ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน*

กรรณิกา ไถนาเพรียว**, อรวรรณ หนูแก้ว***, วีณา คันฉ้อง****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นในวัยเรียน อายุ 6-12 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดทัศนคติผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาสมาธิสั้น 3) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น 4) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และ 5) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI ของเครื่องมือส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เท่ากับ .86, .84, 1 และ .93 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เท่ากับ 0.81, 0.93, 0.70 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณโดยวิธีลดตัวแปร

ผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียน ได้ร้อยละ 10.4 (R^2 = .104, p <.05) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น (β = .281, p < .05) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาสมาธิสั้นไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนได้

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแล, การรับประทานยาต่อเนื่อง, เด็กสมาธิสั้นวัยเรียน, ผู้ดูแล

* ได้รับทุนสนับสนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Corresponding author, email: kannika5266.th@gmail.com, Tel 089-6536641

Received : October 11, 2021; **Revised** : December 22, 2021; **Accepted** : January 28, 2022

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

Kannika Thainaphriao**, Orawan Nukaew***, Weena Chanchong****

Abstract

This descriptive predictive research design aimed to study factors predicting the caring behavior of caregivers for medication adherence of school-age children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The sample comprised 100 caregivers of school-age children with ADHD (age 6-12 Years) who received treatment at Child Psychiatric Clinic in a psychiatric hospital. The research instruments consisted of 5 parts: (1) demographic data, (2) caregiver's attitude toward ADHD medication used, (3) caregiver's perception on the 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. The content validity of all parts was verified by 3 experts. The CVI values of parts 2, 3, 4 and 5 were .86, .84, 1 and .93 respectively. 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 statistic. The predictability of the selected factors was analyzed using multiple regression (Backward Method).

The results showed that predictive factors could explain the caring behavior of caregivers for medication adherence of school-age children with ADHD 10.4 (R^2 = .104, p <.05). The factor that significantly predicted caring behavior was the attitude toward ADHD medication use (β = .281, p < .05). The result of this study could be applied caregiver's attitude toward ADHD medication as basic information to develop nursing care to improve caregivers' caring behavior for medication adherence of school-age children with ADHD.

Keywords : Caring behavior, Medication adherence, School-age children with ADHD, Caregivers

* This research was funded by Graduate School, Prince of Songkla University

** Registered nurse, Songkhla Rajanagarindra psychiatric hospital

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

**** Instructor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Corresponding author, email: kannika5266.th@gmail.com, Tel 089-6536641

Received : October 11, 2021; **Revised** : December 22, 2021; **Accepted** : January 28, 2022

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคสมาธิสั้นมีอาการหลัก คือ ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง ซนอยู่ไม่นิ่ง และขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น ที่เป็นมากกว่าพัฒนาการปกติตามวัยของเด็ก ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตและการเข้าสังคม ซึ่งอาจมีอาการตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555) จึงถือเป็นโรคจิตเวชเรื้อรัง โรคนี้เป็นโรคจิตเวชเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด ในประเทศไทยพบผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – พ.ศ. 2563 จำนวน 83,313 คน 109,520 คน และ 139,283 คน ตามลำดับ แสดงถึงการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และเป็นโรคที่มักพบในเด็กวัยเรียน ความชุกร้อยละ 8.1 (สมัย ศิริทองถาวร, 2560)

การรักษาโรคสมาธิสั้นให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต้องใช้การรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม โดยการรับประทานยาต่อเนื่องถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยควบคุมอาการสมาธิสั้นและเตรียมความพร้อมสำหรับการบำบัด (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2561; ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2560; วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555; สุพร อภินันทเวช, 2559) อย่างไรก็ตามพบว่าเด็กสมาธิสั้นมีปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 64.9 ถึงร้อยละ 80 (ประภัสสร ตันติปัญจพร, และคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, 2559) ซึ่งจะส่งผลโรคมีความรุนแรงมากขึ้น เกิดปัญหาการเรียน ซึ่งอาจนำไปสู่การออกจากระบบการศึกษา (สถาบันราชานุกูล, 2557) เกิดปัญหาสัมพันธภาพเนื่องจากแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ (กมลนัทธ์ คล่องดี, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภิณ แสงอ่อน, 2559; ชาญวิทย์ พรนพดล, 2561) ถูกเพื่อนปฏิเสธ ถูกมองว่าเป็นอันตราย ไม่ควรเข้าใกล้ นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ (ภาสกร คุ้มศิริ และอุ่นเรือน เล็กน้อย, 2560) มีโอกาสสูงในการพัฒนาไปสู่ภาวะดื้อต่อต้านและภาวะเกเร (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล,2556) เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติด (จตุรพร แสงกูล และวรุตม์ อุ่นจิตสกุล, 2559) และปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2555) และอาจก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรงในสังคมตามมา (สถาบันราชานุกูล, 2557) ซึ่งถือเป็นผลกระทบในระยะยาว

จากแนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่องของ Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward (2008) กล่าวถึง พฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง ว่าเป็นการประทานยาครบถ้วนทั้งขนาดและจำนวนครั้งตามแผนการรักษาที่ร่วมกันวางไว้กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ รวมถึงไม่มีพฤติกรรมการหยุดยาก่อนกำหนด และพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องประกอบด้วย ความใส่ใจ ความสะดวกต่อการใช้ยา อารมณ์ความรู้สึกต่อการใช้ยา และการลืมรับประทานยา เป็นแนวคิดที่นิยมนำมาใช้ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยทางจิตเวช (Abdisa et al., 2020; De las Cuevas, & Peñate, 2015)สำหรับเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนนั้น การที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องต้องเน้นที่พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่อง เนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดด้านวุฒิภาวะที่ทำให้ไม่สามารถรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ทั้งหมด และด้วยโรคสมาธิสั้นทำให้เกิดความบกพร่องในการคิดไตร่ตรอง การยับยั้งชั่งใจ ขาดสมาธิจดจ่อและความจำ (กิตติพงศ์ มาศเกษม, 2563) ทำให้ลืมรับประทานยาได้ ส่งผลให้ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะดูแลให้เด็กเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยทำหน้าที่แทนเด็กทั้งการตัดสินใจในการใช้ยาหรือยุติการใช้ยาและการปฏิบัติเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการรับประทานยาและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Rashid, Lovick, & Llanwarne, 2018)

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่ามีปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็ก

สมาธิสั้น และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น โดยพบว่า ในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา จะดูแลให้เด็กรับประทานยารักษาสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่องได้สูง (Ahmed, Borst, Wei, & Aslani, 2017; Brinkman, Sucharew, Majcher, & Epstein, 2018; Gajria et al., 2014; Nagae, Nakane, Honda, Ozawa, & Hanada, 2015) ในขณะที่ผู้ดูแลที่รับรู้ กังวลหรือกลัวต่อการเกิดการความรู้สึกถูกตีตราของเด็ก ก็จะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องน้อยลง (Boudreau, & Mah, 2020; Coletti, Pappadopulos, Katsiotas, Berest, Jensen, & Kafantaris, 2012; Ross, Nguyen, Bridges, Ng, Reeves, & Frosch, 2018; ชาญวิทย์ พรนพดล, 2561) และในผู้ดูแลที่รับรู้ หรือกังวลเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นเหตุผลหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจให้เด็กหยุดรับประทานยา ทำให้เด็กสมาธิสั้นได้รับยาไม่ต่อเนื่อง (Ahmed et al., 2017; Khan & Aslani, 2019; ชาญวิทย์ พรนพดล, 2561; วันรวี พิมพ์รัตน์, 2559) และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ในเด็กสมาธิสั้นที่รับประทานยา 1 ครั้ง ต่อวัน ผู้ดูแลเกิดความสะดวกในการบริหารยาของเด็กมากกว่า ทำให้ดูแลเด็กให้รับประทานยาต่อเนื่องได้มากกว่าผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาสมาธิสั้น 2 หรือ 3 ครั้งต่อวัน (Coletti et al., 2012; Rashid et al., 2018; เกษศิรินทร์ นิลนนท์, รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, และธีรารัตน์ แทนขำ, 2559) และในผู้ป่วยที่ระยะเวลาการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น การดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องจะลดลง

โดยสรุป การรับประทานยาต่อเนื่องถือเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมอาการสมาธิสั้นและทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัดรักษา ซึ่งจะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขตามวัย โดยผู้ดูแลถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นวัยเรียนรับประทานยาต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องดังกล่าวอยู่ค่อนข้างน้อย อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นโดยตรง ยังมีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในบริบทการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาและการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นวัยเรียนรับประทานยาต่อเนื่องอยู่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นด้านการรับประทานยา ตลอดจนการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือหรือการดูแลของผู้ดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

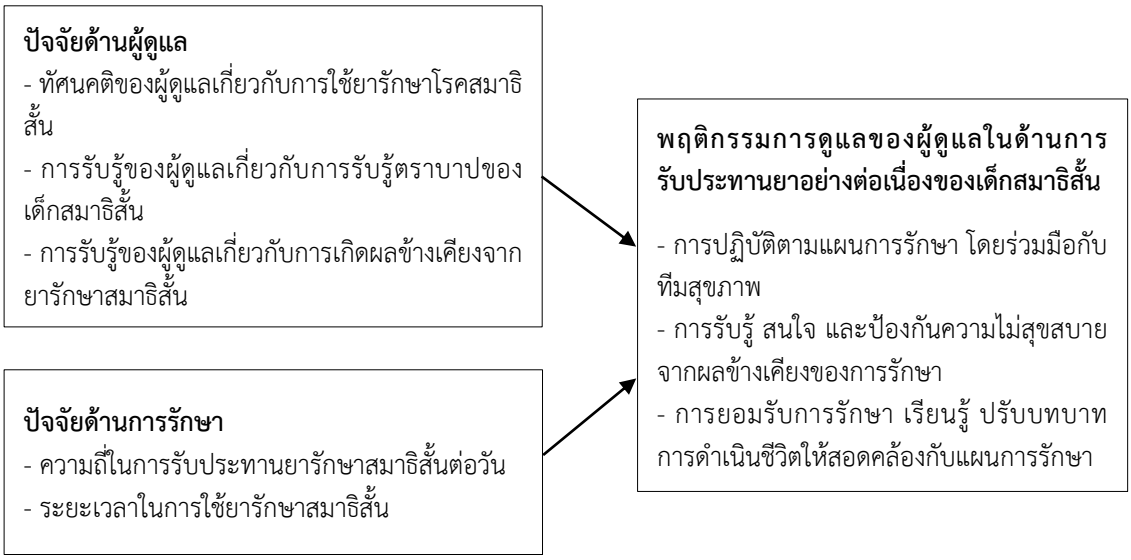
1. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นวัยเรียนด้านการให้รับประทานยาต่อเนื่อง
2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้นต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นวัยเรียนรับประทานยาต่อเนื่อง

สมมติฐานการวิจัย

ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นวัยเรียนรับประทานยาต่อเนื่องได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่องของมอริสกี้ (Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward, 2008) ที่อธิบายว่าพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่อง คือ การประทานยาครบถ้วนทั้งขนาดและจำนวนครั้ง ตามแผนการรักษาที่ร่วมกันวางไว้กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ รวมถึงไม่มีพฤติกรรมการหยุดยาก่อนแพทย์สั่ง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น สรุปพฤติกรรมการดูแลหรือการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 3 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยร่วมมือกับทีมสุขภาพ 2) การรับรู้ สนใจ และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษา และ 3) การยอมรับการรักษา เรียนรู้ ปรับบทบาท การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย 2 ด้านหลัก คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงทำนาย (Descriptive predictive research design)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (F90.0) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 อายุระหว่าง 6-12 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของธอร์นไดค์ (Thorndike, 1987) คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 100 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติสนิทที่ดูแลเด็กวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี

2. เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กวัยเรียนสมาธิสั้นที่มีประวัติได้รับการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 1 ปี

3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

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

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ประวัติโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น สิทธิการรักษา ชื่อยาที่รับประทาน ขนาด และวิธีรับประทาน

2. แบบวัดทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับประทานยาสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดทัศนคติที่มีต่อการรักษาและการใช้ยาสำหรับผู้ดูแลของเกษศิรินทร์ นิลนนท์ และคณะ (2559) มี 10 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลโดยรวมคะแนนทั้งหมด และหาอันตรภาคชั้น แบ่งช่วงคะแนนเป็น 2 ระดับ คือ คะแนนรวม 10-25 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติต่อการใช้ยาสมาธิสั้นทางลบ และคะแนนรวม 26 – 40 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติต่อการใช้ยาสมาธิสั้นทางบวก

3. แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึกถูกตีตราบาปของบุคคลต่อการป่วยโรคสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบประเมินการตีตราบาปในผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD Stigma Questionnaire, ASQ) ของเคลลิสันและคณะ (Kellison, Bussing, Bell, & Garvan, 2010) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยการเจ็บป่วย การมองตนเองเชิงลบ และความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติของสังคม มี 25 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลโดยรวมคะแนนทั้งหมด และหาอันตรภาคชั้น แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนรวม 25 – 50 คะแนน หมายถึง รับรู้ความรู้สึกถูกตีตราของเด็กสมาธิสั้นในระดับต่ำ คะแนนรวม 51 – 75 คะแนน หมายถึง รับรู้ความรู้สึกถูกตีตราของเด็กสมาธิสั้นในระดับปานกลาง และ คะแนนรวม 76 – 100 คะแนน หมายถึง รับรู้ความรู้สึกถูกตีตราของเด็กสมาธิสั้นในระดับสูง

4. แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามการเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาสมาธิสั้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มี 11 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีนานๆ ครั้ง มีบางครั้ง มีบ่อยครั้ง แปลผลโดยรวมคะแนนทั้งหมด และหาอันตรภาคชั้น แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ คะแนนรวม 11 – 22 คะแนน หมายถึง รับรู้การเกิดผลข้างเคียงจากยาในระดับต่ำ คะแนนรวม 23 – 33 คะแนน หมายถึง รับรู้การเกิดผลข้างเคียงจากยาในระดับปานกลาง และ คะแนนรวม 34 – 44 คะแนน หมายถึง รับรู้การเกิดผลข้างเคียงจากยาในระดับสูง

5. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับประทานยาต่อเนื่องของมอริสกี้ (Morisky et al., 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

มี 31 ข้อคำถาม ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ แปลผลโดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถาม และหาอันตรภาคชั้น แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่องในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่องในระดับปานกลาง และ ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่องในระดับมาก

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือและการหาค่าความเชื่อมั่น

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่านที่มีประสบการณ์การวิจัยหรือผลงานวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความตรงตามเนื้อหา ชัดเจน ครอบคลุม และใช้ภาษาเหมาะสม โดยพิจารณาค่า CVI ได้ค่าความตรงของ 1) แบบวัดทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น 2) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น 3) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น เท่ากับ 0.86, 0.84, 1 และ 0.93 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของ 1) แบบวัดทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น 2) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น 3) แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น เท่ากับ 0.81, 0.93, 0.70 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยของ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2020 – NSt 018 และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ SKPH.IRB.COA ๑/๒๕๖๓ ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้อิสระกลุ่มตัวอย่างในการซักถามและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ขณะเก็บข้อมูลไม่พบผู้ที่ถอนตัวจากการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงจะทำลายแบบสอบถามเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินดีเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ประชาสัมพันธ์และคัดเลือกอาสาสมัครผู้ดูแลที่นำเด็กสมาธิสั้นมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาการอ่าน ผู้วิจัยอ่านให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที และรอรับแบบสอบถามคืนทันทีเมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จสิ้น

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ กรณีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์

4. เมื่อตรวจสอบข้อมูลครบถ้วน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นและเด็กสมาธิสั้น โดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคุณโดยวิธีลดตัวแปร (Backward Elimination) ทั้งนี้ได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยการตรวจสอบว่าตัวแปรทุกตัวอยู่ในระดับอันตรภาคชั้น (Interval scale) มีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์คงที่ (Homoscedasticity) และตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (Multicollinearity) จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่วิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 100 ราย มีผลการวิจัยที่แสดงรายละเอียดของข้อมูลทั่วไปและระดับปัจจัยทำนาย ได้แก่ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้การเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84) มีอายุระหว่าง 27 ปี ถึง 67 ปี ผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่เกือบทั้งหมด แบ่งเป็นช่วงอายุ 41-59 ปี ร้อยละ 50 และช่วงอายุ 27-40 ปี ร้อยละ 48 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 84) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการศึกษา (ร้อยละ 98) โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 44) รองลงมาคือจบระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 25) และจบระดับประถมศึกษา อนุปริญญา และสูงกว่าปริญญาตรี อีกร้อยละ 13, 7 และ 9 ตามลำดับ ผู้ดูแลประกอบอาชีพค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 31) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 19) และรับราชการ (ร้อยละ 16) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 20,000 บาท/เดือน

ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 70) ผู้ดูแลดูแลเด็กเป็นระยะเวลา 2- 12 ปี โดยเกือบทั้งหมดดูแลเด็กมามากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 90) มีลักษณะความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดามากที่สุด (ร้อยละ 83)

สำหรับเด็กสมาธิสั้นภายใต้การดูแลของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83 เป็นเพศชาย และ ร้อยละ 17 เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 9-12 ปี (ร้อยละ 53) และ 6-9 ปี (ร้อยละ 47) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 86) ศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลายร้อยละ 59 และประถมตอนต้นร้อยละ 41 เด็กสมาธิสั้นร้อยละ 61 ไม่มีโรคร่วมอื่นทางจิตเวช และอีกร้อยละ 39 มีโรคร่วมอื่นทางจิตเวช โดยพบสมาธิสั้นร่วมกับ ออทิสติกมากที่สุด (ร้อยละ 40.9) รองลงมาพบสมาธิสั้นร่วมกับดื้อ ต่อต้าน (ร้อยละ 31.8) มีระยะเวลาการป่วยสมาธิสั้นตั้งแต่ 1 ปี ถึง 9 ปี โดยมีระยะเวลาป่วยสมาธิสั้นเฉลี่ย 3 ปี เด็กสมาธิสั้นเกินครึ่งได้รับยารักษาโรคสมาธิสั้นในกลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท คือ เมทิลฟินิเดต (ร้อยละ 53) และได้รับทั้งเมทิลฟินิเดตและยากลุ่มอื่น (ร้อยละ 44) โดยยาเกือบทุกชนิดเป็นรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ไม่ต้องชำระเงิน) เด็กสมาธิสั้นใช้สิทธิการรักษาที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายโดยไม่ต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละ 65 โดยแบ่งเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 37 สิทธิเบิกราชการร้อยละ 24 และเบิกสิทธิอื่น ๆ ร้อยละ 4 และอีกร้อยละ 35 ใช้สิทธิชำระเงินเอง

ปัจจัยทำนาย

ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น พบว่าผู้ดูแลเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 89) มีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น และอีกร้อยละ 11 มีทัศนคติทางลบเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้นใกล้เคียงกันระหว่างระดับต่ำและระดับปานกลาง (ร้อยละ 49 และร้อยละ 48 ตามลำดับ) และผู้ดูแลแค่ร้อยละ 3 รับรู้เกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้นในระดับสูง ส่วนการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 86) และอีกร้อยละ 14 อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน พบว่า เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 50) รองลงมาคือรับประทานยาวันละ 3 ครั้ง (ร้อยละ 34) และเกือบทั้งหมดมียามื้อเที่ยงที่ต้องนำไปรับประทานที่โรงเรียน (ร้อยละ 89) เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาเป็นระยะเวลา 1 ถึง 7 ปี โดยเด็กสมาธิสั้นกว่าครึ่งใช้ยาน้อยกว่า 3 ปี (ร้อยละ 54) รองลงมาคือ 3 ถึง 5 ปี (ร้อยละ 37) และมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 9)

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

พฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.28, S.D. = .437) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การยอมรับการรักษา เรียนรู้ และปรับบทบาทการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการรักษา (M = 3.38, S.D. = .592) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นรายด้านและโดยรวม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน

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

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น

วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบลดตัวแปร (Backward Method) โดยผู้วิจัยนำเข้าตัวแปรทั้งหมด และขจัดตัวแปรที่มีค่าสหสัมพันธ์น้อยที่สุดออกทีละตัวเพื่อให้ได้ตัวแปรและโมเดลที่ดีที่สุดในการทำนาย โดย พบว่า ตัวแปรปัจจัยทำนายที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ คือ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็ก ความถี่ในการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาที่รับประทานยาสมาธิสั้น สามารถร่วมกันทำนาย ได้ร้อยละ 10.4 (R^2 = 10.4, p <.05) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น (β = .281, t = 2.587, p < .05) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	β	T	p-value
Constant	74.969	13.145		5.703	.000
ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น	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

F Change = 2.769, R^2 = .104

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.28, S.D. = .437) ซึ่งถือได้ว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลในการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นเกิดพฤติกรรมการรับประทานยาต่อเนื่องตามแนวคิดของ Morisky et al., (2008) โดยผู้ดูแลมีวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมในการจัดการกับองค์ประกอบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ทั้งการป้องกันการลืมรับประทานยาและการไปตรวจตามนัดเพื่อรับยาต่อเนื่อง ใส่ใจในการดูแลให้เด็กรับประทานยาอย่างเคร่งครัดและมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอทั้งขณะอยู่ที่บ้าน ขณะอยู่ที่โรงเรียน และเมื่อเด็กต้องออกจากบ้านหรือเดินทาง มีความใส่ใจในการประเมินติดตามอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาสมาธิสั้น มีวิธีการบริหารยาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความสะดวกในการใช้ยา และมีวิธีการสื่อสารที่ช่วยให้เด็กเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาแม้เด็กอาจเกิดความเบื่อหน่ายหรือรู้สึกไม่อยากรับประทานยาส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมการรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง ครบถ้วนตามแผนการรักษา ไม่หยุดยาเองแม้ว่าอาการจะดีขึ้น อธิบายได้ว่า จากลักษณะของผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่องมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นหรือผู้ดูแลในวัยสูงอายุ เนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ถูกต้อง (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2561) เป็นบิดามารดาซึ่งถือเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดเด็ก จึงมีความเป็นกิจจะลักษณะในการดูแลให้เด็กรับประทานยามากกว่าส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นเกิดการรับประทานยาต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ

น้อยกว่าดูแลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่องมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า (เกษศิรินทร์ นิลนนท์ และคณะ, 2559; ชาญวิทย์ พรนพดล, 2561) นอกจากนี้พว่าผู้ดูแลเกือบทั้งหมดได้รับการศึกษาโดยเกือบครึ่งจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กสมาธิสั้นรวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ทำให้วางแผนการบริหารยาได้เหมาะสม จึงดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Safavi et al. (2019) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องได้มากกว่า เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลมากกว่า อีกทั้งเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาที่ครอบคุลมค่าใช้จ่ายในการรักษา ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ขัดขวางการรักษาต่อเนื่อง (ชาญวิทย์ พรนพดล, 2561) และส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีรายได้เพียงพอ จึงมีความสามารถในการจัดการค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาได้ เกิดความกังวลน้อยเกี่ยวกับรายได้ที่อาจสูญเสียเมื่อต้องหยุดงาน และมีเวลาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ (Chanpen, Pornnoppadol, Atsariyasing, & Hosiri, 2018; Safavi et al., 2019; อธิชาดา อธิพงษ์อาภรณ์ และนิดา ลิ้มสุวรรณ, 2561) พฤติกรรมการดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นจึงอยู่ในระดับมาก และจากข้อมูลที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 39 มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น เช่น ออทิสติก ดื้อ ต่อต้าน ผู้ดูแลอาจรับรู้หรือเกิดความกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการหากเด็กไม่รับประทานยา จึงดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ในผู้ดูแลที่กังวลต่อความรุนแรงของโรคจะให้ความร่วมมือในการดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่องมากขึ้น (Edgcomb & Zima, 2018)

ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .281, t = 2.587, p < .05) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลเด็กมามากกว่า 5 ปี ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเรื่องการรับประทานยาสมาธิสั้นของเด็ก เห็นผลลัพธ์ของยาในการควบคุมอาการสมาธิสั้น และรับรู้ถึงผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จึงดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษา ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ซึ่งส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ถูกต้องในการใช้ยา จึงดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการใช้ยารักษาอาการสมาธิสั้น มีประสบการณ์ที่ดีเรื่องความปลอดภัยและผลดีของการใช้ยา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่อง (Brinkman, Simon, & Epstein, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Boudreau & Mah (2020) ที่พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาสมาธิสั้นมีผลต่อการตัดสินใจในการให้เด็กรับประทานยา เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าหากผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวก จะมีแนวโน้มในการคงไว้ซึ่งการดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อไป (Gajria et al., 2014; Nagae et al., 2015) และในเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงความจำเป็นของการรับประทานยา รับรู้ถึงผลดีจากการใช้ยามากกว่าผลเสีย จะดูแลให้เด็กรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อเนื่องได้สูง (Ahmed et al., 2017; Alsous, 2017; Coletti et al., 2012; Ross et al., 2018; Siponen et al., 2013)

ปัจจัยการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา มีความเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้รู้สึกว่าเด็กสมาธิสั้นรู้สึกถูกตีตราจากการที่ต้องรับประทานยา เนื่องจากปัจจุบันจำนวนเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีมากขึ้น ซึ่งเด็กสมาธิสั้นสามารถเรียนร่วมห้องกับกลุ่มเด็กทั่วไปได้ (สมัย ศิริทองถาวร, 2560) ทำให้เด็กไม่รู้สึก

แปลกแยกจากเพื่อน เด็กจึงแสดงออกถึงความรู้สึกถูกตีตราน้อย การรับรู้ของผู้ดูแลต่อตราบาปของเด็กสมาธิสั้นจึงอยู่ระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ซึ่งไม่ส่งผลต่อการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่อง อีกทั้งเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่รับประทานยามามากกว่า 3 ปี อาจทำให้เด็กทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ โดยยาที่ได้รับส่วนใหญ่ คือ เมทิลฟินิเดต ซึ่งมีผลข้างเคียงในระดับน้อย ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลต่ออาการข้างเคียงน้อย จึงดูแลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง และในการศึกษาครั้งนี้เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่รับประทานยาวันละ 2 ครั้ง คือ มื้อเช้ารับประทานขณะอยู่ที่บ้าน และมื้อเที่ยงที่ต้องนำยาไปรับประทานที่โรงเรียน การต้องเตรียมยาให้เด็กเพียง 1 มื้อ จึงไม่ได้เป็นภาระหรือสร้างความยุ่งยากให้ผู้ดูแล ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวันจึงไม่ส่งผลต่อการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่อง นอกจากนี้ลักษณะของผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแสวงหาข้อมูล และมีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ทำให้รับรู้ถึงผลของยาในการควบคุมอาการสมาธิสั้น เล็งเห็นถึงความรุนแรงของโรคหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง พบผลข้างเคียงจากยาในระดับน้อย และไม่กระทบต่อการใช้ชีวิต ระยะเวลาในการใช้ยาสมาธิสั้นจึงไม่มีผลต่อการดูแลให้เด็กรับประทานยาต่อเนื่อง ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กวัยเรียนสมาธิสั้นได้

สรุปจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นอยู่ในระดับมาก และตัวแปรปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ร้อยละ 10.4 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น และตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้ คือ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับรู้ตราบาปของเด็กสมาธิสั้น การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาสมาธิสั้น ความถี่ในการรับประทานยารักษาสมาธิสั้นต่อวัน และระยะเวลาในการใช้ยารักษาสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรหรือหน่วยงานที่ให้การดูแลบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้น สามารถนำข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยารักษาสมาธิสั้นไปใช้เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลด้านการรับประทานยาต่อเนื่องของเด็กสมาธิสั้นได้

2. จัดให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การดูแลเด็กสมาธิสั้นในผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลให้เด็กรับประทานยาสมาธิสั้นต่อเนื่อง

3. แนะนำแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการดูแลรักษา เช่น หนังสือ แผ่นพับ สื่อออนไลน์ เพื่อส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องและทัศนคติที่ต่อการรับประทานยาสมาธิสั้น ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นรับประทานยาต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลให้เด็กสมาธิสั้นวัยเรียนรับประทานยาต่อเนื่อง และศึกษาวิจัยติดตามผลของโปรแกรมในลักษณะของการวิจัยและพัฒนาต่อไป

.....

เอกสารอ้างอิง

กิตติพงศ์ มาศเกษม. (2563). โรคซนสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, *16*(2), 75-102.

กมลนัทธ์ คล่องดี, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และโสภิณ แสงอ่อน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *30*(1), 52-68.

เกษศิรินทร์ นิลนนท์, รุ่งเพ็ชร สกุลบำรุงศิลป์, สิริพรรณ พัฒนาฤดี, และธีรารัตน์ แทนขำ. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลฟินิเดต ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 28*(1), 1-11.

ชาญวิทย์ พรนพดล. (2561). *โรคสมาธิสั้น=Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2560). *สมาธิสั้น*. สืบค้นจาก http://www.happyhomeclinic.com/sp03-adhd.htm.

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, และธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล. (2556). ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *21*(2), 66-75.

ประภัสสร ตันติปัญจพร และคมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกินยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *61*(2), 131-144.

ภาสกร คุ้มศิริ, และอุ่นเรือน เล็กน้อย. (2560). บทความฟื้นฟูวิชาการ: โรคสมาธิสั้นและการตีตราบาปทางสังคม. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, *7*(3), 302-311.

วันรวี พิมพ์รัตน์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของ ผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *61*(1), 15-26.

วิฐารณ บุญสิทธิ. (2555). โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *57*(4), 373-386.

สถาบันราชานุกูล. (2557). *เด็กวัยเรียนที่มีความต้องการพิเศษ*. สืบค้นจาก http://rajanukul.go.th/new/_admin/download/D0000073.pdf.

สมัย ศิริทองถาวร. (2560). *คู่มือการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น สำหรับผู้ปกครอง.* เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานา.

สุพร อภินันทเวช. (2559). การรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาและจิตสังคมบำบัดในประเทศไทย. *Siriraj Medical Bulletin*, *9*(3), 175-181.

อธิชาดา อธิพงษ์อาภรณ์, และนิดา ลิ้มสุวรรณ. (2561). สาเหตุของการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น วัยเด็กและวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *63*(1), 33-46.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Thorndike, R. M. (1978). *Correlation Procedures for Research*. New York: Gardner Press.