



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่อง
ของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น

Factors Predicting Caring Behavior of Caregivers for Medication Adherence of
School-age Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

กรรณิกา ไถนาเพรียว
Kannika Thainaphriao

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of
Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Prince of Songkla University

2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่อง
ของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น

Factors Predicting Caring Behavior of Caregivers for Medication Adherence of
School-age Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

กรรณิกา ไถนาเพรียว
Kannika Thainaphriao

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of
Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Prince of Songkla University

2564

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่อ
 ของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น
 ผู้เขียน นางสาวกรรณิกา ไถนาเพรียว
 สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | คณะกรรมการสอบ |
|--|---|
| (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ หนูแก้ว) |ประธานกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตุนนท์) |
| ..... | .....กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ หนูแก้ว) |
| (ดร.วิณา คันฉ่อง) |กรรมการ (ดร.วิณา คันฉ่อง) |
| ..... | .....กรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ ถาน้อย) |

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็น
 ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและ
 สุขภาพจิต)

.....
 (ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้างู่งสูง)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรพรรณ หนูแก้ว)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นางสาวกรรณิกา ไถนาเพรียว)
นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวกรรณิกา ไถนาเพรียว)

นักศึกษา

| | |
|-----------------|---|
| ชื่อวิทยานิพนธ์ | ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น |
| ผู้เขียน | นางสาวกรรณิกา ไถนาเพ็ญ |
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) |
| ปีการศึกษา | 2564 |

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการดูแลและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นในวัยเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อายุ 6 – 12 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการใช้ยาสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแล (3) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น (4) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และ (5) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น เครื่องมือทั้ง 5 ส่วน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81, .93, .70 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้นอยู่ในระดับมาก ($M = 3.28, SD = .437$). ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ได้ร้อยละ 10.4 ($R^2 = .104, p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น ($\beta = .281, p < .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ทำนายด้านทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาสมาธิสั้นไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้

| | |
|----------------------|--|
| Thesis Title | Factors Predicting Caring Behavior of Caregivers for Medication Adherence of School-age Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder |
| Author | Miss Kannika Thainaphriao |
| Major Program | Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing) |
| Academic Year | 2021 |

ABSTRACT

This predictive research aimed to study the level of caring behaviors and factors predicting caring behavior of caregivers for medication adherence of school-age children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The sample comprised 100 primary caregivers of children, aged 6-12 years, who had been diagnosed with ADHD and were receiving treatment at a psychiatric child clinic in Songkhla Rajanagarindra Psychiatric hospital, southern Thailand. The research instruments consisted of 5 parts: (1) demographic data, (2) caregiver's attitude toward ADHD medication used, (3) caregiver's perception on stigma of children with ADHD questionnaire, (4) caregiver's perception on ADHD medication side effects questionnaire, and (5) caring behavior of caregivers for medication adherence of children with ADHD (scale 1 – 4). The content validity of 5 parts was verified by three experts. The reliability of parts 2, 3, 4, and 5 were tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .81, .93, .70 and .83 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. The predictability of the selected factors was analyzed using multiple regression (Backward Method).

The results showed that caring behaviors of caregivers for medication adherence of school-age children with ADHD were at a high level ($M = 3.28$, $SD = .437$). Predictive factors could explain 10.4 percent of the variance ($R^2 = .104$, $p < .05$). For consideration, the factors that significantly predicted caring behaviors was the caregivers' attitude toward ADHD medication used ($\beta = .281$, $p < .05$). The results of this study could be used as basic information to develop nursing care to improve caregivers' attitude for medication adherence of children with ADHD.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรธรณ หนูแก้ว และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ดร.วีณา คันฉ่อง ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำแนะนำปรึกษาให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรังษี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย และนางโกศลจิต หลวงบำรุง ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่มีค่าอย่างยิ่งสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงบุคลากรและเจ้าหน้าที่ ประจำคลินิกสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก จนการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้แล้วเสร็จ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมหลักสูตรและกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่คอยสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจ จนทำให้ผู้วิจัยทำการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จได้

กรรณิกา ไถนาเพรียว

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อ..... | (5) |
| ABSTRACT..... | (6) |
| กิตติกรรมประกาศ..... | (7) |
| สารบัญ..... | (8) |
| รายการตาราง..... | (10) |
| รายการภาพประกอบ..... | (11) |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 5 |
| คำถามการวิจัย..... | 5 |
| กรอบแนวคิด..... | 5 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 8 |
| นิยามศัพท์การวิจัย..... | 8 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 9 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 10 |
| บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง..... | 11 |
| เด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น..... | 12 |
| แนวคิดเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น..... | 21 |
| พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น..... | 25 |
| ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น..... | 29 |
| สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 38 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 40 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 40 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 41 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 43 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 44 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 45 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 46 |
| บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... | 48 |
| ผลการวิจัย..... | 48 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 56 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|--|------|
| บทที่ 5 | |
| สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... | 61 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 61 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 63 |
| เอกสารอ้างอิง..... | 65 |
| ภาคผนวก..... | 74 |
| ก. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 75 |
| ข. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 83 |
| ค. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ..... | 85 |
| ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 91 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 92 |

รายการตาราง

| ตาราง | หน้า | |
|-------|--|----|
| 1 | จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น..... | 48 |
| 2 | จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น..... | 50 |
| 3 | ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นรายด้านและโดยรวม..... | 52 |
| 4 | จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น..... | 52 |
| 5 | จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น..... | 53 |
| 6 | จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น..... | 53 |
| 7 | จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลจำแนกตามความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น..... | 53 |
| 8 | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ความถี่ในการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อวัน ระยะเวลาที่รับประทานยาสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น..... | 54 |
| 9 | ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ..... | 55 |
| 10 | แสดงการกระจายของข้อมูลทัศนคติของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาสมาธิสั้น..... | 86 |
| 11 | แสดงการกระจายของข้อมูลการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น..... | 86 |
| 12 | แสดงการกระจายของข้อมูลการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น..... | 87 |
| 13 | แสดงการกระจายของข้อมูลความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน..... | 87 |
| 14 | แสดงการกระจายของข้อมูลระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น..... | 87 |
| 15 | แสดงการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น..... | 88 |

รายการภาพประกอบ

| ภาพ | | หน้า |
|-----|--|------|
| 1 | กรอบแนวคิด..... | 8 |
| 2 | การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาสมาธิ สั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น.. | 88 |
| 3 | การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตรา บาปของเด็กสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยา ต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น..... | 89 |
| 4 | การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิด ผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการ รับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น..... | 89 |
| 5 | การกระจายของค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัว แปรพยากรณ์..... | 90 |

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะทางจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด เกิดขึ้นเกือบทุกประเทศทั่วโลก จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า มีจำนวนเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยสมาธิสั้นถึง 63 ล้านคน (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2560 – 2562 พบว่ามีจำนวน 59,998 คน 83,313 คน และ 109,520 คน ตามลำดับ แสดงถึงการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นคาดประมาณการณความชุกทั่วประเทศ สูงถึง 391,389 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โรคนี้พบในเพศชายบ่อยกว่าในเพศหญิง ในอัตราส่วนประมาณ 1 ต่อ 8 (วิฐารณ, 2555) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในวัยเรียนช่วงอายุ 6-12 ปี จากการสำรวจพบความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กชั้นประถมศึกษาถึงร้อยละ 8.1 (สมัย, 2560) สำหรับในภาคใต้เขตสุขภาพที่ 12 พบว่า ในปี 2559- 2562 มีจำนวนเด็กที่ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (1,305 คน 1,530 คน 1,665 คน และ 1,933 คน ตามลำดับ) ซึ่งมีทั้งเด็กสมาธิสั้นในวัยเรียนและเด็กสมาธิสั้นที่ยังคงต้องรับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องจนถึงวัยรุ่น (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์, 2562)

ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นต่อตัวเด็ก ส่งผลให้มีปัญหาการเรียน การออกจากระบบการศึกษา เนื่องจากความบกพร่องด้านความสามารถในการเรียนรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากปัญหาพฤติกรรม เป็นต้น (กมลนัทร, พัชรินทร์, และโสภณ, 2559; ชาญวิทย์, 2561) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ในเรื่องความเครียดในการดูแล การจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษาหรือดูแลเด็ก (จิตาภาและอลิสสา, 2560) ตลอดจนส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น เป็นอันตรายต่อสังคม เนื่องจากมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง (กมลนัทรและคณะ, 2559; ชาญวิทย์, 2561) มีพฤติกรรมเกร (conduct disorder) ตื้อต่อต้าน (oppositional defiant disorder) (จตุรพรและวรุตม์, 2559) เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติด และปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ (วิฐารณ, 2555) นอกจากนี้อาจก่อให้เกิดอาชญากรรมและความรุนแรงในสังคมตามมาได้ (ทวีศิลป์และคณะ, 2556)

ปัจจุบันการรักษาโรคสมาธิสั้นให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานโดยการใช้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรมและการบำบัดทางจิตสังคม เนื่องจากสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงต้องใช้การบำบัดที่ครอบคลุมลักษณะปัญหาของเด็ก การใช้ยาถือเป็นวิธีหลักในการรักษาในโรคสมาธิสั้น ยาช่วยกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทมากขึ้น ทำให้เกิดสมาธิ จดจ่อได้นานขึ้น สามารถยับยั้งและควบคุมตนเองได้ดีขึ้น (ชาญวิทย์, 2561; ทวีศักดิ์, 2560) ยาหลักที่ใช้เป็นยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (CNS stimulant) ได้แก่ เมทิลฟิเนดต ในประเทศไทยใช้ 2 ชนิด คือ ริทาลินหรือรูปีเฟน และคอนเซอร์ต้า เป็นยาที่ใช้รักษาโรค

สมาธิสั้นมานานกว่า 60 ปี ได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย มีผลการศึกษาหลากหลายที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้ (ชาญวิทย์, 2561; วิฐารณ, 2555) นอกจากนี้การให้ยายังช่วยให้เด็กพร้อมรับการฝึกหรือสามารถฝึกการปรับพฤติกรรมและการบำบัดทางจิตสังคมได้ง่ายกว่าการไม่รับประทานยา (สุพร, 2559) การรักษาโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ในเด็กสมาธิสั้นบางรายอาจจะหยุดยาได้เมื่ออาการของโรคดีขึ้น ขณะที่บางรายจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ (ชาญวิทย์, 2561) เพื่อควบคุมอาการขาดสมาธิ สน อยู่ไม่นิ่ง ได้อย่างต่อเนื่อง และเพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หากเด็กสมาธิสั้นรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จะทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น การบำบัดวิธีอื่น ๆ ไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร เกิดปัญหาการเรียน ปัญหาสัมพันธภาพ เมื่อเด็กโตขึ้นเสี่ยงต่อปัญหาการใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมที่รุนแรงหรือเสี่ยงอันตราย และปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อในระยะยาวทั้งต่อตัวเด็ก ผู้ดูแลหรือครอบครัว และสังคมตามมาได้ (สถาบันราชานุกูล, 2557)

การรับประทานยาต่อเนื่อง (Medication adherence) เป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาเด็กสมาธิสั้นเพื่อควบคุมอาการของโรค และเตรียมพร้อมเพื่อการบำบัดรักษาอื่น ๆ แนวคิดเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่องของมอริสกีและคณะ (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008) กล่าวถึง การรับประทานยาครบถ้วนทั้งขนาดและจำนวนครั้ง ตามแผนการรักษาที่ร่วมกันวางไว้กับผู้ใช้บริการทางสุขภาพ รวมถึงไม่มีพฤติกรรมการหยุดยาก่อนกำหนด และพฤติกรรมรับประทานยาต่อเนื่องประกอบด้วย ความใส่ใจ ความสะดวกต่อการใช้ยา อารมณ์ความรู้สึกต่อการใช้ยา และการลืมรับประทานยา จากการศึกษา พบว่ามีการนำแนวคิดนี้มาใช้ศึกษาพฤติกรรมรับประทานยาต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และประยุกต์ใช้ในการประเมินการรับประทานยาต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เช่น ผู้ป่วยเด็กลมชัก (Yang, Yu, Li, & Zhang, 2020) ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคติก (Tic Disorders) (Yang, Qin, Yu, Li, & Zhang, 2019) ผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน (Abdisa et al., 2020; De las Cuevas, & Peñate, 2015; Thompson, Kulkarni, & Sergejew, 2000)

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ยังต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ในการช่วยดูแล ธรรมชาติของเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และพยายามทำกิจกรรมด้วยตนเอง จึงต้องได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากผู้ใหญ่ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) ในเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาสมาธิสั้นนอกจากข้อจำกัดด้านวุฒิภาวะที่ทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ทั้งหมดแล้ว ยังมีข้อจำกัดในด้านการคิดเชิงบริหาร (executive function) ด้านทักษะการยับยั้งชั่งใจ คิดไตร่ตรอง (inhibitory control) เด็กอาจไม่สามารถควบคุมตนเองในการรับประทานยาต่อเนื่องได้ และทักษะความจำที่นำมาใช้งาน (working memory) เด็กมีความบกพร่องด้านสมาธิที่จดจ่อและความจำ (กิตติพงศ์, 2563) ซึ่งอาจเกิดการลืมรับประทานยาได้ ส่งผลให้ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็ก โดยทำหน้าที่แทนเด็กทั้งการตัดสินใจในการใช้ยาหรือยุติการใช้ยา (Rashid, Lovick, & Llanwarne, 2018) และการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการรับประทานยาและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สนธยา, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลหรือพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่อง

ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมมือกับทีมสุขภาพ 2) รับรู้ สนใจ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา และ 3) การยอมรับการรักษา เรียนรู้ ปรับบทบาท การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา (ชาญวิทย์, 2561; ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; สถาบันราชานุกูล, 2558; สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, ม.ป.ป.; สนธยา, 2550; สมัย, 2560)

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลเรื่องการรับประทุกันยาของเด็กทั้ง การตัดสินใจใช้ยา การปฏิบัติเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นรับประทุกันยาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรับประทุกันยาต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่สมาธิสั้นไม่จำเป็นต้องรักษา เด็กจะหายได้เองเมื่อโตขึ้น วิธีรักษาสมาธิสั้นที่ดีที่สุดคือการได้รับคำแนะนำ ผู้ดูแลต้องการให้เด็กรับการบำบัดรักษาวิธีอื่นมากกว่าการรับประทุกันยา และยาอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่ดี ส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลในเรื่องการดูแลให้เด็กรับประทุกันยา เกิดปัญหาการรับประทุกันยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 64.9 ถึง ร้อยละ 80 (ประภัศสรและคมสันต์, 2559) หรือร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 87 ในบางการศึกษา (ชาญวิทย์, 2561) ซึ่งจะส่งผลให้อาการของโรคสมาธิสั้นมีความรุนแรงมากขึ้น เด็กมักมีผลการเรียนต่ำ ไม่สามารถเรียนได้ตามศักยภาพที่แท้จริง และขาดความรับผิดชอบในการเรียน ซึ่งอาจนำไปสู่การออกจากระบบการศึกษา (ชาญวิทย์, 2561; ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2553; สถาบันราชานุกูล, 2557) แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ ก่อให้เกิดความรำคาญ ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง (กมลนัธ์, พัชรินทร์, และโสภิน, 2559; จิตาภา, 2558; ชาญวิทย์, 2561) ถูกเพื่อนปฏิเสธ ถูกมองว่าเป็นอันตราย ไม่ควรเข้าใกล้ นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (เทิมสัทธา, 2558; ภาสกรและอุ้นเรือน, 2560) มีโอกาสสูงในการพัฒนาไปสู่ภาวะดื้อต่อต้านและภาวะเกร (ทวีศิลป์และคณะ, 2556) เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติด (จตุรพรและวรุฒม์, 2559) และปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ (วิฐารณ, 2555) และอาจก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรงในสังคมตามมา (สถาบันราชานุกูล, 2557) ซึ่งถือเป็นผลกระทบในระยะยาว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทุกันยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีหลายปัจจัย โดยปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านการรักษา สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ทศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น โดยผลการศึกษาเกี่ยวกับ **ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาสมาธิสั้น** พบว่าสามารถทำนายการรับประทุกันยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ ร้อยละ 33 ($\beta = 0.33, p < .05$) (Brinkman, Sucharew, Majcher, & Epstein, 2018) การศึกษาของกาชเรียและคณะ (Gajria et al., 2014) การศึกษาของนากาเนะ, ฮอนดะ, โอซาวะ, และฮานาดะ (Nagae, Nakane, Honda, Ozawa, & Hanada, 2015) และการศึกษาของอาเหม็ด, บอร์สท์, เว่ย, และอัสลานี (Ahmed, Borst, Wei, & Aslani, 2017) พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา รับรู้ถึงความจำเป็นของการรับประทุกันยา รับรู้ถึงผลดีจากการใช้ยามากกว่าผลเสีย จะดูแลให้เด็กรับประทุกันยารักษาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องได้สูง ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น พบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมกรรับประทุกันยาต่อเนื่องได้ร้อยละ 3.7 ($\beta = .037, p < .05$) (Boudreau, & Mah, 2020)

จากการศึกษาของรอสและคณะ (Ross et al., 2018) พบว่าการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้นมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่อง การศึกษาของชาญวิทย์ (2561) และโคเลตติและคณะ (Coletti et al., 2012) พบว่าหากผู้ดูแลรับรู้ กังวลหรือกลัว ต่อการเกิดการความรู้สึกถูกตีตราของเด็ก ก็จะมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลและให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องน้อยลง สำหรับผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากรักษาสมาธิสั้น จากการศึกษาของวันรวี (2559) พบว่า การเกิดผลข้างเคียงจากรักษาสมาธิสั้นส่งผลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องลดลง (OR=10.2, 95% CI=2.0-52.1, p=0.005) และหากผู้ดูแลรับรู้ หรือสังเกตเห็นว่าเด็กรับประทานยารักษาสมาธิสั้นแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือกังวลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นเหตุผลที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจให้เด็กหยุดรับประทานยา หรือดูแลให้เด็กรับประทานยาอย่างต่อเนื่องลดลง (ชาญวิทย์, 2561; Ahmed et al., 2017; Khan & Aslani, 2019)

ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น จากการศึกษาของเกษศิริรินทร์และคณะ (2559) พบว่า **ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน** สามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = -2.14, p < .01, b = -2.99, p < .01$) โดยเด็กสมาธิสั้นที่รับประทานยา 1 ครั้ง/วัน ผู้ดูแลเกิดความระมัดระวังในการบริหารยาของเด็กมากกว่า ทำให้ดูแลเด็กให้รับประทานยาต่อเนื่องได้มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาสมาธิสั้น 2 หรือ 3 ครั้งต่อวัน การศึกษาของชาญวิทย์ (2561) และโคเลตติและคณะ (Coletti et al., 2012) พบว่าในกรณีที่เด็กต้องรับประทานยามากกว่า 1 ครั้งต่อวัน ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลให้เด็กรับประทานยา นอกจากนี้เด็กอาจเกิดความเบื่อหน่ายหรือท้อใจเมื่อต้องรับประทานยาหลายครั้ง หากผู้ดูแลรับรู้ถึงความท้อใจของเด็ก อาจส่งผลต่อการตัดสินใจในการให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่องได้ (Rashid et al., 2018) สำหรับ**ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น** พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33, p < .01$) ในผู้ป่วยที่ระยะเวลาการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น การดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องจะลดลง (เกษศิริรินทร์และคณะ, 2559)

โดยสรุป ผู้ดูแลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็ก ทั้งการตัดสินใจในการให้เด็กใช้ยาและการปฏิบัติเพื่อให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องดังกล่าวอยู่ค่อนข้างน้อย อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมกรรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นโดยตรง ยังมีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในบริบทการดูแลของผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการรักษาและการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นอยู่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น ประเด็นด้านทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคลสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากรักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปปรับใช้ในการวางแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแล ตลอดจนเป็นแนวทางการส่งเสริมความร่วมมือหรือ การดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการรับประทานยาต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ ทักษะคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับใด
2. ทักษะคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้นสามารถทำนายการพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้หรือไม่

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของมอริสกี (Morisky et al., 2008) ที่ได้อธิบายถึงลักษณะของพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง คือ การรับประทานยาครบถ้วนทั้งขนาดและจำนวนครั้ง ตามแผนการรักษาที่ร่วมกันวางไว้กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ รวมถึงไม่มีพฤติกรรมการหยุดยาก่อนกำหนด และองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง ได้แก่ การลืมรับประทานยา ความใส่ใจในการรับประทานยา ความสะดวกต่อการใช้ยา และความรู้สึกรู้สึกต่อการใช้ยา (Morisky et al., 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น (จินิส, วัลลภ, ชูติมา, และชาญวิทย์, 2562; ชาญวิทย์, 2561; ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; พาสินี, สุนิศา, และประนอม, 25562 ; สถาบันราชานุกูล, 2558; สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, ม.ป.ป.; สนธยา, 2550; สมัย, 2560; สุนทรื, ภัทราวดี, ศิริวรรณ, และรัตนา, 2561; อธิชาดาและนิตา,

2561) สามารถสรุปพฤติกรรมการดูแลหรือการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการรับประทันยาต่อเนื่องได้ 3 ด้าน คือ

1. การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยร่วมมือกับทีมสุขภาพ เป็นการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทันยาครบถ้วนตรงตามแผนการรักษาทั้งขนาด จำนวนครั้ง และระยะเวลา ไม่หยุดยาก่อนกำหนด โดยผู้ดูแลมีวิธีการปฏิบัติดูแลเพื่อป้องกันการลืมนับประทันยา การวางแผนและการจัดการบริหารยาเพื่อให้เกิดความสะดวกในการใช้ยา และการจัดการเมื่อเด็กเกิดความรู้สึกไม่ยอมรับประทันยา

2. การรับรู้ สนใจ และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษา เป็นการดูแลเพื่อประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากยา หลังจากที่เด็กได้รับประทันยา รวมทั้งจัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลใส่ใจและติดตามประเมินอาการไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กเมื่อรับประทันยา มีการหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาและวิธีการจัดการจากทีมสุขภาพหรือแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ตลอดจนวางแผนและจัดการความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นจากยาได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ให้เด็กหยุดยาเอง

3. การยอมรับการรักษา เรียนรู้ ปรับบทบาท การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เป็นการดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการปรับการรักษาให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก โดยผู้ดูแลมีวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการลืมนับประทันยาเมื่อเด็กต้องไปโรงเรียน หรือต้องออกนอกบ้าน การป้องกันการลืมนัดพบแพทย์ การวางแผนและการจัดการเพื่อให้เกิดความสะดวกและต่อเนื่องในการรับประทันยาของเด็กที่โรงเรียน โดยมีการประสานงานกับครูประจำชั้นเพื่อขอความร่วมมือในการดูแลเรื่องการรับประทันยาของเด็ก รวมถึงการตรวจสอบการรับประทันยา และติดตามประเมินอาการของเด็กขณะอยู่ที่โรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทันยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นรับประทันยาต่อเนื่อง คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับการติดยาของเด็ก และการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ชนิดของยารักษาสมาธิสั้นที่ได้รับ ความถี่ในการรับประทันยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น และผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และน่าจะเป็นตัวทำนายที่ดีในการทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทันยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเรื่องการรับประทันยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน ซึ่งสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่ศึกษา 2 ด้านหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ติดยาของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความถี่ในการรับประทันยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ดังรายละเอียด

ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ทักษะของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคมะเร็ง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาโรคมะเร็ง มีรายละเอียดดังนี้

ทักษะของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคมะเร็ง คือ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อการรักษาเด็กสมาธิสั้นโดยการรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.33$) (Brinkman et al., 2018) ในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา รับรู้ถึงประโยชน์ของยามากกว่าการเกิดผลเสียจากการใช้ยา จะมีความร่วมมือในการดูแลให้เด็กรับประทานยารักษาโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่องได้สูง (Brinkman et al., 2018) ในผู้ดูแลที่มีความกังวลต่ออาการข้างเคียงจากยา กลัวการติดยา จะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องน้อย (Alsous, 2017; Brinkman et al., 2018; Siponen et al., 2013)

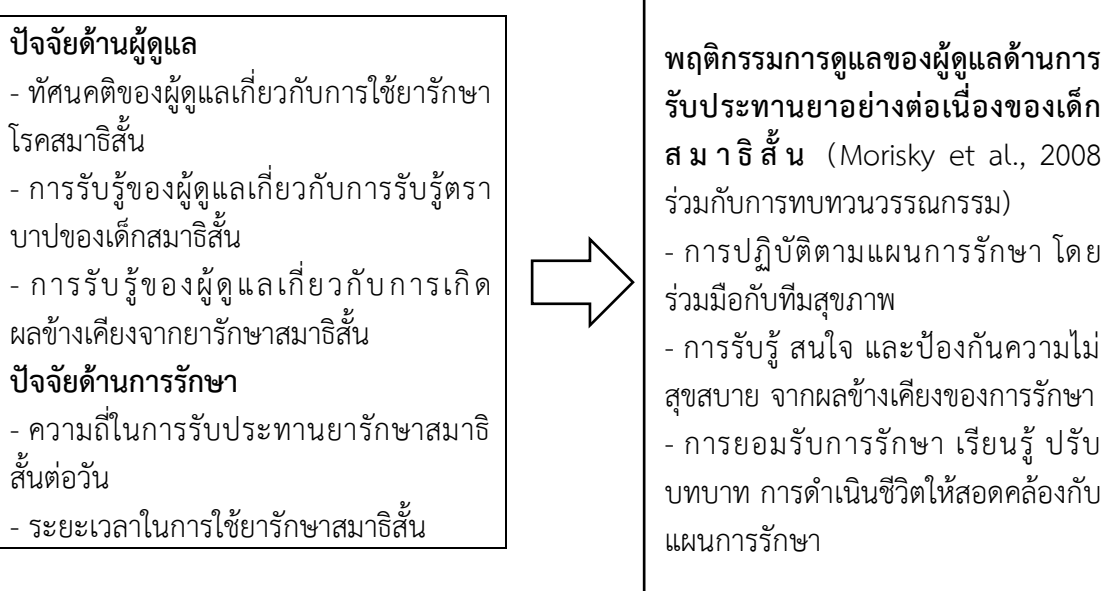
การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น คือ การรับรู้ของผู้ดูแลเมื่อเด็กสมาธิสั้นเกิดความรู้สึกถูกตีตรา มองตนเองในแง่ลบ เกิดพฤติกรรมหรือการแสดงออกที่แสดงถึงความกังวลต่อการเปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยรวมถึงการวินิจฉัยโรคและการรักษา และกังวลเกี่ยวกับทัศนคติของบุคคลรอบข้างต่อการมองตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .037$) (Boudreau, & Mah, 2020) หากผู้ดูแลกังวล กลัวการเกิดการตีตราของเด็ก (ชาญวิทย์, 2561; Bussing et al., 2012; Coletti et al., 2012) ก็จะส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลในการให้เด็กรับประทานยา (Ross et al., 2018)

การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาโรคมะเร็ง คือ การที่ผู้ดูแลรับรู้หรือสังเกตเห็นถึงการเกิดผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์หรืออาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับเด็กเมื่อรับประทานยาสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 10.2) (วันรวิ, 2559) เมื่อผู้ดูแลรับรู้ สังเกตเห็น หรือกังวลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นเหตุผลที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจให้เด็กหยุดรับประทานยา (ชาญวิทย์, 2561; วันรวิ, 2559; Ahmed et al., 2017; Khan & Aslani, 2019)

ปัจจัยด้านการรักษา ประกอบด้วย ความถี่ในการรับประทานยารักษาโรคมะเร็งต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาโรคมะเร็ง

ความถี่ในการรับประทานยารักษาโรคมะเร็งต่อวัน คือ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยารักษาโรคมะเร็งใน 1 วัน เด็กที่รับประทานยารักษาโรคมะเร็ง 1 ครั้ง/วัน ผู้ดูแลมีความสะดวกในการบริหารยาของผู้ป่วยมากกว่า ทำให้ปฏิบัติกรดูแลเพื่อให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาโรคมะเร็ง 2 หรือ 3 ครั้งต่อวัน ($b = -2.14$, $b = -2.99$) (เกษศิริรินทร์และคณะ, 2559) ซึ่งอาจเกิดความยุ่งยากทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลหากต้องให้เด็กรับประทานยาหลายครั้งต่อวัน (ชาญวิทย์, 2561) รวมถึงการที่ต้องดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็กที่โรงเรียน (Coletti et al., 2012) หรือการต้องรับประทานยานอกบ้านอาจส่งผลให้เกิดการลืมนัดเกิดความยุ่งยากในการเตรียมยาให้เด็กซึ่งส่งผลให้เด็กรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรืออาจหยุดยา (เกษศิริรินทร์และคณะ, 2559)

ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น คือ จำนวนเดือน ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นโดยการใช้ยา ในผู้ป่วยที่ระยะเวลาการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กรวมทั้งการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องจะลดลง ($r = -.33$) (เกษศิริรินทร์ และคณะ, 2559) เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ถึงความเบื่อหน่าย ความทุกข์ใจ ของเด็กสมาธิสั้นในการที่ต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน (Brinkman et al., 2018; Khan & Aslani, 2019; Rashid et al., 2018)



ภาพ 1. กรอบแนวคิดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น

สมมติฐานการวิจัย

ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้นสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้

นิยามศัพท์การวิจัย

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น หมายถึง การรับรู้ การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การกำหนดแผนการรักษา ร่วมกับแพทย์ การดูแลให้เด็กได้รับประทานยา

ครบถ้วน ตรงตามแพทย์สั่งทั้งขนาด และจำนวนครั้ง การสังเกตอาการที่เกิดขึ้นหลังการรับประทานยา และการนำเด็กไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีพฤติกรรมให้เด็กหยุดยาก่อนแพทย์สั่ง รวมทั้งการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็กขณะอยู่ที่โรงเรียน โดยมีลักษณะการปฏิบัติที่ครอบคลุมองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับประทานยาต่อเนื่อง ทั้งการลืม ความใส่ใจ ความสะดวกต่อการใช้ยาและความรู้สึกต่อการใช้ยา ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของมอริสกี (Morisky et al., 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ดูแล เกี่ยวกับการรักษาเด็กสมาธิสั้นโดยการรับประทานยา แบ่งเป็น ทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาโรคสมาธิสั้นและยา ประเมินโดยใช้แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ดูแลของเกษศิริรินทร์และคณะ (2559)

การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น หมายถึง การรับรู้การสังเกต การตระหนักของผู้ดูแล ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของเด็กสมาธิสั้นถึงการถูกตีตรา การถูกแบ่งแยกกีดกัน และการถูกเลือกปฏิบัติ จากบุคคลอื่น ทำให้เด็กเกิดการมองตนเองว่ามีปมด้อย เป็นตัวอันตราย เกลียดตนเอง อับอาย แยกตัว แสดงความกังวลต่อการเปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วย และกังวลเกี่ยวกับทัศนคติของสังคมต่อการมองตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินการตีตราบาปในผู้ป่วยสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Stigma Questionnaire, ASQ) ของเคลลีสัน บัสซิงเบล และการ์แวน (2010)

การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น หมายถึง การรับรู้ การสังเกต การตระหนักของผู้ดูแล เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ อาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับเด็กจากการรับประทานยารักษาสมาธิสั้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น

ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน หมายถึง จำนวนครั้งที่เด็กรับประทานยารักษาโรคสมาธิสั้นใน 1 วัน ประเมินโดยผู้วิจัยสร้างข้อคำถามขึ้นเอง

ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น หมายถึง จำนวนวัน เดือน ปี ที่เด็กสมาธิสั้นได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา จนถึงปัจจุบัน ประเมินโดยผู้วิจัยสร้างข้อคำถามขึ้นเอง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งทำการศึกษาในผู้ดูแลเด็กวัยเรียนอายุ 6 - 12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง
ในเขตสุขภาพที่ 12

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลเรื่องการรับประทานยา
ต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นโดยการดูแลของผู้ดูแล

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายนายการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. เด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น
 - 1.1 ความหมายของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น
 - 1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 ผลกระทบจากโรคสมาธิสั้น
 - 1.5 การรักษาโรคสมาธิสั้น
 - 1.6 การให้บริการการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในเขตสุขภาพที่ 12
2. แนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น
 - 2.1 ความหมายของการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น
 - 2.2 แนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น
 - 2.3 การประเมินการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น
3. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น
 - 3.1 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลด้านการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น
 - 3.2 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น
5. สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น

ความหมายของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น

เด็กวัยเรียนสมาธิสั้น หมายถึง เด็กเพศชายหรือหญิง อายุ 6-12 ปี และเรียนอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (หัตยา, 2560) ที่มีความผิดปกติใน 3 ด้าน คือ ขาดสมาธิอย่างต่อเนื่อง (inattention) ซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง (hyperactivity) และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน (วิฐารณ, 2555)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น วินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นของคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition - DSM-5) หรือระบบบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision - ICD-10) สำหรับการศึกษารั้งนี้ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโดย ICD-10 ประกอบด้วยอาการเด่น 3 ด้าน ได้แก่ อาการขาดสมาธิ อาการซนอยู่ไม่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น โดยอาการดังกล่าวมีความรุนแรงในระดับที่ผิดปกติ และไม่เหมาะสมตามระดับพัฒนาการของเด็ก (กระทรวงสาธารณสุข, 2552; ชาญวิทย์, 2561; มาโนชและปราโมทย์, 2558; ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2553; วิฐารณ, 2555; อนัญญา, 2556) มีรายละเอียดดังนี้

1. มีลักษณะของอาการขาดสมาธิ ได้แก่ 1) ไม่สามารถจดจ่อกับการเรียน งาน หรือการทำกิจกรรมได้นาน สะเพร่า ไม่รอบคอบ 2) ไม่มีสมาธิในการเรียน การเล่น หรือทำกิจกรรม 3) มีลักษณะเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่คนอื่นกำลังพูด 4) ทำงานส่งไม่ครบ หรือทำการบ้านไม่เสร็จ 5) ทำงานไม่เป็นระเบียบ 6) หลีกเลียงกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิด หรือความพยายาม เช่น ทำการบ้าน 7) ทำของหายบ่อย ๆ 8) วอกแวกง่าย หรือ 9) มักหลงลืมสิ่งที่จะต้องทำเป็นประจำ อย่างน้อย 6 อาการ

2. มีลักษณะของอาการซนอยู่ไม่นิ่ง ได้แก่ 1) หยุกหยิก อยู่ไม่นิ่ง หรือนั่งนิ่งๆไม่ได้ 2) มักลุกจากที่นั่งขณะเรียนหรือทำกิจกรรม 3) มักวิ่งไปมา หรือปีนป่ายสิ่งต่าง ๆ 4) มักส่งเสียงดัง หรือไม่สามารถทำกิจกรรมหรือเล่นอย่างเงียบๆได้ หรือ 5) มักมีการเคลื่อนไหวที่มากเกินไป อย่างไม่เหมาะสม อย่างน้อย 3 อาการ

3. มีลักษณะของอาการหุนหันพลันแล่น ได้แก่ 1) มักชิงตอบคำถามก่อนที่จะฟังคำถามจบ 2) รอคอยไม่ได้ 3) มักขัดจังหวะ หรือสอดแทรกผู้อื่น หรือ 4) พุดมากหรือพุดไม่หยุด อย่างน้อย 1 อาการ

โดยมีอาการในข้อ 1, 2 หรือ 3 นานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน อาการดังกล่าวเกิดขึ้นก่อนอายุ 7 ปี แสดงอาการมากกว่า 1 สถานที่ เช่น พบอาการขาดสมาธิร่วมกับอาการซนอยู่ไม่นิ่งปรากฏทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน หรือพบอาการปรากฏทั้งที่โรงเรียนและที่คลินิกที่เด็กได้รับการสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น และอาการทั้ง 3 อาการหลัก ส่งผลกระทบให้เกิดความยากลำบาก และความบกพร่องในการเรียนหรือเข้าสังคม และอาการของเด็กจะต้องไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน (PDDs) ภาวะแมนี (manic episode) โรคซึมเศร้า (depressive disorders) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) หรือ โรคจิตเภท (schizophrenia) (กระทรวงสาธารณสุข, 2552; ชาญวิทย์, 2561; มาโนชและปราโมทย์, 2558; ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2553; วิฐารณ, 2555; อนัญญา, 2556)

อาการและอาการแสดงของโรคสมาธิสั้น

อาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อาการขาดสมาธิ และ/หรือ อาการอยู่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น ที่มากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน (ชาญวิทย์, 2561; มาโนชและปราโมทย์, 2558; วิฐารณ, 2555) ดังนี้

1. อาการขาดสมาธิ (inattention) เด็กมักแสดงออกด้วยการเหม่อ ไม่ตั้งใจทำงานที่ต้องใช้ความพยายามทำงานไม่เสร็จหรือไม่เรียบร้อย ไม่รอบคอบ วอกแวกง่าย หลงลืมกิจวัตรที่ควรทำเป็นประจำหรือทำของหายบ่อย และมีปัญหาในการจัดระเบียบการทำงานและการบริหารเวลา อาการขาดสมาธิมักจะเป็นต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่

2. อาการอยู่นิ่ง (hyperactivity) โดยมีพฤติกรรมซุกซนมากกว่าปกติ ชอบปีนป่าย เล่นแรง เล่นส่งเสียงดัง หยุกหยิก นั่งอยู่กับที่ไม่ได้นาน ชวนเพื่อนคุยหรือก่อกวนเพื่อนในห้องเรียน อาการอยู่นิ่งมักจะลดลงเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วัยรุ่น โดยอาจเหลือเพียงอาการยุกหยิก ขยับตัวหรือแขนขาบ่อย ๆ หรือเป็นแค่ความรู้สึกกระวนกระวายอยู่ภายในใจ

3. อาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) เด็กมักจะมีอาการใจร้อน วู่วาม ขาดการยั้งคิด อดทนรอคอยไม่ค่อยได้ พุดแทรกในขณะที่ผู้อื่นกำลังสนทนากันอยู่ หรือแทรกขณะที่ผู้อื่นกำลังเล่น ในห้องเรียนเด็กอาจโผล่ตอบโดยไม่ทันฟังคำถามจนจบ อาการหุนหันพลันแล่นมักเป็นต่อเนื่องจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่

เด็กสมาธิสั้นอาจจะมีเฉพาะอาการขาดสมาธิ หรือเฉพาะอาการอยู่นิ่งและหุนหันพลันแล่น แต่ที่พบบ่อยที่สุด คือ มีอาการทั้ง 3 ด้านร่วมกัน โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเรื้อรังเป็นเวลานาน เด็กบางรายอาจมีอาการดีขึ้นหรือหายไปได้ แต่บางรายอาจมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ (ชาญวิทย์, 2561; มาโนชและปราโมทย์, 2558)

ผลกระทบจากโรคสมาธิสั้น

จากการศึกษาผลกระทบจากโรคสมาธิสั้น พบว่า มีผลกระทบทั้งต่อตัวเด็กสมาธิสั้นเอง โดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้นในวัยเรียน ครอบครัวหรือผู้ดูแล และสังคม ดังนี้

ผลกระทบต่อเด็กสมาธิสั้นโดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในวัยเรียน ได้แก่ ปัญหาการเรียน ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาการเข้าสังคม เกิดการถูกตีตราบาป และอาจนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากปัญหาพฤติกรรม และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวหากเด็กสมาธิสั้นในวัยนี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ซึ่งลักษณะของปัญหาต่าง ๆ ที่พบคือ ปัญหาด้านการเรียน พบว่า เด็กสมาธิสั้นนั้นมักมีผลการเรียนต่ำ ไม่สามารถเรียนได้ตามศักยภาพที่แท้จริง มีประวัติสอบตก เรียนช้า และขาดความรับผิดชอบในการเรียน โดยปัญหาดังกล่าวจะชัดเจนขึ้นเมื่อเข้าสู่ชั้นเรียนที่สูงขึ้นในระดับประถมปลายหรือมัธยมศึกษา เนื่องจากเนื้อหาการเรียนมากขึ้น และได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างน้อยลง (ชาญวิทย์, 2561; ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2553; สถาบันราชานุกูล, 2557)

สำหรับปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างนั้นมักมีที่มาจากแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ ซึ่งก่อให้เกิดความรำคาญแก่บุคคลรอบข้าง และนำไปสู่การถูกตำหนิ ถูกต่อว่า และถูกลงโทษ (กมลนันทและคณะ, 2558; ชาญวิทย์, 2561) และปัญหาการเข้าสังคม มักเกิดจากการที่เด็กไม่ทราบวิธีการเล่นหรือปฏิบัติต่อผู้อื่นอย่างเหมาะสม แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวจึงมักถูกเพื่อนปฏิเสธ โดยปัญหาดังกล่าวพบบ่อยในเด็กสมาธิสั้นที่มีอาการนอนไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และที่มีโรคติดต่อต้านหรือโรคเกเรร่วมด้วย ส่วนเด็กที่มีอาการขาดสมาธิเป็นหลักนั้น อาจประสบปัญหาการเข้าสังคมได้จากอาการเหม่อลอย ขาดสมาธิเป็นช่วง ๆ ทำให้ไม่สามารถติดตามบทสนทนาและตอบสนองต่อการเข้าสังคมได้ช้า (ชาญวิทย์, 2561)

จากการที่เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาด้านพฤติกรรมและการควบคุมตนเอง จึงถูกมองว่าเป็นอันตราย ไม่ควรเข้าใกล้ และการถูกวินิจฉัยด้วยโรคทางจิตเวชรวมถึงการต้องรับประทานยา จึงส่งผลให้เกิดการถูกตีตราบาป เกิดการแบ่งแยกกีดกันออกจากกลุ่มเพื่อน เป็นผลให้เกิดอคติต่อตนเอง นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำและส่งผลกระทบต่อเจตคติต่อการรักษา (เทิมสัทธา, 2558; ภาสกรและอุ้นเรือน, 2560) นอกจากนี้เด็กสมาธิสั้นในวัยนี้ก็ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุบ่อยกว่าเด็กปกติ อันเนื่องมาจากอาการนอนไม่นิ่ง และขาดความระมัดระวัง (ชาญวิทย์, 2561) และจากการติดตามผู้ป่วยสมาธิสั้นในระยะยาวของจตุรพรและวรุฒม์ (2559) พบปัญหาพฤติกรรมเกเร และพบปัญหาในการประกอบอาชีพในอนาคต มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติด และปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ (วิฐารณ, 2555)

ผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลและการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น (กมลนันทและคณะ, 2559) ผู้ดูแลและคนอื่นในครอบครัวอาจหงุดหงิดโมโหและรู้สึกเป็นภาระได้บ่อย เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้มักมีปัญหาเกี่ยวกับทักษะการบริหารจัดการเวลา ทักษะการกำกับตัวเอง และขาดสมาธิในการจดจำสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ส่งผลให้ทำสิ่งต่าง ๆ ได้ช้า เช่น เข้าห้องน้ำช้า อาบน้ำช้า แต่งตัวช้า รับประทานอาหารเช้า เตรียมอุปกรณ์การเรียนไม่เรียบร้อย ฯลฯ ไม่สามารถทำกิจกรรมตอนเช้าได้เร็วเท่าที่ผู้ดูแลต้องการ (ชาญวิทย์, 2561) มีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทั้งในการรักษาหรือการนำผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง หรือในบางรายผู้ดูแลอาจเสียโอกาสในการทำงาน หรือสูญเสียรายได้เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กหรือนำเด็กมารับการรักษา (จิตาภาและอลิสสา, 2560)

ผลกระทบต่อสังคม พบว่า ในเด็กสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เด็กมีการออกจากระบบการศึกษาก่อนวัยอันควร เกิดปัญหาการใช้สารเสพติด (จตุรพรและวรุฒม์ 2559; สถาบันราชานุกูล, 2557) มีโอกาสสูงที่จะเกิดปัญหาก่อความรุนแรงหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคม (กมลนันทและคณะ, 2559) การต้องโทษคดี หรือปัญหาอาชญากรรมตามมา (ทวีศิลป์และคณะ, 2556) มีรายงานการศึกษาของเด็กที่ต้องคดีในสถานพินิจกรุงเทพมหานคร อายุ 11-18 ปี เป็นโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 28 และเป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับภาวะเกเร ก้าวร้าว ถึงร้อยละ 82.3 ซึ่งโรคสมาธิสั้นมีโอกาสสูงในการพัฒนาไปสู่ภาวะติดต่อด้าน และภาวะเกเร ก้าวร้าวเมื่อโตขึ้น (ทวีศิลป์และคณะ, 2556)

การรักษาโรคสมาธิสั้น

การรักษาโรคสมาธิสั้นมีการรักษาแบบบูรณาการร่วมกันหลายวิธี แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาถือเป็นวิธีการรักษาหลักในการลดอาการของโรค ร่วมกับการบำบัดรักษาวิธีอื่น ๆ (ชาญวิทย์, 2561; ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2553) ดังนี้

การรักษาด้วยยา (pharmacological treatments) ในปัจจุบันการใช้ยาถือว่าเป็นวิธีหลักในการรักษาโรคสมาธิสั้น เนื่องจากพบว่า สาเหตุของสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งของสารสื่อประสาทในสมอง 2 ชนิด คือ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) การใช้ยาจะช่วยกระตุ้นการหลั่งของสารสื่อประสาทมากขึ้น ทำให้เกิดสมาธิ จดจ่อได้นานขึ้น และสามารถยับยั้งควบคุมตนเองได้ดีขึ้น จากการทำงานเพิ่มขึ้นของสมองส่วนหน้า ที่ทำหน้าที่ยับยั้ง ควบคุมพฤติกรรม (ทวิศักดิ์, 2560) การพิจารณาสั่งใช้ยาของแพทย์ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา การพิจารณาระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้การใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้องและเหมาะสม ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (CNS stimulants) และยากลุ่มที่ไม่ใช่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (Non-CNS stimulants) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (CNS stimulants) เป็นยาอันดับแรกที่แพทย์นิยมใช้ในการรักษาสมาธิสั้น และใช้อย่างแพร่หลายต่อเนื่องมานานกว่า 80 ปี โดยยาที่ใช้ในการรักษามากที่สุดคือ เมทิลฟิเนดัต (Methylphenidate - MPH) คิดเป็นร้อยละ 77- 87 ของการใช้ยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททั้งหมด ซึ่ง MPH ที่มีใช้ในประเทศไทย ณ ปัจจุบัน มีรูปแบบในการออกฤทธิ์ 2 ชนิดคือ ชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น (immediate-release MPH) และชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว (controlled-release MPH) (ชาญวิทย์, 2561) โดยที่ใช้ในปัจจุบันมีจำหน่าย 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น ขนาดเม็ดละ 10 มก. และชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว ขนาดเม็ดละ 18 มิลลิกรัม และ 36 มิลลิกรัม ยาทั้ง 2 ชนิดได้รับการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาให้ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ซึ่งมีรายละเอียดการใช้และการบริหารยาที่แตกต่างกัน (วิสุธารณ, 2555) ดังนี้

- 1.1. เมทิลฟิเนดัตชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น (Immediate-release MPH) ชื่อการค้า ริทาลิน หรือรูบิเฟน (Ritalin, Rubifen) มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 3-5 ชั่วโมง จึงต้องให้วันละ 2-3 ครั้ง โดยอาจเริ่มต้นให้ครั้งละ 0.3 มิลลิกรัม ต่อ กิโลกรัม หรือ 5 มิลลิกรัม (ครึ่งเม็ด) สำหรับเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 25 กิโลกรัม หรือครั้งละ 10 มิลลิกรัม (1 เม็ด) สำหรับเด็กน้ำหนักมากกว่า 25 กิโลกรัม ในตอนเช้าและเที่ยง แล้วค่อยๆปรับเพิ่มขนาด และ/หรือ ให้เพิ่มอีกครั้งในช่วงบ่ายหรือเย็น ทั้งนี้ไม่ควรให้หลัง 17 หรือ 18 นาฬิกาเพื่อหลีกเลี่ยงผลของยาที่ทำให้นอนไม่หลับ ขนาดรักษาโดยทั่วไปอยู่ที่ 0.7-1.0 มิลลิกรัม ต่อ กิโลกรัม ต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 60 มิลลิกรัมต่อวัน แม้ว่ายานี้ได้รับการรับรองให้ใช้ในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป แต่ในปัจจุบันได้มีข้อมูลการศึกษาวิจัยในเด็กอายุ 3- 5 ปีที่แสดงถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยเช่นกัน เพียงแต่มีโอกาสพบผลข้างเคียงได้บ่อยกว่าในเด็กโต ดังนั้นหากมีความจำเป็นต้องใช้ยานี้ในเด็กเล็ก ควรเริ่มต้นในขนาดต่ำ เช่น ครั้งละ 2.5 มิลลิกรัม (1/4 เม็ด) และปรับเพิ่มได้สูงสุดไม่เกิน 30 มิลลิกรัม ต่อวัน (ชาญวิทย์, 2561)

1.2. เมทิลฟิเนเดตชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว (Controlled-release MPH) ชื่อการค้า คอนเซอร์ต้า (Concerta) มีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 12 ชั่วโมง จึงให้ได้เพียงวันละ 1 ครั้งเฉพาะในตอนเช้า เนื่องจากเป็นยาที่ผลิตในรูปแบบแคปซูลชนิดที่มีการปล่อยตัวยาออกมาทีละน้อยด้วยกลไกรีเวิร์สออสโมซิส (reverse osmosis) การรับประทานยานี้จึงต้องกลืนยาทั้งเม็ด โดยห้ามบด เคี้ยว หรือแบ่งเม็ดยา โดยทั่วไปเริ่มให้ที่ขนาด 18 มิลลิกรัม ต่อวัน แล้วเพิ่มขนาดจนได้ผลดี โดยให้ได้สูงสุดที่ 54 มิลลิกรัม ต่อวัน ในเด็กต่ำกว่า 12 ปี หรือที่ 72 มิลลิกรัม ต่อวัน ในวัยรุ่น 13-17 ปี เมทิลฟิเนเดตสามารถให้ได้ทั้งก่อนและหลังอาหาร แต่โดยทั่วไปนิยมให้หลังอาหารเพื่อหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงทางระบบอาหารโดยเฉพาะการเบื่ออาหาร (ชาญวิทย์, 2561)

สำหรับผลข้างเคียงของยาเมทิลฟิเนเดต (methylphenidate) ที่พบได้บ่อย คือ เบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปวดศีรษะ ปวดท้อง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด ใจสั่น ซึ่งผลข้างเคียงส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นชั่วคราวและจะหายไปเมื่อใช้ยาติดต่อกันไปนาน 2-3 สัปดาห์ ควรหลีกเลี่ยงและระมัดระวังการใช้ MPH ในผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคต่อหิน โรคไตรอยด์เป็นพิษ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจที่ยังมีอาการ โรคลมชักที่ยังควบคุมไม่ได้ ใช้ยากลุ่มออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีน ออกซิเดส (monoamine oxidase inhibitor (MAOI) วาฟาริน (warfarin) กวานเอติดีน (guanethidine) มีอาการโรคจิต มีประวัติเคยติด (abuse) ยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท หรือเคยแพ้ยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (กุกุลาภรณ์, ภัทรี, ภาพันธ์, และศิริรักษา, 2560; นันทวิชและคณะ, 2559; สมัย, 2560; อนัญญา, 2556)

2. ยากลุ่มที่ไม่ใช่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (Non-CNS stimulants) ยาในกลุ่มนี้มีหลากหลายชนิดที่นำมาใช้ในการรักษาอาการสมาธิสั้นเมื่อใช้ยาในกลุ่มเมทิลฟิเนเดตไม่เกิดผล หรือมีข้อจำกัดในการใช้ยากลุ่มเมทิลฟิเนเดต ได้แก่ ยาด้านเศร้า (anti-depressant) เช่น อะโทมอกซีติน (Atomoxetine) รีบ็อกซีติน (Reboxetine) บูโพรพ็อน (Bupropion) เวนลาเฟกซีน (Venlafaxine) อิมิพรามิน (imipramine) ยาในกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (antihypertensive) เช่น คลอนิดิน (Clonidine) และยาในกลุ่มยารักษาอาการทางจิตเวช (antipsychotic) เช่น ริสเพอริโดน (Risperidone) เป็นต้น (ชาญวิทย์, 2561; นันทวิชและคณะ, 2559; มาโนชญ์และปราโมทย์, 2558; วิฐารณ, 2555; อนัญญา, 2556) ดังรายละเอียด

2.1 ยาด้านเศร้า (anti-depressant) ได้แก่

2.1.1. อะโทมอกซีติน (Atomoxetine) ชื่อการค้า สะแตรตเทอรา (Strattera) มีกลไกการออกฤทธิ์เพิ่มระดับสารสื่อประสาทเซโรโทนิน สารนอร์อิพิเนพริน ในสมอง (selective norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI) ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีประสิทธิภาพในการรักษาต่ำกว่ายากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท แต่มีประโยชน์ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท หรือได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยากลุ่ม ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ผู้ป่วยมีโรควรร่วมในกลุ่มทิก (tic disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และปัสสาวะรดที่นอน (enuresis) และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการนำยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทไปเสพแบบยาเสพติด ระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 3- 5 ชั่วโมง ในประเทศไทยมีขนาด 10, 18, 25, 40 และ 60 มิลลิกรัม ในการบริหารยาแพทย์อาจให้รับประทานเพียงวันละ 1 ครั้ง หรือแบ่งให้เป็นวันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น (ชาญวิทย์, 2561) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ที่พบได้บ่อย

ได้แก่ เบื่ออาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ง่วงนอน ปวดศีรษะ และควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีภาวะตับอักเสบรุนแรง มีปัญหาในระบบหัวใจและหลอดเลือดรุนแรง มีอาการโรคจิต หรือมีอาการแมเนีย (mania) และผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์ ซี วาย พี ทู ดี ซิก (CYP2D6 inhibitor) (ชาญวิทย์, 2561; นันทวิชและคณะ, 2559; สมัย, 2560)

2.1.2. รีบ็อกซีติน (Reboxetine) ชื่อการค้า อีโดรแนกซ์ (Edronax) มีกลไกการออกฤทธิ์เพิ่มระดับสารสื่อประสาทเซโรโทนิน สารนอร์อิพิเนพริน ในสมอง (selective norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI) ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ไม่มีโรคร่วม ขนาดที่ใช้ 2-8 มิลลิกรัม ต่อวัน โดยอาจแบ่งให้วันละ 2 เวลา (ชาญวิทย์, 2561) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ อาการที่มักพบโดยส่วนใหญ่ คือ ปากแห้ง ท้องผูก เบื่ออาหาร ง่วงนอน การนอนผิดปกติ วิตกกังวลและหงุดหงิดง่าย และควรหลีกเลี่ยงการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคลมชัก โรคต่อหีน ภาวะปัสสาวะลำบาก ภาวะความดันโลหิตต่ำลงขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) ผู้ป่วยใช้ยากลุ่มยากลุ่มออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีนออกซิเดส (MAOI) ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) หรือผู้ป่วยที่ได้รับยา รีบ็อกซีติน (Reboxetine) แล้วมีอาการแมเนีย (ชาญวิทย์, 2561)

2.1.3. บูโพรพิออน (Bupropion) ชื่อการค้า เวลบูตริน เอ็กซ์แอล (Wellbutrin XL) มีกลไกการออกฤทธิ์เพิ่มนอร์อิพิเนพริน และโดปามีน ในสมอง (norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor) ใช้รักษาโรคสมาธิสั้นในกรณีที่ใช้เมทิลฟิเนเดต หรือ อะโทมอกซิเตน แล้วไม่ได้ผล ขนาดที่ใช้อยู่ที่ประมาณ 150-300 มิลลิกรัมต่อวัน ขนาดสูงสุดไม่เกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน โดยแบ่งให้วันละ 2 ครั้ง (ชาญวิทย์, 2561) โดยผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ควรระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคลมชัก ผู้ป่วยโรคอะนอเรกเซีย (anorexia) หรือ บุลลิเมีย (bulimia nervosa) ผู้ป่วยใช้ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีน ออกซิเดส (MAOI) ผู้ป่วยที่มีอาการทิก (tic) (ชาญวิทย์, 2561)

2.1.4. เวนลาเฟกซิน (Venlafaxine) ชื่อการค้า อิเฟกเซอร์ เอ็กซ์อาร์ (Efexor XR) มีกลไกการออกฤทธิ์เพิ่มระดับสารสื่อประสาทเซโรโทนิน สารนอร์อิพิเนพริน ในสมอง (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor) มีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยเมทิลฟิเนเดต หรือไม่สามารถทนผลข้างเคียงของเมทิลฟิเนเดตได้ และเหมาะกับผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีโรคมึนเศร้า วิตกกังวล หรือทิก (tic disorder) ร่วมด้วย ขนาดที่ใช้ในเด็ก 1.4 มิลลิกรัม ต่อกิโลกรัม ต่อวัน ในผู้ใหญ่ 75-225 มิลลิกรัม ต่อวัน โดยแบ่งให้วันละ 2 ครั้ง (ชาญวิทย์, 2561) โดยผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ปากแห้ง ท้องผูก ง่วงนอน เหงื่อออกมากผิดปกติ ควรระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยใช้ยากลุ่มออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์โมโนเอมีน ออกซิเดส (MAOI) และผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) (ชาญวิทย์, 2561)

2.1.5. อิมิพรามิน (imipramine) ชื่อการค้า โทฟรานิล (Tofranil) เป็นยาต้านเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก (Tri Cyclic Antidepressant, TCA) ขนาดที่ใช้ 1-5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน วันละ 1-2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน มักใช้ไม่เกิน 3 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน (นันทวิชและคณะ, 2559) ผลข้างเคียงของยาที่พบได้บ่อย ได้แก่ ง่วงนอน ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่ามัว และท้องผูก

ควรระวังในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจและระบบไหลเวียน (นันทวิชและคณะ, 2559; มาโนชญ์และปราโมทย์, 2558)

2.2. ยาในกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูง (antihypertensive) ได้แก่ คลอนิดิน (Clonidine) มีประโยชน์ในการรักษาอาการนอน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น และเหมาะสำหรับใช้รักษาผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีอาการทิก (tic) ร่วมด้วย ขนาดยาที่ใช้มีขนาดสูงสุดเท่ากับ 4-5 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน (กุศลภรณ์และคณะ, 2560) ผลข้างเคียงของยาที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ง่วงนอน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ ซีพจรเต้นช้า (กุศลภรณ์และคณะ, 2560; ชาญวิทย์, 2561; นันทวิชและคณะ, 2559)

2.3. ยาในกลุ่มยารักษาอาการทางจิตเวช (antipsychotic) ได้แก่ ริสเพอริโดน (Risperidone) ชื่อการค้า ริสเพอ์ดอล (Risperdal) เป็นยารักษาอาการทางจิตเวชกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic) เหมาะแก่การใช้ร่วมกับเมทิลฟิเนดัต ในผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีโรคติดต่อต้านหรือโรคเกร ร่วมกับ อีกทั้งยังมีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีโรคทิก (tic disorder) ร่วมด้วย ขนาดที่ใช้ 0.5-1 มิลลิกรัม ต่อวัน ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัว (วิฐารณ, 2555) ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ที่พบบ่อย ได้แก่ ง่วงซึม อ่อนเพลีย ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ในรายที่ใช้ขนาดสูงต้องระวังภาวะเอ็กซตราไพรามิดอล (extrapyramidal side effect, EPS) เช่น การทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวผิดปกติ เชื่องช้าลง หรือกระวนกระวาย เป็นต้น ควรระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ โรคเบาหวาน ภาวะ ความดันโลหิตต่ำลงขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) มีความเสี่ยงต่อการเกิดการทำงานของสมองและระบบหัวใจผิดปกติ (cerebrovascular and cardiovascular adverse events) และผู้ป่วยโรคลมชัก (ชาญวิทย์, 2561; วิฐารณ, 2555)

สรุปได้ว่า การใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นจะใช้ยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (CNS stimulants) เป็นยาลำดับแรกในการรักษา เนื่องจากมีรายงานประสิทธิผลในการรักษาโรคสมาธิสั้นมากที่สุด และมีความปลอดภัยในการรักษา ซึ่งยาในกลุ่มนี้ที่ใช้ในประเทศไทยปัจจุบันคือ เมทิลฟิเนดัตทั้งชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น ชื่อการค้า ริทาลินหรือรูบิเฟน (Ritalin, Rubifen) และชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว ชื่อการค้า คอนเซอร์ต้า (Concerta) และอาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ใช่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท เช่น ยาด้านเศร้า ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง หรือยารักษาอาการทางจิตเวช เป็นลำดับต่อมาเมื่อมีข้อบ่งชี้ ซึ่งผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาสมาธิสั้นที่พบบ่อย ได้แก่ ผลข้างเคียงต่อระบบประสาท เช่น นอนหลับยากหรือง่วงนอน ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด การทำงานของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวผิดปกติ เชื่องช้าลง เป็นต้น ผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น ผลข้างเคียงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดเช่น ใจสั่น ซีพจรเต้นช้าหรือเร็ว เป็นต้น และผลข้างเคียงอื่น ๆ เช่น ปากแห้ง คอแห้ง อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น

การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial interventions) อาศัยหลักสำคัญ คือ สัมพันธภาพ (relationship) การปรับเฉพาะรายบุคคล (individualization) ใช้ความสม่ำเสมอ (consistency) และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (caregiver's involvement) ซึ่งวิธีการรักษาทางจิตสังคมมีหลากหลายวิธี ทั้งการให้ความรู้เรื่องโรค (psychoeducation) การปรับพฤติกรรม

(behavioral management) การทำจิตบำบัด (psychotherapy) การฝึกทักษะทางสังคมและการจัดการอารมณ์ (social intervention) การบำบัดในค่ายฤดูร้อน (summer treatment program-STP) การให้ความช่วยเหลือด้านการเรียน/การทำงาน (educational/vocational accommodations) การฝึกสติ (mindfulness training) (สิรินัดดาและชาญวิทย์, 2561) โดยส่วนใหญ่การรักษาด้านจิตสังคม ที่ใช้สำหรับผู้ปกครองและครูที่โรงเรียน คือ

การฝึกอบรมผู้ปกครอง (parent management training-PMT) มีลักษณะเป็นหลักสูตรฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็ก โดยมีระยะเวลาที่แน่นอนและมีเวลาสิ้นสุดที่ชัดเจน รูปแบบ PMT อาจเป็นได้ทั้งแบบเดี่ยว และแบบกลุ่ม หรือการผสมผสานแบบเดี่ยว และแบบกลุ่มเข้าด้วยกัน ขึ้นกับโครงสร้างการฝึกอบรมที่ได้รับการพัฒนาขึ้น ซึ่งเนื้อหาการฝึกอบรมจะไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการจัดการพฤติกรรมที่มีปัญหาของเด็กเท่านั้น แต่รวมถึงวิธีการปรับวิธีจัดการพฤติกรรมเด็กของผู้ปกครองที่มีอยู่เดิมให้เป็นแนวทางใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น โดยมุ่งส่งเสริมองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ใหม่ในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก ผู้ปกครองมีเทคนิคช่วยให้เด็กทำตามคำสั่งด้วยวิธีการที่เหมาะสม การเพิ่มการเสริมแรงทางบวกให้มากขึ้น และการใช้วิธีการลงโทษที่ได้ผลและเหมาะสมกับพฤติกรรมของเด็ก (กุศลาภรณ์และคณะ, 2560; นันทวีชและคณะ, 2559; มาโนชญ์และปราโมทย์, 2558; อนัญญา, 2556; เอชราและพิชญา, 2561)

การช่วยเหลือในโรงเรียน (school-based interventions) เด็กสมาธิสั้นมักประสบปัญหาการเรียนและการเข้าสังคมที่โรงเรียน ครูจึงมีบทบาทสำคัญในการร่วมดูแลเด็กสมาธิสั้นขณะอยู่ที่โรงเรียน โดยทำหน้าที่ในการคัดกรองทั้งการประเมินพฤติกรรมและการใช้แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น การสื่อสารกับผู้ปกครองในการส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยแพทย์ การจัดการในชั้นเรียนทั้งในส่วนของ การจัดสิ่งแวดล้อมและการปรับพฤติกรรม การให้การช่วยเหลือเด็กรายบุคคล การช่วยเหลือทักษะด้านสังคม การประสานและส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ผู้รักษาเมื่อเด็กได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษา และติดตามต่อเนื่อง นอกจากนี้อาจมีการประชุมปรึกษาเพื่อพัฒนาและเพิ่มศักยภาพครูในการดูแลที่ดีขึ้น (นันทวีชและคณะ, 2559; มาโนชญ์และปราโมทย์, 2558; อนัญญา, 2556; เอชรา, 2561)

นอกจากการบำบัดรักษาทางจิตสังคมแล้วปัจจุบันยังมีการบำบัดทางเลือก (complementary and alternative medicine) อื่น ๆ เช่น การเล่นกีฬา การเล่นบำบัด (play therapy) ดนตรีบำบัด (music therapy) ศิลปะบำบัด (art therapy) กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) เซนซอรี อินทิเกรชัน (Sensory Integration, SI) การฝึกสติ (mindfulness) การใช้นิวโรฟีดแบค (Neurofeedback) การใช้อินเทอร์แอคทีฟ เมโทรโนม (Interactive Metronome, IM) การใช้ออกซิเจนบำบัด (Hyperbaric chamber) อาซาบำบัด (Hippotherapy) เป็นต้น (สถาบันราชานุกูล, 2557)

การให้บริการการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในเขตสุขภาพที่ 12

เขตบริการสุขภาพที่ 12 ตั้งอยู่ภาคใต้ตอนล่าง ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ จังหวัด ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี นราธิวาส และยะลา สำหรับการให้บริการการบำบัดรักษาโรคทาง

จิตเวชในเด็กรวมทั้งโรคสมาธิสั้นในเขตบริการสุขภาพที่ 12 นั้นมีสถานบริการซึ่งมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ทั้งสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาลระดับทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านกุมารเวชศาสตร์ที่มีปัญหาจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยมีการดูแลตามระบบการส่งต่อในพื้นที่รับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 12 โดย กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแลหรือเกินขีดความสามารถในการดูแลของโรงพยาบาล ก็จะดำเนินการส่งต่อตามระบบไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งก็คือ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

สำหรับระบบในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นหรือโรคทางจิตเวชเด็กอื่น ๆ มีรูปแบบในการให้บริการ คือ สถานบริการที่เป็นโรงพยาบาลระดับทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ทำหน้าที่ในการให้การคัดกรอง วินิจฉัย และบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ในกรณีผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลหรือเกินขีดความสามารถในการดูแลของโรงพยาบาล ในระดับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ ก็จะดำเนินการส่งต่อตามระบบไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชในเขตพื้นที่รับผิดชอบ หรือส่งไปเขตสุขภาพอื่น (ข้ามเขตบริการ) กรณีที่โรงพยาบาลนั้นตั้งอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีจิตแพทย์หรือโรงพยาบาลจิตเวชอีกเขตหนึ่ง ทั้งนี้ ขึ้นกับข้อตกลงบริการ ซึ่งจากสถิติผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ปี 2559 - 2562 พบว่ามีจำนวนเด็กที่ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (1,305 คน 1,530 คน 1,665 คน และ 1,933 คนตามลำดับ) ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อตามระบบจากโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ทั้งในและนอกเขตบริการสุขภาพที่ 12

คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ มีหน้าที่ในการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีความยุ่งยากซับซ้อนที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตบริการสุขภาพที่ 12 โดยการให้บริการบำบัดรักษาร่วมกันระหว่างทีมบริการที่เป็นสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด ครูการศึกษาพิเศษ และสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยให้บริการเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอายุตั้งแต่แรกเกิด - 18 ปี จำแนกเป็นกลุ่มเด็กเล็ก 0-5 ปี กลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี และเด็กวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี โดยทำการประเมิน คัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษา ตลอดจนส่งเสริม กระตุ้น และฟื้นฟูสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ทั้งการบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ลักษณะงานในปัจจุบันมีการให้บริการตรวจรักษา การให้คำแนะนำหลังการตรวจรักษา จัดทำสื่อสุขภาพจิต เช่น เอกสารและแผ่นพับความรู้รายโรค จัดทำโครงการ/นิทรรศการ เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สนับสนุนวิทยากรหน่วยงานภายนอกในการให้ความรู้ และประสานงานกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการติดตามดูแลผู้รับบริการ ต่อเนื่องนอกคลินิก นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ การอบรมความรู้สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลเมือง เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยและสร้างเครือข่ายในการ

ดำเนินงาน การพัฒนาแบบบันทึกการประเมินและแก้ไขพัฒนาการรายบุคคลเพื่อ ความสะดวกรวดเร็ว ในการรับบริการ และสามารถประเมินได้ครอบคลุมมากขึ้น

สำหรับการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ผู้รับบริการโดยส่วนใหญ่เริ่มมารับการรักษาในวัยเรียน มักมาด้วยปัญหาไม่มีสมาธิในการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ หรือมีพฤติกรรมชนอนูไม่นิ่ง ซึ่งได้ผ่านการประเมินคัดกรองโดยครูประจำชั้นและผู้ดูแลโดยการใช้เครื่องมือมาตรฐานในการคัดกรองปัญหาสมาธิสั้น ผู้รับบริการโดยส่วนใหญ่ผ่านการส่งต่อจากสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จึงมีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลเด็กในระดับหนึ่ง แต่อาจพบความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล หรือผู้ดูแลบางรายมีความต้องการที่让孩子ได้รับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่มีความเฉพาะด้าน จึงมารับบริการต่อเนื่องในสถานบริการเฉพาะทางจิตเวช เพื่อการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยจิตแพทย์เด็กและรับการบำบัดวิธีอื่น ๆ โดยสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาจิตแพทย์ที่ให้การรักษายังทำการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ดูแล ซึ่งวิธีหลักที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้นคือการใช้ยา ยาหลักที่ใช้ในการรักษา คือ เมทิลฟิเนดัต ทั้งชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น ชื่อทางการค้า ริทาลิน (Ritalin) (ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้ป่วยสามารถรับยาชนิดนี้ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เช้า และ เย็น เป็นยาที่ใช้ในเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการมากที่สุด และชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว ชื่อทางการค้า คอนเซอร์ตา (Concerta) (ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้ป่วยต้องชำระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เช้า นอกจากนี้อาจให้ร่วมกับยาอื่น ๆ เช่น อะโทมอกซิทีน (Atomoxetine) คลอนิดีน (Clonidine) ริสเพอริโดน (Risperidone) เป็นต้น ตามแนวปฏิบัติในการใช้ยา สิทธิการรักษา หรือเหตุผลอื่นๆ ตามแผนการรักษา ร่วมกับการบำบัดรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ ตามลักษณะปัญหาของเด็กที่พบ หลังจากได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แล้ว ผู้รับบริการจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาและการดูแลเด็ก โดยพยาบาลจิตเวชเด็กประจำคลินิก

นอกจากการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กแล้ว ผู้รับบริการจะได้รับแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล เช่น อาการและลักษณะทั่วไปของโรคสมาธิสั้น ปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กสมาธิสั้น การบำบัดรักษาและการรับประทานยา การสื่อสารกับเด็ก การช่วยเหลือด้านการเรียนและการปรับพฤติกรรม เป็นต้น รวมทั้งแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องแจ้งแก่ครูประจำชั้นเพื่อการดูแลเด็กต่อเนื่องขณะอยู่ที่โรงเรียน เช่น การดูแลเรื่องการรับประทานยาเมื่อเด็กอยู่ที่โรงเรียน การสื่อสารกับเด็กสมาธิสั้น การช่วยเหลือในเรื่องการจัดการเรียนการสอน การจัดการเมื่อเด็กมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ อีกทั้งมีการสร้างเครือข่ายร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรที่ให้บริการเพื่อการติดตามและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลเด็กต่อเนื่องที่บ้านและเพื่อเปิดช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มผู้ดูแลด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีบริการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ทุกวันและเวลาราชการ (คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2562)

แนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น

ความหมายของการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น

การรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น (Adherence to Medication) คือ พฤติกรรมการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้นที่สอดคล้องกับการได้รับคำแนะนำที่ตกลงร่วมกันในการรักษาจากผู้ให้บริการทางสุขภาพ (World Health Organization [WHO], 2003) ซึ่งครอบคลุมถึงการไม่ใช้ยาเกินหรือน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง ทั้งขนาด และจำนวนครั้ง รวมถึงไม่มีพฤติกรรมหยุดยาก่อนแพทย์สั่ง การไม่ใช้ยา การใช้ยาผิดเทคนิค การใช้ยาเสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ การใช้ยาอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง และการไม่มาตามนัดทำให้ไม่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559; นันทลักษณ์, 2555; ศุภาพิชญ์และศุกรใจ, 2015; Kongkaew, 2011)

แนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่อง พบหลากหลายแนวคิดที่ใช้ศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง หรือโรคทางจิตเวช โดยสรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่อง (Medication Adherence) ของมอริสกีและคณะ (Morisky et al., 2008) เป็นแนวคิดที่กล่าวว่า ลักษณะของพฤติกรรมการรับประทานยา (medication taking behavior) ต่อเนื่องคือ การรับประทานยาครบถ้วนทั้งขนาดและจำนวนครั้งตามแผนการรักษาที่ร่วมกันวางไว้กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ รวมถึงไม่มีพฤติกรรมหยุดยาก่อนแพทย์สั่ง และองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วย ได้แก่ การลืมรับประทานยา ความใส่ใจ ความสะดวกต่อการใช้ยาและอารมณ์ความรู้สึกต่อการใช้ยา ใช้ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีการนำแนวคิดของมอริสกีมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบเครื่องมือในการประเมินการรับประทานยาต่อเนื่อง (Medication Adherence Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องทั้งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่ต้องใช้ยาต่อเนื่อง เช่น ความดันโลหิตสูง (ศุสิทธิ์, 2553; พินิตนันท์, 2560) โรคเบาหวาน (นงลักษณ์, 2553) รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยเด็กกลืนซึก (Yang, Yu, Li, & Zhang, 2020) ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคติ๊ก (Tic Disorders) (Yang, Qin, Yu, Li, & Zhang, 2019) ผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน (Abdisa et al., 2020; De las Cuevas, & Peñate, 2015; Thompson, Kulkarni, & Sergejew, 2000)

2. แนวคิดทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude) ของโฮแกน เอวาตและอีสต์วูด (Hogan, Awad, & Eastwood, 1983) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยา ได้แก่ การปฏิเสธการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ (habitual refusal of medication)

และการพึ่งพามากเกินไป (over-reliant) ซึ่งมืองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 2 ประการคือ ความรู้สึก (feeling) ต่อผลลัพธ์ของยาทั้งทางด้านบวก เช่น รู้สึกว่าเป็นปกติมากขึ้น มีความสุขมากขึ้น การรับรู้ตนเองดีขึ้น ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างดีขึ้น รู้สึกว่าการกินยามีผลดีกว่าไม่กิน เป็นต้น และทางด้านลบ เช่น รู้สึกไม่สุขสบายจากยา ยาทำให้ทำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น รู้สึกว่ายาททำให้ตัวแข็ง อ่อนเพลีย เป็นต้น และทัศนคติ (attitude) เกี่ยวกับการใช้ยา ทั้งการรับรู้ต่อความจำเป็นของยาต่อภาวะสุขภาพ การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การใช้ยาเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และความปลอดภัยของยา ซึ่งมีการนำแนวคิดนี้ไปพัฒนาแบบสอบถามที่ใช้ในการออกแบบเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Drug Attitude Inventory-DAI) ซึ่งเป็นวิธีการวัดพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report) มีการนำมาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวช เช่น จิตเภท (Hogan et al., 1983)

3. แนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Medication Adherence) ของธอมป์สัน และคณะ (Thompson et al., 2000) เป็นแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่พัฒนามาจากแนวคิดของมอริสกีและโฮแกน ที่กล่าวถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ของพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของมอริสกี ได้แก่ การลืม ความใส่ใจ และความรู้สึกต่อการใช้ยา ซึ่งมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มโรคเรื้อรังหรือต้องใช้ยาเป็นเวลานาน และกล่าวถึงทัศนคติต่อการรับประทานยาตามแนวคิดของโฮแกน ซึ่งมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวช นำมาพัฒนาเป็นเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Medication Adherence Rating Scale-MARS) ที่ใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ต้องรักษาต่อเนื่อง

สรุป จากแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องดังกล่าวข้างต้น แนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่องของมอริสกีและคณะ เป็นแนวคิดที่อธิบายลักษณะและองค์ประกอบของพฤติกรรมรับประทานยาต่อเนื่อง ได้สอดคล้องกับลักษณะของโรคสมาธิสั้นซึ่งถือเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชและการใช้ยาในผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ต้องอาศัยการรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ มีการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาพฤติกรรมรับประทานยาในกลุ่มโรคเรื้อรังทางจิตเวช ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่อง (Medication adherence) ของมอริสกีและคณะ (Morisky et al., 2008) มาประยุกต์ใช้ในการประเมินพฤติกรรมรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

การประเมินการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น พบว่ามีแนวคิดและหลักการของการประเมิน โดยสรุปดังนี้

1. การประเมินการรับประทานยาต่อเนื่องโดยโดยวิธีการใช้แบบสัมภาษณ์แบบสอบถาม หรือแบบประเมิน มีรายละเอียด คือ

แบบสอบถามการลืมรับประทานยาของผู้ป่วย จากการศึกษาของประภัสสรและคมสันต์ (2559) เป็นการประเมินความถี่ของพฤติกรรมลืมรับประทานยาภายใน 1 สัปดาห์ โดย

การสอบถามผู้ป่วย ซึ่งทำการศึกษาในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น อายุ 12- 18 ปี (ประภัสสรและคมสันต์, 2559)

แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา จากการศึกษาของ เกษศิริรินทร์และคณะ (2559) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าเลือกตอบ 5 ระดับ คือ เป็นประจำบ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งศึกษาในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น อายุ 7-18 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75 (เกษศิริรินทร์และคณะ, 2559)

แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา จากการศึกษาของสุนทรี่และคณะ (2561) เป็นแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีทั้งหมด 3 ข้อ คือ 1) จำนวนเม็ดยา หรือปริมาณยาวันที่เด็กต้องรับประทานต่อเดือน 2) จำนวนเม็ดยา หรือปริมาณยา น้ำที่เด็กรับประทาน ในเดือนที่ผ่านมา และ 3) สาเหตุของการรับประทานยาไม่ครบ ซึ่งทำการศึกษา ในผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 4-12 ปี ที่มารับบริการครั้งแรก มีค่าความตรงเท่ากับ 0.90 (สุนทรี่และคณะ, 2561)

แบบประเมินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยใช้แบบประเมินการรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง (Medication Adherence Report Scale ,MARS) ของธอมป์สันและคณะ (Thompson et al., 2000) ในการศึกษาของซาฟาวิ ซาเบอร์ซาดีห์ และเตห์รานี (Safavi, Saberzadeh, & Tehrani, 2019) เป็นแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report) ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ เป็นประจำบ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งศึกษาในผู้ดูแล และครูที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 6-12 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 (Thompson et al., 2000)

แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของเด็ก (Child Adherence Questionnaire, CAQ) มีทั้งหมด 25 ข้อ และแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแล (Mother's Adherence Questionnaire, MAQ) มีทั้งหมด 22 ข้อ จากการศึกษาของนาเกะและคณะ (Nagae et al., 2015) โดยแบบประเมินทั้ง 2 พัฒนามาจาก Drug Attitude Inventory-10 (DAI-10) ของโฮแกนและคณะ (Hogan et al., 1983) ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ (Yes or No) ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น และเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 7-18 ปี มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76 และ 0.72 ตามลำดับ (Nagae et al., 2015)

แบบวัดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Morisky medication adherence scale-MMAS 8-Items) เป็นแบบวัดพฤติกรรมกรรับประทานยาต่อเนื่องโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของมอริสกีและคณะ (Morisky et al., 2008) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ความผิดพลาดของการรับประทานยาโดยมีตัวเลือกการตอบใช่ หรือไม่ใช่ 7 ข้อและความรู้สึกรับประทานยา 1 ข้อ ตัวเลือกเป็นความรู้สึก 5 ระดับ คือ รู้สึกประจำ รู้สึกบ่อยครั้ง รู้สึกนาน ๆ ครั้ง รู้สึกน้อยครั้ง และไม่เคยรู้สึก ใช้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางจิตเวช เช่น ผู้ป่วยเด็กลมชัก (Yang, Yu, Li, & Zhang, 2020) ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคติก (Tic Disorders) (Yang, Qin, Yu, Li, & Zhang, 2019) ผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคทางจิตเวชอื่นๆ ด้วยเช่นกัน (จิรศักดิ์ และสมชาย,

2562; Abdisa et al., 2020; De las Cuevas, & Peñate, 2015; Thompson, Kulkarni, & Sergejew, 2000)

2. การประเมินการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการนับเม็ดยา การใช้แบบบันทึกจำนวนเม็ดยา มีรายละเอียด คือ

การนับเม็ดยา (pill count) จากการศึกษาของจินิส, วัลลภ, ชูติมา, และชาญวิทย์ (2562) โดยให้ผู้ปกครองนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือมาจากบ้านก่อนมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป และทำการคำนวณร้อยละของการรับประทานยาจากจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทานจริง หาดด้วยจำนวนเม็ดยาที่ควรรับประทาน ซึ่งทำการศึกษาในผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุ 6-12 ปี (จินิสและคณะ, 2562)

แบบบันทึกจำนวนเม็ดยาที่เหลือโดยการนับเม็ดยา จากการศึกษาของวันรวิ (2559) โดยให้ผู้ดูแลบันทึกจำนวนเม็ดยาที่เหลือโดยการนับเม็ดยา (pill count) และทำการคำนวณร้อยละของการรับประทานยาโดยใช้สูตร (จำนวนยาที่ได้รับ-จำนวนยาที่คงเหลือ) คูณ 100 และหารด้วยจำนวนยาที่ควรได้กิน ซึ่งทำการศึกษาในผู้ดูแลของเด็กสมาธิสั้น ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี (วันรวิ, 2559)

3. การประเมินการรับประทานยาต่อเนื่องโดยการวัดอัตราการครอบครองยา มีรายละเอียด คือ

การวัดอัตราการครอบครองยา (Medication Possession Ratio, MPR) จากการศึกษาของแบงท์และคณะ (Bhang et al., 2017) โดยการประเมินว่าผู้ป่วยมียาในครอบครองเพียงพอต่อการใช้หรือไม่ โดยคำนวณจากสูตร (จำนวนวันที่ผู้ป่วยมียาใช้/จำนวนวันที่ต้องใช้ยา) x 100 ซึ่งศึกษาในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น อายุ 6-18 ปี (Bhang et al., 2017)

สรุปได้ว่า การประเมินการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ใช้วิธีการประเมินโดยการใช้แบบประเมิน หรือแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประเมินจากการสอบถามผู้ดูแลเด็กถึงพฤติกรรมการรับประทานยาสมาธิสั้นของเด็ก จากการศึกษาข้างต้น ยังไม่มีการประเมินที่เฉพาะเจาะจงในบริบทของการดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการประเมินการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้นโดยการใช้แบบประเมิน ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องของมอริสกี ซึ่งนิยมใช้หลากหลายในการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยปรับให้มีความเหมาะสมในบริบทการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น

บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่ยังต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ในการช่วยดูแล ธรรมชาติของเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และพยายามทำกิจกรรมด้วยตนเอง จึงต้องได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากผู้ใหญ่ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย)

ไทย, 2560) ในเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาสมาธิสั้นนอกจากข้อจำกัดด้านวุฒิภาวะที่ทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ทั้งหมดแล้ว ยังมีข้อจำกัดในด้านการคิดเชิงบริหาร (executive function) ด้านทักษะการยับยั้งชั่งใจ คิดไตร่ตรอง (inhibitory control) เด็กอาจไม่สามารถควบคุมตนเองในการรับประทานยาต่อเนื่องได้ และทักษะความจำที่นำมาใช้งาน (working memory) เด็กมีความบกพร่องด้านสมาธิที่จดจ่อและความจำ (กิตติพงศ์, 2563) ซึ่งอาจเกิดการลืมรับประทานยาได้ ส่งผลให้ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็ก โดยทำหน้าที่แทนเด็กทั้งการตัดสินใจในการใช้ยาหรือยุติการใช้ยา (Rashid, Lovick, & Llanwarne, 2018) และการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการรับประทานยาและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สนธยา, 2550)

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็กทั้งการตัดสินใจใช้ยา การปฏิบัติเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมรับประทานยาต่อเนื่อง โดยกำหนดแผนการรักษาร่วมกับจิตแพทย์ที่ให้การรักษา การดูแลให้เด็กรับประทานยาครบถ้วน ตรงตามแพทย์สั่ง ทั้งที่บ้านและการติดตามการรับประทานยาของเด็กที่โรงเรียน (สถาบันราชานุกูล, 2558) การสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาสมาธิสั้น (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, ม.ป.ป.; สนธยา, 2550) และการนำเด็กไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (อิชิตาและนิตา, 2561) เด็กสมาธิสั้นวัยเรียนโดยส่วนใหญ่ต้องรับประทานยาทั้งขณะอยู่ที่บ้านและขณะอยู่ที่โรงเรียน การดูแลเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นในวัยนี้จึงต้องมีการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและครูประจำชั้นหรือโรงเรียน ผู้ดูแลอาจขอความร่วมมือครูประจำชั้นช่วยดูแลให้เด็กรับประทานยา และผู้ดูแลทำการติดตามการรับประทานยา และประเมินอาการของเด็กเมื่ออยู่ที่โรงเรียนโดยการสอบถามข้อมูลจากครูประจำชั้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การรับประทานยาของเด็กเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (จินิสและคณะ, 2562; สถาบันราชานุกูล, 2558; สนธยา, 2550)

กล่าวได้ว่าการเกิดพฤติกรรมรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นในวัยเรียนนั้นผู้ดูแลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่แทนเด็กทั้งหมดในด้านการรับประทานยา ทั้งการตัดสินใจ การปฏิบัติเพื่อให้เด็กรับประทานยา รวมทั้งการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมรับประทานยาและการรักษาที่ต่อเนื่อง การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาสมาธิสั้นของเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเกิดความเข้าใจและสามารถส่งเสริมการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดพฤติกรรมรับประทานยาต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมอาการของโรค ป้องกันผลกระทบระยะยาวที่อาจเกิดจากการขาดยา และช่วยให้เด็กสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขตามวัย (สถาบันราชานุกูล, 2558; สนธยา, 2550)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น (จินิสและคณะ, 2562; ชาญวิทย์, 2561; ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; พาสนีและคณะ, 25562 ; สถาบันราชานุกูล, 2558; สถาบันสุขภาพจิต

เด็กและวัยรุ่นราชชนครินทร์, ม.ป.ป.; สนธยา, 2550; สมัย, 2560; สุนทรীและคณะ, 2561; อธิชาดา และนิตา, 2561) สามารถสรุปพฤติกรรมการดูแลหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ 3 ด้าน ดังนี้

1. การปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมมีกับทีมสุขภาพ เป็นการดูแลให้เด็กสมาธิ สั้นรับประทานยาครบถ้วนตรงตามแผนการรักษาทั้งขนาด และจำนวนครั้ง โดยผู้ดูแลมีการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลหรือพฤติกรรมดูแล ดังนี้

ผู้ดูแลวางแผนเรื่องการรับประทานยาของเด็กโดยมีการพูดคุยหรือปรึกษาร่วมกับ จิตแพทย์ทั้งชนิดยา ขนาด และวิธีรับประทานที่เหมาะสม และมีวิธีการในการดูแลให้เด็กรับประทาน ยาครบถ้วนตามแผนการรักษาที่วางไว้ โดยการแจ้งให้เด็กทราบว่าต้องรับประทานยา การตกลงเรื่อง การรับประทานยากับเด็ก เช่น ให้เด็กรับประทานยาดด้วยตนเองโดยผู้ดูแลจะคอยช่วยดู ผู้ดูแลเป็นคน จัดยาให้และเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา เป็นต้น (สถาบันราชานุกูล, 2558; สนธยา, 2550) ผู้ดูแลดูแลให้เด็กรับประทานยาครบถ้วนตามแผนการรักษา ครบตามขนาด จำนวนครั้ง จนกว่าแพทย์ จะให้หยุดรับประทานยา โดยการให้เด็กรับประทานยาดด้วยตนเองเพื่อฝึกความรับผิดชอบแล้วผู้ดูแล คอยตรวจสอบหรือสอบถาม (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนครินทร์, ม.ป.ป.) หรือผู้ดูแลจัดยา ให้เด็กรับประทาน รวมทั้งกำกับหรือเตือนให้เด็กรับประทานยาทุกครั้ง เช่น การเรียกเด็กให้ รับประทานยา การบอกเด็กเมื่อถึงเวลารับประทานยา เป็นต้น (สถาบันราชานุกูล, 2558) รวมถึงการ ไม่ลืมให้เด็กรับประทานยา โดยการวางกล่องยาไว้ในบริเวณที่มองเห็นและหยิบได้ง่าย การตั้งการแจ้ง เตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยาโดยใช้นาฬิกาหรือโทรศัพท์มือถือ (ชาญวิทย์, 2561) และมีวิธีการใน การจดจำยา/จัดยาให้เด็กอย่างถูกต้อง โดยการเขียนกำกับหน้าของยา การเขียนบันทึกช่วยจำติดไว้ใน บริเวณที่มองเห็น เป็นต้น (ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; สถาบัน สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชชนครินทร์, ม.ป.ป.; สนธยา, 2550; สมัย, 2560) รวมทั้งการดูแลกำกับให้ เด็กรับประทานยาตามแผนการรักษา แม้จะรู้สึกว่าจะเด็กจะไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีอาการดีขึ้น (สุนทรীและคณะ, 2561; อธิชาดาและนิตา, 2561) และมีวิธีการจัดการหรือสื่อสารกับเด็กเมื่อเด็กไม่ ยอมรับประทานยา โดยการบอกเด็กถึงผลดีของยา อาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นที่ผู้ดูแลสังเกตเห็นเมื่อ เด็กรับประทานยา เช่น ยาจะช่วยให้เด็กควบคุมตัวเองได้ดีขึ้น เวลาที่กินยารู้สึกว่าเด็กเรียนดีขึ้น รับผิดชอบมากขึ้น เป็นต้น (จินิสและคณะ, 2562; พาสนีและคณะ, 2562; อธิชาดาและนิตา, 2561) รวมทั้งมีการสังเกตพฤติกรรมรับประทานยาและสังเกตอาการเด็กเพื่อประเมินผลลัพธ์จากการให้ เด็กรับประทานยา โดยการตรวจสอบทุกครั้งว่าเด็กมีการรับประทานยา เช่น สังเกตขณะเด็ก รับประทานยา (สนธยา, 2550) การประเมินผลของยาในการควบคุมอาการ เช่น เด็กมีสมาธิมากขึ้น นิ่งมากขึ้น เป็นต้น (สมัย, 2560)

2. การรับรู้ สนใจ และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษา เป็น การดูแลเพื่อประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากยา หลังจากที่เด็กรับประทานยา รวมทั้ง จัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น โดยผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลหรือพฤติกรรมดูแล ดังนี้

ผู้ดูแลมีการสอบถามทีมสุขภาพ เช่น จิตแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร ถึงการเกิด อาการข้างเคียงจากยาและวิธีการจัดการ (สถาบันราชานุกูล, 2558; สนธยา, 2550) ผู้ดูแลสังเกต

อาการข้างเคียงจากยาหลังจากที่เด็กรับประทานยาอยู่เสมอ (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, ม.ป.ป.; สนธยา, 2550) บอกเด็กให้แจ้งหากมีอาการไม่สุขสบายเมื่อรับประทานยาหรือสอบถามเด็กเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายหลังรับประทานยาอยู่เสมอ (สถาบันราชานุกูล, 2558) เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ไม่ปรับลดยา หรือให้เด็กหยุดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ (สถาบันราชานุกูล, 2558) มีวิธีการจัดการเมื่อเด็กเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่พบได้บ่อย เช่น หากเด็กมีอาการเบื่ออาหาร ให้เด็กกินชดเชย ในมื้ออื่น ๆ ไม่ว่าจะป็นมื้อเย็น มื้อดึก หรือมื้อเช้าก่อนรับประทานยา หากมีอาการนอนไม่หลับ ให้กินยามื้อบ่ายหรือเย็นไม่เกินเวลา 17.00 น. เป็นต้น (สมัย, 2560) รวมถึงการจัดการให้เด็กรับประทานยาเมื่อเด็กรู้สึกไม่อยากรับประทานยาจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น แจ้งถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาหรือผลดีเมื่อเด็กรับประทานยา การอธิบายถึงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นว่าจะหายได้เมื่อร่างกายปรับตัวได้ (สถาบันราชานุกูล, 2558; อธิษาดาและนิตา, 2561)

3. การยอมรับการรักษา เรียนรู้ ปรับบทบาท การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา เป็นการดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน ของเด็กและผู้ดูแลให้สอดคล้องกับการรักษา โดยมีการประสานงานกับครูประจำชั้นในการดูแลเรื่องการรับประทานของเด็กขณะอยู่ที่โรงเรียน โดยผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลหรือพฤติกรรมดูแล ดังนี้

ผู้ดูแลมีการวางแผนเรื่องการลางานหรือลาโรงเรียนเพื่อนำเด็กไปพบแพทย์ตามนัด (อธิษาดาและนิตา, 2561) ผู้ดูแลนำเด็กไปพบแพทย์ตามนัด หรือไปรับยาแทนเด็กตามนัดทุกครั้ง ผู้ดูแลเตรียมยาให้เด็กหรือนำยาไปด้วยทุกครั้งเมื่อเด็กต้องออกจากบ้านหรือเดินทาง (พาสินีและคณะ, 2562) ผู้ดูแลมีวิธีการเพื่อป้องกันการลืมไปพบแพทย์ตามนัด โดยการเขียนบันทึกช่วยจำติดไว้ในบริเวณที่มองเห็น การจดบันทึกลงปฏิทิน การตั้งการแจ้งเตือนในโทรศัพท์ เป็นต้น (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, ม.ป.ป.) ผู้ดูแลประสานงานหรือสื่อสารกับครูประจำชั้นในการดูแลให้เด็กรับประทานยาขณะอยู่ที่โรงเรียน (จินิสและคณะ, 2562; สถาบันราชานุกูล, 2558; สนธยา, 2550) จัดยาให้เด็กนำไปรับประทานที่โรงเรียนทุกครั้ง หรือนำยาไปฝากไว้กับครูและแจ้งให้ครูประจำชั้นช่วยจัดยามื้อเที่ยงให้เด็ก (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, ม.ป.ป.) แจ้งครูประจำชั้นให้กำกับหรือเตือนให้เด็กรับประทานยาทุกครั้ง เช่น ให้ครูเรียกเด็กรับประทานยามื้อเที่ยงเป็นการส่วนตัว ให้ครูช่วยสังเกตการรับประทานยามื้อเที่ยงของเด็ก (สถาบันราชานุกูล, 2558) รวมทั้งมีวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการลืมให้เด็กนำยาไปโรงเรียน โดยการเขียนบันทึกช่วยจำติดไว้ในบริเวณที่มองเห็น การวางยาไว้ในบริเวณที่สังเกตเห็นและหยิบได้ง่าย เป็นต้น (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, ม.ป.ป.) ผู้ดูแลให้เด็กรับประทานยาจนกว่าแพทย์จะสั่งให้หยุดยา และสอบถามครูประจำชั้นถึงการกินยาของเด็กขณะอยู่ที่โรงเรียนอยู่เสมอ (ชาญวิทย์, 2561; สมัย, 2560)

แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลหรือพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลหรือพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของสนธยา (2550) เป็นแบบวัดความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งระบุถึงกิจกรรมการดูแลเด็กสมาธิสั้น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับประทานอาหารและน้ำ 2) การป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน 3) การฝึกทักษะการช่วยเหลือตนเองและทักษะทางสังคม 4) การส่งเสริมการเรียนรู้ 5) การดูแลเพื่อให้ได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง และ 6) การจัดการกับปัญหาพฤติกรรม ลักษณะแบบประเมินเป็นการประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.81 (สนธยา, 2550)

แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กเรื้อรังของครอบครัวของดวงใจ (2552) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยเด็กเรื้อรัง 8 ด้าน ได้แก่ 1) การปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและแผนการรักษา 2) การป้องกันโรค 3) การดูแลให้ได้รับอาหารครบถ้วนทั้งชนิดและปริมาณที่เหมาะสมเพียงพอ 4) ดูแลให้มีความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อนที่เหมาะสม 5) ดูแลให้มีการเผชิญความเครียดจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาได้เหมาะสม 6) การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ 7) การให้ยาและการบรรเทาอาการ และ 8) การนำเด็กไปตรวจตามนัดและเมื่อมีอาการผิดปกติ ลักษณะแบบประเมินเป็นการประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .76 (ดวงใจ, 2552)

สรุป จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการประเมินการดูแลที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่บ่อย มีเพียงเรื่องเดียวที่กล่าวถึงการดูแลเด็กสมาธิสั้น แต่เป็นการประเมินรวมด้านทั่วไปในการดูแล การดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่งของการประเมินเท่านั้น ไม่ได้มีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจง การประเมินการดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องยังขาดความครอบคลุมและชัดเจนตามแนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่องที่ผู้วิจัยใช้ศึกษาและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในด้านรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นขึ้น จากแนวคิดการรับประทานยาของมอริสก็ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

ผู้ดูแลถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นวัยเรียนรับประทานยาต่อเนื่อง โดยการทำหน้าที่แทนเด็กทั้งการตัดสินใจในการใช้ยาหรือยุติการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น (Rashid et al., 2018) และมีหน้าที่กระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการรับประทานยาต่อเนื่อง (สนธยา, 2550) ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลให้เกิดการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น พบว่ามีการศึกษาเรื่องดังกล่าวทั้งในและต่างประเทศอยู่ค่อนข้างน้อย ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นปัจจัย 2 ด้านหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ความรู้ และทัศนคติทัศนคติ

ของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และ 2) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ชนิดของยารักษาสมาธิสั้นที่ได้รับ ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น และผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ซึ่งสามารถถออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ได้ดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ดูแล จากการศึกษาพบปัจจัยต่าง ๆ ในผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่อง คือ อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ความรู้ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้เกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น และการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ดังรายละเอียด

1. อายุ พบว่า ในผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาสมาธิสั้นลดลง (ชาญวิทย์, 2561) โดยในผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ อาจมีความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ไม่ถูกต้อง และด้วยลักษณะของสังคมที่พ่อแม่ ส่วนใหญ่ทำงาน จึงต้องฝากเด็กให้ปู่ ย่า ตา ยาย ดูแล อาจทำให้ขาดความเป็นกิจจะลักษณะในการดูแลให้เด็กรับประทานยาส่งผลให้เกิดการรับประทานยาต่อเนื่องลดลง (เกษศิริรินทร์และคณะ, 2559)

2. ระดับการศึกษา จากการศึกษาพบว่าในผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลเรื่องยาได้มากกว่า อาจเกิดความกังวลต่อความปลอดภัยของยามากกว่าจึงตัดสินใจใช้ยาสมาธิสั้นน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (Galera et al., 2014) ในขณะที่บางการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องได้มากกว่าเนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลมากกว่า (Safavi et al., 2019)

3. สถานะทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่า ในผู้ดูแลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดีจะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องได้มากกว่า (OR= 2.48) (Pornnoppadol, Seree, Yasinthorn, Jangjit, & Chanpen, 2018) เนื่องจากสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาได้ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ายา และการสูญเสียรายได้เมื่อต้องหยุดงาน ขณะที่ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำ ต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ ไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย การมารับการรักษาอาจทำให้เกิดความยากลำบาก และมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ขาดการรักษาและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (อิชิซาดา และนิตา, 2561; Safavi et al., 2019)

4. ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น (สุนทรและคณะ, 2561; Alsous, 2017; Khan & Aslani, 2019; Siponen et al., 2013) จากการศึกษาพบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการรักษาสมาธิสั้น โดยการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องของเด็ก (Brinkman et al., 2018) ในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา รับรู้ถึงความจำเป็นของการรับประทานยา (Gajria et al., 2014; Nagae, Nakane et al., 2015) รับรู้ถึงผลดีจากการใช้ยามากกว่าผลเสีย จะดูแลให้เด็กรับประทานยารักษาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องได้สูง (Ahmed et al., 2017) รวมทั้งการมีประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการใช้ยารักษาสมาธิสั้น จะมีความร่วมมือในการดูแลให้เด็กรับประทานยารักษาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องได้สูง ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีความกังวลต่ออาการข้างเคียงจากยา กลัวการติดยา หรือได้รับข้อมูลทางลบเกี่ยวกับการใช้ยาจะดูแลให้เด็กรับประทานยา

ต่อเนื่องน้อยลง (Alsous, 2017; Brinkman, et al., 2018; Siponen et al., 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวต่อการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (OR 2.82) (Flood et al., 2019)

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในระดับดี จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี ในผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาไม่เพียงพอ จะร่วมมือในการใช้น้อย (เกษศิริรินทร์และคณะ, 2559) หรือในผู้ดูแลที่มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเช่น โรคสมาธิสั้นไม่จำเป็นต้องรักษา (Pornoppadol et al., 2018) อาการสมาธิสั้นไม่ได้เกิดจากโรค (ชาญวิทย์, 2561) ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลไม่ยอมรับการรักษาและการใช้ยาสมาธิสั้น เช่นเดียวกับการศึกษาการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กโรคลมชัก ที่พบว่า หากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาในระดับที่ดี จะดูแลให้เด็กรับประทานยาได้ต่อเนื่องในระดับดี (ชุตินาภรณ์, ชื่นฤติ, วันทนา, และอนันต์นิตย, 2560)

6. การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาของเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการถูกตีตราของเด็กสมาธิสั้นสามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาต่อเนื่องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .037$) (Boudreau, & Mah, 2020) หากผู้ดูแลรู้ว่าเด็กสมาธิสั้นรู้สึกถูกตีตรามีผลต่อการที่ผู้ดูแลจะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่อง (Bussing & Mehta, 2013) นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความเห็นว่าเด็กสมาธิสั้นที่รับประทานยารู้สึกถูกตีตรามากกว่าเด็กที่ไม่รับประทานยาจึงส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลในการใช้ยา อาจทำให้เด็กได้รับยาไม่ต่อเนื่อง (DosReis et al., 2010)

7. การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น พบว่าหากผู้ดูแลรับรู้หรือกังวลต่ออาการข้างเคียงจากยาสมาธิสั้นจะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องลดลง (OR = 10.2) (วันรวิ, 2559) เมื่อผู้ดูแลสังเกตเห็นว่าเด็กรับประทานยารักษาสมาธิสั้นแล้วเกิดอาการไม่พึงประสงค์ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจให้เด็กหยุดรับประทานยา (ชาญวิทย์, 2561) หรือหากผู้ดูแลกังวลกลัวการติดยาเมื่อต้องใช้นานเป็นระยะเวลานาน หรือได้รับข้อมูลทางลบเกี่ยวกับการใช้ยา จะส่งผลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องลดลง (Ahmed et al., 2017; Brinkman et al., 2018; Khan & Aslani, 2019)

ปัจจัยด้านการรักษา จากการศึกษาในหลายการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญหนึ่งซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้นและการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้เด็กรับประทานยา คือ การรักษา สรุปลงเป็นปัจจัยสำคัญๆ ได้แก่ ชนิดของยารักษาสมาธิสั้นที่ได้รับ ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น และผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ดังรายละเอียด

1. ชนิดของยารักษาสมาธิสั้นที่ได้รับ คือ ชนิดของยารักษาอาการสมาธิสั้นที่เด็กรับประทาน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (CNS stimulant) ได้แก่ เมทิลฟีนีเดต (Methylphenidate) ชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น ชื่อทางการค้า ริทาลิน (Ritalin) และชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว ชื่อทางการค้า คอนเซอร์ต้า (Concerta) และยากลุ่มที่ไม่ใช่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง (Non-CNS stimulant) ซึ่งผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะได้รับ

เมทิลฟีนีเดต (Methylphenidate) ซึ่งเป็นยาตัวแรกที่เลือกใช้ในการรักษาสมาธิสั้น (ชาญวิทย์, 2561; ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2553) จากการศึกษาพบว่าชนิดการออกฤทธิ์ของยาจะมีผลต่อการบริหารยา ความสะดวกในการรับประทานยาของผู้ป่วย ซึ่งยาชนิดออกฤทธิ์ระยะยาว ผู้ป่วยจะรับประทานเพียงวันละครั้ง ในขณะที่ยาชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้นผู้ป่วยอาจต้องรับประทานยา 2-3 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยที่ได้รับยาสมาธิสั้นชนิดที่มีการควบคุมการปลดปล่อยยา (ออกฤทธิ์ระยะยาว) จะรับประทานยาต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาสมาธิสั้น ชนิดออกฤทธิ์สั้น (เกษศิริรินทร์และคณะ, 2559; ประภัศสรและคมสันต์, 2559) ซึ่งเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของยาในการควบคุมอาการของผู้ป่วยและความสะดวกในการบริหารยา (ชาญวิทย์, 2561; Adler & Nierenberg, 2010; Bhang et al., 2017; Brinkman et al., 2018; Gajria et al., 2014) นอกจากนี้การศึกษารับประทานยาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเด็กกลมซึก พบว่า ชนิดของการรักษาด้วยยามีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ชุติมาภรณ์และคณะ, 2560)

2. ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน คือ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยารักษาสมาธิสั้นใน 1 วัน ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ความถี่ในการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาสมาธิสั้น 1 ครั้งต่อวัน จะร่วมมือในการรับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาสมาธิสั้นหลายครั้งต่อวัน เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดความยุ่งยาก ความทุกข์ใจในการรับประทานยาหลายครั้ง หรือการต้องรับประทานยานอกบ้านอาจส่งผลให้เกิดการลืมรับประทานยา หรืออาจหยุดยา (เกษศิริรินทร์และคณะ, 2559)

3. ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น คือ จำนวนวัน เดือน ปี ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคนสมาธิสั้นโดยการใช้ยา จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้นผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้น ในผู้ป่วยที่ระยะเวลาการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการรับประทานยาจะลดลง (เกษศิริรินทร์และคณะ, 2559) เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่ายในการที่ต้องรับประทานยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน (Brinkman et al., 2018; Khan & Aslani, 2019) และการศึกษาในผู้ป่วยโรคกลมซึกพบว่า ความถี่ในการรับประทานยาต่อวันมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (ชุติมาภรณ์และคณะ, 2560)

4. ผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาสมาธิสั้น คือ การเกิดอาการไม่สุขสบาย หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น เบื่ออาหาร ซึม ไม่สดชื่น มีปัญหาการนอน เป็นเหตุผลที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลหยุดให้เด็กรับประทานยา (ชาญวิทย์, 2561) จากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาสมาธิสั้นหรือผู้ดูแลรับรู้/กังวลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจะร่วมมือในการรับประทานยาน้อย (วันรวี, 2559; Ahmed et al., 2017; Khan & Aslani, 2019) และการศึกษาในกลุ่มเด็กโรคเรื้อรัง พบว่า การเกิดอาการข้างเคียงจากยาที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Horne et al., 2005) นอกจากนี้การศึกษารับประทานยาอย่างต่อเนื่องในเด็กโรคหอบหืด พบว่า การเกิดอาการไม่สุขสบายจากการกินยามีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่อง โดยพบปัจจัยหลักคือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล และปัจจัยด้านการรักษา ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น เนื่องจากมีผลการศึกษาที่แสดงถึงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับดีและน่าจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้นที่ดี รวมทั้งเป็นปัจจัยที่สามารถเป็นนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้การดูแลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนได้ และสำหรับปัจจัยด้านการรักษา ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัย ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น เนื่องจากเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการดูแลบริหารยาของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง และเป็นปัจจัยที่สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้การดูแลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน รวมถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนโดยการใช้ยาได้ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ดูแล

1. ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น คือ ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการรักษาสมาธิสั้นโดยการรับประทานยา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต่อเนื่องในเด็กสมาธิสั้น (สุนทรและคณะ, 2561; Alsous, 2017; Khan & Aslani, 2019; Siponen et al., 2013) จากการศึกษาของบริงค์แมนและคณะ (2018) พบว่า ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อการรักษาสมาธิสั้นโดยการรับประทานยา สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.33$) (Brinkman et al., 2018) จากการศึกษาของกาจเรียและคณะ (2014) การศึกษาของนาเกะและคณะ (2015) การศึกษาของรอสและคณะ (2018) และการศึกษาของอาร์เมตและคณะ (2017) พบว่าในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา รับรู้ถึงความจำเป็นของการรับประทานยา รับรู้ถึงผลดีจากการใช้ยามากกว่าผลเสีย จะดูแลให้เด็กรับประทานยารักษาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องได้สูง (Ahmed et al., 2017; Gajria et al., 2014; Nagae et al., 2015; Ross et al., 2018) รวมทั้งผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการใช้ยารักษาสมาธิสั้น จะมีความร่วมมือในการดูแลให้เด็กรับประทานยารักษาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องได้สูง ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีความกังวลต่ออาการข้างเคียงจากยา กลัวการติดยา หรือได้รับข้อมูลทางลบเกี่ยวกับการใช้ยาจะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องน้อยลง (Alsous, 2017; Brinkman, et al., 2018; Coletti et al., 2012; Siponen et al., 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชเด็กของฟลัดและคณะ (2019) ที่พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัวต่อการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็ก (OR 2.82) (Flood et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรและโรคเรื้อรังทางจิตเวช มีรายละเอียดดังนี้

แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ดูแลของเกษศิรินทร์และคณะ (2559) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ทัศนคติเกี่ยวกับการรักษาโรคสมาธิสั้นและยา เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75

แบบประเมินทัศนคติต่อการกินยาและชีวิตปัจจุบัน ของประภัสสรและคมสันต์ (2559) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามที่ได้กวีรัตน์ที่เป็นโรคสมาธิสั้นและผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ของวันรวี (2559) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกและความคิดเห็น ของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้น ซึ่งสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 10 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา (Beliefs about Medicines Questionnaire-BMQ) ของฮอร์น โรเบิร์ต วินแมน และแฮนกินส์ (Horne, Weinman, & Hankins, 1999) ใช้ในการศึกษาของบริงค์แมนและคณะ (Brinkman et al., 2018) มี 18 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับความจำเป็นของยา และความกังวลเกี่ยวกับยา เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่ได้ระบุค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบวัดทัศนคติต่อการรับประทานยา (Drug Attitude Inventory-DAI10) สร้างขึ้นจากแนวคิดของโฮแกน อาวัต และอีสต์วูด (Hogan, Awad, & Eastwood, 1983) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ทัศนคติต่อการใช้ยา และการรับรู้ถึงผลของยา เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยจิตเภทตอบด้วยตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81

การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ดูแลของเกษศิรินทร์และคณะ (2559) เนื่องจากมีความเป็นไปได้ในการวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาด้วยยาของผู้ดูแลซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา มีค่าความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ โดยผู้วิจัยจะนำเครื่องมือดังกล่าวมาพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทที่ศึกษา

2. การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น คือ การรับรู้ของผู้ดูแลเมื่อเด็กสมาธิสั้นเกิดความรู้สึกถูกตีตรา มองตนเองในแง่ลบ เกิดพฤติกรรมหรือการแสดงออกที่แสดงถึงความกังวลต่อการเปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยรวมถึงการวินิจฉัยโรคและการรักษา และกังวลเกี่ยวกับทัศนคติของบุคคลรอบข้างต่อการมองเห็นตนเอง จากการศึกษาของโบดริวและมาห์ (2020) พบว่า การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการถูกตีตราของเด็กสมาธิสั้นสามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาต่อเนื่องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .037$) (Boudreau, & Mah, 2020) หากผู้ดูแลรับรู้ หรือกังวลต่อการเกิดการตีตราของเด็กก็ส่งผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องสมำเสมอ น้อยลง (ชาญวิทย์, 2561) จากการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นถึงประสบการณ์การรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้นของดอศรีและคณะ (2010) พบว่า ผู้ดูแลมีความเห็น

ว่าเด็กสมาธิสั้นที่รับประทานยารู้สึกถูกตีตรามากกว่าเด็กที่ไม่รับประทานยาจึงส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลในการให้เด็กรับประทานยา (DosReis et al., 2010) การศึกษาของคอเลตตีและคณะ (2012) กล่าวว่าผู้ดูแลกลัวการเกิดการตีตราต่อเด็กจึงส่งผลให้เกิดความยากในการคงไว้ซึ่งการรับประทานยาต่อเนื่อง (Coletti et al., 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้การตีตราบาปในเด็กสมาธิสั้นของบัสซิงและเมห์ทา (2013) พบว่า การรับรู้ตราบาปมีผลต่อการที่มารดาดูแลให้เด็กรับประทานไม่ต่อเนื่อง โดยมารดาส่วนใหญ่ไม่สมัครใจในการใช้ยา หรือตัดสินใจให้เด็กหยุดรับประทานยาพบว่าเด็กเกิดการถูกตีตรา ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยสมาธิสั้นต้องรักษาเป็นระยะเวลานานซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสน สงสัยในตนเอง เกิดความกังวลเรื่องการตีตราและการไม่ชอบยาทำให้เด็กเลิกกินยา (Bussing & Mehta, 2013) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการตีตราบาปในเด็กสมาธิสั้นเป็นอุปสรรคหนึ่งซึ่งขัดขวางพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอของเด็ก (Bussing et al., 2012) และจากการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญของเหตุผลในการพิจารณาเรื่องการใช้ยาสมาธิสั้นของผู้ดูแล พบว่าการตีตราบาปในเด็กสมาธิสั้นเป็นเหตุผลหนึ่งที่ส่งผลต่อการพิจารณาของผู้ดูแลในการให้เด็กรับประทานยา (Ross et al., 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการตีตราบาปพบการศึกษาในกลุ่มสมาธิสั้น และโรคจิตเวชเรื้อรังอื่น ๆ มีรายละเอียดดังนี้

แบบประเมินการตีตราบาปในผู้ป่วยสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Stigma Questionnaire, ASQ) ของเคลลีสัน บัสซิง เบล และการ์แวน (Kellison, Bussing, Bell & Garvan, 2010) มี 26 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความกังวลเกี่ยวกับ การเปิดเผยการเจ็บป่วย การมองตนเองเชิงลบ และความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติของสังคม เป็นการสอบถามแง่มุมของสังคมและความรู้สึกของบุคคลต่อการป่วยโรคสมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามที่ให้เด็กวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงหรือป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนนาค เท่ากับ 0.93

แบบสอบถามการตีตราบาปทางสังคมต่อเด็กสมาธิสั้น ของภาสกร (2561) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของคอร์ริแกนและวัตสัน (Corrigan & Watson, 2002) มี 28 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การมองแบบเหมารวม อคติ และการเลือกปฏิบัติ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ปกครองของนักเรียนทั่วไปเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนนาคเท่ากับ 0.90

แบบวัดการตีตราบาปในผู้ดูแลผู้ที่ป่วยทางจิต (Affiliate stigma scale on caregivers of people with mental illness-CPMI) จากการศึกษาของชาร์บอนนีย์ คาปารอส และทรีมอลิเยร์ (Charbonnier, Caparos, & Trémolière, 2019) มี 22 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรม เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนนาคเท่ากับ 0.91

แบบวัดการรับรู้ตราบาป สร้างขึ้นตามแนวคิดของเวล (Wahl, 1990) และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยอรรวรรณ (2550) เป็นแบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์การถูกตีตราในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งข้อคำถามออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การถูกตีตรา และการถูกแบ่งแยกกีดกัน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนนาค เท่ากับ 0.79 (สุจิตรา, 2557) 0.80 (อุบล รัตน์, 2552)

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีแบบประเมินที่ตรงกับบริบทที่ผู้วิจัยศึกษา ผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น จากแบบประเมินการตีตราบาปในผู้ป่วยสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Stigma Questionnaire, ASQ) ของเคลลิสัน บัสซิง เบล และการ์แวน (Kellison, Bussing, Bell & Garvan, 2010) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ศึกษาในผู้ป่วยสมาธิสั้นโดยตรงถึงความรู้สึกถูกตีตราจากการเป็นสมาธิสั้น ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ดูแล และมีผลต่อการดูแลให้เด็กได้รับประทานยาต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความรู้สึกถูกตีตราของเด็กสมาธิสั้น

3. การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น คือ การที่ผู้ดูแลรับรู้หรือสังเกตเห็นถึงการเกิดผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์หรืออาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับเด็กเมื่อรับประทานยาสมาธิสั้น จากการศึกษาของวันรวี (2559) พบว่าหากผู้ดูแลรับรู้หรือกังวลต่ออาการข้างเคียงจากยาสมาธิสั้นจะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องลดลง (OR =10.2) (วันรวี, 2559) การศึกษาของชาอูวิทย์ (2561) กล่าวว่าเมื่อผู้ดูแลรับรู้ หรือสังเกตเห็นว่าเด็กได้รับประทานยารักษาสมาธิสั้นแล้วเกิดอาการไม่สุขสบาย หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น เบื่ออาหาร ซึม ไม่สดชื่น มีปัญหาการนอน เป็นเหตุผลที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจให้เด็กหยุดรับประทานยา หรือในผู้ดูแลที่รับรู้หรือกังวลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา กลัวการติดยา หรือได้รับข้อมูลทางลบเกี่ยวกับการใช้ยา (Alsous, 2017; Brinkman et al., 2018; Coletti et al., 2012; Siponen et al., 2013) จะส่งผลให้เด็กรับประทานยาอย่างต่อเนื่องลดลง (Ahmed et al., 2017; Khan & Aslani, 2019) จากการศึกษาสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับการตัดสินใจในการให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้น พบว่า อุปสรรคที่มีผลต่อการตัดสินใจให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องคือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Coletti et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการเกิดอาการข้างเคียงจากยาสมาธิสั้น มีรายละเอียดดังนี้

แบบประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและผลกระทบ ของของเกษศิริรินทร์ และคณะ (2559) ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และผลกระทบจากอาการไม่พึงประสงค์ เป็นแบบสอบถามที่ให้เด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่ได้มีการระบุค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบประเมินผลข้างเคียงจากการรับประทานยา ของประภัสสรและคมสันต์ (2559) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นเป็นผู้ให้คะแนนด้วยตนเอง โดยคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึงไม่มีผลข้างเคียง คะแนน เท่ากับ 9 หมายถึงมีผลข้างเคียงมากที่สุด ไม่ได้มีการระบุค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การประเมินการเกิดอาการข้างเคียงจากยาสมาธิสั้นของวันรวี (2559) ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถาม การเกิดผลข้างเคียงจากยาสมาธิสั้นในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ไม่ได้ที่มาของแบบประเมิน และไม่ได้ระบุค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการเกิดผลข้างเคียงจากยาสมาธิสั้น พบว่า การศึกษาโดยส่วนใหญ่มักใช้แบบประเมินอาการข้างเคียงจากยาโดยสร้างขึ้นเองจาก

การทบทวนวรรณกรรม มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากยาสมาธิสั้น ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการเกิดอาการข้างเคียงจากยาสมาธิสั้นก่อนหน้านี้ไม่ตรงกับบริบทที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา และไม่ได้ระบุถึงความเชื่อมั่นของเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสร้างเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้นขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยด้านการรักษา

1. ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน คือ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องรับประทานยารักษาสมาธิสั้นใน 1 วัน จากการศึกษาของเกษศิรินทร์และคณะ (2559) พบว่า ความถี่ในการรับประทานยาต่อวันสามารถทำนายความร่วมมือในการรับประทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = -2.14$, $b = -2.99$) ในผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาสมาธิสั้น 1 ครั้ง ต่อวัน ผู้ดูแลมีความสะดวกในการบริหารยาของผู้ป่วยมากกว่า ทำให้ปฏิบัติการดูแลเพื่อให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาสมาธิสั้น 2 หรือ 3 ครั้งต่อวัน (เกษศิรินทร์และคณะ, 2559) การศึกษาของวันรวี (2559) พบว่า เด็กสมาธิสั้นที่รับประทานยาจำนวนครั้งต่อวันน้อยกว่าจะร่วมมือและรับประทานยาต่อเนื่องมากกว่า (OR = 5.2) (วันรวี, 2559) นอกจากนี้การรับประทานยาสมาธิสั้นหลายครั้งต่อวัน อาจก่อให้เกิดความยุ่งยากทั้งในเด็กและผู้ดูแลในการบริหารยาของเด็ก รวมถึงการที่ต้องดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็กที่โรงเรียน (ชาญวิทย์, 2561; Coletti et al., 2012) และเด็กอาจเกิดความทุกข์ใจในการรับประทานยาหลายครั้ง ซึ่งจากการศึกษาของราชิดและคณะ (2018) พบว่า เมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ใจของเด็กก็จะส่งผลต่อการตัดสินใจในการให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้น (Rashid et al., 2018) หรือการต้องดูแลเรื่องการรับประทานยาเมื่อเด็กออกนอกบ้านอาจส่งผลให้เกิดการลืม เกิดความยุ่งยากในการเตรียมยาให้เด็กซึ่งส่งผลให้เด็กรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรืออาจหยุดยา (เกษศิรินทร์และคณะ, 2559)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน โดยการสร้างข้อคำถามชื่อยาที่รับประทาน ขนาด และวิธีรับประทาน ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น คือ จำนวนวัน เดือน ปี ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคนสมาธิสั้นโดยการใช้ยา จากการศึกษาของเกษศิรินทร์และคณะ (2559) พบว่า ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ($r = -.33$) กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่ระยะเวลาการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กรวมทั้งการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องจะลดลง (เกษศิรินทร์และคณะ, 2559) ผู้ป่วยอาจเกิดความเบื่อหน่าย เกิดความทุกข์ใจจากการที่ต้องรับประทานยาดูติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน (Brinkman et al., 2018; Khan & Aslani, 2019) เมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงความรู้สึกทุกข์ใจของเด็กก็จะส่งผลต่อการตัดสินใจในการให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้น (Rashid et al., 2018) หรือการที่เด็กต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลต่ออาการข้างเคียงในระยะยาว หรือกลัวการติดยา จะดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทาน

ยาต่อเนื่องลดลง (Alsous, 2017; Brinkman et al., 2018; Coletti et al., 2012; Siponen et al., 2013)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น โดยการสร้างข้อคำถาม วันเดือนปีที่เริ่มรับประทานยารักษาสมาธิสั้น ในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้นตั้งแต่เริ่มรับประทานยาจนถึงวันที่เก็บข้อมูล

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เด็กวัยเรียนสมาธิสั้นที่มีความผิดปกติใน 3 ด้าน คือ ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง ชน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเองทั้งในเรื่องการเรียน การดำเนินชีวิตประจำวัน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลในการจัดการปัญหาพฤติกรรม และเกิดผลกระทบต่อสังคมที่อาจเกิดจากการก่อความรุนแรงของเด็กสมาธิสั้นได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและดูแลรักษาที่เหมาะสม การรักษาโดยการรับประทานยาเป็นวิธีหลักในการลดอาการของโรคร่วมกับการบำบัดวิธีอื่น ๆ ซึ่งยาจะช่วยให้เด็กมีสมาธิในการเรียนหรือการทำงานเพิ่มขึ้น ควบคุมตนเองได้ดี ทำให้การฝึกทักษะด้านต่าง ๆ หรือการบำบัดวิธีอื่น ๆ ง่ายและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งผู้ป่วยสมาธิสั้นจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่งเพื่อควบคุมอาการสมาธิสั้น

การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาเด็กสมาธิสั้น ร่วมกับการบำบัดรักษาอื่น ๆ จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่องของมอริสกีที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมรับประทานยาในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วย คือ การรับประทานยาครบถ้วนทั้งขนาดและจำนวนครั้ง ตามแผนการรักษาที่ร่วมกันวางไว้กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ รวมถึงไม่มีพฤติกรรมหยุดยาก่อนแพทย์สั่ง และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง ได้แก่ การลืมรับประทานยา ความใส่ใจ ความสะดวกต่อการใช้ยาและอารมณ์ความรู้สึกต่อการใช้ยา พบว่ามีความสอดคล้องกับลักษณะของโรคและการรักษาโดยการใช้ยาสมาธิสั้น ซึ่งถือเป็นโรคจิตเวชเด็กเรื้อรัง การควบคุมอาการของโรคได้ดีผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง แนวคิดนี้มีความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้เพื่อประเมินการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้นวัยเรียนเป็นวัยที่ยังต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ในการช่วยเหลือ ไม่สามารถรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ทั้งหมด มีข้อจำกัดในด้านการคิด การยับยั้งชั่งใจ สมาธิที่จดจ่อและความจำ อาจเกิดการลืมรับประทานยา ส่งผลให้ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็ก โดยทำหน้าที่แทนเด็กทั้งการตัดสินใจในการใช้ยาหรือยุติการใช้ยา และการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการรับประทานยาและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยร่วมมือกับทีมสุขภาพ รับรู้ สนใจ และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา และการยอมรับการรักษา เรียนรู้ ปรับบทบาท การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น สรุปได้ว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ด้านหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ทักษะคดีของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการติตราบาปของเด็ก การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยาสมาธิสั้น และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและน่าจะเป็นตัวทำนายที่ดีในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (F90.0) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 อายุระหว่าง 6-12 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา จำนวน 366 คน (ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (F90.0) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 อายุระหว่าง 6-12 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติสนิทที่ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
2. เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีประวัติได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 1 ปี
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของธอร์นไดค์ (Thorndike อ้างตามบุญใจ, 2553) ดังนี้

$$\text{สูตรของธอร์นไดค์ } n = 10k + 50$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา

จำนวนตัวแปรต้นที่ต้องการศึกษามีทั้งหมด 5 ตัวแปร จึงแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = (10 \times 5) + 50 = 100$$

สรุป ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 100 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยนำรายชื่อเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในแต่ละวันและมาพร้อมผู้ดูแลมาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ทำเช่นเดียวกันในแต่ละวัน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ความสัมพันธ์กับเด็ก
- 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ประวัติโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น สิทธิการรักษา ชื่อยาที่รับประทาน ขนาด และวิธีรับประทาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการใช้ยาสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ดูแล ของเกษศิริรินทร์และคณะ (2559) สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ดูแลต่อการรักษาเด็กสมาธิสั้นโดยการรับประทานยา มีทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

แบ่งเป็นข้อความที่เป็นทัศนคติทางบวก ข้อที่ 2, 3, 7, 8, 9, 10 และข้อความที่เป็นทัศนคติทางลบ ข้อที่ 1, 4, 5, 6 เกณฑ์การให้คะแนน คือ

| | ข้อความทางบวก | ข้อความทางลบ |
|----------------------|---------------|--------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 4 | 1 |
| เห็นด้วย | 3 | 2 |
| ไม่เห็นด้วย | 2 | 3 |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | 1 | 4 |

การแปลผลคะแนน รวมคะแนนทั้งหมด ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 2 ระดับ ด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น โดยใช้พิสัย (Range) แบ่งได้ ดังนี้

คะแนน 10 – 25 หมายถึง มีทัศนคติต่อการเข้าสมาธิสั้นทางลบ
 คะแนน 26 – 40 หมายถึง มีทัศนคติต่อการเข้าสมาธิสั้นทางบวก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินการตีตราบาปในผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD Stigma Questionnaire, ASQ) ของเคลลีสันและคณะ (Kellison et al., 2010) สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกถูกตีตราบาปของบุคคลต่อการป่วยโรคสมาธิสั้น มีทั้งหมด 25 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

| | |
|---|---|
| ความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยการเจ็บป่วย | ข้อ 3, 4, 12, 16, 17, 18 และ 22 |
| การมองตนเองเชิงลบ | ข้อ 1, 2, 5, 7, 8 และ 10 |
| ความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติของสังคม | ข้อ 6, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 23, 24 และ 25 |

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ

| | | |
|---------|---------|----------------------|
| 4 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
| 3 คะแนน | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 2 คะแนน | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 1 คะแนน | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |

การแปลผลคะแนน รวมคะแนนทั้งหมด ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 25 - 100 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น โดยใช้พิสัย (Range) แบ่งได้ ดังนี้
 คะแนน 25 – 50 หมายถึง มีการรับรู้ความรู้สึกถูกตีตราของเด็กในระดับต่ำ
 คะแนน 51 – 75 หมายถึง มีการรับรู้ความรู้สึกถูกตีตราของเด็กในระดับปานกลาง
 คะแนน 76 – 100 หมายถึง มีการรับรู้ความรู้สึกถูกตีตราของเด็กในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากรักษาสมาธิสั้น เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเกิดผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการที่ได้รับประทานยาสมาธิสั้น มีทั้งหมด 11 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ระดับ คือ

| | | |
|---------|---------|---------------|
| 1 คะแนน | หมายถึง | ไม่มีเลย |
| 2 คะแนน | หมายถึง | มีนาน ๆ ครั้ง |
| 3 คะแนน | หมายถึง | มีบางครั้ง |
| 4 คะแนน | หมายถึง | มีบ่อยครั้ง |

การแปลผลคะแนน รวมคะแนนทั้งหมด ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 11 - 44 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น โดยใช้พิสัย (Range) แบ่งได้ ดังนี้
 คะแนน 11 – 22 หมายถึง มีการรับรู้การเกิดผลข้างเคียงจากรักษาในระดับต่ำ
 คะแนน 23 – 33 หมายถึง มีการรับรู้การเกิดผลข้างเคียงจากรักษาในระดับปานกลาง
 คะแนน 34 – 44 หมายถึง มีการรับรู้การเกิดผลข้างเคียงจากรักษาในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางการรับประทานยาต่อเนื่องของมอริสกี (Morisky, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาและได้รับการรักษาต่อเนื่อง มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

การปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมมีกับทีมสุขภาพ 14 ข้อ ได้แก่ 1 – 14

การรับรู้ สนใจ ป้องกันความไม่สุขสบายจากการรักษา 7 ข้อ ได้แก่ 15 – 21

การยอมรับการรักษา เรียนรู้ ปรับบทบาท การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการรักษา 10 ข้อ ได้แก่ 22 – 31

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ คือ ไม่เลย บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 และข้อคำถามด้านลบ ข้อที่ 10, 11, 19, 20 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ

| | ข้อความทางบวก | ข้อความทางลบ |
|-----------|---------------|--------------|
| เป็นประจำ | 4 | 1 |
| บ่อยครั้ง | 3 | 2 |
| บางครั้ง | 2 | 3 |
| ไม่เลย | 1 | 4 |

การแปลผลคะแนน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น โดยใช้พิสัย (Range) แบ่งได้ ดังนี้

- 1.00 – 2.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่องในระดับน้อย
- 2.01 – 3.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่องในระดับปานกลาง
- 3.01 – 4.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่องในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการใช้ยาสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแล 3) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น 4) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และ 5) แบบประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การวิจัยหรือผลงานวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน

พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมเนื้อหา ความชัดเจน และใช้ภาษาเหมาะสม หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำไปปรับแก้ ตรวจสอบใหม่จนสมบูรณ์ และนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ได้ค่าความตรงของเครื่องมือส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เท่ากับ .86, .84, 1 และ .93 ตามลำดับ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 5 ส่วน ที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจนสมบูรณ์แล้ว ไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน (บุญใจ, 2553) นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 2) แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ดูแล 3) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น 4) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากรักษาสมาธิสั้น และ 5) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81, 0.93, 0.70 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.3 เสนอโครงการวิจัยและแบบสอบถามผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ชั้นดำเนินการ

2.1 เมื่อได้รับหนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้าและพยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับพยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้เป็นผู้ประสานแจ้งผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บ

รวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย พัททษสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หรือยินยอมด้วยวาจา

2.4 หลังจากได้รับความยินยอมผู้วิจัยอธิบายกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจวิธีการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการอ่านผู้วิจัยอ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ผู้วิจัยอธิบายให้ฟังตามเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนตอบคำถามทุกครั้ง ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที หลังทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามคืนทันที พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

2.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ สำหรับส่วนที่ไม่สมบูรณ์ ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างตอบจนครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2.5 เมื่อตรวจสอบข้อมูลครบถ้วน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่กำหนดไว้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจรรยาบรรณของการวิจัย โดยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. โครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2020 – NSt 018 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์ เลขที่ SKPH.IRB.COA ๑/๒๕๖๓

2. ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเคารพความเป็นส่วนตัว มีการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นไปตามการยินยอม ความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือชี้แจงใด ๆ และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใดๆที่สามารถเข้าถึงตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

4. ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนให้การช่วยเหลือหากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเกิดความไม่สบายใจ หรือกระทบกระเทือนจิตใจ โดยผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

4.1 เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกได้เต็มที่ ด้วยการรับฟังอย่างตั้งใจ

4.2 พิจารณาส่งต่อหากกลุ่มตัวอย่างต้องการแหล่งประโยชน์อื่นที่อยู่ นอกเหนือจากความสามารถของผู้วิจัย

ขณะเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยไม่พบปัญหาความไม่สบายใจ หรือกระทบกระเทือนจิตใจ ใดๆ ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นและผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ระดับการดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องโดยใช้คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เป็นการพยากรณ์ตัวแปรตามหนึ่งตัว จากตัวแปรอิสระตั้งแต่สองตัวแปรขึ้นไป โดยใช้วิธีแบบปกติ (enter) ทั้งนี้ได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (บุญใจ 2553) ดังนี้

3.1 ตัวแปรอิสระทุกตัวอยู่ในอัตรภาคขั้นขึ้นไป

3.2 ตัวแปรอิสระทุกตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution) สำหรับตัวแปรที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution จะแปลงตัวแปรเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable)

3.3 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

3.4 ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) พิจารณาจากภาพการกระจายใน scatter plot โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน จะพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์

3.5 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (multicollinearity) ซึ่งตรวจสอบโดย

3.5.1 ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ซึ่งค่าที่ได้ไม่ควรเกิน .65 (Burns & Grove, 2009)

3.5.2 ตรวจสอบโดยใช้สถิติ collinearity statistics ดูผลได้จากตาราง Coefficients โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระจากค่า Tolerance ซึ่งค่าที่ได้ต้องเข้าใกล้ 1 หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเอง และค่า variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 (กัลยา, 2555) ในการศึกษาครั้งนี้ ค่า Tolerance อยู่ในช่วง .922-.946 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.057-1.085

3.5.3 ทดสอบความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามว่าเป็นอิสระจากกัน (autocorrelation) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้ตราบาป ทศนคติของผู้ดูแลต่อการใช้ ยารักษาสมาริสนั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาริสนั้นต่อวัน การเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาริสนั้น และชนิดของยารักษาสมาริสนั้นที่ได้รับ ตัวแปรตาม คือ การดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาริสนั้น สามารถตรวจสอบโดยการทดสอบ Durbin-Watson ดูจากตารางผลลัพธ์ Model Summary ซึ่งค่า Durbin-Watson มีค่าใกล้ 2 นั่นคืออยู่ในช่วง 1.5 – 2.5 (บุญใจ, 2553) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า Durbin-Watson = 2.114

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยตารางและการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
 - 1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น
2. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นรายด้านและโดยรวม
3. ระดับการรับรู้ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น
4. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น
5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

1. ข้อมูลทั่วไป
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (N=100)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ (%) |
|---|------------|------------|
| เพศ | | |
| ชาย | 16 | 16.0 |
| หญิง | 84 | 84.0 |
| อายุ (Min=27, Max=67, M=42.52, SD=7.97) | | |
| 21-40 ปี | 45 | 45.0 |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ (%) |
|--|------------|------------|
| 41-60 ปี | 50 | 50.0 |
| 61-67 ปี | 5 | 5.0 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 84 | 84.0 |
| คริสต์ | 2 | 2.0 |
| อิสลาม | 14 | 14.0 |
| สถานภาพการสมรส | | |
| โสด | 7 | 7.0 |
| สมรส | 77 | 77.0 |
| หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ | 16 | 16.0 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ | 2 | 2.0 |
| ประถมศึกษา | 13 | 13.0 |
| มัธยมศึกษา | 25 | 25.0 |
| ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา | 7 | 7.0 |
| ปริญญาตรี | 44 | 44.0 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 9 | 9.0 |
| อาชีพ | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน | 6 | 6.0 |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 31 | 31.0 |
| รับจ้าง | 19 | 19.0 |
| เกษตรกร/ทำสวน/ทำไร่ | 7 | 7.0 |
| รับราชการ | 16 | 16.0 |
| พนักงานรัฐฯ | 9 | 9.0 |
| อื่น ๆ | 12 | 12.0 |
| รายได้ (ต่อเดือน) (Min=0, Max=120000, M=20083.34, SD=19532.73) | | |
| 0-10,000 บาท | 37 | 37.0 |
| 10,001-20,000 บาท | 31 | 31.0 |
| 20,001 บาท ขึ้นไป | 32 | 32.0 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | |
| เพียงพอ | 70 | 70.0 |
| ไม่เพียงพอ | 30 | 30.0 |
| ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก (ปี) (Min=2, Max=12, M=8.80, SD=2.30) | | |

ตาราง 1 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ (%) |
|---------------------------|------------|------------|
| 2-5 ปี | 10 | 10.0 |
| 5-12 ปี | 90 | 90.0 |
| ลักษณะความสัมพันธ์กับเด็ก | | |
| บิดา/มารดา | 83 | 83.0 |
| ปู่/ย่า/ตา/ยาย | 9 | 9.0 |
| ลุง/ป้า/น้า/อา | 8 | 8.0 |

จากตาราง 1 พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84) รองลงมาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 16) มีอายุน้อยสุด 27 ปี และมากที่สุด 67 ปี มีอายุเฉลี่ย 42.52 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50) รองลงมามีอายุระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 45) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 77) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 44) รองลงมาคือมัธยมศึกษา (ร้อยละ 25) ประกอบอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 31) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 19) มีรายได้เฉลี่ย 20,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 70) ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ดูแลเด็กมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 90) และมีลักษณะความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา (ร้อยละ 83)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น (N=100)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ (%) |
|---------------------------------------|------------|------------|
| เพศ | | |
| ชาย | 83 | 83.0 |
| หญิง | 17 | 17.0 |
| อายุ (Min=6, Max=12, M=9.49, SD=1.69) | | |
| 6-9 ปี | 47 | 47.0 |
| 10-12 ปี | 53 | 53.0 |
| ศาสนา | | |
| พุทธ | 86 | 86.0 |
| คริสต์ | 1 | 1.0 |
| อิสลาม | 13 | 13.0 |

ตาราง 2 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (คน) | ร้อยละ (%) |
|---|------------|------------|
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมตอนต้น | 41 | 41.0 |
| ประถมตอนปลาย | 59 | 59.0 |
| โรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ | | |
| ไม่มี | 61 | 61.0 |
| มี | 39 | 39.0 |
| ASD | 18 | 40.9 |
| ODD | 14 | 31.8 |
| LD | 7 | 15.9 |
| อื่น ๆ (ID, Down's syndrome, MDD) | 5 | 11.4 |
| ระยะเวลาที่ป่วยสมาธิสั้น (ปี) (Min=1, Max=9, M=3.30, SD=1.74) | | |
| สิทธิการรักษา | | |
| บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) | 37 | 37.0 |
| เบิกราชการ/หน่วยงาน/บริษัท | 24 | 24.0 |
| ชำระเงินเอง(เบิกไม่ได้) | 35 | 35.0 |
| อื่น ๆ | 4 | 4.0 |
| ชนิดยาที่ได้รับ | | |
| ยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (CNS stimulants) | 53 | 53.0 |
| ยากลุ่มที่ไม่ใช่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (Non-CNS stimulants) | 3 | 3.0 |
| ทั้ง 2 กลุ่ม | 44 | 44.0 |
| รับประทานยามือเทียงที่โรงเรียน | | |
| มี | 89 | 89.0 |
| ไม่มี | 11 | 11.0 |

จากตาราง 2 พบว่าเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 83) รองลงมาเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 17) มีอายุเฉลี่ย 9.49 ปี โดยมีอายุระหว่าง 9-12 ปี (ร้อยละ 53) และ 6-9 ปี (ร้อยละ 47) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86) ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 59) และประถมตอนต้น (ร้อยละ 41) ไม่มีโรคร่วมอื่นทางจิตเวช (ร้อยละ 61) มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น (ร้อยละ 39) โดยพบสมาธิสั้นร่วมกับออทิสติกมากที่สุด (ร้อยละ 40.9) รองลงมาพบสมาธิสั้นร่วมกับดื้อต่อต้าน (ร้อยละ 31.8) ระยะเวลาที่ป่วยสมาธิสั้นเฉลี่ย 3 ปี โดยระยะเวลาป่วยสมาธิสั้นน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 9 ปี เด็กสมาธิสั้นใช้สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 37) รองลงมาใช้สิทธิชำระเงินเอง (ร้อยละ 35) รับประทานรักษาโรคสมาธิสั้นในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท

(ร้อยละ 53) รองลงมาคือได้รับยาทั้งในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทและยากลุ่มที่ไม่ใช่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (ร้อยละ 44) และโดยส่วนใหญ่มีอายุที่ถึงที่ต้องนำไปรับประทานที่โรงเรียน (ร้อยละ 89)

2. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นรายด้านและโดยรวม

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นรายด้านและโดยรวม (N=100)

| พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่อง | M | S.D. | ระดับ |
|--|------|------|-------|
| การปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมมีกับที่มสุขภาพ | 3.30 | .507 | มาก |
| การรับรู้ สนใจ ป้องกันความไม่สุขสบายจากการรักษา | 3.09 | .484 | มาก |
| การยอมรับการรักษา เรียนรู้ ปรับบทบาทการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการรักษา | 3.38 | .592 | มาก |
| โดยรวม | 3.28 | .437 | มาก |

จากตาราง 3 พบว่าพฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.28, SD = .437) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การยอมรับการรักษา เรียนรู้ และปรับบทบาทการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการรักษา (M = 3.38, SD = .592)

3. ระดับการรับรู้ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น (N=100)

| ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ทัศนคติทางลบ | 11 | 11.0 |
| ทัศนคติทางบวก | 89 | 89.0 |

จากตาราง 4 พบว่าผู้ดูแลเกือบทั้งหมดมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 89) และอีกจำนวนเล็กน้อยที่มีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 11)

ตาราง 5

จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น (N=100)

| การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น | ระดับการรับรู้ | | | | | |
|---|----------------|--------|---------|--------|-------|--------|
| | ต่ำ | | ปานกลาง | | สูง | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยการเจ็บป่วย | 52 | 52.0 | 46 | 46.0 | 2 | 2.0 |
| การมองตนเองเชิงลบ | 61 | 61.0 | 37 | 37.0 | 2 | 2.0 |
| ความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติของสังคม | 50 | 50.0 | 47 | 47.0 | 3 | 3.0 |

จากตาราง 5 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ถึงความกังวลของเด็กเกี่ยวกับการเปิดเผยการเจ็บป่วย การที่เด็กมองตนเองเชิงลบ และความกังวลของเด็กเกี่ยวกับทัศนคติของสังคมในการมองตนเองอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน (ร้อยละ 52, 61 และ 50 ตามลำดับ)

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น (N=100)

| การเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------|-------|--------|
| ระดับต่ำ | 86 | 86.0 |
| ระดับปานกลาง | 14 | 14.0 |
| ระดับสูง | 0 | 0.0 |

จากตาราง 6 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้การเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ในระดับต่ำ (ร้อยละ 86) รองลงมาผู้ดูแลรับรู้การเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 14)

ตาราง 7

จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล จำแนกตามความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น (N=100)

| ปัจจัยทำนาย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน (Min=1, Max=4, M=2.51, SD=0.76) | | |
| 1 ครั้ง | 5 | 5.0 |
| 2 ครั้ง | 50 | 50.0 |
| 3 ครั้ง | 34 | 34.0 |

ตาราง 7 (ต่อ)

| ปัจจัยทำนาย | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| 4 ครั้ง | 11 | 11.0 |
| ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น (เดือน) (Min=12, Max=85, M=35.5, SD=18.4) | | |
| 12- 36 เดือน | 54 | 54.0 |
| 37-60 เดือน | 37 | 37.0 |
| มากกว่า 60 เดือน | 9 | 9.0 |

จากตาราง 7 พบว่าเด็กสมาธิสั้นรับประทานยา 2 ครั้งต่อวันมากที่สุด (ร้อยละ 50) รองลงมาคือรับประทานยา 3 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 34) โดยใช้ยารักษาสมาธิสั้นเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 35.5 เดือน และส่วนมากใช้ยาสมาธิสั้นเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 36 เดือน (ร้อยละ 54) รองลงมาคือ 37-60 เดือน (ร้อยละ 37)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

ตาราง 8

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ความถี่ในการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อวัน ระยะเวลาที่รับประทานยาสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น (N=100)

| ตัวแปร | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---------|-------|-------|------|-------|---|
| 1. ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น | 1 | | | | | |
| 2. การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็ก | -.428** | 1 | | | | |
| 3. การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา | -.249* | .249* | 1 | | | |
| 4. ความถี่ในการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อวัน | -.153 | .058 | .080 | 1 | | |
| 5. ระยะเวลาที่รับประทานยาสมาธิสั้น | -.007 | -.020 | -.048 | .106 | 1 | |
| 6. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น | .219* | -.017 | -.015 | .100 | -.163 | 1 |

* $p < .05$

** $p < .01$

จากตาราง 8 พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's moment correlation coefficient) ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น พบว่า ทักษะคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .219, p < .05$)

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

ตาราง 9

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ($N=100$)

| ตัวแปรทำนาย | B | S.E. | β | T | p-value |
|--|--------|--------|---------|--------|---------|
| Constant | 74.969 | 13.145 | | 5.703 | .000 |
| ทักษะคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น | 1.067 | .412 | .281 | 2.587 | .011 |
| การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็ก | -.098 | .116 | -.090 | -.840 | .403 |
| ความถี่ในการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อวัน | 2.795 | 1.763 | .157 | 1.585 | .116 |
| ระยะเวลาที่รับประทานยาสมาธิสั้น | -.131 | .073 | -.176 | -1.801 | .075 |

$R^2 = .104, F = 2.769, p \text{ value} < .05$

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลดตัวแปร (Backward Elimination) โดยผู้วิจัยนำเข้าตัวแปรทั้งหมด และขจัดตัวแปรที่มีค่าสหสัมพันธ์น้อยที่สุดออกทีละตัว เพื่อให้ได้ตัวแปรและโมเดลที่ดีที่สุดในการทำนาย พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้มี 4 ตัวแปร คือ ทักษะคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็ก ความถี่ในการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาที่รับประทานยาสมาธิสั้น สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 10.4 ($R^2 = 10.4, p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทักษะคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น ($\beta = .281, t = 2.587, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.28$, $SD = .437$) (ตาราง 3) อภิปรายได้ว่า จากลักษณะของผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีลักษณะความสัมพันธ์เป็นมารดาที่ดูแลใกล้ชิดเด็ก จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ถูกต้อง ทำให้มีศักยภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง มากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นหรือผู้ดูแลในวัยสูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่าดูแลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่องมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า (เกษศิริรินทร์และคณะ, 2559; ชาญวิทย์, 2561) และผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องได้มากกว่า เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลมากกว่า (Safavi et al., 2019) อีกทั้งจากข้อมูลพบว่าผู้ดูแลมีรายได้เฉลี่ย 20,000 บาท/เดือน และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ จะสามารถดูแลเด็กให้รับประทานยาต่อเนื่องได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดีจะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องได้มากกว่า (Pornoppadol et al., 2018) เนื่องจากมีความสามารถในการจัดการค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาได้ เช่น ค่าเดินทาง ค่ายา ไม่กังวลเกี่ยวกับรายได้ที่อาจสูญเสียเมื่อต้องหยุดงาน และมีเวลาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ (อิชิซาดา และนิดา, 2561; Safavi et al., 2019) อีกทั้งเด็กสมาธิสั้นโดยส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษา และยาหลักที่ได้รับในการรักษาสมาธิสั้น คือ เมทิลเฟนิเดทชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น หรือริทาลิน ซึ่งเป็นยาในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติ เด็กสมาธิสั้นสามารถรับยาได้โดยไม่ต้องชำระเงิน (คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2562) จึงช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ขัดขวางการรักษาต่อเนื่อง (ชาญวิทย์, 2561)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยพฤติกรรมการดูแลด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การยอมรับการรักษา เรียนรู้ และปรับบทบาทการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการรักษา ผู้ดูแลปฏิบัติกรดูแลด้านการรับประทานยาในเด็กสมาธิสั้นอย่างครอบคลุมองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง ตามแนวคิดพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องของมอริสกีและคณะ (Morisky et al., 2008) ทั้งการลืม ความใส่ใจในการใช้ยา ความสะดวกในการใช้ยา และความรู้สึกในการใช้ยา จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมในการจัดการกับองค์ประกอบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ทั้งการป้องกันการลืมรับประทานยาและการไปตรวจตามนัดเพื่อรับยาต่อเนื่อง ใส่ใจในการดูแลให้เด็กรับประทานยาอย่างเคร่งครัดและมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอทั้งขณะอยู่ที่บ้าน ขณะอยู่ที่โรงเรียน และเมื่อเด็กต้องออกจากบ้านหรือเดินทาง มีความใส่ใจในการประเมินติดตามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาสมาธิสั้น มีวิธีการบริหารยาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความสะดวกในการใช้ยา และมีวิธีการสื่อสารที่ช่วย

ให้เด็กเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาแม้เด็กอาจเกิดความเบื่อหน่ายหรือรู้สึกไม่อยากจะรับประทานยาส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง ครบถ้วนตามแผนการรักษา ไม่หยุดยาเองแม้ว่าอาการจะดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามลักษณะพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องตามแนวคิดของของมอริสกีและคณะ (Morisky et al., 2008) อธิบายได้ว่า จากลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเด็ก จบการศึกษาในระดับดี มีศักยภาพในการดูแลเด็กทั้งการแสวงหาข้อมูลและการปฏิบัติการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ผ่านการรับบริการจากสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมาเป็นระยะเวลาานาน จึงมีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลเรื่องการรับประทานยาสมาธิสั้นของเด็ก อีกทั้งได้รับการให้บริการการรักษาพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการและการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยเปิดโอกาสให้มีการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและทีมสุขภาพ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ถูกต้องจากบุคลากรในทีมสุขภาพทั้งการให้คำแนะนำหลังการพบแพทย์และจากสื่อเอกสารแผ่นพับความรู้ที่ได้รับรวมทั้งสามารถขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อเกิดข้อสงสัยหรือปัญหาในการดูแลกับบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ได้โดยตรง (คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2562) รวมทั้งมีเครือข่ายร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มผู้ปกครองด้วยกันเอง ผู้ดูแลจึงเกิดความมั่นใจในการให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นมากขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นและรักษาต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจรับรู้หรือเกิดความกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการหากเด็กไม่รับประทานยา เนื่องจากพบว่าเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 39 มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น เช่น ออทิสติก ต้อ ต่อด้าน บกพร่องทางการเรียนรู้ เป็นต้น (ตาราง 2) จึงดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ในผู้ดูแลที่กังวลต่อความรุนแรงของโรคจะให้ความร่วมมือในการดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องมากขึ้น (Edgcomb & Zima, 2018) และจากประสบการณ์การดูแลเด็กเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในระดับน้อย ไม่กระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้เหมาะสม จึงไม่เกิดความกังวลต่อการต้องรับประทานยาสมาธิสั้นในระยะยาวจึงร่วมมือในการดูแลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง (ชาญวิทย์, 2561; วันรวี, 2559)

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาตามกรอบแนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของมอริสกีและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ได้กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการรับประทานยาต่อเนื่อง ได้แก่ ทศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็ก การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ความถี่ในการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาที่รับประทานยาสมาธิสั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ได้ร้อยละ 10.4 ($R^2 = 10.4$, $p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น ($\beta = .283$, $t = 2.56$,

$p < .05$) สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยา ต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ ได้แก่ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคนสมาธิสั้น เป็นความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการรักษาสมาธิสั้นโดยการรับประทานยา จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยารักษาโรคนสมาธิสั้น (ร้อยละ 89) (ตาราง 4) ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .281, t = 2.587, p < .05$) (ตาราง 9) หากผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาสมาธิสั้นด้วยยา จะดูแลให้เด็กรับประทานยารักษาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องได้มากขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี เป็นบิดาหรือมารดา (ตาราง 1) ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากกว่า 5 ปี (ตาราง 2) ทำให้มีประสบการณ์ในการดูแล เรื่องการรับประทานยาของเด็ก เห็นผลลัพธ์ของยาในการควบคุมอาการสมาธิสั้น เห็นผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น รับรู้ถึงผลเสียที่อาจเกิดจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เด็กสมาธิสั้นภายใต้การดูแลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดี อีกทั้งได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาจากทีมสุขภาพ ที่ให้การดูแลรักษา ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้น พฤติกรรมดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องจึงอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของบริงค์แมนและคณะ (Brinkman et al., 2018) ที่พบว่าผู้ดูแลที่เห็นความสำคัญของการใช้ยารักษาอาการสมาธิสั้น มีประสบการณ์ที่ดีเรื่องความปลอดภัยและผลดีของการใช้ยา เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลดูแลให้เด็ก รับประทานยาต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของโบดริวและมาห์ (Boudreau, & Mah, 2020) ที่พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาสมาธิสั้นมีผลต่อการตัดสินใจในการให้เด็กรับประทานยา หากผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวก จะมีแนวโน้มในการคงไว้ซึ่งการดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อไป และใน เด็กสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงความจำเป็นของการรับประทานยา (Gajria et al., 2014; Nagae et al., 2015) รับรู้ถึงผลดีจากการใช้ยามากกว่าผลเสีย จะดูแลให้เด็กรับประทานยารักษาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องได้สูง (Ahmed et al., 2017; Alsous, 2017; Coletti et al., 2012; Ross et al., 2018; Siponen et al., 2013)

การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับการถูกตีตราของเด็กสมาธิสั้นในระดับต่ำ (ตาราง 5) ซึ่งไม่สามารถทำนาย พฤติกรรมดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ ($\beta = -.090, t = -.840, p = .403$) สามารถอธิบายได้ว่า เด็กสมาธิสั้นรับรู้ถึงผลลัพธ์ที่ดีจากการรับประทานยา เช่น ช่วยให้มีสมาธิเรียน ทำงานที่รับมอบหมายได้ มีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนที่ดีขึ้น และในปัจจุบันจำนวนเด็กที่รับประทานยา สมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบความชุกในเด็กชั้นประถมศึกษาถึงร้อยละ 8.1 (สมัย, 2560) ทำให้เด็กไม่ รู้สึกแปลกแยกจากเพื่อน ทั้งนี้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิ สั้นอยู่ในระดับมาก (ตาราง 3) ผู้ดูแลมีวิธีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับผลดีจากการรับประทานยา ชมเชยในพฤติกรรมที่ดีขึ้นของเด็ก เด็กเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาดี รวมทั้งปัจจุบันได้มี ระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นในระดับโรงเรียน ซึ่งมีกระบวนการตั้งแต่การคัดกรองอาการเสี่ยงสงสัยของ

โรคสมาธิสั้นโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน การให้การช่วยเหลือโดยครู การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบการรักษาโดยบุคลากรทางสุขภาพ (สมัย, 2560) รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องในโรงเรียน หลังได้รับการตรวจรักษา ตัวเด็กสมาธิสั้นเอง สามารถเรียนร่วมกับกลุ่มเด็กทั่วไปได้ นอกจากนี้ได้มีการส่งเสริมศักยภาพครูในโรงเรียนและผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กโดยการให้ความรู้จากบุคลากรทางสุขภาพ มีการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันในการดูแลเด็กสมาธิสั้น (คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2562) ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลให้เกิดความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงไม่รู้สึกว่าเด็กสมาธิสั้นรู้สึกถูกตีตราจากการที่ต้องรับประทานยา ทำให้ไม่เกิดความกังวลต่อการให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นถึงประสบการณ์การรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น ที่พบว่าผู้ดูแลมีความเห็นว่าเด็กสมาธิสั้นที่รับประทานยารู้สึกถูกตีตรามากกว่าเด็กที่ไม่รับประทานยาจึงส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้ดูแลในการให้เด็กรับประทานยา (DosReis, Barksdale, Sherman, Maloney, & Charach, 2010) และการศึกษาของ Coletti et al., (2012) พบว่าผู้ดูแลกลัวการเกิดการตีตราต่อเด็กจึงส่งผลให้เกิดความยากในการคงไว้ซึ่งการรับประทานยาต่อเนื่อง นอกจากนี้ในเด็กสมาธิสั้นที่ต้องใช้ยาเป็นระยะเวลานาน เด็กอาจเกิดความกังวลเรื่องการตีตรา ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลดูแลให้เด็กรับประทานยาไม่ต่อเนื่องได้ (Bussing & Mehta, 2013)

การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่รับรู้การเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้นในระดับต่ำ (ตาราง 6) อธิบายได้ว่า เด็กสมาธิสั้นรับประทานยามาเป็นระยะเวลามากกว่า 1 ปี อาจทำให้เด็กสามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ โดยยาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ได้แก่ เมทิลฟิเนดตผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ เบื่ออาหาร ปวดท้อง ปวดศีรษะ แต่มีความรุนแรงในระดับน้อย ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก ผู้ดูแลจึงเกิดความกังวลต่ออาการข้างเคียงน้อย อีกทั้งผู้ดูแลมีวิธีการจัดการเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาสมาธิสั้นได้ดี จึงไม่ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลด้านการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่องลดลง ในขณะที่การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ผู้ดูแลรับรู้หรือกังวลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา กลัวการตีตรา หรือได้รับข้อมูลทางลบเกี่ยวกับการใช้ยา จะดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่องลดลง (Alsous, 2017; Brinkman et al., 2018; Coletti et al., 2012; Siponen et al., 2013; ชาญวิทย์, 2561; วันรวิ, 2559)

ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ ($\beta = .157, t = 1.585, p = .116$) อธิบายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้ เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่รับประทานยา 2 ครั้ง/วัน คือมือเช้า และมือเที่ยงซึ่งต้องนำยาไปรับประทานที่โรงเรียน ขณะอยู่บ้านผู้ดูแลดูแลให้เด็กรับประทานยาอย่างเคร่งครัด เมื่อไปโรงเรียนมอบหมายให้เด็กนำยาไปรับประทานที่โรงเรียน และแจ้งครูประจำชั้นให้ช่วยดูแล โดยผู้ดูแลทำการตรวจสอบและติดตามอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าเกิดความยุ่งยากในการเตรียมยาให้เด็ก แม้ว่าเด็กต้องรับประทานยามากกว่า 1 ครั้งต่อวันหรือต้องนำยาไปรับประทานที่โรงเรียน อีกทั้งผู้ดูแลมีวิธีการจัดการเพื่อป้องกันการลืมรับประทานยาแม้ว่าเด็กจะต้องรับประทานยาหลายครั้ง เด็กจึง

ได้รับประทานยาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่อง แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า หากเด็กรับประทานยาสมาธิสั้นหลายครั้งต่อวัน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากในการเตรียมยา เด็กอาจลืมรับประทานยา ทำให้รับประทานยาสมาธิสั้นไม่ต่อเนื่อง (Rashid et al., 2018; Coletti et al., 2012; เกษศิริรินทร์ และคณะ, 2559; ชาญวิทย์, 2561) นอกจากนี้ผู้ดูแลรับรู้ถึงอาการที่ดีขึ้นเมื่อเด็กรับประทานยา เช่น มีสมาธิเรียนมากขึ้น หงุดหงิดง่ายน้อยลง สัมพันธภาพกับเพื่อนดีขึ้น ผู้ดูแลให้ข้อมูลกับเด็กถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากการรับประทานยา เมื่อเด็กเกิดความเบื่อหน่ายหรือไม่อยากรับประทานยา ทำให้เด็กเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาแม้ว่าต้องรับประทานยาหลายครั้งต่อวัน ส่งผลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง ต่างกับการศึกษาของราซิดและคณะ ที่พบว่า การที่เด็กต้องรับประทานยาหลายครั้งต่อวันส่งผลให้เด็กเกิดความเบื่อหน่ายหรือทุกข์ใจ เมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงความทุกข์ใจของเด็ก อาจส่งผลให้ผู้ดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องลดลง (Rashid et al., 2018)

ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ ($\beta = -.176, t = -1.801, p = .075$) สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการรักษาโดยการให้ยา เป็นผู้ที่มีศักยภาพและประสบการณ์ในการดูแลเด็ก รับรู้ถึงผลของยาในการควบคุมอาการสมาธิสั้น ทั้งด้านการเรียน พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับเพื่อน เล็งเห็นถึงความรุนแรงของโรคหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีระบบบริการสุขภาพที่ส่งเสริมศักยภาพและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลปรึกษาปัญหาอุปสรรคหรือข้อสงสัยในการดูแลเด็กสมาธิสั้นกับบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการได้โดยตรง ผู้ดูแลจึงมีความกังวลต่อการให้ยาหรือความกังวลที่เด็กอาจเกิดการติดยาหากต้องให้ยาเป็นระยะเวลานานในระดับน้อย จึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาสมาธิสั้น (เกษศิริรินทร์ และคณะ, 2559) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าเด็กเกิดความเบื่อหน่ายหรือความทุกข์ใจจากการที่ต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน ก็จะดูแลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่องลดลง (Alsous, 2017; Brinkman et al., 2018; Coletti et al., 2012; Siponen et al., 2013) แต่เมื่อพิจารณาจากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพบว่ามีความใกล้เคียงค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้นจึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเปรียบเทียบผลการรักษา

สรุปจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับมาก และตัวแปรปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ได้ร้อยละ 10.4 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทักษะคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น และตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ คือ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ทราบาบของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 อายุระหว่าง 6-12 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวช ในจังหวัดสงขลา เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งเป็นเด็กสมาธิสั้นที่มีประวัติได้รับการรักษาด้วยยาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 100 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก ความสัมพันธ์กับเด็ก

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ประวัติโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ระยะเวลาการกินยาสมาธิสั้นของผู้ป่วย ชื่อยาที่รับประทาน ขนาด และวิธีรับประทาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการใช้ยาสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแล เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ดูแลของเกษศิรินทร์และคณะ (2559) โดยปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาบของเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก แบบประเมินการตีตราบาบในผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD Stigma Questionnaire, ASQ) ของเคลลีสันและคณะ (Kellison et al., 2010) ผู้วิจัยมีการปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ มีทั้งหมด 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอาการข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น มีทั้งหมด 11 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่องของมอริสกี (Morisky, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 31 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษา

เหมาะสมของแบบวัดทัศนคติที่มีต่อการใช้จ่ายสมาธิสั้นสำหรับผู้ดูแล แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแล เกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทายาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ได้ค่า CVI เท่ากับ .86, .84, 1 และ .93 ตามลำดับ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยทั้งหมดไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้จ่ายสำหรับผู้ดูแล แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทายาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น เท่ากับ 0.81, 0.93, 0.70 และ 0.83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับการดูแลของผู้ดูแลในการรับประทายาต่อเนื่อง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทายาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธีการลดตัวแปร

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84) มีอายุน้อยสุด 27 ปี และมากที่สุด 67 ปี มีอายุเฉลี่ย 42.52 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 77) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 44) ประกอบอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 31) มีรายได้เฉลี่ย 20,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 70) ผู้ดูแลโดยส่วนใหญ่ดูแลเด็กมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 90) และมีลักษณะความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา (ร้อยละ 83)

1.2 เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 83) มีอายุเฉลี่ย 9.49 ปี โดยมีอายุระหว่าง 9-12 ปี (ร้อยละ 53) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86) ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 59) ไม่มีโรคร่วมอื่นทางจิตเวช (ร้อยละ 61) ในรายที่มีโรคร่วมพบสมาธิสั้นร่วมกับออทิสติกเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.9) ระยะเวลาที่ป่วยสมาธิสั้นเฉลี่ย 3 ปี โดยส่วนใหญ่ได้รับยาในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (ร้อยละ 53) และรับประทายา 2 ครั้ง/วัน (ร้อยละ 50) และมียามือเที่ยงที่ต้องนำไปรับประทายาที่โรงเรียน (ร้อยละ 89)

2. พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทายาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

พฤติกรรมดูแลด้านการรับประทายาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.28$, $SD = .437$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมดูแลด้านทั้ง 3 ด้าน

อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การยอมรับการรักษา เรียนรู้ และปรับบทบาทการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการรักษา ($M = 3.38, SD = .592$)

3. ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลดตัวแปร (Backward Elimination) โดยผู้วิจัยนำเข้าตัวแปรทั้งหมด และขจัดตัวแปรที่มีค่าสหสัมพันธ์น้อยที่สุดออกทีละตัว เพื่อให้ได้ตัวแปรและโมเดลที่ดีที่สุดในการทำนาย พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้มี 4 ตัวแปร คือ ทักษะการคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็ก ความถี่ในการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาที่รับประทานยาสมาธิสั้น สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 10.4 ($R^2 = 10.4, p < .05$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทักษะการคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น ($\beta = .281, t = 2.587, p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 นำข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาสมาธิสั้นไปใช้เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น
 - 1.2 จัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลเด็กสมาธิสั้นในผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง
 - 1.3 แนะนำแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการดูแลรักษา เช่น หนังสือ แผ่นพับ สื่อออนไลน์ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องและทัศนคติที่ดีต่อการรับประทานยาสมาธิสั้น ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่อง
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยระยะเวลาในการใช้ยาสมาธิสั้นต่อเนื่องเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษา
 - 2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น เช่น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการดูแลรักษา การมีภาวะโรคร่วมอื่น ๆ ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว

2.2 ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น การเก็บข้อมูลจากเด็กสมาธิสั้น การเก็บข้อมูลจากครูในโรงเรียน เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการศึกษา

2.3 ควรขยายขอบเขตการศึกษา อาจศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้นอื่นๆ เช่น เด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน เด็กสมาธิสั้นในหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงศ์ มาศเกษม. (2563). โรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 16(2), 75-102.
- กมลนัถ์ คล่องดี, พัชรินทร์ นันทจันทร์, และโสภณ แสงอ่อน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 52-68.
- กมลวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล. (2561). การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะทางสุขภาพจิต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 986-995.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต: ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ. ค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=e0678b73197151b3f181edcb0ee76b97.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *ICD-10-TM: บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย เล่มที่ 1 ตารางการจัดกลุ่มโรค*.
- เกษศิริพันธ์ นิลนนท์, รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, และธีรรัตน์ แทนขำ. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลฟิเนดัต ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(1), 1-11.
- กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันท์ วัฒนวิทย์, และศิริรภา อภิสทธิภิญโญ. (บรรณาธิการ). (2560). *จิตเวชศาสตร์ Psychiatry* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังนาภาวิทยา.
- จตุรพร แสงกุล, และวรุฒม์ อุ๋นจิตสกุล. (2559). การติดตามผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นระยะยาวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(2), 109-120.
- จิตภา คงเจริญ, และอลิสรา วัชรสินธุ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวกับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 61(2), 275 – 287.
- จินิส สีหะรา, วัลลภ อัจสิริยะสิงห์, ชุตินา แจ้งจิตร, และชาญวิทย์ พรนภดล. (2562). การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองเพื่อลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(1), 3-20.
- จิรศักดิ์ ห้วยทราย, และสมชาย สุริยะไกร. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลดงหลวง. *Srinagarind Medical Journal*, 34(2), 150-154.
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2561). *โรคสมาธิสั้น = Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). การใช้ยาและผลของยา. ค้นจาก <http://www.adhdthai.com/autistic/catalog.php?category=17>.

- ชุติมาภรณ์ กังวาท, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และอนันต์นิตย์ วิสุทธิพันธ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของเด็กโรคสมาธิสั้น. *วารสารจิตวิทยาพยาบาลสาร*, 23(1), 44-59.
- ดวงใจ ดุสิต. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเรื้อรังของครอบครัว. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2560). สมาธิสั้น. ค้นจาก <http://www.happyhomeclinic.com/sp03-adhd.htm>.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โขษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิolk, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(2), 66-75.
- เทิมสัทธา เข้มจินดา. (2558). ความรู้สึภกาคภูมิใจในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นงลักษณ์ อิงคณิ. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหาต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence). *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 7(1), 23-39.
- นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน . (2559). *จิตเวช ศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย.
- นันทิกานต์ หวังจิ. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประภัสสร ตันติปัญจพร, และคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(2), 131-144.
- พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ. (2560). การพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินแรงจูงใจในการรับประทานยาและพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *Journal of Nursing and Education*, 10(1), 90-104.

- พาสินี แจ่มจำ, สุนิศา สุขตระกูล, และประนอม รอดคำดี. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารแพทยนิววี*, 46(1), 32-48.
- ภาสกร คุ่มศิริ. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างการตีตราบาปทางสังคมเจตคติและการสนับสนุนทางสังคมใน เด็กสมาธิสั้น*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ภาสกร คุ่มศิริ, และอุ๋นเรื่อน เล็กน้อย. (2560). บทความพินพิววิชาการ: โรคสมาธิสั้นและการตีตราบาปทางสังคม. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(3), 302-311.
- มนิดา บัวสาย, และวีณา จีระแพทย์. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของเด็กวัยเรียนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 13(3), 28-37.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะพยาบาลศาสตร์. (2559). ความร่วมมือในการใช้ยา: จากทฤษฎีสู่งานวิจัย ใน *รายงานผลกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประจำปีงบประมาณ 2559*. นครปฐม: มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (บรรณาธิการ). (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์*. ค้นจาก<http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20161208151415.pdf>.
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). *คู่มือสำหรับพ่อแม่ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาเด็ก ตอน เด็กวัยเรียน 6-12 ปี*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2555). โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(4), 373-386.
- วันวิ พิพิมพ์รัตน์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของ ผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559*, 61(1), 15-26.
- ศรัณยา นิตินันทพงศ์, และศราวดี อุ่พุดินันท์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคข้ออักเสบไม่ทราบสาเหตุ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. *วารสารเภสัชกรรม ไทย*, 10(1), 100-110.
- ศุภาพิชญ์ โพน โปร์แมนน์, และศุกรใจ เจริญสุข. (2015). การรับประทานยาต่อเนื่อง: คำนิยามและปัญหา Adherence to medication: Definitions and problems. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 94-99.
- ศุสิทธิ์ สร้อยแก้ว. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย*.

- การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สถาบันราชานุกูล. (2557). เด็กวัยเรียนที่มีความต้องการพิเศษ. ค้นจากhttp://rajanukul.go.th/new/_admin/download/D0000073.pdf.
- สถาบันราชานุกูล. (2558). เด็กสมาธิสั้น คู่มือสำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (ม.ป.ป). หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ ในการวินิจฉัย รักษา และดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ปีที่ 1. ค้นจาก <http://164.115.27.97/digital/files/original/26bc96c5e2ba4011f99554294f8ecc61.pdf>.
- สนธยา มณีรัตน์. (2550). ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น. สารนิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สมัย ศิริทองถาวร. (บรรณาธิการ). (2560). *คู่มือการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้นและการติดตามการตอบสนองต่อยาของเด็ก*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- สมัย ศิริทองถาวร. (บรรณาธิการ). (2560) *คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- สมัย ศิริทองถาวร, ภิญโญ อิศรพงศ์, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, วรณกมล สอนสิงห์, นุจรี คำด้วง, สุริรักษ์ พิลา, และพัชนี พัฒนกิจโกศล. (2560). *คู่มือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของครูในการดูแลเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- สิรินัดดา ปัญญาภาส, และชาญวิทย์ พรนภดล. (2561). การรักษาทางจิตสังคม. ใน ชาญวิทย์ พรนภดล, *โรคสมาธิสั้น=Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (หน้า 209 - 230). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนทรี ศรีโกสย, ภัทราวดี ดอนนอก, ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา, และรัตนา สายพานิชย์. (2561). อาการทางคลินิกและความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็กสมาธิสั้น และความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตของผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอิงชาติเยร์โมเดล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(3), 227-246.
- สุพร อภินันทเวช. (2559). การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาและจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย. *Siriraj Medical Bulletin*, 9(3), 175-181.
- หัตยา ดำรงผล. (2560). ทักษะชีวิตในเด็กวัยเรียน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 62(3), 271-276.
- อริชดา อธิพงษ์อาภรณ์, และนิตา ลิ้มสุวรรณ. (2561). สาเหตุของการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น วัยเด็กและวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(1), 33-46.
- อนัญญา สิริขัตตพันธ์ (บรรณาธิการ). (2556). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่อง ออทิสติกสมาธิสั้นและภาวะบกพร่องทางการเรียนสำหรับระบบเครือข่ายบริการสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: ฟาสต์บุคส์.

- เอษรา วสุพันธ์จิต. (2561). การช่วยเหลือในโรงเรียน. ใน *ชาญวิทย์ พรนพดล, โรคสมาธิสั้น=Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (หน้า 231 - 244). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอษรา วสุพันธ์จิต, และพิชญา ตันธนวิกรัย. (2561). การฝึกอบรมผู้ปกครอง. ใน *ชาญวิทย์ พรนพดล, โรคสมาธิสั้น=Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (หน้า 231 - 244). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. (2562). Service Profile งานสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.
- Abdisa, E., Fekadu, G., Girma, S., Shibiru, T., Tilahun, T., Mohamed, H., ... & Tsegaye, R. (2020). Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems, 14*(1), 1-13.
- Adler, L. D., & Nierenberg, A. A. (2010). Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgraduate Medicine, 122*(1), 184-191.
- Ahmed, R., Borst, J., Wei, Y. C., & Aslani, P. (2017). Parents' perspectives about factors influencing adherence to pharmacotherapy for ADHD. *Journal of Attention Disorders, 21*(2), 91-99.
- Alsous, M. (2017). Medication Adherence in Children. *Journal of Healthcare Communications, 2*(1), 1-2.
- Arnold, C. M., Bixenstine, P. J., Cheng, T. L., & Tschudy, M. M. (2018). Concordance among children, caregivers, and clinicians on barriers to controller medication use. *Journal of Asthma, 55*(12), 1352-1361.
- Bhang, S. Y., Kwack, Y. S., Joung, Y. S., Lee, S. I., Kim, B., Sohn, S. H., ... & Choi, H. Y. (2017). Factors that affect the adherence to ADHD medications during a treatment continuation period in children and adolescents: a nationwide retrospective cohort study using Korean Health Insurance data from 2007 to 2011. *Psychiatry Investigation, 14*(2), 158-165.
- Bissonnette, J. M. (2008). Adherence: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 63*(6), 634-643.
- Boudreau, A., & Mah, J. W. (2020). Predicting Use of Medications for Children with ADHD: The Contribution of Parent Social Cognitions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*(1), 26-32.
- Brinkman, W. B., Simon, J. O., & Epstein, J. N. (2018). Reasons why children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder stop and restart taking medicine. *Academic Pediatrics, 18*(3), 273-280.

- Brinkman, W. B., Sucharew, H., Majcher, J. H., & Epstein, J. N. (2018). Predictors of medication continuity in children with ADHD. *Pediatrics, 141*(6), 1-12.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence* (6th Edition). St. Louis: Saunders Elsevier.
- Bushnell, G. A., Brookhart, M. A., Gaynes, B. N., Compton, S. N., Dusetzina, S. B., & Stürmer, T. (2018). Examining Parental Medication Adherence as a Predictor of Child Medication Adherence in Pediatric Anxiety Disorders. *Medical Care, 56*(6), 510-519.
- Bussing, R., & Mehta, A. S. (2013). Stigmatization and self-perception of youth with attention deficit/hyperactivity disorder. *Patient Intelligence, 5*, 15-27.
- Bussing, R., Koro-Ljungberg, M., Noguchi, K., Mason, D., Mayerson, G., & Garvan, C. W. (2012). Willingness to use ADHD treatments: a mixed methods study of perceptions by adolescents, parents, health professionals and teachers. *Social Science and Medicine, 74*(1), 92-100.
- Chanpen, S., Pornnoppadol, C., Atsariyasing, W., & Hosiri, T. (2018). Validity of Thai ADHD Screening Scales to Screen ADHD Patients with Comorbid Disorders: Retrospective Study. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 63*(3), 213-226.
- Charbonnier, E., Caparos, S., & Trémolière, B. (2019). The role of mothers' affiliate stigma and child's symptoms on the distress of mothers with ADHD children. *Journal of Mental Health, 28*(3), 282-288.
- Coletti, D. J., Pappadopulos, E., Katsiotas, N. J., Berest, A., Jensen, P. S., & Kafantaris, V. (2012). Parent perspectives on the decision to initiate medication treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 22*(3), 226-237.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(8), 464-469.
- De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2015). Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*(2), 121-129.
- DosReis, S., Barksdale, C. L., Sherman, A., Maloney, K., & Charach, A. (2010). Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. *Psychiatric Services, 61*(8), 811-816.

- Edgcomb, J. B., & Zima, B. (2018). Medication Adherence Among Children and Adolescents with Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(8), 508-520.
- Emilsson, M., Gustafsson, P. A., Öhnström, G., & Marteinsdottir, I. (2017). Beliefs regarding medication and side effects influence treatment adherence in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26(5), 559-571.
- Flood, M., Hayden, J. C., Gavin, B., & McNicholas, F. (2019). A qualitative study exploring the decision of parents to use medication in attention-deficit hyperactivity disorder. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(9), 1095-1101.
- Gajria, K., Lu, M., Sikirica, V., Greven, P., Zhong, Y., Qin, P., & Xie, J. (2014). Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder—a systematic literature review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1543-1569.
- Gardner, C. L. (2015). Adherence: a concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 96-101.
- Harpur, R. A., Thompson, M., Daley, D., Abikoff, H., & Sonuga-Barke, E. J. (2008). The attention-deficit/hyperactivity disorder medication-related attitudes of patients and their parents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(5), 461-473.
- Hogan, T. P., Awad, A. G., & Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological medicine*, 13(1), 177-183.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M., Cribb, A., & Kellar, I. (2005). Concordance, adherence, and compliance in medicine taking. *London: NCCSDO, 2005*, 40-46.
- Kellison, I., Bussing, R., Bell, L., & Garvan, C. (2010). Assessment of stigma associated with attention-deficit hyperactivity disorder: Psychometric evaluation of the ADHD Stigma Questionnaire. *Psychiatry Research*, 178(2), 363-369.
- Khan, M. U., & Aslani, P. (2019). A review of factors influencing the three phases of medication adherence in people with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 29(6), 398-418.

- Kongkaew, C. (2011). Patients' medication taking behaviors: Critiques of relevant terminologies. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal-วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 6(4), 299-302.
- Lyu, C. M., & Zhang, L. (2019). Concept analysis of adherence. *Frontiers of Nursing*, 6(2), 81-86.
- Mueller, A. K., Fuermaier, A. B., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(3), 101-114.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 67-74.
- Nagae, M., Nakane, H., Honda, S., Ozawa, H., & Hanada, H. (2015). Factors affecting medication adherence in children receiving outpatient pharmacotherapy and parental adherence. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(2), 109-117.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Rashid, M. A., Lovick, S., & Llanwarne, N. R. (2018). Medication-taking experiences in attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Family Practice*, 35(2), 142-150.
- Ross, M., Nguyen, V., Bridges, J. F., Ng, X., Reeves, G., & Frosch, E. (2018). Caregivers' priorities and observed outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder medication for their child. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39(2), 93-100.
- Safavi, P., Saberzadeh, M., & Tehrani, A. M. (2019). Factors associated with treatment adherence in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(3), 252-257.
- Siponen, S., Ahonen, R., Kiviniemi, V., & Hämeen-Anttila, K. (2013). Association between parental attitudes and self-medication of their children. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 35(1), 113-120.

- Sitholey, P., Agarwal, V., & Chamoli, S. (2011). A preliminary study of factors affecting adherence to medication in clinic children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Indian Journal of Psychiatry, 53*(1), 41-44.
- Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research, 42*(3), 241-247.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 467-478.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
- Yang, C., Qin, W., Yu, D., Li, J., & Zhang, L. (2019). Medication Adherence and Associated Factors for Children with Tic Disorders in Western China: A Cross-Sectional Survey. *Frontiers in Neurology, 10*, 1-6.
- Yang, C., Yu, D., Li, J., & Zhang, L. (2020). Prevalence of medication adherence and factors influencing adherence to antiepileptic drugs in children with epilepsy from western China: A cross-sectional survey. *Epilepsy & Behavior, 104*, 1-6.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาริสัน

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

() 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม () 4. อื่น ๆ.....

4. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา

() 4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพปัจจุบัน

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ว่างงาน () 2. ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () 3. รับจ้าง

() 4. เกษตร/ทำสวน/ทำไร่ () 5. รับราชการ () 6. พนักงานรัฐฯ

() 7. อื่น ๆ.....

7. รายได้.....บาท/เดือน

8. ความเพียงพอของรายได้

() 1. เพียงพอ () 2. ไม่เพียงพอ

9. ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก.....เดือน

10. ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

() 1. บิดา/มารดา () 2. ปู่/ย่า/ตา/ยาย () 3. ลุง/ป้า/น้า/อา

() 4. อื่น ๆ

วัน/เดือน/ปี (ที่เก็บข้อมูล).....

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของเด็กสมาธิสั้นที่ท่านให้การดูแลมากที่สุด

1. เพศ
 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา
 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่น ๆ.....
4. ระดับการศึกษา
 1. ประถมศึกษาปีที่ 1 2. ประถมศึกษาปีที่ 2 3. ประถมศึกษาปีที่ 3
 4. ประถมศึกษาปีที่ 4 5. ประถมศึกษาปีที่ 5 6. ประถมศึกษาปีที่ 6
5. โรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ
 1. ไม่มี
 2. มี ระบุ.....
6. ระยะเวลาที่ป่วยสมาธิสั้น.....ปี.....เดือน
7. สิทธิการรักษา
 1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) 2. บัตรประกันสังคม
 3. เบิกราชการ/หน่วยงาน/บริษัท 4. ชำระเงินเอง(เบิกไม่ได้)
 5. อื่น ๆ.....
8. เริ่มรับประทานยารักษาสมาธิสั้น (ว/ด/ป)
9. ชนิดยาที่ได้รับ/ขนาด/วิธีรับประทาน (เช่น 1 เม็ด เช้า เทียง)

หมายเหตุ: ข้อคำถามที่ 5, 8 และ 9 หากท่านไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ให้ท่านเว้นว่างไว้ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยตนเองจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ดูแล

คำชี้แจง คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับทัศนคติของท่านต่อการรักษาและการใช้ยากับเด็กสมาธิสั้นมากที่สุด โดยเลือกคำตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

| ข้อคำถาม | เห็นด้วย อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็น ด้วย | ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง |
|--|-----------------------|----------|-----------------|--------------------------|
| 1. ท่านอยากเก็บเรื่องการรับประทานยารักษาโรคสมาธิสั้นของเด็กเป็นความลับ | | | | |
| 2. ยาช่วยให้เด็กมีสมาธิ สามารถเรียนได้ | | | | |
| 3. เด็กสามารถทำงานที่ครูมอบหมายได้มากขึ้น ตั้งแต่รับประทานยา | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. เด็กมีความสัมพันธ์กับเพื่อนดีขึ้น หลังจากได้รับประทานยา | | | | |
| 10. เด็กมีอาการวอกแวกน้อยลง หลังรับประทานยา | | | | |

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราใบของเด็กสมาธิสั้น

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงกับการรับรู้ของท่านต่อ ความรู้สึกที่แท้จริงของบุตรหลานเกี่ยวกับสมาธิสั้นมากที่สุด ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ)

| ข้อคำถาม | ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง | ไม่เห็น ด้วย | เห็น ด้วย | เห็นด้วย อย่างยิ่ง |
|--|--------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| 1. บุตรหลานของท่านรู้สึกผิดที่เป็นโรคสมาธิสั้น | | | | |
| 2. บุตรหลานของท่านคิดว่าทัศนคติของคนอื่นเกี่ยวกับสมาธิสั้นมักจะทำให้เขารู้สึกแย่กับตนเอง | | | | |
| 3. บุตรหลานของท่านคิดว่าเป็นการเสี่ยงที่จะบอกคนอื่นว่าเป็นสมาธิสั้น | | | | |
| 4. บุตรหลานของท่านพยายามอย่างมากที่จะรักษาความลับเกี่ยวกับการเป็นโรคสมาธิสั้น | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |
| 11. บุตรหลานของท่านถูกปฏิเสธเมื่อคนอื่นรู้ว่าเขาเป็นโรคสมาธิสั้น | | | | |
| 12. บุตรหลานของท่านมักจะระมัดระวังเกี่ยวกับคนที่พวกเขาพูดคุยด้วย | | | | |
| 13. | | | | |
| 14. | | | | |
| 15. | | | | |
| 16. | | | | |
| 17. | | | | |
| 18. โดยปกติแล้วบุตรหลานของท่านรู้สึกว่าการบอกคนอื่นว่าเขาเป็นโรคสมาธิสั้นเป็นความผิดพลาด | | | | |
| 19. ผู้คนไม่ต้องการให้บุตรหลานของท่านเข้าใกล้ลูกของพวกเขาเมื่อพวกเขาทราบว่าบุตรหลานของ | | | | |

| ข้อคำถาม | ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง | ไม่เห็น ด้วย | เห็น ด้วย | เห็นด้วย อย่างยิ่ง |
|--|--------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| ท่านเป็นโรคสมาธิสั้น | | | | |
| 20. | | | | |
| 21. | | | | |
| 22. | | | | |
| 23. | | | | |
| 24. ผู้คนมีท่าที่เหมือนกลัวบุตรหลานของท่าน เมื่อรู้ว่าเขาเป็นสมาธิสั้น | | | | |
| 25. เมื่อผู้คนรู้ว่าบุตรหลานของท่านเป็นโรคสมาธิ สั้นพวกเขามักมองหาข้อบกพร่องในตัวเด็ก | | | | |

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น
 คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงกับ การรับรู้ของท่านเกี่ยวกับการเกิดอาการ
 ข้างเคียงหลังกินยารักษาสมาธิสั้นในแต่ละข้อ ตั้งแต่ที่เด็กภายใต้การดูแลของท่านเริ่มรับประทานยา
 ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ)

| ข้อคำถาม | อาการไม่พึงประสงค์ | | | |
|---|--------------------|------------------|----------------|-----------------|
| | ไม่มี เลย | มีนาน ๆ ครั้ง | มี บางครั้ง | มี บ่อยครั้ง |
| 1. หลังกินยาสมาธิสั้น เด็กมีอาการปวดศีรษะ | | | | |
| 2. เด็กมีอาการเวียนศีรษะ หลังกินยาสมาธิสั้น | | | | |
| 3. เด็กมีปัญหาการนอนผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ นอนหลับยาก ง่วงซึม ภายหลังกินยาสมาธิสั้น | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. ภายหลังการกินยาสมาธิสั้น เด็กมีอาการคอแห้ง | | | | |
| 11. หลังกินยาสมาธิสั้น เด็กมีอาการอ่อนเพลีย | | | | |

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็ก
สมาธิสั้น

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่อธิบายได้ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ)

| ข้อ | คำถาม | ไม่ เลย | บาง ครั้ง | บ่อย ครั้ง | เป็น ประจำ |
|--|--|------------|--------------|---------------|---------------|
| การปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยร่วมมือกับทีมสุขภาพ | | | | | |
| 1. | ท่านวางแผนร่วมกับแพทย์เกี่ยวกับชนิด ขนาด วิธีกินยาของเด็ก | | | | |
| 2. | ท่านหาวิธีให้เด็กได้กินยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น แจ้งให้เด็กทราบว่าต้องกินยา หรือตกลงเรื่องการกินยากับเด็ก | | | | |
| 3. | ท่านมีวิธีการจัดการเพื่อไม่ให้เด็กลืมกินยา เช่น วางกล่องยาไว้ในบริเวณที่มองเห็นและหยิบได้ง่าย การตั้งการแจ้งเตือนในนาฬิกาหรือโทรศัพท์เมื่อถึงเวลารับประทานยา | | | | |
| 4. | ท่านมีวิธีการจดจำยา/จัดยาให้เด็กอย่างถูกต้อง เช่น การเขียนกำกับหน้าซองยา | | | | |
| 5. | ท่านให้เด็กกินยาด้วยตนเองและท่านคอยตรวจสอบหรือสอบถาม | | | | |
| 6. | ..... |  |  |  |  |
| 7. | ..... |  |  |  |  |
| 8. | ..... |  |  |  |  |
| 9. | ..... |  |  |  |  |
| 10. | ..... |  |  |  |  |
| 11. | ..... |  |  |  |  |
| 12. | ..... |  |  |  |  |
| 13. | ท่านสังเกตอาการเด็กเพื่อประเมินผลลัพธ์จากการให้เด็กกินยา | | | | |
| 14. | ท่านตรวจสอบจนแน่ใจทุกครั้งว่าเด็กกินยาจริง เช่น สังเกตเมื่อเด็กรับประทานยา | | | | |
| การรับรู้ สนใจ ป้องกันความไม่สุขสบายจากการรักษา | | | | | |
| 15. | ท่านสอบถามแพทย์ผู้รักษา พยาบาล เภสัชกร | | | | |

| ข้อ | คำถาม | ไม่ เลย | บาง ครั้ง | บ่อย ครั้ง | เป็น ประจำ |
|---|--|------------|--------------|---------------|---------------|
| | เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเด็กกินยา และวิธีการจัดการ | | | | |
| 16. | ท่านสังเกตอาการข้างเคียงจากยาหลังจากที่เด็กกินยา อยู่เสมอ | | | | |
| 17. | ..... |  |  |  |  |
| 18. | ..... |  |  |  |  |
| 19. | ..... |  |  |  |  |
| 20. | ..... |  |  |  |  |
| 21. | เมื่อเด็กรู้สึกไม่อยากกินยาท่านมีวิธีการจัดการให้เด็ก กินยา เช่น บอกเด็กถึงความจำเป็นที่ต้องกินยา บอก เด็กว่าอาการข้างเคียงจะหายได้เมื่อร่างกายปรับตัวได้ เป็นต้น | | | | |
| การยอมรับการรักษา เรียนรู้ ปรับบทบาท และการดำเนินชีวิต | | | | | |
| 22. | เมื่อต้องไปพบแพทย์ตามนัด ท่านมีการเตรียมตัวโดย การล้างานหรือลาโรงเรียน | | | | |
| 23. | ท่านมีวิธีการดูแลให้เด็กได้รับยาต่อเนื่อง เช่น นำเด็กไป พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง หรือไปรับยาแทนเด็กตามนัด | | | | |
| 24. | ท่านเตรียมยาให้เด็กหรือให้เด็กนำยาไปด้วยทุกครั้ง เมื่อต้องเดินทางหรือออกจากบ้าน | | | | |
| 25. | ..... |  |  |  |  |
| 26. | ..... |  |  |  |  |
| 27. | ..... |  |  |  |  |
| 28. | ..... |  |  |  |  |
| 29. | ..... |  |  |  |  |
| 30. | ท่านสอบถามครูประจำชั้นถึงการกินยาของเด็กขณะ อยู่ที่โรงเรียน อยู่เสมอ | | | | |
| 31. | ท่านจะดูแลให้เด็กกินยาต่อเนื่องจนกว่าแพทย์จะสั่งให้ หยุดยา | | | | |

ภาคผนวก ข การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้านางสาวกรรณิกา ไถนาเพรียว นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดำเนินการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น เพื่อสามารถนำมาวางแผนในการแก้ไขปัญหา เพิ่มระดับการดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้น และเป็นข้อมูลในการนำมาพัฒนาการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโรคสมาธิสั้นตามการวินิจฉัยของแพทย์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยา ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เมื่อท่านรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยพร้อมกับได้ลงลายมือในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม หรือตอบคำถามที่ผู้วิจัยถาม จะใช้เวลา 15 - 20 นาทีโดยประมาณ การวิจัยนี้มีโอกาสเกิดความเสียหายน้อยมาก แต่หากมีความเสี่ยงเกิดขึ้นผู้วิจัยจะให้การดูแลในเบื้องต้น และพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากมีความจำเป็น การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ระหว่างการตอบแบบสอบถามหากท่านรู้สึกอึดอัดใจหรือไม่สบายใจท่านสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ท่านและบุตรหลานของท่านจะได้รับการบริการและการรักษาตามปกติที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐาน

ข้อมูลข้อมูลที่ท่านให้ในครั้งนี้จะถูกปกปิดเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามดิฉัน นางสาวกรรณิกา ไถนาเพรียว ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 089-6536641

ขอขอบพระคุณที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

นางสาวกรรณิกา ไถนาเพรียว
นักศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ แสดงว่าท่านได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้แล้ว การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ของท่านเป็นไปด้วยความสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นและได้รับทราบรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมของข้าพเจ้าที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ และข้าพเจ้าได้อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมและเอกสารอนุญาตฉบับนี้

ลงชื่อ..... ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นางสาวกรรณิกา ไถนาเพ็ญ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การตรวจสอบข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) (บุญใจ, 2553)

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามอยู่ในอันตรภาคชั้น (interval scale) ขึ้นไป

จากงานวิจัยนี้ ตัวแปรอิสระประกอบด้วย ทักษะของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น เป็นตัวแปรในระดับันตรภาคชั้น ส่วนตัวแปรความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น เป็นตัวแปรในระดับอัตราส่วน สำหรับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น เป็นตัวแปรในระดับันตรภาคชั้น เช่นกัน

2. ทดสอบข้อมูลตัวแปรอิสระว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากค่าสถิติสัมประสิทธิ์ความเบ้ และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (Statistic Skewness & Statistic Kurtosis) ต้องมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

2.1 ทักษะของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาสมาธิสั้น

ตาราง 10

แสดงการกระจายของข้อมูลทักษะของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาสมาธิสั้น (N=100)

| | Statistic | Std. Error | Standardized |
|----------|-----------|------------|--------------|
| Skewness | .640 | .241 | 2.66 |
| Kurtosis | .851 | .478 | 1.78 |

จากตารางค่า Standardized ของทักษะของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาสมาธิสั้น อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.2 การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น

ตาราง 11

แสดงการกระจายของข้อมูลการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น (N=100)

| | Statistic | Std. Error | Standardized |
|----------|-----------|------------|--------------|
| Skewness | .175 | .241 | .73 |
| Kurtosis | .468 | .478 | .98 |

จากตารางค่า Standardized ของการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.3 การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น

ตาราง 12

แสดงการกระจายของข้อมูลการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น (N=100)

| | Statistic | Std. Error | Standardized |
|----------|-----------|------------|--------------|
| Skewness | .637 | .241 | 2.64 |
| Kurtosis | -.522 | .478 | -1.09 |

จากตารางค่า Standardized ของการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.4 ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน

ตาราง 13

แสดงการกระจายของข้อมูลความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน (N=100)

| | Statistic | Std. Error | Standardized |
|----------|-----------|------------|--------------|
| Skewness | .390 | .241 | 1.62 |
| Kurtosis | -.322 | .478 | -0.67 |

จากตารางค่า Standardized ของความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.5 ระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น

ตาราง 14

แสดงการกระจายของข้อมูลระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น (N=100)

| | Statistic | Std. Error | Standardized |
|----------|-----------|------------|--------------|
| Skewness | .707 | .241 | 2.93 |
| Kurtosis | -.042 | .478 | -0.09 |

จากตารางค่า Standardized ของระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

2.6 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

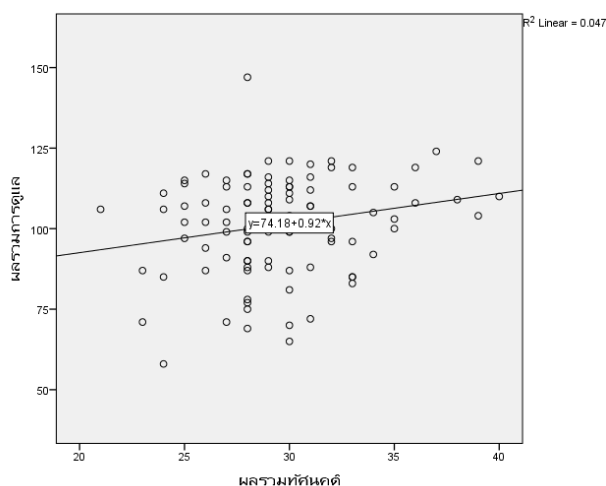
ตาราง 15

แสดงการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น (N=100)

| | Statistic | Std. Error | Standardized |
|----------|-----------|------------|--------------|
| Skewness | -.482 | .239 | -2.02 |
| Kurtosis | .567 | .474 | 1.20 |

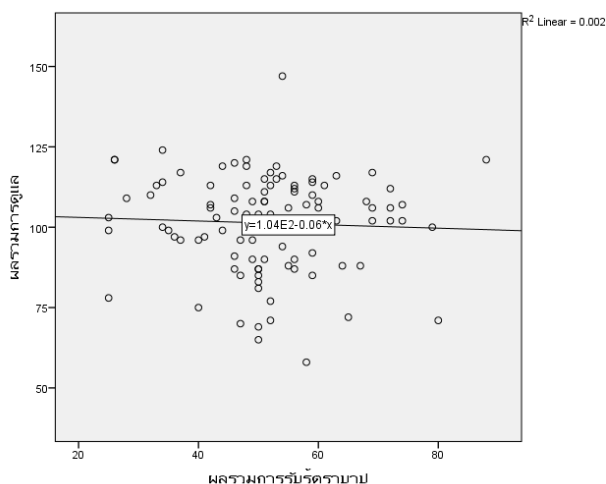
จากตารางค่า Standardized ของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น อยู่ในช่วง ± 3 ดังนั้นเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ normal distribution

3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ทดสอบโดยการทำ scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม กราฟที่ได้ควรมีลักษณะเป็นเส้นตรง จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น



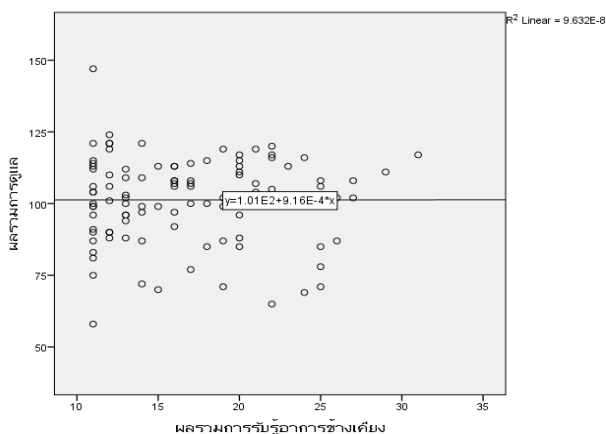
ภาพ 2 การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

จากภาพการกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแลต่อการใช้ยารักษาสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ linearity



ภาพ 3 การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราแบบของเด็กสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทายาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

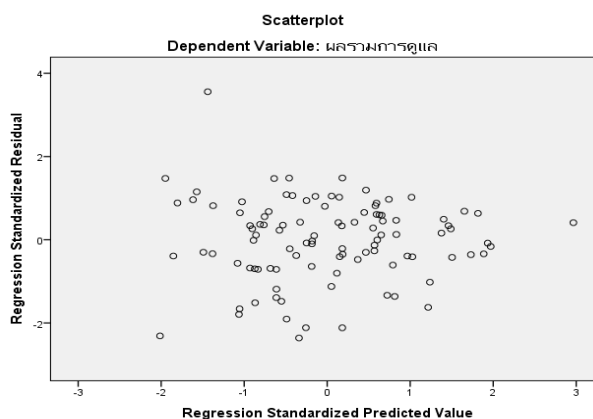
จากภาพการกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราแบบของเด็กสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทายาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ linearity



ภาพ 4 การกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทายาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

จากภาพการกระจายข้อมูล scatter plot ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทายาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ linearity

4. ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระ ทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity)



ภาพ 5 การกระจายของค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์

จากภาพการกระจายใน scatter plot พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณ Y ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Regression Standardized Predicted Value) และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Regression Standardized Residual) จะพบว่าค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์ ดังนั้นค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity)

5. ทดสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระแต่ละตัว (multicollinearity)

5.1 จากการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร มีค่าระหว่าง $-0.004 - .233$ โดยค่าสหสัมพันธ์สูงสุด = $.233$ ซึ่งไม่เกิน $.65$

5.2 ตรวจสอบโดยใช้สถิติ collinearity statistics ดูผลจากตาราง Coefficients โดยพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระจากค่า Tolerance ซึ่งค่าที่ได้ต้องเข้าใกล้ 1 หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเอง และค่า variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 (กัลยา, 2555) ในการศึกษาครั้งนี้ ค่า Tolerance อยู่ในช่วง $.922-0.946$ และค่า VIF อยู่ในช่วง $1.057-1.085$

5.3 ทดสอบความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามว่าเป็นอิสระจากกัน (autocorrelation) โดยการพิจารณาค่า Durbin-Watson จากตารางผลลัพธ์ Model Summary ซึ่งค่า Durbin-Watson มีค่าใกล้ 2 นั่นคืออยู่ในช่วง $1.5 - 2.5$ (บุญใจ, 2553) ในการศึกษาครั้งนี้มีค่า Durbin-Watson = 2.114

จากทดสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นของตัวแปรอิสระแต่ละตัว (multicollinearity) ทั้ง 3 วิธีข้างต้น สรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ multicollinearity

ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

| ผู้ทรงคุณวุฒิ | ตำแหน่ง/สังกัด |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรังษี | สำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารินทร์ ถาน้อย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. นางโกศลจิต หลวงบำรุง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวกรรณิกา ไถนาเพรียว

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6110420003

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2557

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการค้นคว้าวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2563 บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์