมาธิสั้นมักขาดความยับยั้งชั่งใจ (ไม่คิดอย่างรอบคอบก่อนทำ ไม่หักห้ามใจ หรือปุ่มบ่าม)	104 (69.3)	32 (21.3)	14 (9.3)
8. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเร หรืออาจติดสารเสพติดเมื่อโตขึ้นเป็นวัยรุ่น	53 (35.3)	61 (40.7)	36 (24)
9. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ได้เอง	30 (20)	65 (43.3)	55 (36.7)
10. เด็กสมาธิสั้นจำนวนมาก มีความบกพร่องด้านการอ่านร่วมด้วย	89 (59.3)	37 (24.7)	24 (16)
11. มียาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นได้ผลดี	94 (62.7)	6 (4)	50 (33.3)
12. จะรักษาโรคสมาธิสั้นก็ต่อเมื่อเด็กมีอาการเท่านั้น	83 (55.3)	41 (27.3)	26 (17.3)

ภาคผนวก จ

แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ปกครอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจำนวน 14 ข้อ ให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับทัศนคติของคุณต่อการรักษาและการใช้ยากับผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมากที่สุด โดยเลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ประเด็นข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. คุณคิดว่าถ้าเด็กไม่มีอาการสมาธิสั้นรุนแรงก็ไม่ควรพามารักษา เพราะจะเป็นปมด้อยต่อเด็กได้			
2. คุณไม่อยากจะบอกผู้อื่นว่าบุตรหลานของคุณรับประทานยาเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้น			
3. คุณรู้สึกว่ายากทำให้บุตรหลานของคุณมีสมาธิสามารถทำงานที่คุณครุมอบหมายได้			
4. คุณรู้สึกกลัวว่าบุตรหลานของคุณจะติดยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น			
5. คุณรู้สึกว่าการเรียนบุตรหลานของคุณดีขึ้นตั้งแต่ได้รับประทานยา			
6. บุตรหลานของคุณรู้สึกอายเมื่อเพื่อนล้อเลียนเวลาที่บุตรหลานของคุณรับประทานยา			
7. คุณรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น			
8. คุณรู้สึกว่ากรกลืนยาเป็นปัญหาสำหรับบุตรหลานของคุณ			
9. คุณคิดว่ายารักษาโรคสมาธิสั้นจะมีผลดีมากกว่าผลเสียที่จะได้รับ			
10. คุณคิดว่าไม่จำเป็นต้องรักษาโรคสมาธิสั้นก็ได้ เพราะโตขึ้นเด็กมักจะหายจนตามวัยอยู่แล้ว			
11. คุณรู้สึกว่ายากทำให้บุตรหลานของคุณมีอาการหงุดหงิดน้อยลงหลังจากรับประทานยา			
12. คุณรู้สึกว่ายากทำให้บุตรหลานของคุณรู้สึกอายเพื่อน			

ประเด็นข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
เมื่อคุณครูเรียกไปรับประทานยา			
13. คุณรู้สึกว่าคุณมีเพื่อนเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับประทานยา			
14. เมื่อบุตรหลานของคุณรับประทานยาแล้ว คุณรู้สึกว่าคุณบุตรหลานของคุณวอกแวกน้อยลง			



ตารางที่ 21 ข้อมูลคะแนนทัศนคติต่อการรักษาและการใช้ยาของผู้ปกครอง

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. คุณคิดว่าถ้าเด็กไม่มีอาการสมาธิสั้นรุนแรงก็ไม่ควรพามาปรึกษา เพราะจะเป็นปมต่อต่อเด็กได้	33 (22)	25 (16.7)	92 (61.3)
2. คุณไม่อยากจะบอกผู้อื่นว่าบุตรหลานของคุณรับประทานยาเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้น	41 (27.3)	19 (12.7)	90 (60)
3. คุณรู้สึกว่ายากทำให้บุตรหลานของคุณมีสมาธิสามารถทำงานที่คุณคร่อมอบหมายได้	129 (86)	15 (10)	6 (4)
4. คุณรู้สึกกลัวว่าบุตรหลานของคุณจะติดยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น	17 (11.3)	61 (40.7)	72 (48)
5. คุณรู้สึกว่าผลการเรียนบุตรหลานของคุณดีขึ้นตั้งแต่ได้รับประทานยา	117 (78)	30 (20)	3 (2)
6. บุตรหลานของคุณรู้สึกอายเมื่อเพื่อนล้อเลียนเวลาที่บุตรหลานของคุณรับประทานยา	39 (26)	49 (32.7)	62 (41.3)
7. คุณรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น	31 (20.7)	39 (26)	80 (53.3)
8. คุณรู้สึกว่าอาการกินยาเป็นปัญหาสำหรับบุตรหลานของคุณ	15 (10)	14 (9.3)	121 (80.7)
9. คุณคิดว่ายารักษาโรคสมาธิสั้นจะมีผลดีมากกว่าผลเสียที่จะได้รับ	115 (76.7)	27 (18)	8 (5.3)
10. คุณคิดว่าไม่จำเป็นต้องรักษาโรคสมาธิสั้นก็ได้ เพราะโตขึ้นเด็กมักจะหายจนตามวัยอยู่แล้ว	11 (7.3)	31 (20.7)	108 (72)
11. คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณมีอาการหงุดหงิดน้อยลงหลังจากรับประทานยา	105 (70)	34 (22.7)	11 (7.3)
12. คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณรู้สึกอายเมื่อคุณครูเรียกไปรับประทานยา	33 (22)	46 (30.7)	71 (47.3)
13. คุณรู้สึกว่าบุตรหลานของคุณมีเพื่อนเพิ่มขึ้น	62	71	17

คำถาม	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นใจ	ไม่เห็นด้วย
หลังจากได้รับประทานยา	(41.3)	(47.3)	(11.3)
14. เมื่อบุตรหลานของคุณรับประทานยาแล้ว คุณรู้สึก ว่าบุตรหลานของคุณวอกแวกน้อยลง	130 (86.7)	17 (11.3)	1 (2)



ภาคผนวก ฉ

แบบสัมภาษณ์ทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจำนวน 14 ข้อ โดย 10 ข้อแรก ผู้วิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับทัศนคติของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมากที่สุด โดยให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และคำถามเรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ อีก 4 ข้อ

ประเด็นข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. คุณรู้สึกกลัวการรับประทานยา			
2. ยาทำให้คุณมีความรับผิดชอบ มีสมาธิ สามารถทำงานที่คุณครูมอบหมายได้สำเร็จ			
3. คุณรู้สึกกลัวว่าจะติดยา			
4. เมื่อคุณรับประทานยาแล้วคุณรู้สึกว่าตนเองวอกแวกน้อยลง นั่งไม่ติดเก้าอี้ เมื่ออยู่ในห้องเรียนขณะที่คุณครูกำลังสอนอยู่			
5. คุณรู้สึกอายเมื่อเพื่อนล้อเลียนเวลารับประทานยา			
6. คุณรู้สึกอายเพื่อนเมื่อคุณครูเรียกไปรับประทานยา			
7. คุณรู้สึกว่ากรกลืนยาเป็นปัญหาสำหรับคุณ			
8. คุณรู้สึกว่าคุณเรียนเก่งขึ้นตั้งแต่ได้รับประทานยา			
9. คุณรู้สึกว่าตัวเองหงุดหงิดน้อยลงหลังจากรับประทานยา			
10. คุณมีเพื่อนเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้รับประทานยา			

ความสัมพันธ์ของคุณครูที่โรงเรียนกับคุณเป็นยังไงบ้าง

- คุณรู้สึกชอบคุณครูหรือไม่
- คุณชอบไปโรงเรียนหรือไม่.....

ความสัมพันธ์ของเพื่อน ๆ ที่โรงเรียนกับคุณเป็นยังไงบ้าง

- คุณมีเพื่อนสนิทกี่คน.....
- สนิทกับเพื่อนคนไหนมากที่สุด.....

ความสัมพันธ์ของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เป็นต้น กับคุณเป็นยังไงบ้าง

- คุณชอบมาโรงพยาบาลหรือไม่.....

ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับคุณเป็นอย่างไรบ้าง

- เมื่ออยู่กับครอบครัวคุณสนิทกับใครมากที่สุด.....



ภาคผนวก ข

บทสัมภาษณ์ทัศนคติในการใช้ยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้น

วันนี้พี่จะมาขอสอบถามความคิดเห็นจากน้อง...เกี่ยวกับทัศนคติในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตนะคะ แบบสอบถามนี้มี 10 ข้อ ให้น้อง...ตอบให้ตรงกับทัศนคติ (ความคิด) ของน้อง...มากที่สุดนะคะ พี่จะค่อย ๆ อ่านไปที่ละข้อให้น้อง...เลือกตอบว่า เห็นด้วย ไม่แน่ใจ หรือไม่เห็นด้วย

พี่จะทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมากที่สุด และคำถามเรื่องความสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ อีก 4 ข้อ เรามาเริ่มกันทีละข้อเลยนะคะ

ประเด็นข้อคำถาม	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. น้อง...รู้สึกกลัวกับการกินยา			
2. ยาทำให้น้อง...มีความรับผิดชอบ มีสมาธิ สามารถทำงานที่คุณครูมอบหมายได้เสร็จ			
3. น้อง...รู้สึกกลัวว่าจะติดยา			
4. เมื่อน้อง...กินยาแล้วน้อง...รู้สึกว่าตนเองวอกแวกน้อยลง นั่งไม่ติดเก้าอี้ เมื่ออยู่ในห้องเรียนขณะที่คุณครูกำลังสอนอยู่			
5. น้อง...รู้สึกอายเมื่อเพื่อนล้อเลียนเวลากินยา			
6. น้อง...รู้สึกอายเพื่อนเมื่อคุณครูเรียกไปกินยา			
7. น้อง...รู้สึกว่ากรกลิ่นยาเป็นปัญหาสำหรับตนเอง			
8. น้อง...รู้สึกว่าตัวเองเรียนเก่งขึ้นตั้งแต่ได้กินยา			
9. น้อง...รู้สึกว่าตัวเองหงุดหงิดน้อยลงหลังจากกินยา			
10. น้อง...มีเพื่อนเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้กินยา			

สุดท้ายแล้วนะต่อไปนี่ พี่อยากจะถามความสัมพันธ์กับบุคคลเหล่านี้ละ ตอบทีละคนนะค่ะ

ความสัมพันธ์ของคุณครู (น้อง...มีความรู้สึกยังไงบ้างกับคุณครู) ที่โรงเรียนกับน้อง...

- น้อง...รู้สึกชอบคุณครูหรือไม่ชอบ
- น้อง...ชอบไปโรงเรียนหรือไม่ชอบ.....

ความสัมพันธ์ของเพื่อน ๆ (น้อง...มีความรู้สึกยังไงบ้างกับเพื่อน ๆ) ที่โรงเรียนกับน้อง...

- น้อง...มีเพื่อนสนิทกี่คน.....
- น้อง...สนิทกับเพื่อนคนไหนมากที่สุด.....

ความสัมพันธ์ของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น คุณหมอ คุณ พยาบาล คุณเภสัชกร เป็นต้น กับน้อง...เป็นยังไงบ้าง

- น้อง...ชอบมาโรงพยาบาลหรือไม่.....

ความสัมพันธ์ของ (น้อง...มีความรู้สึกยังไงบ้างกับครอบครัว) ที่บ้านกับน้อง...

- น้อง....สนิทกับใครที่บ้านมากที่สุด.....

หมายเหตุ ในการสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยจะขอแสดงรายละเอียดการปฏิบัติดังนี้

- ตัวหนังสือที่ใหญ่ขึ้นและเป็นตัวอักษรที่เรียงแสดงถึงการใช้คำพูดที่ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์
- ตัวอักษรขนาดปกติแสดงถึงข้อความที่เหมือนกับในแบบสอบถามที่ยังไม่ได้นำมาดัดแปลงเป็นบทสัมภาษณ์

ตารางที่ 22 ข้อมูลคะแนนทัศนคติในการรักษาและการใช้ยาของผู้ป่วย

คำถาม	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. คุณรู้สึกกลัวการรับประทานยา	9 (6)	3 (2)	138 (92)
2. ยาทำให้คุณมีความรับผิดชอบ มีสมาธิ สามารถทำงานที่ คุณครุมอบหมายได้สำเร็จ	126 (84)	15 (10)	9 (6)
3. คุณรู้สึกกลัวว่าจะติดยา	24 (16)	3 (2)	123 (82)
4. เมื่อคุณรับประทานยาแล้วคุณรู้สึกว่าตนเองวอกแวกน้อยลง นั่งไม่ติดเก้าอี้ เมื่ออยู่ในห้องเรียนขณะที่คุณครูกำลังสอนอยู่	122 (81.3)	14 (9.3)	14 (9.3)
5. คุณรู้สึกอายเมื่อเพื่อนล้อเลียนเวลารับประทานยา	24 (16)	1 (0.7)	125 (83.3)
6. คุณรู้สึกอายเพื่อนเมื่อคุณครูเรียกไปรับประทานยา	22 (14.7)	3 (2)	125 (83.3)
7. คุณรู้สึกว่าอาการกินยาเป็นปัญหาสำหรับคุณ	14 (9.3)	0 (0)	136 (90.7)
8. คุณรู้สึกว่าคุณเรียนเก่งขึ้นตั้งแต่ได้รับประทานยา	123 (82)	18 (12)	9 (6)
9. คุณรู้สึกว่าตัวเองหงุดหงิดน้อยลงหลังจากรับประทานยา	115 (76.7)	12 (8)	23 (15.3)
10. คุณมีเพื่อนเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้รับประทานยา	100 (66.7)	17 (11.3)	33 (22)

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์ประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทิลเฟนิเตดและผลกระทบของอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบตัวเลือก เลือกได้ 2 ตัวเลือก คือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งคิดคะแนนเป็น 1 คะแนน และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งคิดคะแนนเป็น 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 การประเมินผลกระทบต่อท่าน/ผู้ป่วย ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบตัวเลือก เลือกได้ 3 ตัวเลือก คือ ผลกระทบมาก ผลกระทบน้อย และไม่มีผลกระทบ ดังนี้

ผลกระทบมาก หมายถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อท่านหรือผู้ป่วยมาก เช่น เด็กไม่สามารถไปโรงเรียน หรือทำกิจกรรมได้ ผู้ปกครองต้องหยุดมาดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ให้ 2 คะแนน

ผลกระทบน้อย หมายถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อท่านหรือผู้ป่วยน้อย เช่น มีอาการเหล่านั้นบ้างแต่อยู่ในระดับที่เด็กทนได้ ไม่กระทบกระเทือนกับการเรียนหรือทำกิจกรรมใด ๆ ให้ 1 คะแนน

ไม่มีผลกระทบ หมายถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นไม่ส่งผลกระทบต่อท่านหรือผู้ป่วย ให้ 0 คะแนน

ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา บุตรหลานของท่าน มีอาการเหล่านี้หรือไม่ และมีผลกระทบกับท่านหรือ ผู้ป่วยอย่างไร	อาการไม่ พึง ประสงค์		ระดับผลกระทบ ต่อท่าน/ผู้ป่วย		
	1	0	2	1	0
1. ปวดศีรษะ	1	0	2	1	0
2. เวียนศีรษะ	1	0	2	1	0
3. นอนไม่หลับ	1	0	2	1	0
3. เบื่ออาหาร	1	0	2	1	0
4. ปวดท้อง	1	0	2	1	0
5. อาการกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติ (Tics)	1	0	2	1	0
6. อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย	1	0	2	1	0
7. น้ำหนักลดลง	1	0	2	1	0
8. เชื่องซึม ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชา	1	0	2	1	0
9. เวียนศีรษะ	1	0	2	1	0
10. ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว	1	0	2	1	0
11. มีพฤติกรรมก้าวร้าว	1	0	2	1	0
12. คลื่นไส้ อาเจียน	1	0	2	1	0
13. กัดหรือแทะเล็บ	1	0	2	1	0
14. รู้สึกโศกเศร้า อยากจะร้องไห้	1	0	2	1	0
15. พูดคุยน้อยลง	1	0	2	1	0

ภาคผนวก ฅ

บทสัมภาษณ์ประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทิลเฟนิเตดและผลกระทบของอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

แบบสัมภาษณ์สุดท้ายนี้จะเกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทิลเฟนิเตดและผลกระทบของอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อย ๆ แต่ไม่ได้หมายความว่า จะเกิดกับผู้ป่วยทุกคนดังนั้นคุณ...ไม่ต้องวิตกกังวลไปนะค่ะ หากพบอาการเหล่านี้ก็ขอให้แจ้งเพื่อจะได้ช่วยกันดูแลเด็กค่ะ โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้คุณ... ได้ฟังและช่วยประเมินใน 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ให้คุณ...แจ้งว่าเกิดหรือไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และส่วนที่ 2 คือ ผลกระทบของอาการไม่พึงประสงค์ คุณ(พ่อ, แม่,...) คิดว่าผลดังกล่าวนั้นมันส่งผลกระทบต่อคุณ(พ่อ, แม่,...) หรือตัวผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด โดยเลือกได้ 3 ตัวเลือก ดังนี้

ผลกระทบมาก หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อกับผู้ป่วยหรือคุณ (พ่อ, แม่,...) มาก เช่น เด็กไม่สามารถไปโรงเรียน ทำกิจกรรม/เรียนได้ หรือคุณ (พ่อ, แม่,...) ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเด็ก

ผลกระทบน้อย หมายถึง อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นแต่ส่งผลกระทบต่อกับผู้ป่วยหรือคุณ (พ่อ, แม่,...) น้อย เช่น มีอาการเหล่านี้บ้างแต่อยู่ในระดับที่เด็กทนได้ไม่กระทบกระเทือนกับการเรียนหรือทำกิจกรรมใด ๆ ผู้ปกครองยอมรับได้

ไม่มีผลกระทบใด ๆ เลย หมายถึงอาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อกับผู้ป่วยหรือคุณ (พ่อ, แม่,...) เลย

ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา บุตรหลานของท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ค่ะ	อาการไม่พึงประสงค์		ระดับผลกระทบต่อท่าน/ผู้ป่วย		
	1	0	2	1	0
1. นื่อง.....เคยบ่น ปวดศีรษะบ้างไหมค่ะ	1	0	2	1	0
2. นื่อง.....เคยบ่น นอนไม่หลับบ้างไหมค่ะ	1	0	2	1	0

3. นื่อง.....เคยบ่น เบื่ออาหารบ้างไหมคะ	1	0	2	1	0
4. นื่อง.....เคยบ่น ปวดท้องบ้างไหมคะ	1	0	2	1	0
5. คุณ...เคยเห็นนื่องมี อาการกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติ (Tics) เช่น ยกคิ้ว ยกไหล่ เป็น ต้น ซึ่งเด็กไม่สามารถควบคุมให้หยุดได้เอง หรือหยุดเมื่อมีคนเตือนแต่พอเปลอเด็กก็มีอาการอีก บ้างไหม	1	0	2	1	0
6. คุณ...เคยเห็นนื่องมี อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย บ้างไหมคะ	1	0	2	1	0
7. น้ำหนักของนื่อง.....ลดลงบ้างไหมคะ	1	0	2	1	0
8. คุณ...เคยเห็นนื่องมีอาการเซื่องซึม ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชาบ้างไหมคะ	1	0	2	1	0
9. นื่อง.....เคยบ่น เวียนศีรษะบ้างไหมคะ	1	0	2	1	0
10. นื่อง.....เคยบ่นใจสั่น หัวใจเต้นเร็วบ้างไหมคะ	1	0	2	1	0
11. คุณ...เคยเห็นนื่องมีพฤติกรรมก้าวร้าวบ้างไหมคะ	1	0	2	1	0
12. คุณ...เคยเห็นนื่องมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (อยากจะอ้วก)	1	0	2	1	0
13. คุณ...เคยเห็นนื่องมีการกัดหรือแทะเล็บบ้างไหมคะ	1	0	2	1	0
14. คุณ...รู้สึกว่านื่องมีอาการโศกเศร้า อยากจะร้องไห้ มากขึ้นบ้างไหมคะ	1	0	2	1	0
15. คุณ...รู้สึกว่านื่องพูดคุยน้อยลงบ้างไหมคะ	1	0	2	1	0

หมายเหตุ อาการเหล่านี้ต้องไม่เกิดจากโรคทางกายอื่น ๆ มาก่อนการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดต หรือมีอาการเป็นอยู่ก่อนแล้ว แต่หากมีอาการอยู่แล้วแต่รุนแรงขึ้นมากกว่าเดิม (ควรแจ้งแพทย์ให้ทราบต่อไปเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข) ซึ่งถ้าหากเดิมเป็นอยู่แล้วจะไม่จัดว่าเกิดจากผลของยาเมทิลเฟนิเดต

ในการสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยจะขอแสดงรายละเอียดการปฏิบัติดังนี้

- ตัวหนังสือที่ใหญ่ขึ้นและเป็นตัวอักษรที่เอียงแสดงถึงการใช้คำพูดที่ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์

- ตัวอักษรขนาดปกติแสดงถึงข้อความที่เหมือนกับในแบบสอบถามที่ยังไม่ได้นำมาดัดแปลงเป็นบทสัมภาษณ์



ภาคผนวก ญ

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant information sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย : การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยเด็ก และวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเกษศิริรินทร์ นิลนนท์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง 087-0605524

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของการวัดความร่วมมือ และปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ ได้ทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและสาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และช่วยหาแนวทางที่จะป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น รวมถึงได้ทราบข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านการรักษาที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะ บุตรของท่านเป็นมีคุณสมบัติเหมาะสมกับโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการวัดความร่วมมือ และปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น โดยมีระยะเวลาในการวิจัยทั้งสิ้น 3 เดือน (1 ธันวาคม 2556 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2557) ซึ่งจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 150 คน หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว

1. มีการทำอะไรบ้างหากท่านหรือบุตร / เด็กในปกครองของท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย?

การศึกษานี้จะเป็นการศึกษาโดยวิธีการรวบรวมข้อมูลของท่านและเด็กโดยใช้การตอบแบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์ท่านหรือบุตร/เด็กในปกครองของท่าน ท่านมีอิสระที่จะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการศึกษานี้หรือไม่ ถ้าท่านไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษา เด็กในความดูแลของท่านจะได้รับการบริการทางการแพทย์ตามปกติโดยไม่สูญเสียสิทธิในการรับการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ถ้าท่านเลือกที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษา จะไม่มีการนำข้อมูลใดๆของท่านมาทำการศึกษา นอกจากแพทย์ผู้ดูแลต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการรักษาตามปกติ

2. ท่านหรือเด็กของท่านมีความเสี่ยงอะไรจากการศึกษาวิจัยนี้ ?

เราไม่คาดหวังว่าจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเจ็บปวดหรือไม่สบายกับท่านหรือเด็กในความดูแลของท่านถ้าท่านเข้าร่วมการศึกษานี้

3. ท่านหรือเด็กของท่านจะได้รับผลประโยชน์อะไรบ้างจากการศึกษาวิจัยนี้ ?

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการศึกษานี้ แต่ท่านจะได้ช่วยเหลือเราในการศึกษานี้เพื่อให้ทราบถึงความไม่ร่วมมือในการใช้ยา สาเหตุที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น และปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ข้อมูลจากท่านและเด็กของท่านสามารถช่วยเหลือเด็กคนอื่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้

4. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง ?

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมการศึกษา

5. ท่านได้รับค่าตอบแทนอะไรบ้าง ?

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมการศึกษานี้

6. ท่านสามารถเลิกหรือออกจากโครงการวิจัยนี้หรือไม่ ?

ท่านและเด็กในความดูแลของท่านมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการศึกษานี้ ถ้าท่านตัดสินใจไม่เข้าร่วมการศึกษานี้ เราจะไม่เก็บรวบรวมข้อมูลของท่านและเด็กในความดูแลของท่านเพื่อใช้ในการศึกษานี้ แต่ท่านยังสามารถได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ตามปกติ ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านสามารถยุติการเข้าร่วมการศึกษานี้ ณ เวลาใดก็ได้สำหรับทุกๆเหตุผลและในกรณี ท่านจะไม่เสียสิทธิในการดูแลรักษาที่ท่านคาดหวังว่าจะได้รับการเข้าร่วมการศึกษานี้

7. การรักษาความลับในข้อมูลเกี่ยวกับท่านและบุตรหรือเด็กในปกครองของท่าน ?

ข้อมูลของเด็กในความดูแลของท่านที่มีการบันทึกไว้ในแบบบันทึกทางการแพทย์จะได้รับการแยกเก็บไว้ต่างหากและจะมีเพียงบุคคลที่ได้รับอนุญาตเท่านั้นที่จะเข้าถึงได้ เพื่อเป็นการป้องกันและเก็บรักษาข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับ เราจะเก็บข้อมูลของท่านโดยการบันทึกเป็นรหัสประจำตัว แทนการระบุชื่อ จะไม่มีคนอื่นนอกเหนือจากเจ้าหน้าที่วิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆที่บันทึกจากแบบบันทึกทางการแพทย์ ชื่อของท่านและข้อมูลต่างๆที่อาจระบุถึงท่านและเด็กในความดูแลของท่านจะไม่ปรากฏในการศึกษานี้หรือในการนำเสนอผลการศึกษา

8. มีแหล่งให้ข้อมูลหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิอาสาสมัครหรือไม่ ?

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โทรศัพท์ 02-3843381-3

ภาคผนวก ก

หนังสือแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย(สำหรับผู้ปกครองเด็ก)
(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเตดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น
โรคสมาธิสั้น

ข้าพเจ้า.....อายุ.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่ถนนแขวง/ตำบลเขต/อำเภอ

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เป็นบิดา / มารดา / ผู้ปกครองของ (ต.ญ / ต.ช)อายุ.....ปี

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการศึกษานี้ ข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของ
ข้าพเจ้าได้รับอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย ความเสี่ยง อันตราย หรืออาการที่
อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดี
แล้ว

ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้าสงสัย ด้วยความ
เต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และสามารถ
บอกเลิก ยุติ หรือถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ และไม่ว่าข้าพเจ้าจะเข้าร่วมในการศึกษาหรือไม่ก็
ตาม หรือถอนตัวจากการศึกษานี้ในภายหลังจะไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการป้องกัน และรักษาโรคที่
ข้าพเจ้าพึงจะได้รับตามสิทธิต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของ
ข้าพเจ้าเป็นความลับจะเปิดเผยข้อมูลได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย หรือเป็นการเปิดเผยข้อมูล
ต่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุน และ/หรือกำกับดูแลการวิจัย เท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กใน
ปกครองของข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่
สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และ
รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าวข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ นางสาว
เกษศิริรินทร์ นิลนนท์ กลุ่มงานเภสัชกรรม เบอร์โทรศัพท์มือถือ 087-0605524 โดยสามารถติดต่อได้
สะดวก 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้าและบุตรหรือเด็กในปกครองของข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ใน
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยใน
มนุษย์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เบอร์โทร 02-3843381-3 1

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว หากต้องการเข้าร่วมข้าพเจ้าจะลงชื่อข้างล่างนี้ และข้าพเจ้าจะได้รับสำเนาที่ลงชื่อของเอกสารนี้เพื่อเก็บรักษาไว้ 1 ฉบับ

ลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือผู้ยินยอม (ผู้ป่วย) วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อ.....ผู้ยินยอม (ผู้ปกครอง) วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อพยาน วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อ.....พยาน วัน/เดือน/ปี.....

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่ผู้วิจัยอ่านใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ.....ผู้ยินยอม (ผู้ป่วย) วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อ.....ผู้ยินยอม (ผู้ปกครอง) วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อ.....แพทย์ผู้วิจัย วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อ.....พยาน วัน/เดือน/ปี.....

ลายมือชื่อ.....พยาน วัน/เดือน/ปี.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเกษศิริรินทร์ นิลนนท์ เกิดเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2525 จังหวัดฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีเกสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อปี พ.ศ. 2548 และสำเร็จการศึกษาปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต (รัฐศาสตร์) คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อปี พ.ศ. 2549 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2554 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ

