

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา Methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น
ของผู้ปกครองเด็กที่มารับบริการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร
Effectiveness of a Methylphenidate Adherence Promotion Program for
Caregivers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
at Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon

เยาวนันท์ ปัญญาประทีป ภ.บ.¹, อารีย์ ธวัชวัฒนนันท์ พย.บ.^{2*}

Yaowanan Panyaprateep, P.M.S.¹, Aree Tawatwattananun, B.N.S.^{2*}

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม ²กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร 74110

¹Department of Pharmacy ²Department of Nursing, Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon 74110

* ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): nuy1617@gmail.com

Received: 16 January 2025

Revised: 21 April 2025

Accepted: 24 April 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาเมทิลเฟนิเดต (methylphenidate) ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ณ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7.96 ± 1.03 และ 4.63 ± 0.86 ; $p < 0.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (85.46 ± 5.59 และ 76.38 ± 4.36 ; $p < 0.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปผล: โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองมีประสิทธิภาพต่อความรู้และความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา โดยมุ่งเน้นให้ผู้ปกครองมีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา ตลอดจนสนับสนุนพฤติกรรมกรให้ยาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การส่งเสริมการรับประทานยา, โรคสมาธิสั้น, เมทิลเฟนิเดต

ที่ชี้ว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น การค้นพบยีนที่เกี่ยวข้องกับโรค และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับสารตะกั่ว มารดาสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดบุตร⁽³⁾ จากการสำรวจข้อมูลทางระบาดวิทยาโรคสมาธิสั้นในเด็กที่อายุต่ำกว่า 16 ปี ของกรมสุขภาพจิต พบว่า ในปี 2558 มีอัตราการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.47 และคาดการณ์ว่าจะมีเด็กป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นประมาณ 437,136 รายทั่วประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 5⁽⁴⁾ ในปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด จำนวน 13,046 ราย (ร้อยละ 37.93) ส่วนจังหวัดสมุทรสาครพบจำนวน 3,386 ราย (ร้อยละ 72.90) สำหรับโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จากข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ปี 2566 พบผู้ป่วยสมาธิสั้น มารับบริการทั้งสิ้น 1,000 ราย มาก่อนนัด 130 ครั้งต่อเดือน (ข้อมูลภายในหน่วยงาน) ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง ครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตแย่ลง⁽⁵⁾ บทบาทผู้ดูแลต่อความร่วมมือในการรักษาของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาครบถ้วน ตรงตามแผนการรักษาทั้งขนาด และจำนวนครั้ง 2) การรับรู้ และสนใจที่จะป้องกันความไม่สุขสบาย อันเนื่องมาจากผลข้างเคียงของการรักษา เป็นการดูแลเพื่อประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากยา หลังจากที่เด็กรับประทานยา รวมถึงการจัดการความไม่สุขสบายต่างๆที่เกิดขึ้น และ 3) การยอมรับการรักษา เรียนรู้ และปรับบทบาท การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นการดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน ของเด็กและผู้ดูแลให้สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์⁽⁶⁻¹⁰⁾ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลหรือผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้นมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งเสริมให้เด็กรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ซึ่งล้วนมีผลต่อความสำเร็จของการรักษา^(2,11)

กลุ่มงานเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ให้บริการจ่ายยา และให้การบริบาลทางเภสัชกรรม แก่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเด็ก รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น พบปัญหาขาดการติดตามผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ทำให้เด็กสมาธิสั้นยังมีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบตามการรักษาของแพทย์ จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพบว่า การให้คำแนะนำของเภสัชกรยังขาดความเป็นเอกภาพ ส่งผลให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติตามแผนการรักษา นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการขาดแคลนยาชั่วคราวในบางเดือน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการรับประทานยา อีกทั้ง ผู้ดูแลหรือมารดาของเด็กบางรายอาจลืมให้ยาตามกำหนด มีการปรับเปลี่ยนขนาดยาเอง หรือหยุดให้ยาเมื่อบุตรมีอาการเจ็บป่วย โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้ ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ปกครองบางรายตัดสินใจหยุดการให้ยาโดยพลการ

การบริหารทางเภสัชกรรม เป็นการมุ่งเน้นการส่งเสริมความสม่ำเสมอและความครบถ้วนของการรับประทานยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นให้สามารถรับประทานยาได้อย่างครบถ้วนตามแผนการรักษา และหนึ่งในแนวทางที่สามารถนำมาใช้เพื่อพัฒนาโปรแกรม

บริบาลทางเภสัชกรรมให้มีประสิทธิภาพคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹²⁾ ที่อธิบายพฤติกรรมของผู้ดูแลต่อการให้ยาโดยการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา ตลอดจนการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ แนวคิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของ Morisky DE, et al.⁽¹³⁾ อธิบายว่าการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพหมายถึง การรับประทานยาให้ครบถ้วนทั้งขนาดและความถี่ตามแผนการรักษาที่ตกลงร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ โดยไม่มีพฤติกรรมหยุดยาเองก่อนกำหนด ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความต่อเนื่องของการใช้ยา ได้แก่ การลืมรับประทานยา ความใส่ใจในการใช้ยา ความสะดวกในการเข้าถึงยา และความรู้สึกต่อการใช้ยาทั้งนี้ แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ (learning theory)⁽¹⁴⁾ มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยอธิบายว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ผ่านการฝึกฝนและประสบการณ์ที่ได้รับ ซึ่งในกรณีของการรับประทานยาในเด็กสมาธิสั้น ความเข้าใจและประสบการณ์ของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการให้ยาอย่างต่อเนื่อง

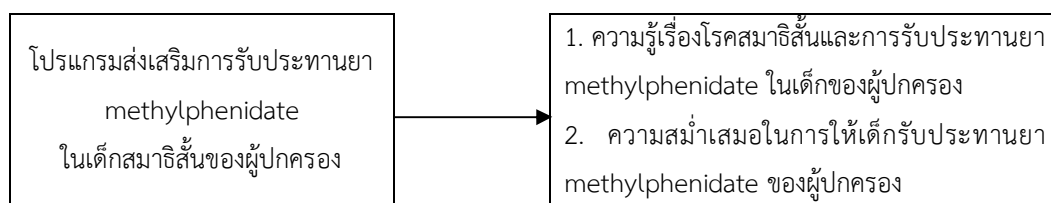
จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น จึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาเมทิลเฟนิเดต (methylphenidate) สำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอย่างถูกต้อง ตลอดจนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการให้ยาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น ดังนี้

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาล กระทุ่มแบน ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยหลักการวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาโปรแกรมการบริบาลยาเภสัชกรรม ส่งเสริมความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา⁽¹⁵⁾ เท่ากับ 0.65 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 เปิดตาราง⁽¹⁶⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย

คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) เป็นบิดา/ มารดา หรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (F90.0) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 อายุระหว่าง 6-12 ปี มีหน้าที่ดูแลให้การรับประทานยา methylphenidate 2) สามารถ อ่าน เขียน สื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท มีเลขหมายโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ตลอดช่วงการศึกษา การสัมภาษณ์ และการติดตามเยี่ยม 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามที่กำหนด 2) แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้ผู้ป่วยหยุดยา methylphenidate หรือเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นในระหว่าง เข้าร่วมการศึกษา

จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับฉลากแบบไม่ใส่คืนในแต่ละกลุ่มจำนวนกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ดำเนินการ กิจกรรมเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ เป็นการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการ เป็นการให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่ม และติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) โดยมีขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและค้นหาแบบแผนความเชื่อที่มีต่อการรับประทานยา 2) การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคและการจัดการกับปัญหาอุปสรรค 3) สรุปความคิดรวบยอดประเมินผลปรับปรุง
2. คู่มือการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น
3. แผ่นพับความรู้เรื่องยา methylphenidate
4. สื่อวีดิทัศน์การรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน การมีโรคร่วมและลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นในเด็กสมาธิสั้น และการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น ดัดแปลงมาจากวันวิ พิมพรัตน์⁽¹⁷⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยคำตอบจะแบ่งเป็น 2 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ความรู้ดี คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 และความรู้ไม่ดี คะแนนน้อยกว่า 6
3. แบบวัดความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ดัดแปลงมาจากวันวิ พิมพรัตน์⁽¹⁷⁾ โดยการนับเม็ดยาและใช้สูตรการคำนวณความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้น คือ ร้อยละความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็ก = $[(\text{จำนวนยาที่ได้รับ} - \text{จำนวนยาที่คงเหลือ}) \times 100] \div \text{จำนวนยาที่ควรได้รับ}$ เกณฑ์การแปลความหมายแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ผู้ปกครองมีความสม่ำเสมอในการให้ยาเด็ก ร้อยละมากกว่าเท่ากับ 80 และผู้ปกครองไม่มีความสม่ำเสมอในการให้ยาเด็ก ร้อยละน้อยกว่า 80

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นในเด็ก และการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ กุมารแพทย์ และหัวหน้าเภสัชกร โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.87 และ 1.0

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นในเด็กสมาธิสั้น ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้นที่มาใช้บริการและไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนของการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นเตรียมการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอทำวิจัยส่งผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. เมื่อผู้ปกครองนำผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้มารับการตรวจ ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ผู้วิจัยได้นำเข้ากลุ่มทดลอง แล้วดำเนินการตามโปรแกรมจำนวน 7-8 ราย ต่อสัปดาห์ จนครบ 30 ราย

4. หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการกับกลุ่มควบคุม โดยให้การพยาบาลตามปกติ เป็นรายบุคคลจำนวน 7-8 ราย ต่อสัปดาห์ จนครบ 30 ราย

5. จากนั้นนำแบบสอบถามที่บันทึกได้ทั้งหมด ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผลตามขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนการวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล จำนวน 7-8 ราย ต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งพินิจสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งนัดหมายเป็นรายกลุ่มในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยพบผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้นอีกครั้ง ที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเดิม ภายหลังจากรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น เพื่อเป็นการพินิจสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้นในเด็กและการรับประทานยา methylphenidate พร้อมแจกแผ่นพับชุดความรู้ฯ พุดคุยให้กำลังใจและยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล จำนวน 7-8 ราย ต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 60 นาที) ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

กิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพและค้นหาแบบแผนความเชื่อที่มีต่อการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น

1. ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ทำแบบสอบถาม (pretest)
2. จัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอบถามและติดตามความสม่ำเสมอของการรับประทานยา
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคสมาธิสั้นเมื่อรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และการรับรู้การเกิดผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์หรืออาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับเด็กเมื่อรับประทานยาสมาธิสั้น โดยการให้ความรู้ (psycho education) ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และแผ่นพับเรื่องโรคสมาธิสั้นและการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น
4. เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวซักถาม พุดคุยให้กำลังใจให้ระบายนามความรู้สึกที่คับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลต่อการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น
5. ฝึกทักษะการจัดยาาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 (ติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เป็นรายบุคคล ใช้เวลา

กิจกรรม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการจัดการกับปัญหาอุปสรรค
กิจกรรมรายบุคคลและในกลุ่มไลน์กระตุ้นให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนซักถามข้อประเด็น ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น
รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ในเรื่อง

1. ความสม่ำเสมอของการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น
2. ทบทวนความรู้เรื่องการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น

การเกิดผลข้างเคียงจากรักษาสามาริสนั้ เพื่อผู้ดูแลรับรู้หรือสังเกตเห็นถึงการเกิดผลข้างเคียง อาการไม่พึงประสงค์หรืออาการรบกวนที่เกิดขึ้นกับเด็กเมื่อรับประทานยาสามาริสนั้อีกครั้ง

3. เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวซักถาม พูดคุยให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลา 60 นาที) ณ คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

กิจกรรม การสรุปความคิดรวบยอดการส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate
ในเด็กสมาธิสั้น

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เปิดโอกาสให้ผู้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอบถามและติดตามความสม่ำเสมอของการรับประทานยา ทำแบบสอบถามอีกครั้ง (posttest)
2. พูดคุยให้กำลังใจและยุติการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีการวิเคราะห์ตามลำดับ
ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน การมีโรคร่วม และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (ภายในกลุ่มทดลอง) ด้วยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครองระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทู้มแบน เลขที่ 008/67 (วันที่รับรอง 23 พฤษภาคม 2567)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะส่วนใหญ่คล้ายกัน (ตารางที่ 1) อย่างไรก็ตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุและความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็กสมมติแตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35 – 44 ปี จำนวน 16 ราย ร้อยละ 53.3 และผู้ดูแลเป็นบิดา/มารดา จำนวน 22 ราย ร้อยละ 73.3 ขณะที่กลุ่มทดลองมีอายุ 55 ปี ขึ้นไป จำนวน 16 ราย ร้อยละ 53.5 ผู้ดูแลเป็น ปู่/ย่า/ตา/ยาย จำนวน 20 ราย ร้อยละ 66.67

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	2	6.7	2	6.7
หญิง	28	93.3	28	93.3
อายุ				
35 – 44 ปี	16	53.3	6	20.0
45 – 54 ปี	7	23.3	8	26.7
55 ปี ขึ้นไป	7	23.3	16	53.3
รายได้ต่อเดือน				
5,001 – 10,000 บาท	10	33.3	10	33.3
10,001 – 15,000 บาท	14	46.7	14	46.7
15,001 – 20,000 บาท	1	3.3	2	6.7
20,001 – 25,000 บาท	2	6.7	2	6.7
25,001 – 30,000 บาท	2	6.7	1	3.3
30,001 – 35,000 บาท	1	3.3	1	3.3
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	9	30.0	9	30.0
มัธยมศึกษา	15	50.0	15	50.0
อนุปริญญา	5	16.7	5	16.7
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3
อาชีพ				
รับจ้าง	10	33.3	10	33.3
ค้าขาย	13	43.3	13	43.3
ทำสวน ทำไร่	7	23.4	7	23.4
โรคร่วม				
มี	30	100	30	100

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	22	73.3	10	33.3
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	8	26.7	20	66.7

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate เท่ากับ 4.63 (SD=0.86) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับเท่ากับ 7.96 (SD=1.03) เมื่อทดสอบสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate เท่ากับ 76.38 (SD=4.36) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate เท่ากับ 85.46 (SD=5.59) เมื่อทดสอบสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ผลลัพธ์	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate	4.63	.86	7.96	1.03	-13.449	<0.001
ความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate	76.38	4.36	85.46	5.59	-5.261	<0.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครองระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หลังทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate เท่ากับ 4.30 (SD=1.72) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 7.96 (SD=1.03) เมื่อทดสอบสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

หลังทดลอง กลุ่มควบคุมมีความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate เท่ากับ 78.13 (SD=4.23) ส่วนกลุ่มทดลองมีความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยาเท่ากับ 85.46 (SD=5.59) เมื่อทดสอบสถิติ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate และความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate	4.30	1.72	7.96	1.03	-13.653	<0.001
ความสม่ำเสมอในการให้เด็กรับประทานยา methylphenidate	78.13	4.23	85.46	5.59	-83.684	<0.001

อภิปราย

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม และระยะหลังทดลอง ระหว่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครองเด็กที่สร้างขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา methylphenidate เห็นความสำคัญของการให้ผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นรับประทานยา และจากการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามที่จะปฏิบัติตาม สอดคล้องกับแนวคิดความรู้⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า การเรียนรู้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวรและพฤติกรรมใหม่นี้ เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณหรืออู่อิมิภาวะ หรือความบังเอิญ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจะต้องเปลี่ยนไปอย่างค่อนข้างถาวร จึงจะถือว่าเป็นการเรียนรู้ขึ้น หากเป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวก็ยังไม่ถือว่าเป็นการเรียนรู้ เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Safavi P, et al.⁽¹⁸⁾

เมื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะหลังทดลอง ระหว่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate สำหรับเด็กสมาธิสั้นที่พัฒนาขึ้น มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่าง สม่ำเสมอ ครบถ้วน ทั้งในด้านขนาดและความถี่ ตามแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Morisky DE, et al.⁽¹³⁾ ที่อธิบายว่าพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การใช้ยาครบถ้วนตามปริมาณและระยะเวลาที่กำหนด โดยได้รับการกำกับดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และไม่มีพฤติกรรมหยุดใช้ยาก่อนคำสั่งของแพทย์ โปรแกรมดังกล่าวจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลการใช้ยาของเด็กสมาธิสั้น ช่วยลดปัญหาการหยุดใช้ยาด้วยตนเอง และส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษาในระยะยาว

นอกจากนี้การศึกษาของกรณีศึกษา ไถนาเพรียว⁽¹¹⁾ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ 2) การรับรู้และให้ความสนใจต่อผลข้างเคียงของยา รวมถึงการป้องกันและจัดการความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา และ 3) การยอมรับแนวทางการรักษา โดยผู้ดูแลต้องเรียนรู้และปรับบทบาทการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลยังรวมถึง ทักษะการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาการรักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และ ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความถี่ของการใช้ยาในแต่ละวัน และ ระยะเวลาการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การพัฒนาโปรแกรมที่สามารถตอบสนองต่อปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถดูแลและสนับสนุนการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีขึ้นสำหรับเด็กสมาธิสั้น

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. งานวิจัยนี้มีการสร้างสัมพันธภาพและศึกษารูปแบบความเชื่อของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีศักยภาพในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยา อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้จากการศึกษานี้ยังไม่ได้ถูกนำไปวิเคราะห์หรือนำเสนอในรายงาน จึงเป็นโอกาสในการต่อยอดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาในอนาคต

2. ความแตกต่างของอายุและบทบาทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองถือเป็นข้อจำกัดของงานวิจัย เนื่องจากอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการให้ยาและความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งอาจมีผลต่อการแปลผลและเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate

สรุปผล

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ณ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้ยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสม่ำเสมอในการให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยา methylphenidate ของผู้ปกครอง ก่อน-หลัง เข้าร่วมโปรแกรม และระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง สามารถใช้เป็นแนวทางการบริบาลยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้น ของกลุ่มงานเภสัชกรรม ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยา methylphenidate ในเด็กสมาธิสั้นในวัยเรียนของผู้ปกครอง และศึกษาวิจัยติดตามผลของโปรแกรมนี้อีกต่อไป เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้โอกาสและให้คำปรึกษาจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จ ขอขอบคุณคุณ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช และผู้ปฏิบัติงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Krain AL, Castellanos FX. Brain development and ADHD. Clin Psychol Rev. 2006;26(4):433-44.
2. ปัจฉิมา หลอมประโคน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสมาธิสั้นในเด็ก. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ. สุรินทร์ บัณฑิต. 2565;37(2):381-90.
3. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. สมาธิสั้น [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://th.rajanukul.go.th/_admin/file-download/groupreview0000268.pdf
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (workload) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/spk/public/standard-report-detail/90ccfbfd92f7d1bdd89d0cfd8b4e46ec>
5. วิธารณ บุญสิทธิ. โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(4):373-86.
6. จินิส สีห์รา, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์, ชุตติมา แจ่มจิต, ชาญวิทย์ พรนภดล. การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองเพื่อลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2562;64(1):3-20.
7. ชาญวิทย์ พรนภดล. คู่มือวิทยาการการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก. นครปฐม: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ม.มหิดล; 2548.
8. ชมรมผู้ปกครองบุคคลสมาธิสั้นแห่งประเทศไทย. การใช้ยาและผลของยา. [ม.ป.ป] [เข้าถึงเมื่อ 19 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.adhdthai.com/autistic/catalog.php?category=17>
9. พาสินี แจ่มจำ, สุณิศา สุขตระกูล, ประนอม รอดคำดี. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น. วารสารแพทยนาวิ. 2562;46(1):32-48.
10. อธิชาดา อธิพงษ์อารมณ์, นิดา ลิ้มสุวรรณ. สาเหตุของการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น วัยเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(1):33-46.

11. กรรณิกา ไถนาเพรียว, อรวรรณ หนูแก้ว, วิณา คันฉ่อง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทายาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2565;28(3):72-86.
12. Rosenstock M, Strecher J, Becker H. Social learning theory and the health belief model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83.
13. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.
14. Bloom BS. Taxonomy of Education Objectives: The Classification of Education Goal. New York: Longman; 1956.
15. ปณมชกร เฟื่องโพธิ์ทอง. โปรแกรมการบริบาลยาเภสัชกรรมส่งเสริมความต่อเนื่องในการรับประทายาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(1):185-97.
16. Cohen J. Statistical Power Analysis. Psychol Sci. 1988;1(3):98-101
17. วันรวี พิมพ์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2566;61(1):15-26.
18. Safavi P, Saberzadeh M, Tehrani AM. Factors associated with treatment adherence in children with attention deficit hyperactivity disorder. Indian J Psychol Med. 2019;41(3):252-7.