



# ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น

## Associations between Caretakers' Attitude, Caretakers' Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Child Patients' Compliance to Take Methylphenidate (MPH)

วันรวี พิมพิรัตน์ พบ.\*

Wanrawee Pimratana M.D.\*

\* กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์

\* Division of Psychiatry, Buriram Hospital, Buriram

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองรวมทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆ กับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาแบบ cross sectional comparative study ลักษณะกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยอาสาสมัครเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองของเด็กที่อยู่ร่วมกัน อาสาสมัครเด็กสมาธิสั้นอายุไม่เกิน 18 ปี จำนวน 180 ราย ที่รับประทาน methylphenidate ในระดับการรักษาอย่างน้อย 3 เดือน รักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลความสม่ำเสมอในการกินยาโดยการนับเม็ดยา เก็บข้อมูลความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองรวมทั้งข้อมูลทั่วไปโดยการทำแบบสอบถาม สัมภาษณ์เด็กเรื่องความเข้าใจโรค โดยแพทย์ ทบทวนเวชระเบียนเพื่อเก็บข้อมูลทางการแพทย์ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติของผู้ปกครองและปัจจัยอื่นๆ กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้น โดยใช้ logistic regression analysis

**ผลการศึกษา** อัตราร้อยละความสม่ำเสมอของการกินยาของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคนเฉลี่ย 92.7 เมื่อใช้จุดตัดอัตราร้อยละความสม่ำเสมอของการกินยาตั้งแต่ 80 ขึ้นไป เป็นการกินยาสม่ำเสมอพบว่ามีเด็กสมาธิสั้น 165 ราย ที่กินยาสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 91.7 ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอต่อการกินยาในเด็กสมาธิสั้นมากที่สุดคือ การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา (Odds=10.2, 95% CI=2.0-52.1, p=.005) รองมาคือ การกินยา 1 ครั้งต่อวัน (Odds=5.2, 95% CI=1.5-18.6, p=.010) และเด็กที่บิดา มารดาเลี้ยงเดี่ยว (Odds=4.1, 95% CI=1.2-14.4, p=.028)

**สรุป** ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้นคือ การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา การกินยา 1 ครั้งต่อวัน และบิดา/มารดาเลี้ยงเดี่ยว

**คำสำคัญ** ความรู้ทัศนคติผู้ปกครอง ความสม่ำเสมอของการกินยา methylphenidate สมาธิสั้น

Corresponding author: วันรวี พิมพิรัตน์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(1): 15-26

## ABSTRACT

**Objective :** To determine whether there are significant associations between caretakers' attitude, caretakers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and child patients' compliance to take methylphenidate (MPH). Another objective was to identify any factors that significantly associated with the compliance.

**Method :** A cross sectional comparative study was conducted at psychiatric out-patient unit at Buriram hospital. The sample consisted of both child patients and their caretakers who live with them. The participants were 180 ADHD children (<18 years old) who had been treated with methylphenidate (MPH) in adequate doses for at least 3 months and their caretakers'. Pill counts were used to measure patients' compliance. Self report questionnaires were used to assess caretakers' attitude toward ADHD, caretakers' knowledge of ADHD and other participants' demographic variables. Face to face interviews were used to assess caretakers' insights about ADHD. Patients' medical records were reviewed. For data analysis, logistic regression analysis was used to determine associated factors with the compliance.

**Results :** The average percentage of drug compliance was 92.7 which good compliance found 165 cases (91.7%), and poor compliance as 15 cases (8.3%). The most significantly factors associated with patients' compliance was "no medical side effect" (Odds ratio=10.2, 95% CI=2.0-52.1,  $p=.005$ ). Other factors associated with patients' compliance included "take pills once a day" (Odds ratio =5.2, 95% CI=1.5-18.6,  $p=.010$ ) and "single parents" (Odds ratio =4.1, 95% CI=1.2-14.4,  $p=.028$ ).

**Conclusions :** The caretakers' attitude toward ADHD or their knowledge of ADHD were not significantly associated with child patients' compliance to take MPH. The factors significantly associated with compliance to take MPH were "no medical side effect", "take pill once a day" and "single parents".

**Keywords :** attitude, knowledge, caretakers, attention deficit hyperactivity disorder, compliance, methylphenidate

---

Corresponding author: Wanrawee Pimratana

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(1): 15-26

## บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในจิตเวชเด็ก อาการที่สำคัญของโรคสมาธิสั้นคือ เหม่อลอย อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น<sup>1</sup> จากทฤษฎีวินิจฉัยตามหลักการของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV)<sup>2</sup> ความชุกของโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 3-5 ในเด็กทั่วโลก<sup>1</sup> ในประเทศไทยมีอัตราความชุกโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 6 และพบมากในเด็กเพศชายกว่าหญิง 3-4 เท่า<sup>3-5</sup>

การรักษาโรคสมาธิสั้นประกอบไปด้วยหลายส่วน รวมถึงจิตสังคมนบำบัด เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรมทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน การใช้ยารักษา ยารักษาสมาธิสั้นที่ได้รับการรับรองจาก Food and Drug Administration (FDA) คือ stimulant และ atomoxetine ยากลุ่มแรกที่พิจารณาใช้ในการรักษาสมาธิสั้นคือ psychostimulants<sup>6</sup> ในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์มี psychostimulants อยู่ 2 ชนิด คือ short acting methylphenidate ออกฤทธิ์ 4-6 ชั่วโมง และ long acting methylphenidate ออกฤทธิ์ 10-14 ชั่วโมง

เนื่องจากโรคสมาธิสั้นมีการดำเนินโรคนานประมาณร้อยละ 60 ของเด็กที่เป็นสมาธิสั้นจะมีอาการต่อเนื่องจนโตเป็นผู้ใหญ่<sup>7</sup> การไม่กินยาเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาสมาธิสั้นซึ่งทำให้ผลการรักษาไม่ดี ในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเด็กสมาธิสั้นที่กินยาเกิน 5 วันต่อสัปดาห์ในปีแรกมีร้อยละ 81 ปีที่ 2 มีร้อยละ 67 และมีเพียงร้อยละ 52 เท่านั้นในปีที่ 3<sup>8</sup> เด็กสมาธิสั้นที่กินยาสมาธิสั้นชนิดออกฤทธิ์สั้นอย่างน้อยร้อยละ 80 ในการรักษา 3 ปี มีเพียงร้อยละ 46<sup>9</sup>

ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยานั้นมีหลากหลาย ทั้งปัจจัยของตัวเด็กเองและปัจจัยของผู้ปกครอง ส่วนที่สำคัญคือความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของผู้ปกครองที่มีต่อโรคสมาธิสั้นเห็นได้จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าความรู้และความเห็นในการรักษาของผู้ปกครองมีบทบาทอย่างมากในการเข้ารับการรักษา<sup>10,11</sup> ส่วนทัศนคติของผู้ปกครองก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการไม่กินยาของตัวเด็กเช่นกัน<sup>12</sup> ซึ่งที่ผ่านมาไม่เคยมีการศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองกับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้นมาก่อนในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองรวมทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆ กับความสม่ำเสมอในการกินยา methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้นเพื่อประโยชน์ในการพัฒนารักษาโรคสมาธิสั้นต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองรวมทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นๆ กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้น

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ cross sectional comparative study

### กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ปกครองซึ่งดูแลเด็กและวัยรุ่น (อายุไม่เกิน 18 ปี) ที่เป็นเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์ตามหลักการของ DSM-IV และได้รับยา methylphenidate ในระดับการรักษาอย่างน้อย 3 เดือน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- 1) เด็กหรือผู้ปกครองไม่ยินยอมให้ข้อมูล
- 2) เด็กมีภาวะออทิสติก
- 3) ผู้ปกครองมีภาวะหลงผิด (psychosis)

### เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติของเด็กสมาธิสั้นประกอบด้วย 3 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก
2. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เป็นแบบสอบถาม 10 ข้อ โดยให้ผู้ปกครองตอบว่าถูกหรือผิด การแปรผลคะแนนแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ความรู้ดีคะแนน  $\geq 6$  ความรู้ไม่ดีคะแนน  $< 6$

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เป็นแบบสอบถามความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อโรคสมาธิสั้นมี 10 ข้อ โดยให้คะแนนเป็นระดับ 1-4 การแปลผลคิดตามช่วงคะแนน คือ ทัศนคติเชิงบวกคะแนน  $\geq 24$  ทัศนคติเชิงลบคะแนน  $< 24$

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาใช้ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยมีความแม่นยำตรงของเนื้อหา (content validity) ทดสอบโดยการทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญ (experts' review) ความเที่ยง (reliability) ของความรู้โรคสมาธิสั้นเป็น 0.78 และความเที่ยงของทัศนคติโรคสมาธิสั้นเป็น 0.83<sup>13</sup>

### การคำนวณความสม่ำเสมอในการกินยา

สำหรับการวัดความสม่ำเสมอในการกินยานั้น มีหลายวิธีที่ใช้กันทั้งวัดทางตรงโดยการสังเกตหรือการตรวจโดยใช้ marker และวิธีวัดทางอ้อมโดยการสัมภาษณ์ การนับยา การตอบสนองต่อการรักษา และใช้เครื่องมือวัดทางการแพทย์ผู้วิจัยเลือกวิธีนับเม็ดยาเนื่องจากใช้กันแพร่หลายและมีความน่าเชื่อถือ เมื่อเทียบในหลายวิธีพบว่า ความเที่ยงตรงของการวัดความสม่ำเสมอในการกินยาโดยใช้วิธีการนับเม็ดยาเป็นร้อยละ 72.5 การนับโดยใช้เครื่องมือวัดทางการแพทย์

มีความเที่ยงตรงเป็นร้อยละ 87.0 และการนับโดยวัดการมารับยาล่าช้ากว่าที่กำหนดมีความเที่ยงตรงเป็นร้อยละ 77.7 ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกันแต่หากเปรียบเทียบกับ การให้ข้อมูลด้วยตนเองมีความเที่ยงตรงเพียงร้อยละ 29.7<sup>14</sup>

สูตรของการคำนวณอัตราร้อยละความสม่ำเสมอในการกินยาของแต่ละคน คือ

$$\% \text{การกินยา} = \frac{(\text{จำนวนยาที่ได้รับ} - \text{จำนวนยาที่คงเหลือ}) \times 100}{\text{จำนวนยาที่ควรได้รับ}}$$

เกี่ยวกับจุดตัดของความสม่ำเสมอในการกินยากำหนดให้กินยาสม่ำเสมออยู่ที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 และกินยาไม่สม่ำเสมออยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ 80 เนื่องจากมีการศึกษาในโรคเรื้อรังว่ากินยาสม่ำเสมอหรือไม่ใช้ที่ร้อยละ 80<sup>15</sup> และการศึกษาของยาที่ใช้รักษาสมาธิสั้นก่อนหน้านี้ใช้จุดตัดของความสม่ำเสมอในการกินยาที่ร้อยละ 80 เช่นเดียวกัน<sup>9</sup>

### การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลบุรีรัมย์แล้ว (เลขที่ บร0032.102.3/73 วันที่ 17 เมษายน 2556) ผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์และคัดเลือกอาสาสมัครอธิบายให้อาสาสมัครและผู้ปกครองทราบรายละเอียดการศึกษา สิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นผู้ปกครองตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความรู้และทัศนคติของโรคสมาธิสั้น ปัจจัยอื่นๆ ของผู้ปกครองและเด็ก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นจิตแพทย์สัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับความเข้าใจโรคสมาธิสั้นและเภสัชกรนับเม็ดยาที่เหลือเพื่อเก็บข้อมูลความสม่ำเสมอในการกินยาใช้เวลาประมาณ 10 นาที ส่วนข้อมูลการแพทย์ทั้งผู้ปกครองและเด็ก ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนในภายหลังซึ่งในโครงการวิจัยนี้มีอาสาสมัครเข้าร่วมทั้งสิ้นจำนวน 180 ครอบครัว

สถิติวิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติของผู้ปกครองและปัจจัยอื่นๆ กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้นใช้ logistic regression analysis จากโปรแกรม SPSS version 16.0

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไป

จากผู้ปกครองและเด็ก 180 ครอบครัว พบว่า ผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ย 41 ปี (23-80 ปี) ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 66.1) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.4) รายได้เฉลี่ย 13,180.5 บาทต่อเดือน (0-70,000 บาทต่อเดือน) ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการรักษา

(ร้อยละ 99.4) และไม่มีโรคทางจิตเวช (ร้อยละ 97.2) (ตารางที่ 1) ส่วนเด็กอายุเฉลี่ย 9.6 ปี (4-15 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 82.2) ไม่มีผลข้างเคียงในการกินยา (ร้อยละ 53.9) มีความเข้าใจในตัวโรคดี (good insight) คิดเป็นร้อยละ 65 เป็นโรคสมาธิสั้นแบบผสม (ADHD, combine type) คิดเป็นร้อยละ 66.1 ไม่พบโรคทางจิตเวชที่พบร่วม (co-morbid disease) คิดเป็นร้อยละ 57.2 สถิติปัญญาของเด็กอยู่ในเกณฑ์ปกติ (IQ≥90) คิดเป็นร้อยละ 63.3 ระยะเวลาในการรักษามากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.1 จำนวนมียา methylphenidate 2 ครั้งต่อวันคิดเป็นร้อยละ 72.8 (ตารางที่ 2)

### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

	จำแนกข้อมูลย่อย	จำนวน (N=180)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็ก	มารดา	119	66.1
	บิดา	35	19.4
	ญาติ	36	14.4
สถานสมรส	สมรส/อยู่ด้วยกัน	134	74.4
	หย่าร้าง/หม้าย/อยู่คนเดียว	46	25.6
การศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง	ประถมศึกษา	52	28.9
	มัธยมศึกษา	63	35
	มหาวิทยาลัย	65	36.1
การช่วยเหลือดูแลจากคนในครอบครัว	มี	137	76.1
	ไม่มี	43	23.9
ความเห็นของผู้ปกครองในการรักษา	เห็นด้วยกับการรักษา	179	99.4
	ไม่เห็นด้วยกับการรักษา	1	0.6
โรคจิตเวชในครอบครัว	ไม่มีโรคทางจิตเวช	175	97.2
	เป็นโรคซึมเศร้า	3	1.7
	เป็นโรควิตกกังวล	2	1.1

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

	จำแนกข้อมูลย่อย	จำนวน (N=180)	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	148	82.2	
	หญิง	32	17.8	
การศึกษาของเด็ก	อนุบาล	5	2.8	
	ประถมศึกษาตอนต้น	108	60	
	ประถมศึกษาตอนปลาย	47	26.1	
	มัธยมศึกษาตอนต้น	20	11.1	
ผลข้างเคียงจากการกินยา	ไม่มีผลข้างเคียง	97	53.9	
	เบื่ออาหาร	65	36.1	
	ปวดท้อง	3	1.7	
	นอนไม่หลับ	6	3.3	
	หงุดหงิด	9	5	
เพื่อนช่วยเหลือที่โรงเรียน	มี	90	50	
	ไม่มี	90	50	
ครูช่วยเหลือที่โรงเรียน	มี	118	65.6	
	ไม่มี	62	34.4	
ความเข้าใจในตัวโรค (insight)	ดี (good insight)	117	65	
	ไม่ดี (poor insight)	63	35	
ชนิดของโรคสมาธิสั้น	หุนหันพลันแล่นจนอยู่ไม่นิ่ง	57	31.7	
	เหม่อลอย	4	2.2	
	ผสม	119	66.1	
โรคทางจิตเวชที่พบร่วม	ไม่มี	103	57.2	
	บกพร่องทางการเรียนรู้	44	24.4	
	วิตกกังวล	8	4.4	
	ติดต่อต้าน	8	4.4	
	มีปัญหาการขับถ่าย	5	2.8	
	โรคอื่นๆ	12	6.7	
	ระดับสติปัญญาของเด็ก (IQ)	ปกติ (IQ≥90)	114	63.3
		สติปัญญาที่ต่ำ (IQ80-89)	31	17.2
สติปัญญาคาบเส้น (IQ70-79)		27	15	
บกพร่องทางสติปัญญา (IQ<70)		8	4.4	
ระยะเวลาในการรักษา	น้อยกว่า 1 ปี	61	33.9	
	มากกว่า 1 ปี	119	66.1	
จำนวนมื้อยาที่กินต่อวัน	กิน 1 ครั้งต่อวัน	37	20.6	
	กิน 2 ครั้งต่อวัน	131	72.8	
	กินมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน	12	6.7	

2. ความสม่ำเสมอในการกินยา 165 รายคิดเป็นร้อยละ 91.7 กินยาไม่สม่ำเสมอจำนวน 15 รายคิดเป็นร้อยละ 8.3

จากจำนวนอาสาสมัครเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 180 ราย พบว่าอัตราร้อยละความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้นเฉลี่ย 92.7 แบ่งเป็น กินยาสม่ำเสมอ (อัตราร้อยละความสม่ำเสมอในการกินยาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80) จำนวน

3. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ความรู้ความเข้าใจโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ค่าเฉลี่ยเป็น 7.8±1.5 (min-max=2-10) แบ่งเป็นความรู้ดี 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.7 ความรู้ไม่ดี 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.3 เมื่อจัดลำดับรวมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเป็นรายชื่อแล้วพบว่า ข้อคำถามที่ผู้ปกครองตอบได้ถูกต้องมากที่สุดคือ ข้อ 3 เด็กสมาธิสั้นมักอยู่นิ่ง นิ่งไม่ติดที่ พูดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบ และข้อ 9 ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น คะแนนความถูกต้องร้อยละ 98 ส่วนคำถามที่ผู้ปกครองตอบไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ ข้อ 8 เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความ

เสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติดคะแนนความถูกต้องร้อยละ 55 (ตารางที่ 3)

ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองค่าเฉลี่ย เป็น 32.7±3.5 (min-max=21-40) แบ่งเป็นทัศนคติเชิงบวก 176 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.8 ทัศนคติเชิงลบ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.2 เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองเป็นรายชื่อแล้วพบว่าข้อที่ได้คะแนนมากที่สุดคือ ข้อที่ 4 เมื่อเด็กสมาธิสั้นทำดี ก็ควรได้รับรางวัลเช่นเดียวกับเด็กอื่น คิดเป็นร้อยละ 91.7 ส่วนข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 3 เด็กสมาธิสั้น มักเป็นเด็กขี้เกียจคิดเป็นร้อยละ 66.2 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ข้อคำถาม	ร้อยละ
1. โรคสมาธิสั้น เกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่	59
2. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย	66
3. เด็กสมาธิสั้น มักอยู่นิ่ง นิ่งไม่ติดที่ พูดแทรก ทำงานไม่เป็นระเบียบ	98
4. เด็กสามารถนั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมติดต่อกันได้เป็นเวลานานไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้นอย่างแน่นอน	74
5. เด็กสมาธิสั้น มักขาดความยับยั้งชั่งใจ	87
6. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นเด็กเกเร	70
7. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่หายจากโรคนี้ได้เอง	81
8. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด	55
9. ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการดีขึ้น	98
10. การจัดสิ่งแวดล้อม เช่น ให้ทำงานที่มุมเงียบสงบ จะช่วยเด็กสมาธิสั้นได้มาก	93

ตารางที่ 4 ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง

ข้อคำถาม	ร้อยละ
1. เด็กสมาธิสั้นมีสติปัญญาปกติ สามารถพัฒนาได้	86.75
2. ไม่ควรพาเด็กสมาธิสั้นเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมทั่วไป	84.50
3. เด็กสมาธิสั้น มักเป็นเด็กขี้เกียจ	66.25
4. เมื่อเด็กสมาธิสั้นทำดี ก็ควรได้รับรางวัลเช่นเดียวกับเด็กอื่น	91.75
5. เด็กสมาธิสั้น ต้องช่วยเหลือด้านการเรียนเพิ่มเติมเป็นพิเศษ	87.25
6. การทำให้เด็กสมาธิสั้นปฏิบัติตามกฎระเบียบ ควรใช้วิธีลงโทษ	77.50
7. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น	77.75
8. เมื่อลูกเป็นโรคสมาธิสั้นพ่อแม่รู้สึกเป็นปมด้อยและอาย	86.50
9. ยารักษาโรคสมาธิสั้นมีผลเสียมากกว่าผลดี	78.00
10. ไม่จำเป็นต้องรักษาโรคสมาธิสั้นก็ได้ เพราะโตขึ้นเด็กมักจะหายไปตามวัยอยู่แล้ว	81.75

4. วิเคราะห์ความสม่ำเสมอในการกินยากับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เมื่อดูปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการกินยา โดยแบ่งการกินยาเป็น 2 กลุ่ม คือ กินยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ดี มีผลต่อกินยาสม่ำเสมอ 151 ราย (ร้อยละ 83.9) มีผลต่อกินยาไม่สม่ำเสมอ 14 ราย (ร้อยละ 7.8) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

สมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ไม่ดีมีผลต่อการกินยาสม่ำเสมอ 14 ราย (ร้อยละ 7.8) กินยาไม่สม่ำเสมอ 1 ราย (ร้อยละ 0.5) เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองพบว่าผู้ปกครองที่มีทัศนคติเชิงบวกมีผลต่อเด็กกินยาสม่ำเสมอ 161 ราย (ร้อยละ 89.5) มีผลต่อกินยาไม่สม่ำเสมอ 15 ราย (ร้อยละ 8.3) ผู้ปกครองที่มีทัศนคติเชิงลบมีผลต่อเด็กกินยาสม่ำเสมอ 4 ราย (ร้อยละ 2.2) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสม่ำเสมอในการกินยา

ปัจจัย	จำแนกข้อมูลย่อย	ความสม่ำเสมอในการกินยา	
		สม่ำเสมอ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่สม่ำเสมอ จำนวน(ร้อยละ)
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง	ความรู้ดี ความรู้ไม่ดี	151(83.9) 14(7.8)	14(7.8) 1(0.5)
ทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง	ทัศนคติเชิงบวก ทัศนคติเชิงลบ	161(89.5) 4(2.2)	15(8.3) 0(0)
การศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง	น้อยกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรีขึ้นไป	104(57.8) 61(33.9)	11(6.1) 4(2.2)
ความสัมพันธ์กับเด็ก	บิดามารดา ญาติ	140(77.8) 25(13.9)	14(7.8) 1(0.5)
สถานภาพสมรส	สมรส/อยู่ด้วยกัน หย่าร้าง/หม้าย/อยู่คนเดียว	125(69.5) 40(22.2)	9(5) 6(3.3)
มีคนในครอบครัวช่วยดูแลเด็ก	มี ไม่มี	126(70) 39(21.7)	11(6.1) 4(2.2)
ความเห็นเกี่ยวกับการรักษา	เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	164(91.1) 1(0.6)	15(8.3) 0(0)
ประวัติการรักษาโรคทางจิตเวชของผู้ปกครอง	มี ไม่มี	5(2.8) 160(88.9)	0(0) 15(8.3)
อายุของเด็ก	≤12 ปี >12 ปี	149(82.8) 16(8.9)	11(6.1) 4(2.2)
เพศของเด็ก	ชาย หญิง	135(75) 30(16.7)	13(7.2) 2(1.1)
การศึกษาเด็ก	อนุบาล/ประถมศึกษา มัธยมศึกษา	148(82.2) 17(9.4)	12(6.7) 3(1.7)
ผลข้างเคียงจากการกินยา	มีผลข้างเคียง ไม่มีผลข้างเคียง	81(45) 84(46.7)	2(1.1) 13(7.2)
เพื่อนช่วยเหลือที่โรงเรียน	มีเพื่อนช่วย ไม่มีเพื่อนช่วย	85(47.2) 80(44.4)	5(2.8) 10(5.6)
ครูช่วยเหลือที่โรงเรียน	มีครูช่วย ไม่มีครูช่วย	111(61.7) 54(30)	7(3.9) 8(4.4)
ความเข้าใจโรค(insight)	ดี(good insight) ไม่ดี(poor insight)	109(60.6) 56(31.1)	8(4.4) 7(3.9)
ชนิดของสมาธิสั้น	หุ่นหันปลิ้นแล้วนอนอยู่ไม่นิ่งและ แบบผสม	162(90)	14(7.8)
โรคทางจิตเวชที่พบร่วมในเด็ก	มี ไม่มี	3(1.7) 67(37.2) 98(54.4)	1(0.5) 10(5.6) 5(2.8)
ระดับสติปัญญา (IQ)	ปกติ (IQ≥90) ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (IQ<90)	104(57.8) 61(33.9)	10(5.5) 5(2.8)
ระยะเวลาในการรักษา	น้อยกว่า 1 ปี มากกว่า 1 ปี	55(30.6) 110(61.1)	6(3.3) 9(5)
จำนวนมื้อยาที่กินใน 1 วัน	1 ครั้งต่อวัน มากกว่า 1 ครั้งต่อวัน	31(17.2) 134(74.5)	6(3.3) 9(5)



จากตารางที่ 6 เมื่อวิเคราะห์ logistic regression analysis พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอต่อการกินยาในเด็กสมาธิสั้นมากที่สุดคือ การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา รองลงมาได้แก่ การกินยา 1 ครั้งต่อวัน และ บิดามารดาเลี้ยงเดี่ยวตามลำดับ โดยพบว่า การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยาทำให้มีโอกาสกินยาสม่ำเสมอเป็น 10 เท่าของเด็กที่เกิดผลข้างเคียง (Odds ratio=10.2,

95% CI=2.0-52.1, p=0.005) เด็กที่กินยา 1 ครั้งต่อวัน มีโอกาสกินยาสม่ำเสมอเป็น 5.2 เท่าของเด็กที่กินยามากกว่า 1 ครั้งต่อวัน (Odds ratio =5.2, 95% CI=1.5-18.6, p=0.010) ส่วนเด็กที่บิดา มารดาเลี้ยงคนเดียว จะกินยาสม่ำเสมอว่าเด็กที่บิดา มารดาอยู่ด้วยกัน 4 เท่า (Odds ratio =4.1, 95% CI=1.2-14.4, p=0.028)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอต่อการกินยาด้วย logistic regression analysis

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Df	p-value	Odd	95%CI	
							lower	upper
การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา	2.323	.832	7.800	1	.005	10.205	1.999	52.091
การกินยา 1 ครั้งต่อวัน	1.655	.646	6.561	1	.010	5.231	1.475	18.553
บิดามารดาเลี้ยงเดี่ยว	1.411	.641	4.842	1	.028	4.099	1.167	14.400

## วิจารณ์

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 180 ครอบครัว พบว่าอัตราร้อยละความสม่ำเสมอในการกินยาโดยเฉลี่ยเท่ากับ 92.7 เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่กินยาเกิน 5 วันต่อสัปดาห์ในปีแรก ปีที่ 2 และ 3 มีร้อยละ 81, 67 และ 52<sup>9</sup> เด็กสมาธิสั้นที่กินยาสม่ำเสมอในการรักษา 3 ปี มีเพียงร้อยละ 46<sup>9</sup> ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยามากกว่าคิดเป็นการกินยาสม่ำเสมอในปีแรกร้อยละ 90.2 รักษา มากกว่า 1 ปีกินยาสม่ำเสมอร้อยละ 92.4 เนื่องจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มาทำการรักษาต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาหนึ่งและเก็บข้อมูลอาสาสมัครที่สมัครใจร่วมมือในการให้ข้อมูลโดยไม่ได้เก็บข้อมูลจากเด็กสมาธิสั้นทุกรายที่มาทำการรักษา

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นกับผู้ปกครองและความเห็นในการรักษาของผู้ปกครองมีบทบาทอย่างมากในการเข้ารับการรักษา<sup>10,11</sup> ส่วนทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

ก็มีบทบาทส่วนมากเช่นเดียวกัน ทัศนคติที่มีความเกี่ยวข้องกับการไม่กินยา ได้แก่ “การรักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้ผลดีที่สุดคือการให้คำแนะนำ” “ฉันชอบการให้คำแนะนำมากกว่าการกินยาในการรักษาโรคสมาธิสั้น” และ “ฉันรู้สึกว่ายากที่ใช้รักษาสมาธิสั้นมีผลข้างเคียงที่ไม่ดี”<sup>12</sup> เปรียบเทียบกับการศึกษานี้เมื่อพิจารณาปัจจัยทั้งความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองแล้วแต่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยา ผู้ปกครองมีความทัศนคติและความรู้ที่อยู่ในระดับที่ดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากขณะทำการรักษาจะได้มีการอธิบายเรื่องโรคและการดูแลและมีแผนพบความรู้แจกทุกอย่าง รวมทั้งทางผู้วิจัยได้จัดโครงการอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นและการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 ปี จากตารางที่ 3 และ 4 เมื่อพิจารณาตามหัวข้อย่อยของแบบสอบถามของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก มีดังนี้

1. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น เมื่อโตเป็นวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะติดยาเสพติด (ร้อยละ 55)

2. โรคสมาธิสั้นเกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ (ร้อยละ 59)

3. เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น มักมาจากครอบครัวที่ไม่เป็นระเบียบ สับสนวุ่นวาย (ร้อยละ 66)

ส่วนทัศนคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครองที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับแรก มีดังนี้

1. เด็กสมาธิสั้น มักเป็นเด็กขี้เกียจ (ร้อยละ 66.25)

2. การทำให้เด็กสมาธิสั้นปฏิบัติตามกฎระเบียบควรใช้วิธีลงโทษ (ร้อยละ 77.50)

3. ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในเด็กสมาธิสั้น (ร้อยละ 77.75)

ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปปรับปรุงการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองของเด็กให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อเด็กต่อไป

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการกินยา มี 3 ปัจจัยที่สำคัญ คือ

1. การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา เป็นปัจจัยที่มีผลมากที่สุดในการศึกษานี้ เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าได้ผลใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าถ้ามีผลข้างเคียงทางจิตใจเช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิด ซึมเศร้า และบุคลิกภาพเปลี่ยนไปจากเดิมจะเป็นปัจจัยที่ทำให้กินยาไม่สม่ำเสมอ<sup>12</sup>

2. การกินยา 1 ครั้งต่อวันเป็นปัจจัยที่มีผลรองลงมา เคยมีงานศึกษาพบว่ายาสมาธิสั้นที่ออกฤทธิ์ยาวจะมีความต่อเนื่องในการกินยามากกว่ายาสมาธิสั้นออกฤทธิ์สั้นที่ต้องกิน 3 เวลาต่อวัน<sup>16-18</sup>

3. บิดามารดาเลี้ยงเดี่ยวเมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าในครอบครัวที่เป็นบิดา/มารดาเลี้ยงเดี่ยวและครอบครัวอุปถัมภ์จะมีความสม่ำเสมอในการกินยามากกว่าเช่นเดียวกัน<sup>9</sup>

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ในการศึกษาที่ผ่านมาที่มีผลได้แก่ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเด็กเอง เช่น อายุน้อยเป็นปัจจัยที่ทำให้กินยาไม่สม่ำเสมอ ส่วนอายุมากเป็นปัจจัยที่ทำให้กินยาไม่สม่ำเสมอ<sup>8,9,18</sup> เพศหญิงกินยาสม่ำเสมอกว่าชาย<sup>9</sup> ชนิดของโรคสมาธิสั้นที่เป็นแบบชุนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactive) และแบบผสม (combine type) เป็นปัจจัยที่ทำให้กินยาไม่สม่ำเสมอ<sup>9,19</sup> การมีภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะดื้อต่อต้าน (oppositional defiant disorder, ODD) เป็นทั้งปัจจัยที่ทำให้กินยาไม่สม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอเช่นกัน<sup>8,9,19</sup> การคุยกับผู้ป่วยเด็กรายบุคคลเกี่ยวกับการปรับยา การปรับพฤติกรรม การมีกลุ่มเพื่อนคอยช่วยเหลือ จะทำให้กินยาสม่ำเสมอมากขึ้น<sup>10</sup> ส่วนภาวะทางจิตเวชของผู้ดูแล<sup>19</sup> ความเครียดที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแล การไม่สอดคล้องกันในการเลี้ยงดู การเลี้ยงแบบปกป้องหรือบังคับมากจนเกินไป ไม่มีครอบครัวสนับสนุน การไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัว การมีปัญหาในบ้านที่เพิ่มขึ้น ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่ทำให้กินยาไม่สม่ำเสมอ<sup>18</sup> ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบว่าร้อยละ 34.7 ของมารดาเด็กสมาธิสั้นมีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการรักษาของเด็กที่มากกว่า 12 เดือนและมีสถานภาพสมรสแบบหย่าร้างหรือหม้าย<sup>20</sup>

#### ข้อจำกัด (Limitations)

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ cross sectional comparative study ประชากรที่ใช้ศึกษาเป็นกลุ่มอาสาสมัครที่ใช้ความสมัครใจในการคัดเลือกเท่านั้น ไม่ใช้กลุ่มผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นที่มาทำการรักษาทั้งหมดทำให้จำนวนผู้ป่วยที่กินยาไม่สม่ำเสมอมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริงและได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลบุรีรัมย์เท่านั้น การนำไปใช้อาจต้องพิจารณาตามความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1. ถ้าต้องการทราบข้อมูลความสัมพันธ์ของเด็กสมาธิสั้นที่กินยาสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอทั้งหมด อาจต้องปรับการศึกษาเป็นแบบ cohort study
2. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบร่วมด้วย

## สรุป

ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการกินยาของเด็กสมาธิสั้นคือ “การไม่เกิดผลข้างเคียงจากยา” “การกินยา 1 ครั้งต่อวัน” และ “บิดา/มารดาเลี้ยงเดี่ยว”

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล ผู้ให้คำปรึกษางานวิจัย คุณชุติมา ดีสวัสดิ์ ผู้ให้คำแนะนำเรื่องระเบียบวิจัยและสถิติ คุณพรทิพย์ วชิรดิถก สำหรับแบบสอบถามความรู้และทัศนคติของเด็กสมาธิสั้น ภาสัชกรและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทุกท่านที่ช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์และเก็บข้อมูล ทำให้สามารถทำงานวิจัยได้สำเร็จลุล่วง

## Reference

1. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 430-53.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2004:63-5.

3. Child and Adolescent Psychiatric Society of Thailand. Textbook of child and adolescent psychiatrists. 2<sup>nd</sup> edition. Bangkok: Child and adolescent Psychiatric Society of Thailand; 2007:118-29.
4. Trangkasombat U. Clinical Characteristics of ADHD in Thai Children. J Med Assoc Thai 2011; 91:1894.
5. Benjasuwantep B, Ruangdaraganon N, Visudhiphan P. Prevalence and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok. J Med Assoc Thai 2002; 85(Suppl 4):S1232-40.
6. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2007; 46:894-921.
7. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiat 2000; 157:816-8.
8. Thiruchelvam D, Charach A, Schachar RJ. Moderators and Mediators of Long-Term Adherence to Stimulant Treatment in Children With ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001; 40:922-8.
9. Atzori P, Usala T, Carucci S, Danjou F, Zuddas A. Predictive variables for persistent use and compliance of immediate-release methylphenidate: a 36-month naturalistic study. J Child Adolesc Psychopharmacol 2009; 19:673-81.

10. Chacko A, Newcorn JH, Feirsen N, Uderman JZ. Improving medication adherence in chronic pediatric health conditions: a focus on ADHD in youth. *Curr Pharm Des* 2010; 16:2416-23.
11. Corkum P, Rimer P, Schachar R. Parental knowledge of attention-deficit hyperactivity disorder and opinions of treatment options: impact on enrollment and adherence to a 12-month treatment trial. *Can J Psychiat* 1999; 44:1043-8.
12. Toomey SL, Sox CM, Rusinak D, Finkelstein JA. Why do children with ADHD discontinue their medication? *Clin Pediatr (Phila)* 2012; 51:763-9.
13. Wachiradilok P, Mueangkhwa M, Thiamsaeng T. Effectiveness of parent training program for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health of Thailand* 2009; 17:77-90.
14. Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Measurement of patient compliance. *Pharm World Sci* 1998; 20:73-7.
15. Karve S, Cleves MA, Helm M, Hudson TJ, West DS, Martin BC. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Curr Med Res Opin* 2009; 25:2303-10.
16. Palli SR, Kamble PS, Chen H, Aparasu RR. Persistence of stimulants in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2012; 22(2):139-48.
17. Swanson J. Compliance with Stimulants for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Issues and Approaches for Improvement. *CNS Drugs* 2003; 17:117-31.
18. Gau SSF, Shen H-Y, Chou M-C, Tang C-S, Chiu Y-N, Gau C-S. Determinants of adherence to methylphenidate and the impact of poor adherence on maternal and family measures. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006; 16:286-97.
19. Chazan R, Borowski C, Pianca T, Ludwig H, Rohde LA, Polanczyk G. Do phenotypic characteristics, parental psychopathology, family functioning, and environmental stressors have a role in the response to methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? A naturalistic study from a developing country. *J Clin Psychopharmacol* 2011; 31:309-17.
20. Puttisri S, Punpanivh P, Pantungtong T, Sungprasit M. A depression in mother of children with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2006; 51:213-23.