



# การศึกษานำร่องเรื่องประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองเพื่อลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

## Effectiveness of Parent Group Intervention for Reducing Medication Nonadherence in Children with ADHD: A Pilot Study

จินิส สีห์รา\*, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์\*, ชุตติมา แจ็งจิตร์\*, ชาญวิทย์ Pornnoppadol\*

Genis Seera, Wanlop Atsariyasing\*, Chutima Jangjit\*, Chanvit Pornnoppadol\*

\* สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

\* Division of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง ในการลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในเด็กสมาธิสั้น

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช ศึกษาในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นรายใหม่ อายุ 6 ถึง 12 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยา methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น กลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาร่วมกับจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ปกครอง ซึ่งให้ความรู้ผู้ปกครองเรื่องโรคสมาธิสั้น และแนะนำเทคนิคการเลี้ยงดูเชิงบวก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างเดียว ติดตามผล 6 เดือน วัดผลลัพธ์หลักเป็นร้อยละการรับประทานยาโดยคำนวณจากการนับเม็ดยา วัดผลลัพธ์รองด้านอาการสมาธิสั้นของผู้ป่วยด้วย Thai ADHD Screening scale (THASS) และความบกพร่องทางหน้าที่ด้วย Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS)

**ผลการศึกษา** มีจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษารวม 39 ราย อัตราการรับประทานยาที่ 6 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 81.8 และ 86.5 ตามลำดับ ( $p = 0.545$ ) สำหรับอาการสมาธิสั้นพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการช่น/ว่ความลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีร้อยละของคะแนน THASS ที่ลดลงเทียบกับ ณ วันเข้าร่วมการศึกษา 35.4 และ 7.4 ตามลำดับ ( $p = 0.019$ ) สำหรับอาการขาดสมาธิ และความบกพร่องทางหน้าที่พบว่าลดลงไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม

**สรุป** กิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองไม่มีประสิทธิผลในการลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยติดตามผลระยะยาวในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น

**คำสำคัญ** สมาธิสั้น การรับประทานยาสม่ำเสมอ กิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง การให้ความรู้

Corresponding author: จินิส สีห์รา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(1): 3-20

## ABSTRACT

**Objective :** To study the effectiveness of parental group intervention for reducing medication nonadherence in children with ADHD.

**Methodology :** A quasi-experimental study was conducted at the child and adolescent outpatient unit, Siriraj Hospital. Subjects were children with newly diagnosed ADHD age 6 to 12 years who were treated with immediate-release methylphenidate. Patients in the experimental group received medication plus a parental group intervention which consisted of parental psychoeducation about ADHD and techniques for positive parenting, whereas patients in the control group received standard medication alone. Both groups were followed for 6 months. The primary objective was to measure the percentage of pills taken calculated from pill counts. Secondary objectives included the change in ADHD symptom severity and functional outcome measured by Thai ADHD Screening scale (THASS) and Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS).

**Results :** A total of 39 cases completed the study. There was no significant difference between the experimental and control groups in the percentage of pills taken at 6 months (81.8% versus 86.5%, respectively;  $p = 0.545$ ). The experimental group had a significant reduction in hyperactive/impulsive symptoms compared to controls (percentage of reduction from baseline 35.4% versus 7.4%, respectively;  $p = 0.019$ ), but no difference in reduction in inattentive symptoms nor functional impairment.

**Conclusion :** The parental group intervention had no significant effect in reducing medication nonadherence. Further studies are needed to follow up long term outcomes in larger samples.

**Keywords :** ADHD, medication adherence, methylphenidate, parental group intervention, psychoeducation

---

Corresponding author: Genis Seera

J Psychiatr Assoc Thailand 2019; 64(1): 3-20

## บทนำ

โรคสมาธิสั้นหรือ attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำงานของสมองที่มีอาการหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง 2) ซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง 3) วู่วาม หุนหันพลันแล่น ที่เป็นมากกว่าเด็กในวัยเดียวกัน และทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม<sup>1,2</sup> โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็กวัยเรียน โดยการศึกษาในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษามีค่าสูงถึงร้อยละ 8.1<sup>3</sup> ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือและรักษาอย่างเหมาะสม มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะติดต่อต้านและภาวะเกรี้ยวกราดในอนาคต นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ติดสุรา และการใช้ความรุนแรงในครอบครัว<sup>3,4</sup> การรักษาโรคสมาธิสั้นอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญในการป้องกันปัญหาระยะยาวที่อาจเกิดทั้งต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม

การรักษาโรคสมาธิสั้น ต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานหลายอย่างร่วมกัน อันประกอบไปด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำแก่เด็กและผู้ปกครอง การปรับพฤติกรรม การรับประทานยา การประสานงานกับครูที่โรงเรียน และการดูแลภาวะที่พบร่วม<sup>2</sup> สำหรับการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนหรือวัยประถมศึกษา พบว่าการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างเดียว หรือการรับประทานยาควบคู่กับการปรับพฤติกรรม สามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้นได้ดีกว่าการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>5-8</sup> โดยยารักษาโรคสมาธิสั้นที่เป็นทางเลือกแรก ได้แก่ ยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง หรือ central nervous system (CNS) stimulants ซึ่งได้ผลในการรักษาประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วย<sup>2,5</sup> สำหรับยากลุ่ม CNS stimulants ที่มีใช้ในประเทศไทยได้แก่ methylphenidate โดยชนิดที่มักเลือกใช้เป็นตัวแรกและอยู่ในรายการบัญชียาหลักแห่งชาติคือ methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น

(immediate release methylphenidate) ซึ่งจำเป็นต้องรับประทานวันละ 2-3 ครั้ง

อย่างไรก็ตาม พบว่ามีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจำนวนไม่น้อยที่รับประทานยา methylphenidate ไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดรับประทานยา methylphenidate หลังจากรักษาไประยะหนึ่ง<sup>9-11</sup> ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานยาตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ในด้านขนาดของยา ความถี่ และเวลาในการรับประทานยา จัดเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (medication nonadherence) โดยค่าเฉลี่ยของอัตราการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่โรคสมาธิสั้น มีค่าระหว่าง 15 ถึงร้อยละ 87<sup>12</sup> นอกจากนี้ อัตราของการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา โดยที่เวลา 1 ปีหลังจากเริ่มรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 35 มีการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดยาเอง และที่เวลา 2 และ 5 ปี พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ยังคงรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ นั้นลดลงเหลือร้อยละ 50 และ 30 ตามลำดับ ซึ่งการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดรับประทานยาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร<sup>10,11</sup>

สาเหตุของการหยุดยาที่สำคัญ ได้แก่

1. เด็กและผู้ปกครองมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น หรือไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยา<sup>11,13-17</sup>
2. ผู้ปกครองกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา แม้ว่าผลข้างเคียงส่วนใหญ่มักไม่รุนแรงและลดลงหรือหายไปได้หลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง<sup>15-18</sup>
3. เด็กมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรับประทานยา (stigma)<sup>15,19-21</sup>

การศึกษาเหล่านี้เสนอแนะว่าการให้ความรู้ (psychoeducation) กับเด็กและผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และยาที่ใช้ในการรักษา น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาสม่ำเสมอมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาจำนวนน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองว่าได้ผลในการเพิ่มความ

สม่ำเสมอของการรับประทานยาโรคสมาธิสั้นจริงหรือไม่ โดยการศึกษาเกี่ยวกับ randomized control trial ในต่างประเทศที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองกับการรับประทานยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยสมาธิสั้น ได้แก่การศึกษาของ Montoya<sup>22</sup> และ Bai<sup>23</sup> ซึ่งผลการศึกษาของ 2 งานนี้ได้ข้อสรุปที่แตกต่างกัน สำหรับในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องนี้มาก่อน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองต่อการลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดยกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการรักษาโดยการรับประทานยา ร่วมกับแนะนำทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกเพื่อให้ผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมควบคู่กับการรักษาโดยการรับประทานยา

## วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองในการลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดยวัดอัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอ (medication adherence rate) ด้วยวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือ (pill count)

### วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองในการลดอาการของโรคสมาธิสั้น (ADHD symptoms)
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองในการลดความบกพร่องทางหน้าที่ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (functional impairment)
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ผู้ปกครองคิดว่ามีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของบุตรที่เป็นผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

## วิธีการศึกษา

การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) โดยเชิญผู้เข้าร่วมการศึกษาดังแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล [331/2559(EC1)]

## กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ปกครองของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ณ หน่วยตรวจโรคผู้เรียนนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมการศึกษา (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ปกครองของผู้ป่วยรายใหม่ (new case) อายุระหว่าง 6 ถึง 12 ปี 11 เดือน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นโดยอาจารย์แพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ตามเกณฑ์ DSM-5<sup>1</sup> ไม่นเกิน 6 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษา
2. ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย โดยดูแลต่อเนื่องนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป
3. ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา immediate release methylphenidate (Ritalin<sup>®</sup> หรือ Rubifen<sup>®</sup>)
4. หากอยู่ในกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง ผู้ปกครองสามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้อย่างน้อย 1 ครั้งจากทั้งหมด 4 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมการศึกษา (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา methylphenidate หรือเคยมีอาการข้างเคียงรุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยา methylphenidate
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค bipolar disorder, psychosis, autism spectrum disorder, หรือ intellectual disability ก่อนหรือหลังจากเข้าร่วมการศึกษา

### เกณฑ์การถอนผู้ร่วมการศึกษาหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา (withdrawal or termination criteria)

1. ผู้ปกครองและผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษา กับแพทย์เจ้าของไข้ที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็ก (loss follow up)
2. ผู้ปกครองที่อยู่ในกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผู้ปกครองไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้เลย
3. แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาให้ผู้ป่วยหยุดยา immediate release methylphenidate หรือเปลี่ยนเป็นยาชนิดอื่นในระหว่างเข้าร่วมการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบฟอร์มข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ ชั้นเรียน โรคประจำตัว และข้อมูลของผู้ปกครอง เช่น อายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ
2. แบบบันทึกจำนวนเม็ดยาที่เหลือโดยการนับเม็ดยา (pill count) โดยผู้ปกครองจะได้รับแบบฟอร์มนับเม็ดยาให้ผู้ปกครองนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือจากบ้านก่อนนำมาส่งที่หน่วยตรวจในวันนัดครั้งถัดไป กรณีผู้ปกครองไม่ได้นำมาหรือลืมมาแบบฟอร์มมาพยาบาลที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กจะสอบถามปริมาณยาที่เหลือจากผู้ปกครอง หรือหากผู้ปกครองนำของยามาด้วยจะตรวจสอบและนับเม็ดยาให้ สำหรับจำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อหนึ่งวัน และระยะเวลาจนถึงวันนัดครั้งถัดไป ได้ข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียน คำนวณร้อยละของการรับประทานยาจาก จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยรับประทานจริงหารด้วยจำนวนเม็ดยาที่ควรรับประทาน
3. แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Thai ADHD Screening scale : THASS) ฉบับผู้ปกครองเด็กโต อายุ 6 ถึง 12 ปี 11 เดือน (THASS-P)<sup>24</sup> เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ ใช้สำหรับคัดกรองโรคสมาธิสั้น และติดตามอาการของโรค

สมาธิสั้นหลังการรักษา มีหลายฉบับแบ่งตามอายุของเด็กและผู้ตอบแบบสอบถาม (ผู้ปกครอง ครู หรือตัวเด็กเอง) กรณีที่เป็นเด็กวัยรุ่น) มีข้อคำถามทั้งสิ้นฉบับละ 30 ข้อ โดยข้อที่ 1 ถึง 15 วัดอาการซน อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/impulsivity: HA/Imp) และข้อที่ 16 ถึง 30 วัดอาการขาดสมาธิ (inattentiveness: IA) รวมเป็นคะแนนของแต่ละด้าน ค่าต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 45 คะแนน โดยคะแนนที่สูง บ่งบอกถึงความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคสมาธิสั้น หรืออาการของโรคสมาธิสั้น หลังการรักษาที่ยังมาก สำหรับ THASS ฉบับผู้ปกครอง (P) มี Cronbach's alpha = 0.96 test-retest reliability มีค่า  $r = 0.80-0.90$  มีค่าความไวเท่ากับ 0.75 และมีค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.55<sup>24</sup>

4. แบบประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น ฉบับผู้ปกครอง (Weiss Functional Impairment Rating Scale-Parent report : WFIRS-P)<sup>25</sup> เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย สิริรัตดา ปัญญาภาส และคณะ ใช้ประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดยผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบประเมิน ข้อคำถามมีทั้งสิ้น 50 ข้อ รวมคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 150 คะแนน แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัวจำนวน 10 ข้อ ด้านการเรียนและพฤติกรรมในโรงเรียนจำนวน 10 ข้อ ด้านทักษะการใช้ชีวิตจำนวน 10 ข้อ ด้านมุมมองที่มีต่อตนเองจำนวน 3 ข้อ ด้านทักษะการเข้าสังคมจำนวน 7 ข้อ และด้านพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ จำนวน 10 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha = 0.98 test-retest reliability มีค่า  $r =$  กับ 0.88<sup>25</sup>

5. แบบสอบถามปัจจัยที่คิดว่ามีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของบุตร เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบโดยผู้วิจัย ให้ผู้ปกครองเลือกปัจจัยที่คิดว่ามีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของบุตร แบ่งเป็น 4 หมวดหมู่ ได้แก่ ปัจจัยจากยา ปัจจัยจากบุตร ปัจจัยจากผู้ปกครองหรือครอบครัว และปัจจัยจากระบบการให้บริการ โดยสามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ (ภาคผนวก 1)

## ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยเชิญชวนผู้ปกครองของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจากหน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช เข้าร่วมการศึกษา โดยผู้ปกครองสามารถเลือกเข้ากลุ่ม เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง (กลุ่มทดลอง) หรือกลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง (กลุ่มควบคุม) ได้ตามความสมัครใจ

1. กลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง: ผู้ปกครองจะได้รับเชิญเข้ากิจกรรมกลุ่ม เดือนละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 เดือน รวมเข้ากิจกรรมทั้งสิ้น 4 ครั้ง กิจกรรมใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยกิจกรรมทั้งหมดดำเนินโดยทีมผู้วิจัย รายละเอียดของกิจกรรมดังในตารางที่ 1

### ตารางที่ 1 กิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง

กิจกรรมครั้งที่	วิดีโอ ความยาว 20 นาที	กิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง 40 นาที
1	<p><b>“สมาธิสั้น รักษาได้ถ้าเข้าใจ”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคสมาธิสั้นคืออะไร</li> <li>- สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้น</li> <li>- อาการของโรคสมาธิสั้น</li> <li>- ผลที่ตามมาหากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง</li> <li>- เกริ่นนำเรื่องยารักษาโรคสมาธิสั้น</li> <li>- เกริ่นนำเรื่องการรักษาโดยการปรับพฤติกรรม</li> </ul>	<p>กิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง โดยแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำตัวทีมผู้วิจัย และสมาชิกผู้ปกครอง</li> <li>- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง</li> <li>- ผู้ปกครองแบ่งปันเรื่องราวของบุตรหลานที่พามารักษา</li> <li>- ผู้ปกครองแบ่งปันความรู้ที่ได้รับจากการชมวิดีโอ และแสดงความคิดเห็น</li> <li>- ชักถามและตอบข้อสงสัย</li> </ul>
2	<p><b>“การรักษาสมาธิสั้น ไม่ให้เด็กรับประทานยาได้หรือไม่”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยการรับประทานยา methylphenidate</li> <li>- กลไกการทำงานของยา</li> <li>- ประสิทธิภาพของยา methylphenidate ในการรักษาโรคสมาธิสั้น</li> <li>- ข้อมูลความปลอดภัยของยา methylphenidate</li> <li>- ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น</li> <li>- ความสำคัญในการรับประทานยาต่อเนื่อง</li> </ul>	<p>กิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง โดยแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนเนื้อหาที่ได้เรียนไปในกิจกรรมครั้งที่แล้ว</li> <li>- ผู้ปกครองแบ่งปันหลังจากบุตรเริ่มรักษาโดยการรับประทานยาบุตรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง</li> <li>- ผู้ปกครองแบ่งปันปัญหาที่พบในการดูแลให้บุตรรับประทานยา หรือผลข้างเคียงที่บุตรได้รับการรับประทานยา</li> <li>- แนะนำวิธีการดูแลให้บุตรรับประทานยา หรือการดูแลหากเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา</li> </ul>
3 และ 4	<p><b>การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น</b></p> <p>กิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง 60 นาที โดยพยาบาลวิชาชีพ (ไม่มีวิดีโอ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนเนื้อหาที่ได้เรียนไปในกิจกรรมครั้งที่แล้ว</li> <li>- กิจกรรมกลุ่ม ทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวก (positive parenting skills) เช่น การรับฟัง การสื่อสารเชิงบวก การให้คำชม การลงโทษ การสร้างวินัยทางบวก (positive discipline)</li> <li>- เทคนิคการดูแลให้เด็กรับประทานยาสม่ำเสมอ (techniques to improve medical adherence) การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการทานยา เช่น การพูดคุยกับเด็ก ทำสมุดบันทึกยา การหาภาษาชนะเก็บยา การสื่อสารกับครูให้ช่วยดูแลเรื่องการทานยา</li> <li>- (เฉพาะกิจกรรมครั้งที่ 4) สรุปการเรียนรู้ที่ได้จากกิจกรรมทั้ง 4 ครั้ง</li> </ul>	

2. กลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง: ผู้ป่วยและผู้ปกครองจะได้รับการตรวจติดตามการรักษาตามปกติที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

โดยในทั้งสองกลุ่ม จะเก็บข้อมูล pill count, THASS-P<sub>2</sub>, WFIRS-P ณ วันเข้าร่วมการศึกษา และที่ 6 เดือนหลังเข้าร่วมการศึกษา และเก็บข้อมูลปัจจัยที่คิดว่ามีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอที่ 6 เดือนหลังเข้าร่วมการศึกษา

### การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาที่ใกล้เคียงมากที่สุด<sup>26</sup> กลุ่มควบคุมคือ คือ กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง มีอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 32 (P1 = 0.32) คาดว่าโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง สามารถลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเหลือเท่ากับร้อยละ 10 (P2 = 0.10) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และ 2 เท่ากับ 0.05 และ 0.2 จะต้องใช้ตัวอย่างกลุ่มละ 53 ราย รวมทั้งหมดเท่ากับ 106 ราย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การพรรณนาข้อมูลปริมาณด้วยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณภาพด้วยจำนวนและร้อยละ และการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มข้อมูลปริมาณด้วย t-test (normality) หรือ Mann-Whitney U-test (non-normality) ข้อมูล proportion ใช้ Chi-square test มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ  $p < 0.05$  วิเคราะห์โดยใช้ SPSS - version 18

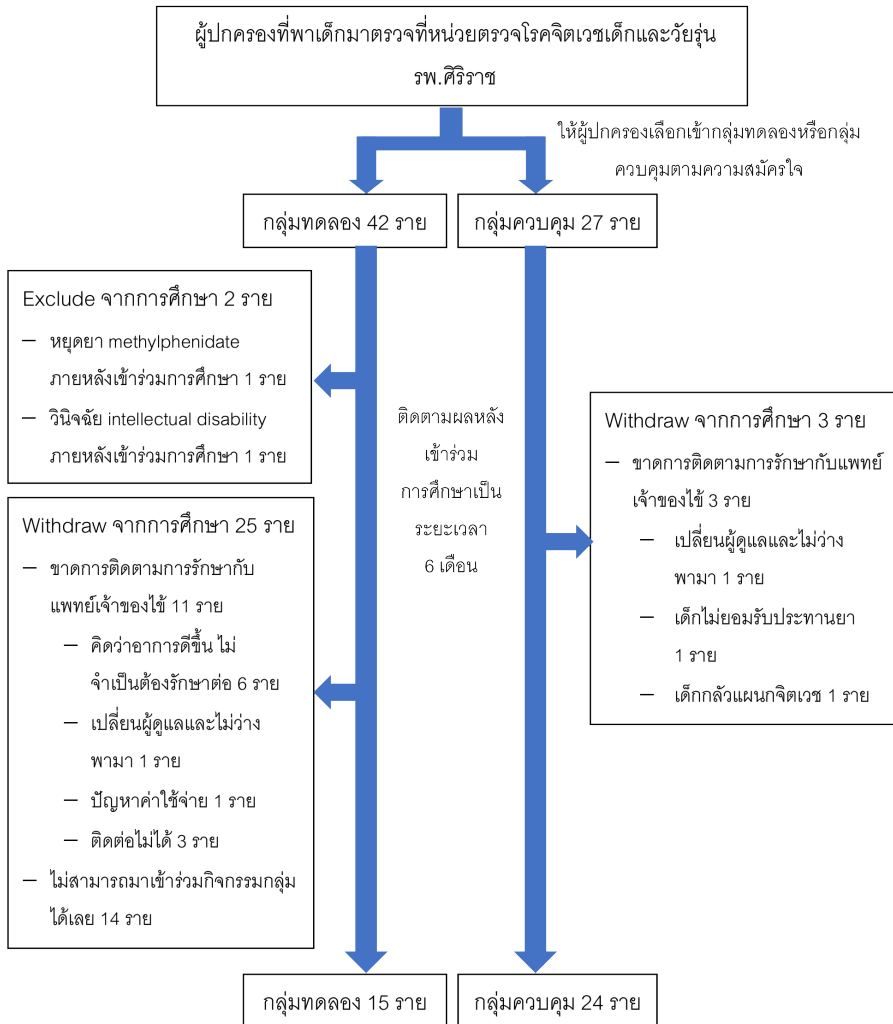
## ผลการศึกษา

### จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าที่คำนวณไว้ได้กลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง (กลุ่มทดลอง, case) 42 ราย และกลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง (กลุ่มควบคุม, control) 27 ราย รวมทั้งสิ้น 69 ราย

### ระหว่างการศึกษา

กลุ่มทดลองมีการคัดออกจากการศึกษา 2 ราย ถอนหรือยุติจากการศึกษา 25 ราย โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ ผู้ปกครองไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้เลย (เข้ากิจกรรม 0 ครั้งจาก 4 ครั้ง) 14 ราย กลุ่มควบคุมมีการถอนหรือยุติจากการศึกษา 3 ราย ติดตามผลที่ 6 เดือน จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ยังอยู่ในการศึกษาแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 24 ราย รวมทั้งสิ้น 39 ราย ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ไม่มาตรวจตามนัดแพทย์เจ้าของไข้ (loss follow up) ผู้วิจัยได้โทรศัพท์เพื่อติดตามและสอบถามสาเหตุที่ไม่มาตรวจตามนัดแพทย์ พบว่า กลุ่มทดลองมีสาเหตุจากผู้ปกครองคิดว่าอาการดีขึ้นและไม่จำเป็นต้องรักษาต่อ 6 ราย เปลี่ยนผู้ดูแลและผู้ดูแลไม่ว่างพามา 1 ราย ปัญหาค่าใช้จ่าย 1 ราย กลุ่มทดลองมีสาเหตุจากเปลี่ยนผู้ดูแลและผู้ดูแลไม่ว่างพามา 1 ราย เด็กไม่ยอมรับประทานยา 1 ราย เด็กกลัวแผนกจิตเวช 1 ราย (แผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

**ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเด็กมีค่าประมาณ 8 ปี ในทั้งสองกลุ่ม ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ภาวะการเรียนรู้บกพร่องเฉพาะด้าน (specific

learning disorders) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ถึง 90 มีการรับประทานยา 3 มื้อ ขนาดยาเฉลี่ยต่อน้ำหนักตัวต่อหนึ่งวัน (mg/kg/day) ณ เวลาเข้าร่วมการศึกษาอยู่ที่ 0.6 mg/kg/day ในขณะที่ขนาดยาเฉลี่ยที่ 6 เดือนหลังเข้าร่วมการศึกษามีค่าประมาณ 0.9 mg/kg/day



ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มผู้ ปกครอง (กลุ่มทดลอง) (n=15) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มไม่เข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มผู้ ปกครอง (กลุ่มควบคุม) (n=24) จำนวน (ร้อยละ)	p- value
<b>ผู้ป่วย</b>			
อายุ, ปี (mean [SD])	8.5 (1.5)	8.4 (1.4)	0.833
เพศชาย	13 (86.7)	21 (87.5)	1.000
<b>โรคร่วม</b>			
specific learning disorder	5 (33.3)	9 (37.5)	0.792
oppositional defiant disorder	0 (0)	1 (4.2)	1.000
tics disorder	0 (0)	0 (0)	-
communication disorder	0 (0)	0 (0)	-
<b>ชื่อการค้าของยา Methylphenidate</b>			
Ritalin®	7 (46.7)	7 (29.2)	0.268
Rubifen®	8 (53.3)	17 (70.8)	-
ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัย ADHD จนถึงวันเชิญเข้าร่วมการศึกษา, เดือน (mean [SD])	1.9 (2.3)	1.0 (1.1)	0.153
ขนาดยาต่อน้ำหนักตัวต่อวัน ณ วันที่เริ่มเข้าการศึกษา, กก.(mean [SD])	0.64 (0.18)	0.59 (0.16)	0.419
ขนาดยาต่อน้ำหนักตัวต่อวัน เดือน 6 หลังเข้าร่วมการศึกษา	0.86 (0.25)	0.88 (0.22)	0.756
<b>มียาที่รับประทานต่อวัน</b>			
2 มื้อ	3 (20.0)	2 (8.3)	0.354
3 มื้อ	12 (80.0)	22 (91.7)	-
<b>ผู้ปกครอง</b>			
อายุบิดา, ปี (mean [SD])	39.7 (4.6), n = 12	38.2 (5.9), n = 21	0.476
อายุมารดา, ปี (mean [SD])	36.7 (6.0), n = 13	36.2 (7.2), n = 22	0.847
<b>วุฒิการศึกษาบิดา</b>			
	n = 10	n = 18	
ปริญญา/อนุปริญญา	4 (40.0)	7 (38.9)	1.000
ต่ำกว่าอนุปริญญา	6 (60.0)	11 (61.1)	-
<b>วุฒิการศึกษามารดา</b>			
	n = 13	n = 19	
ปริญญา/อนุปริญญา	7 (53.8)	9 (47.4)	0.719
ต่ำกว่าอนุปริญญา	6 (46.2)	10 (52.6)	-

อัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอ (medication adherence rate) ใช้วิธีวัดร้อยละของการรับประทานยา โดยคำนวณจากปริมาณยาที่รับประทานจริงหารปริมาณยาที่ควรรับประทาน x ร้อยละ 100 ณ วันที่เข้าร่วมการศึกษากลุ่มทดลองมีร้อยละของการรับประทานยาเฉลี่ยเท่ากับ 88.6 (SD = 14.4) กลุ่มควบคุม 89.1 (SD = 19.2) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.935$ ) โดยมีร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่ม good adherence กล่าวคือ มีร้อยละของการรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับ 80 ของจำนวนยาทั้งหมดที่ควรรับประทานจริง<sup>27-29</sup> ในกลุ่มทดลองร้อยละ 80.0 กลุ่มควบคุมร้อยละ 79.2 ( $p = 1.000$ ) (ตารางที่ 3)

คะแนน THASS-P<sub>2</sub> และ WFIRS-P ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ณ วันเข้าร่วมการศึกษา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย THASS-P<sub>2</sub> ด้านอาการชวน/วู่วาม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 27.9 (SD = 7.4) กลุ่มควบคุม 24.9 (SD = 8.5) ด้านอาการขาดสมาธิ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 35.5 (SD = 7.9) กลุ่มควบคุม 34.4 (SD = 7.8) สำหรับ WFIRS-P ของกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 33.5 (min = 13, max = 86) กลุ่มควบคุม 35.5 (min = 10, max = 67) โดยการกระจายตัวของข้อมูลคะแนน WFIRS-P ไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

#### ผลลัพธ์หลัก (primary outcome)

อัตราการรับประทานยาที่ 6 เดือน ซึ่งได้จากการคำนวณร้อยละของการรับประทานยา ณ เดือนที่ 6 หลังเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 81.8 (SD = 28.3) กลุ่มควบคุม 86.5 (SD = 17.3) (ตารางที่ 3) พบว่าร้อยละของการรับประทานยาที่ 6 เดือนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม ( $p = 0.545$ ) สำหรับร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่ม good adherence ที่ 6 เดือนหลังเข้าร่วมการศึกษากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 64.3 กลุ่มควบคุม 72.7 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ( $p =$

0.716) (ตารางที่ 3) นอกจากนี้พบว่า ร้อยละของการรับประทานยาในทั้งสองกลุ่มไม่สัมพันธ์กับโรคร่วมของผู้ป่วย

#### ผลลัพธ์รอง (secondary outcomes)

##### 1. คะแนน THASS ฉบับผู้ป่วยครอง (THASS-P<sub>2</sub>)

คะแนน THASS-P<sub>2</sub> ที่ 6 เดือน ด้านอาการชวน/วู่วาม ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 17.9 (SD = 9.0) กลุ่มควบคุม 21.0 (SD = 7.0) คะแนนด้านอาการขาดสมาธิของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 24.3 (SD = 8.8) กลุ่มควบคุม 25.0 (SD = 7.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนน THASS ที่เดือน 6 เทียบกับคะแนน THASS ณ วันเข้าร่วมการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนน THASS ด้านอาการชวน/วู่วาม ในกลุ่มทดลอง ที่ 6 เดือน มีค่าลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร้อยละของคะแนน THASS ในกลุ่มทดลองลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 35.4 (SD = 29.8) กลุ่มควบคุม 7.4 (SD = 37.3) ( $p = 0.019$ ) เมื่อใช้เกณฑ์คะแนน THASS ลดลงจากคะแนน ณ วันเข้าร่วมการศึกษาดังแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป พบว่า กลุ่มทดลองมีรายที่คะแนน THASS ลดลงตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไปจำนวน 13 รายจาก 15 ราย (ร้อยละ 86.7) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีรายที่คะแนน THASS ลดลงตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไปจำนวน 13 รายจาก 24 ราย (ร้อยละ 54.2) สำหรับคะแนน THASS ด้านอาการขาดสมาธิ และคะแนน THASS รวม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าลดลงจากคะแนน ณ วันเข้าร่วมการศึกษามากกว่าในทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.917$  และ  $p = 0.188$  สำหรับคะแนนด้านขาดสมาธิและคะแนนรวมตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

##### 2. คะแนน WFIRS ฉบับผู้ป่วยครอง (WFIRS-P)

คะแนน WFIRS-P ที่ 6 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 27.5 (min = 12,

max = 50) และ 27.0 (min = 10, max = 50) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนน WFIRS-P ที่เดือน 6 เทียบกับคะแนน WFIRS-P ณ วันเข้าร่วมการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.431$ ) (ตารางที่ 3)

### 3. ปัจจัยที่ผู้ปกครองคิดว่ามีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของบุตร

ที่ 6 เดือนหลังเข้าร่วมการศึกษา ไม่พบความแตกต่างของปัจจัยที่ผู้ปกครองคิดว่ามีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยปัจจัยที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรกของกลุ่มทดลอง ได้แก่ 1) บุตรลืมรับประทานยา (ร้อยละ 46.7) 2) รับประทานยาแล้วมีผลข้างเคียงคือ เบื่ออาหาร (ร้อยละ 40.0) 3) รับประทานยาแล้วมีผลข้างเคียงคือ นอนไม่หลับ (ร้อยละ 20.0) สำหรับปัจจัยที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรกของกลุ่มควบคุม ได้แก่ 1) บุตรลืมรับประทานยา (ร้อยละ 66.7) 2) ผู้ปกครองกังวลว่าการรับประทานยาอาจมีผลข้างเคียงต่อบุตรในระยะยาว (ร้อยละ 29.2) 3) รับประทานยาแล้วมีผลข้างเคียงคือ เบื่ออาหาร (ร้อยละ 25.0)

## วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทย ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองต่อการช่วยลดอัตราการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดยดำเนินกิจกรรมกับผู้ปกครองเนื่องจากผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจและกำกับดูแลการรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่อยู่ในวัยประถม และจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มีการศึกษามาก่อนหน้านี้ว่าเกี่ยวข้องกับความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นหรือยาที่ใช้รักษา และความกังวลผลข้างเคียงจากยา<sup>11,13-18</sup> ผลการศึกษา พบว่าผู้ปกครองสมาธิสั้นของผู้ปกครองกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง (กลุ่มควบคุม)

มีอัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอ (medication adherence rate) ที่ 6 เดือน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการศึกษานี้จึงยังไม่สนับสนุนว่ากิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองดังกล่าวมีประสิทธิผลในการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น อย่างไรก็ตาม อัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอในการศึกษานี้มีค่าค่อนข้างสูงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยร้อยละของการรับประทานยาที่ 6 เดือน มีค่าร้อยละ 81.8 และ 86.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ เทียบกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า อัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอมีค่า 13 ถึงร้อยละ 85 แตกต่างกันตามวิธีที่ใช้ในการวัดอัตราการรับประทานยา<sup>12</sup>

การศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้มีผลลัพธ์ที่หลากหลาย กล่าวคือ 1.) การศึกษาที่พบว่าผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเป็นอย่างดีจากการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ไม่สัมพันธ์หรือไม่ทำให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นรับประทานยาสม่ำเสมอมากขึ้น<sup>22,31</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ และ 2.) การศึกษาที่พบว่าทำให้ความรู้กับผู้ปกครองมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอมากขึ้น<sup>23,32</sup> การศึกษาของ Corkum<sup>31</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มารดามีความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเป็นอย่างดี ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอมากขึ้นแต่อย่างใด การศึกษาของ Montoya<sup>22</sup> เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ซึ่งจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน แล้ววัด medication persistence หรือเวลาตั้งแต่เริ่มรับประทานยาจนหยุดยา (time to medication withdrawal) พบว่าที่ 12 เดือนกลุ่มทดลองมี medication persistence ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมเช่นกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่ได้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (medication adherence) เช่นจำนวนเม็ดยาที่รับประทาน เหมือนการศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 3 อัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอ อาการของโรคสมาธิสั้น และความบกพร่องทางหน้าที่ของผู้ป่วยใน  
กลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

อัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอ (medication adherence rate)	กลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้ป่วยครอง (n = 15) mean (SD)	กลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้ป่วยครอง (n = 24) mean (SD)	p-value
<b>วันเข้าร่วมการศึกษา</b>			
ร้อยละของการรับประทานยา*	88.6 (14.4)	89.1 (19.2)	0.935
ร้อยละของ good adherence**	80.0	79.2	1.000
<b>เดือนที่ 6 หลังเข้าร่วมการศึกษา</b>			
ร้อยละของการรับประทานยา*	81.8 (28.3)	86.5 (17.3)	0.545
ร้อยละของ good adherence**	64.3	72.7	0.716
<b>คะแนน THASS ฉบับผู้ป่วยครอง (THASS-P<sub>2</sub>)</b>			
	กลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้ป่วยครอง (n = 15) mean (SD)	กลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้ป่วยครอง (n = 24) mean (SD)	p-value
<b>วันเข้าร่วมการศึกษา</b>			
อาการชน/วู่วาม (HA/Imp)	27.9 (7.4)	24.9 (8.5)	0.271
อาการขาดสมาธิ (IA)	35.5 (7.9)	34.4 (7.8)	0.667
รวม (Total)	63.4 (13.1)	59.3 (13.1)	0.346
<b>เดือนที่ 6 หลังเข้าร่วมการศึกษา</b>			
อาการชน/วู่วาม (HA/Imp)	17.9 (9.0)	21.0 (7.0)	0.236
อาการขาดสมาธิ (IA)	24.3 (8.8)	25.0 (7.3)	0.766
รวม (Total)	42.2 (15.5)	46.1 (13.0)	0.405
<b>ร้อยละของคะแนน THASS ที่ลดลง***</b>			
อาการชน/วู่วาม (HA/Imp)	35.4 (29.8)	7.4 (37.3)	0.019
อาการขาดสมาธิ (IA)	26.9 (36.9)	25.9 (16.8)	0.917
รวม (Total)	30.7 (27.2)	21.4 (16.6)	0.188
<b>คะแนน WFIRS ฉบับผู้ป่วยครอง (WFIRS-P)</b>			
	กลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้ป่วยครอง median (min, max) #	กลุ่มไม่เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มผู้ป่วยครอง median (min, max) #	p-value
วันเข้าร่วมการศึกษา	33.5 (13, 86)	35.5 (10, 67)	0.398
เดือนที่ 6 หลังเข้าร่วมการศึกษา	27.5 (12, 50)	27.0 (10, 50)	0.511
ร้อยละของคะแนน WFIRS ที่ลดลง ###	20.0 (-11.1, 55.3)	10.6 (-115.4, 73.7)	0.431

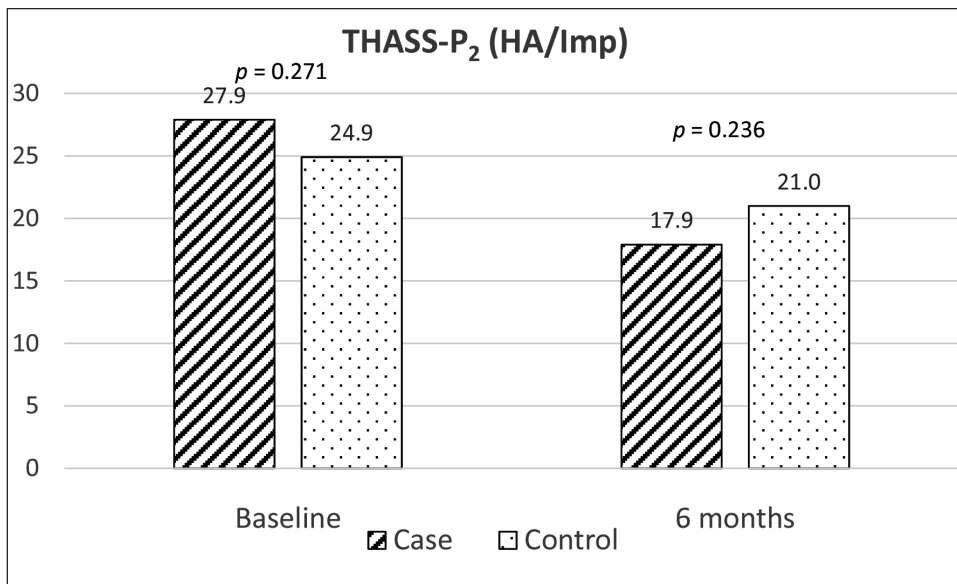
\* ร้อยละของการรับประทานยา (percentage of pills taken) คำนวณจากปริมาณยาที่รับประทานจริง หารปริมาณยาที่ควรรับประทาน x ร้อยละ 100

\*\* จัดอยู่ในกลุ่ม good adherence ต่อเมื่อผู้ป่วยรับประทานยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของจำนวนยาทั้งหมดที่ควรรับประทานจริง

\*\*\* คำนวณจาก [(THASS วันเข้าร่วมการศึกษา - THASS เดือนที่ 6) ÷ THASS วันเข้าร่วมการศึกษา x ร้อยละ 100]

# รายงานผลด้วย median, min, max เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

## คำนวณจาก [(WFIRS วันเข้าร่วมการศึกษา - WFIRS เดือนที่ 6) ÷ WFIRS วันเข้าร่วมการศึกษา x ร้อยละ 100]



กราฟ 1 : คะแนน THASS ฉบับผู้ปกครอง ที่ Baseline และ 6 เดือน

THASS-P<sub>2</sub> : แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (Thai ADHD Screening scale : THASS) ฉบับผู้ปกครองเด็กโต อายุ 6 ถึง 12 ปี 11 เดือน HA/ Imp : อาการชน ว่างาม

สำหรับการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานของผู้ป่วยสมาธิสั้นได้แก่การศึกษาของ Monastra<sup>32</sup> ซึ่งวัดระดับสมาธิด้วยโปรแกรมทางคอมพิวเตอร์ และตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ป่วยสมาธิสั้น จากนั้นให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง โดยเน้นการอธิบายผลการตรวจ และกลไกการออกฤทธิ์ของยาว่าทำงานอย่างไรกับระบบประสาทส่วนที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีเพียงร้อยละ 2 ถึง 4 ของผู้ป่วยที่ยังไม่เริ่มการรักษาโดยการรับประทานยา ณ 6 เดือน ซึ่งน้อยกว่าร้อยละที่ได้จากการศึกษาอื่น อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Monastra ไม่มีการเทียบกับกลุ่มควบคุม และวัดผลเพียงแคผู้ป่วยเข้ารับหรือไม่เข้ารับการรักษาโดยการรับประทานยา ไม่มีการวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยตรง การศึกษาของ Bai<sup>23</sup> เป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองสัมพันธ์กับอัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอที่สูงขึ้น โดยจัดการอบรมร่วมกับการทำ

กิจกรรมกลุ่มเป็นเวลา 1 เดือน ต่อด้วยกลุ่มออนไลน์ที่มีการโต้ตอบระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ปกครอง จนครบ 3 เดือน การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาโดยใช้ medication possession ratio โดยคำนวณจากจำนวนวันที่แพทย์จ่าย (refill) ยา หาดด้วยจำนวนวันระหว่างวันที่มารับยา (visit) ซึ่งอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่ได้มักจะสูงกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้การศึกษาของ Bai ศึกษาในระยะเวลาสั้นคือติดตามผลที่ 3 เดือนหรือทันทีหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมกับผู้ปกครอง และยาที่ใช้คือ long acting methylphenidate หรือ atomoxetine ซึ่งอัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอของยาทั้งสองชนิดมีแนวโน้มสูงกว่า immediate release methylphenidate

สำหรับผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้ปกครองต่ออาการโรคสมาธิสั้น พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม (กลุ่มทดลอง) มีอาการสมาธิสั้นด้านอาการชน/ว่างามลดลงมากกว่ากลุ่มที่

ผู้ปกครองไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม (กลุ่มควบคุม) ดังนั้น กิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองในการศึกษานี้มีประสิทธิผลในการลดอาการชวน/วุ่นวายในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ถึงแม้ว่าอัตราการรับประทานยาจะไม่ต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษารองการให้ความรู้กับผู้ปกครอง ร่วมกับการปรับพฤติกรรมเด็กว่าสามารถลดอาการของโรคสมาธิสั้น<sup>5,6</sup> สำหรับอาการด้านขาดสมาธิของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ลดลงไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจอธิบายได้จากกิจกรรมกลุ่มในการศึกษานี้มีเนื้อหา กิจกรรมเกี่ยวกับทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวก ซึ่งมีส่วนช่วยในการปรับปัญหาพฤติกรรมที่เด็กแสดงออกมา (externalizing problems) ได้มากกว่าปัญหาสมาธิภายในตัวเด็กเอง (internalizing problems)

สำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ที่พบบ่อยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา โดยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะ immediate release methylphenidate ซึ่งเป็นยาออกฤทธิ์ระยะสั้นและต้องบริหารยาถึง 2 ถึง 3 มื้อต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ว่า จำนวนมื้อที่ต้องรับประทานบ่อยส่งผลให้ลืมรับประทานยาได้<sup>30</sup> นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเรื่อง ยาที่มีผลข้างเคียงในปัจจุบัน เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และกังวลผลข้างเคียงในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้เช่นกัน<sup>15-18</sup>

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการดังต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และติดตามติดตามในช่วงระยะเวลาสั้น จึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของอัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยไม่ได้ทำการวัดอัตราการรับประทานยาระหว่างที่กำลังดำเนินกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองหรือหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองทันที ซึ่งอาจพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ ในกลุ่มทดลองมีผู้ปกครองที่ยุติการเข้าร่วมการศึกษาเนื่องจากไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้

เลยเป็นจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 33 ของจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มทดลอง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของผลการศึกษา จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการจัดกิจกรรมกลุ่มว่าอาจปรับรูปแบบที่ทำให้ผู้ปกครองสะดวกมาเข้าร่วมมากขึ้น เช่น จัดในวันหยุดเสาร์และอาทิตย์ ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ครั้ง จากทั้งหมด 4 ครั้ง ซึ่งจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม อาจมีผลต่ออัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอ การจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มทดลองบางครั้งทำในวันเดียวกันกับวันตรวจติดตามผู้ป่วยและผู้ปกครองในกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงการที่ผู้ปกครองกลุ่มควบคุมอาจได้รับข้อมูลจากผู้ปกครองกลุ่มทดลองโดยบังเอิญ (contamination) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังให้เข้าร่วมการศึกษาเลือกเข้ากลุ่มตามความสมัครใจโดยไม่ได้ทำการสุ่ม จึงอาจมีอคติที่เกิดจากการเลือกเข้ากลุ่ม (selection bias) เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล demographic ยังไม่พบว่ามีข้อมูลที่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการติดตามอัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอในการศึกษานี้ใช้วิธีการนับเม็ดยาหรือ pill count โดยให้ผู้ปกครองนับมาเองซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ ประกอบกับความคลาดเคลื่อนที่สามารถพบได้ในการติดตามอัตราการรับประทานยาด้วยวิธีการนับเม็ดยา เช่น ไม่สามารถระบุกรณีมียาสูญหาย หรือมียาฝากกับครูที่โรงเรียน ข้อเสนอแนะคือ อาจทำการศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้วยวิธีการนับเม็ดยาที่รัดกุมมากขึ้น เช่น ใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (medication electronic monitoring system) ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดขนาดยา (dosing) ของ methylphenidate ที่ใช้ในการรักษา โดยแพทย์เจ้าของไข้สามารถปรับเปลี่ยนขนาดยาได้ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่ออัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้สำรวจขนาดยาเฉลี่ยต่อน้ำหนักตัวต่อหนึ่งวัน (mg/kg/day)

ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยขนาดยา ณ เวลาเข้าร่วม  
งานการศึกษาของทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ 0.6 mg/kg/day ใน  
ขณะที่ขนาดยาเฉลี่ยที่ 6 เดือนหลังเข้าร่วมการศึกษามี  
ค่าประมาณ 0.9 mg/kg/day

## สรุป

การศึกษานี้ได้ทดลองจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ปกครอง  
ที่เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสมาธิสั้นและ  
ยาที่ใช้รักษา ร่วมกับการเลี้ยงดูเชิงบวก ผลการศึกษายัง  
ไม่สามารถสรุปได้ว่ากิจกรรมกลุ่มผู้ปกครองมี  
ประสิทธิผลในการลดอัตราการรับประทานยา  
ไม่สม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ 6 เดือน ผู้วิจัยเสนอ  
แนะว่าควรมีการศึกษากิจกรรมสำหรับผู้ปกครองของ  
ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นกับอัตราการรับประทานยาของผู้ป่วย  
โรคสมาธิสั้น โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน  
มากขึ้น และติดตามข้อมูลหลังทำกิจกรรมในระยะยาว  
ขึ้นเพิ่มเติมต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ อาจารย์สุทธิพล อุดมพันธ์  
นักสถิติหน่วยระบาดวิทยา ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติ  
คุณศิริินดา จันทร์เพ็ญ เจ้าหน้าที่วิจัยภาควิชาจิตเวช  
สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น และเจ้าหน้าที่ของ  
หน่วยตรวจโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชา  
จิตเวชศาสตร์ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเป็น  
อย่างดี งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
รหัสโครงการ (IO) R016031035

## เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

2. Boon-yasidhi V. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2012; 57:373-86.
3. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. Journal of the Mental Health of Thailand 2013; 21: 66-75.
4. American Academy of Pediatrics. ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics 2011; 128: 1007-22.
5. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1073-86.
6. Maia CR, Cortese S, Caye A, Deakin TK, Polanczyk GV, Polanczyk CA, et al. Long-Term Efficacy of Methylphenidate Immediate-Release for the Treatment of Childhood ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Atten Disord 2017; 21: 3-13.
7. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch J, et al. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43: 802-11.
8. Van der Oord S, Prins PJ, Oosterlaan J, Emmelkamp PM. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2008; 28:783-800.

9. Amy R. Perwien, Jennifer Hall, Andrine Swensen, Ralph Swindle. Stimulant Treatment Patterns and Compliance in Children and Adults With Newly Treated Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Manag Care Pharm* 2004; 10:122-9.
10. Charach A, Ickowicz A, Schachar R. Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 559-67.
11. Jihyung H, Diego N, Tamas T, William M, Virginia S H, Shenghu W, et al. Predictors and consequences of adherence to the treatment of pediatric patients with attention-deficit/hyperactivity disorder in Central Europe and East Asia. *Patient Prefer Adherence* 2013; 30: 987-95.
12. Ahmed R, Aslani P. Attention-deficit/hyperactivity disorder: an update on medication adherence and persistence in children, adolescents and adults. *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2013; 13: 791-815.
13. Julien H, Anna P, Ridha J, Natalie G. Adherence to Psychostimulant Medication in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: The Role of Attitudes. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22: 317-23.
14. DosReis S, Mychailyszyn MP, Evans-Lacko SE, Beltran A, Riley AW, Myers MA. The Meaning of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Parents' Initiation and Continuity of Treatment for Their Child. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009; 19: 377-83.
15. Charach A, Fernandez R. Enhancing ADHD Medication Adherence: Challenges and Opportunities. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 15: 371.
16. Bussing R, Koro-Ljungberg M, Noguchi K, Mason D, Mayerson G, Garvan WC. Willingness to use ADHD treatments: a mixed methods study of perceptions by adolescents, parents, health professionals and teachers. *Soc Sci Med* 2012; 74: 92-100.
17. Toomey SL, Sox CM, Rusinak D, Finkelstein JA. Why Do Children With ADHD Discontinue Their Medication?. *Clin Pediatr (Phila)* 2012; 51: 763-9.
18. Athipongarporn A, Limsuwan N. Reasons of Poor Treatment Adherence in Children and Adolescents with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2018; 63: 33-46.
19. Bussing R, Zima BT, Mason DM, Porter PC, Garvan CW. Receiving treatment for attention-deficit hyperactivity disorder: do the perspectives of adolescents matter? *J Adolesc Health* 2011; 49: 7-14.
20. Charach A, Gajaria A. Improving psychostimulant adherence in children with ADHD. *Expert Rev Neurother* 2008; 8: 1563-71.
21. Singh I, Kendall T, Taylor C. Young People's experience of ADHD and stimulant medication: a qualitative study for the NICE guideline. *Child Adolesc Ment Health* 2010; 15: 186-92.



22. Montoya A, Hervás A, Fuentes J, Cardo E, Polavieja P, et al. Cluster-randomized, controlled 12-month trial to evaluate the effect of a parental psychoeducation program on medication persistence in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2014; 10: 1081-109.
23. Bai G, Wang Y, Yang L, Niu W. Effectiveness of a focused, brief psychoeducation program for parents of ADHD children: improvement of medication adherence and symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015; 11: 2721-35.
24. Pornnoppadol C, Piyasilp V, Jittorn J, Chanpen S. The Development of Screening Scales for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Thai Children and Adolescents Age of 3-18 Years. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2014; 59: 335-54.
25. Punyapas S, Pornnoppadol C, Boon-yasidhi V, Likhitkiatkachorn P. Reliability and Validity of Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS)-Thai version in Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2015; 60: 111-26.
26. Dickson RA, Lee B, Turgay A, et al. Change in ADHD symptoms during 1 year of atomoxetine treatment. Presented at the 57th Annual Conference of the Canadian Psychiatric Association, November 15-18, 2007, Montreal, QC, Canada.
27. Atzori P, Usala T, Carucci S, Danjou F, Zuddas A. Predictive Factors for Persistent Use and Compliance of Immediate-Release Methylphenidate: A 36-Month Naturalistic Study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2009; 19: 673-81.
28. Yang J, Yoon BM, Lee MS, Joe SH, Jung IK, Kim SH. Adherence with electronic monitoring and symptoms in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Investig* 2012; 9: 263-8.
29. Lachaine J, Beauchemin C, Sasane R, Hodgkins PS. Treatment patterns, adherence, and persistence in ADHD: a Canadian perspective. *Postgrad. Med* 2012; 124: 139-48.
30. Gau SS, Shen HY, Chou MC, Tang CS, Chiu YN, Gau CS. Determinants of adherence to methylphenidate and the impact of poor adherence on maternal and family measures. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006; 16: 286-97.
31. Corkum P, Rimer P, Schachar R. Parental Knowledge of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Opinions of Treatment Options: Impact on Enrolment and Adherence to a 12-Month Treatment Trial. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 1043-8.
32. Monastra VJ. Overcoming the barriers to effective treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: A neuro-educational approach. *Int J Psychophysiol* 2005; 58: 71-80.

ภาคผนวก 1: แบบสอบถามปัจจัยที่คิดว่ามีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอของบุตร  
กรุณาใส่เครื่องหมาย  ในข้อที่ท่านคิดว่ามีผลต่อการ “ไม่รับประทานยา” ของบุตรของท่าน  
(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

<p style="text-align: center;"><b>ปัจจัยจากยา</b></p> <p><input type="checkbox"/> จำนวนมือในการรับประทานยาที่มากเกินไป</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรของท่านรับประทานยาแล้วมีผลข้างเคียง โปรดระบุ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ</p> <p><input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ</p> <p><input type="checkbox"/> เบื่ออาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> ปวดท้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ซึม แยกตัว</p> <p><input type="checkbox"/> อารมณ์แปรปรวน</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>ปัจจัยจากบุตรของท่าน</b></p> <p><input type="checkbox"/> บุตรของท่านลืมรับประทานยา</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรของท่านรู้สึกร่างกายที่ต้องรับประทานยา</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรของท่านรู้สึกร่างกายที่ต้องมารับบริการที่หน่วยตรวจจิตเวชฯ</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรของท่านไม่ต้องการรับประทานยา โปรดระบุเหตุผล</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p style="text-align: center;"><b>ปัจจัยจากตัวท่านและ/หรือครอบครัว</b></p> <p><input type="checkbox"/> ท่านกังวลว่าการรับประทานยาอาจมีผลข้างเคียงต่อบุตรของท่านในระยะยาว</p> <p><input type="checkbox"/> ท่านกังวลว่าการรับประทานยาอาจนำไปสู่ภาวะติดยา</p> <p><input type="checkbox"/> ท่านคิดว่าบุตรของท่านไม่จำเป็นต้องรับประทานยาเนื่องจากอาการสมาธิสั้นของบุตรท่านไม่ได้ส่งผลกระทบต่อบุตรของท่านหรือคนรอบข้างมากนัก</p> <p><input type="checkbox"/> ท่านคิดว่าบุตรของท่านไม่จำเป็นต้องรับประทานยาเนื่องจากอาการสมาธิสั้นสามารถรักษาได้โดยวิธีอื่น เช่น การปรับพฤติกรรม</p> <p><input type="checkbox"/> ท่านคิดว่าการรับประทานยาไม่ได้ช่วยให้อาการสมาธิสั้นดีขึ้นเท่าที่ควร</p> <p><input type="checkbox"/> ท่านขาดความเชื่อมั่นในแพทย์หรือทีมผู้รักษา</p>	<p style="text-align: center;"><b>ปัจจัยจากระบบการให้บริการ/อื่นๆ</b></p> <p><input type="checkbox"/> ไม่พอใจการให้บริการ โปรดระบุ _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> ครูที่โรงเรียนไม่เห็นด้วยกับการพาเด็กมารักษาหรือรับประทานยา</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ _____</p> <p>_____</p>