

การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการให้ความรู้ และความแตกต่างตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ราตรีกาล ศิริรัตนไพศาลกุล^{1*}

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่จัน จ.เชียงราย 57110

* ติดต่อผู้พิมพ์: ราตรีกาล ศิริรัตนไพศาลกุล, กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลแม่จัน จ.เชียงราย 57110

E-mail: buaykem2010@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในเด็กสมาธิสั้น ก่อนและหลังการให้ความรู้ และความแตกต่างตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ราตรีกาล ศิริรัตนไพศาลกุล^{1*}

ว. เภสัชศาสตร์อีสาน 2568;21(3): 43-56

รับบทความ: 18 สิงหาคม 2568

แก้ไขบทความ: 1 ธันวาคม 2568

ตอบรับ: 8 ธันวาคม 2568

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ดูแลในการให้ยาเมทิลเฟนิเดต แก่เด็ก ก่อนและหลังการให้ความรู้และศึกษาความแตกต่างตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล **วิธีดำเนินการวิจัย:** งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบก่อนหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเดต จำนวน 50 คน ของ โรงพยาบาลแม่จัน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย การดำเนินการวิจัยเริ่มต้นด้วยการ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการให้ความรู้ (Pretest) โดยใช้ แบบสอบถาม หลังจากนั้นจึงดำเนินการ ให้ความรู้ เกี่ยวกับการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตแก่กลุ่มตัวอย่าง และปิดท้ายด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลซ้ำหลัง การให้ความรู้ (Posttest) การเก็บข้อมูลทั้งหมดดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test เพื่อตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล และ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test หรือ Kruskal-Wallis H-test ตามความ เหมาะสมของข้อมูล **ผลการวิจัย:** พบว่า ค่ามัธยฐานของตัวแปรทั้งสามด้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยความรู้ของผู้ดูแล เพิ่มขึ้นจาก 3.00 เป็น 4.00 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) ความเข้าใจเพิ่มขึ้นจาก 1.00 เป็น 5.00 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) และความร่วมมือเพิ่มขึ้นจาก 5.50 เป็น 7.00 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน) นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความแตกต่างตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ความรู้หลังการให้ความรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในระดับการศึกษาต่าง ๆ ($p = 0.027$) โดยเฉพาะ ผู้ดูแลระดับอุดมศึกษามี ความรู้สูงขึ้น อีกทั้งยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในความเข้าใจก่อนการให้ความรู้ตามระดับการศึกษา ($p = 0.015$) ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษา ระดับประถมศึกษา มีความเข้าใจหลังการให้ความรู้ที่สูงขึ้น ในทำนองเดียวกัน กลุ่มอาชีพแสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญใน ความ เข้าใจหลังการให้ความรู้ ($p = 0.042$) โดยกลุ่มรับจ้างทั่วไปมีความเข้าใจที่สูงขึ้น และยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านความร่วมมือใน การใช้ยาก่อนการให้ความรู้โดยพิจารณาปัจจัยด้านเพศ ($p = 0.027$) โดยผู้ดูแลเพศชายให้ความร่วมมือมากขึ้น **สรุปผลการวิจัย:** การให้ความรู้แก่ ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สมาธิสั้น, เมทิลเฟนิเดต, ความรู้, ความเข้าใจ, ความร่วมมือในการใช้ยา



A Comparative Study of Caregivers' Knowledge, Understanding, and Medication Adherence to Methylphenidate Use in ADHD Children Pre- and Post-Intervention, and the Differences by Personal Factors

Ratreekal Sirirattanaphaisalkul^{1*}

¹Department of Pharmacy, Maechan Hospital, Chiang Rai 57110

*Corresponding author: Ratreekal Sirirattanaphaisalkul, Department of Pharmacy, Maechan Hospital, Chiang Rai 57110

E-mail: buaykem2010@gmail.com

Abstract

A Comparative Study of Caregivers' Knowledge, Understanding, and Medication Adherence to Methylphenidate Use in ADHD Children Pre- and Post-Intervention, and the Differences by Personal Factors

Ratreekal Sirirattanaphaisalkul^{1*}

IJPS, 2025; 21(3): 43-56

Received: 18 August 2025

Revised: 1 December 2025

Accepted: 8 December 2025

This study aimed to compare the knowledge, understanding, and medication adherence of caregivers in administering methylphenidate to children pre and post education, and to examine the differences by personal factors. **Methods:** This research employed a quasi-experimental research design, specifically a One-Group Pretest-Posttest Design. The sample consisted of 50 caregivers of children receiving methylphenidate at Mae Chan Hospital, Mae Chan District, Chiang Rai Province. The research procedure began with the pretest data collection using a questionnaire to assess the caregivers' knowledge, understanding, and medication adherence. This was followed by the intervention, where education on the proper use of methylphenidate was provided to the sample group. Finally, posttest data collection was conducted using the same questionnaire. All data collection procedures took place between June and July 2025. Descriptive statistics, including frequency, percentage, median, and interquartile range (IQR), were used to summarize the data. The Shapiro-Wilk test was employed to check for the normality of data distribution. Non-parametric tests were then applied for all comparisons: the Wilcoxon signed-rank test was used for paired comparison, and the Mann-Whitney U test or the Kruskal-Wallis H-test was applied for inter-group comparisons, as appropriate. **Results:** The median scores for all three variables increased significantly after the educational intervention ($p < 0.001$). Specifically, the caregivers' median scores increased as follows: Knowledge rose from 3.00 to 4.00 (out of 5), Understanding saw a notable rise from 1.00 to 5.00 (out of 5), and Medication Adherence increased from 5.50 to 7.00 (out of 8). Furthermore, the analysis of differences based on personal factors revealed several findings: Knowledge scores after the intervention were significantly different across educational levels ($p = 0.027$); specifically, caregivers with higher education levels demonstrated significantly greater post-intervention knowledge scores. A significant difference was found in Understanding before the intervention based on educational level ($p = 0.015$); furthermore, the primary education group demonstrated significantly greater post-intervention Understanding scores. Similarly, the occupational group showed a significant difference in Understanding after the intervention ($p = 0.042$) with the general laborer group demonstrating greater Understanding scores. A significant difference was found in Medication Adherence before the intervention based on gender ($p = 0.027$), with male caregivers demonstrating greater post-intervention adherence. **Conclusion:** Providing education to caregivers effectively improved their knowledge, understanding, and adherence in administering methylphenidate to children.

Keywords: ADHD, Methylphenidate, Knowledge, Understanding, Medication Adherence

บทนำ

ภาวะสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นความผิดปกติทางพัฒนาการของสมองที่ส่งผลต่อการควบคุมพฤติกรรม การให้ความสนใจ และการยับยั้งชั่งใจ โดยมีอาการสำคัญ ได้แก่ การขาดสมาธิ การอยู่นิ่ง และความหุนหันพลันแล่น ซึ่งมักเริ่มตั้งแต่วัยเด็กและคงอยู่จนถึงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เด็กกลุ่มนี้อาจประสบปัญหาด้านการเรียน การเข้าสังคม และมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายในระยะยาว เช่น การใช้สารเสพติดหรืออุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะ (Zhang L *et al.*, 2025) การรักษาภาวะสมาธิสั้นจำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบองค์รวม ทั้งการบำบัดทางจิตสังคม การให้คำแนะนำผู้ปกครองและครู รวมถึงการรักษาด้วยยา โดยยาเมทิลเฟนิเดต (Methylphenidate) ถือเป็นแนวทางการรักษามาตรฐานที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงในการลดอาการและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย (MTA Cooperative Group, 1999; Storebø OJ *et al.*, 2015)

จากข้อมูลผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดต ในคลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลแม่จัน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 พบว่า มีอัตราการขาดการติดตามการรักษาประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยที่ทางโรงพยาบาลแม่จันให้บริการรักษาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นโดยใช้ยาเมทิลเฟนิเดต ชนิดออกฤทธิ์สั้นเป็นหลัก ลักษณะของยาที่ต้องรับประทานวันละมากกว่าหนึ่งครั้ง รวมถึงผลข้างเคียงที่พบได้บ่อย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรืออารมณ์แปรปรวน ล้วนเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การรักษาผู้ป่วยสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องหลายปีจนกว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตเพียงพอในการควบคุมตนเองได้ (Tantipanjaporn P., Kiattirungrit K., 2016)

งานวิจัยในประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต มีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทางการแพทย์ และรูปแบบยาที่ใช้ (Ketsirin N., 2015; Pimratana W., 2016; Tantipanjaporn P., Kiattirungrit K., 2016) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้ดูแลจำนวนมากมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการใช้ยาในระดับจำกัด ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมกรบริหารยาและความต่อเนื่องของการรักษา ในขณะที่งานวิจัยของ Thainapleaw K. *et al.* (2022) พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความร่วมมือของผู้ป่วย การให้

ความรู้แก่ผู้ดูแลจึงเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการรักษาอย่างยั่งยืน

ในเชิงทฤษฎี “ความเข้าใจ” (understanding) แตกต่างจาก “ความรู้” (knowledge) โดยความรู้หมายถึงการจดจำข้อเท็จจริงหรือข้อมูล ส่วนความเข้าใจหมายถึงความสามารถในการตีความและเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านั้นเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจหรือการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Bloom, 1956) ดังนั้น การประเมินระดับ “ความเข้าใจ” ของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญยิ่ง เพราะสามารถสะท้อนศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวันได้ดีกว่าการวัดเพียงระดับความรู้เชิงท่องจำ อีกทั้งสอดคล้องกับแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ทั้งนี้ งานวิจัยที่มุ่งศึกษาการเปลี่ยนแปลง “ความเข้าใจ” และ “ความร่วมมือในการใช้ยา” ของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังการให้ความรู้ในบริบทของประเทศไทยยังมีจำกัด แม้ว่าหลักฐานจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวานชนิดที่ 2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูง จะยืนยันว่าปัจจัยด้านจิตสังคมและความเข้าใจของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา (Homrot S., 2020; Na Nongkhai K., 2020; Yavilo R., Boonyathe S., 2022) แต่ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประเมินผลของการให้ความรู้ต่อความเข้าใจและความร่วมมือของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเดต ก่อนและหลังการให้ความรู้ จะช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพระดับชุมชน โดยคาดว่าข้อมูลที่ได้จะช่วยออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่เหมาะสม เพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย ลดอัตราการขาดการติดตามการรักษา และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต ในเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือของผู้ดูแลในการให้ยาเมทิลเฟนิเดต ในเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังให้ความรู้
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล กับ ความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือในการให้ยาเมทิลเฟนิเดต ในเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบก่อนหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือ ของผู้ดูแลการให้ยาในเด็กเกี่ยวกับยา เมทิลเฟนิเตด ก่อนและหลังการให้ความรู้และศึกษาความแตกต่าง ตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

นิยามเชิงปฏิบัติการ (operation definition)

ความรู้ หมายถึง การรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเตด ทั้งด้านผลข้างเคียง การใช้ยา ขนาดยา ข้อห้ามหรือข้อควรระวัง และระยะเวลาการติดตามจากแพทย์ ซึ่งวัดด้วยคำถามแบบปรนัยจำนวน 5 ข้อ

ความเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการอธิบายเหตุผลของการใช้ยาและผลที่อาจเกิดขึ้นต่อเด็ก วัดด้วยคำถามอัตนัยจำนวน 5 ข้อ

ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมและทัศนคติของผู้ดูแลต่อการให้ยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง วัดด้วยคำถามปรนัยเชิงพฤติกรรมจำนวน 8 ข้อ

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่โครงการ CRPPHO 024/2568 วันที่รับรอง 4 เมษายน พ.ศ. 2568 เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ผู้ดูแลการให้ยาในเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเตด ที่รพ.แม่จัน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง: คัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ดูแลการให้ยาเมทิลเฟนิเตดในเด็ก ณ คลินิกจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลแม่จัน ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 31 กรกฎาคม 2568 ซึ่งมีผู้ป่วยนัดที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. อายุ: ผู้เข้าร่วมต้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. บทบาท: เป็น ผู้ดูแลหลักในการให้ยาแก่เด็ก
3. ความสมัครใจ: ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ
4. การสื่อสาร: สามารถ อ่านและตอบแบบสอบถามภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. อายุ: ผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี
2. บทบาท: ไม่ใช่ผู้ดูแลหลักในการให้ยาแก่เด็ก

3. ความสมัครใจ: ไม่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

4. การสื่อสาร: ไม่สามารถอ่านหรือตอบแบบสอบถามเป็นภาษาไทยได้

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถาม ก่อน หลัง (Pre - test & Post - test Questionnaire)

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2: แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเตด จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปรนัย ดัดแปลงจาก (Boon-yasidhi V., 2012; Apinanthavech S., 2016)

ส่วนที่ 3: แบบประเมินความเข้าใจของผู้ดูแลในการเชื่อมโยงและตีความข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบอัตนัย ดัดแปลงจาก (Boon-yasidhi V., 2012; Apinanthavech S., 2016; Bloom BS., 1956)

ส่วนที่ 4: แบบประเมินความร่วมมือในการให้ยาเมทิลเฟนิเตด จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบปรนัย ดัดแปลงจาก (Morisky DE *et al.*, 2008; Sriwarakorn S., 2009)

ทั้งนี้ แบบสอบถามทั้งสามส่วน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรมที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 20 ปี จำนวน 5 คน ผลการประเมินพบว่า ทุกข้อคำถามมีคะแนน Index of Item-Objective Congruence (IOC) เฉลี่ย มากกว่า 0.5 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คำถามที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

วิธีการทดสอบแบบสอบถาม (Questionnaire Testing Methods)

การทดสอบความตรง (Validity Testing)

- ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ใช้วิธี Expert Review

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามด้านความรู้ ค่า IOC = 1 ทั้ง 5 ข้อ

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามความเข้าใจ ค่า IOC = 1 ทั้ง 5 ข้อ

ส่วนที่ 4: แบบสอบถามความร่วมมือ ส่วนใหญ่ได้ค่า IOC = 1.0 มีเพียง 1 ข้อ ได้ค่า IOC = 0.8 และอีก 1 ข้อได้ค่า IOC = 0.6 แต่ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.5

ทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.703

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทดสอบก่อนการให้ความรู้ (Pre-test) (ให้ทำแบบสอบถาม 15 - 30 นาที)

2. การให้ความรู้ (Intervention) ให้ความรู้เกี่ยวกับยา และการดูแลผลข้างเคียง (30 นาที)

2.1 ขอบเขตเนื้อหาที่ให้ความรู้ประกอบด้วย ผลข้างเคียงของยา วิธีการใช้ยา ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังของยา เหตุผลที่เด็กต้องได้รับยา ผลกระทบที่มีต่อเด็ก ทำอย่างไรเมื่อลืมกินยา อาการที่ต้องสังเกต ปัญหาที่พบบ่อยจากการใช้ยา เป็นต้น โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้เพียงคนเดียว

2.2 วิธีให้ความรู้ใช้การบรรยายด้วยวาจา และใช้แผ่นพับประกอบ

3. การวัดผลหลังการให้ความรู้ (Post-test) ให้ทำแบบสอบถามชุดเดิมหลังจากผ่านไป 2 สัปดาห์โดยใช้เวลาทำแบบสอบถาม 15 - 30 นาที)

หมายเหตุ: ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกขั้นตอนทำโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว

การวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (N = 50 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	22.00
หญิง	39	78.00
อายุ (ปี) (min=26 max=66 median=35.0 IQR=12.8 Q1=30.0 Q3=42.8)		
26-39	33	66.00
40-53	11	22.00
54-67	6	12.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15	30.00
มัธยมศึกษา (มัธยมต้น/มัธยมปลาย)	19	38.00
อาชีวศึกษา	11	22.00
อุดมศึกษา (อนุปริญญา/ปริญญาตรี/ปริญญาโท/ปริญญาเอก)	5	10.00
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	26	52.00
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	28.00
อื่น ๆ (อาชีพอิสระ/รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ)	10	20.00
รายได้ (บาทต่อเดือน) (min=5,000 max=40,000 median=10,000 IQR=6,000 Q1=9,000 Q3=15,000)		
5,000-16,999	40	80.00
17,000-28,999	6	12.00
29,000-40,000	4	8.00

- ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test เพื่อพิจารณาเลือกใช้ สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ที่เหมาะสม เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือของผู้ดูแล ก่อนและหลังการให้ความรู้ รวมถึงเปรียบเทียบตามปัจจัยส่วนบุคคลตามลักษณะการกระจายของข้อมูล

- สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test หรือ Kruskal-Wallis H-test ตามความเหมาะสมของข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติทำโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics (IBM Corp., 2013)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจและความร่วมมือของผู้ดูแลการใช้ยาในเด็กเกี่ยวกับยา เมทิลเฟนิเดต ก่อนและหลังการให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน ผลการวิจัย ปรากฏดังต่อไปนี้

จากตารางที่ 1 ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.00 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลเด็กเท่ากับ 38.2 ± 11.2 ปี โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 66.00 มีช่วงอายุระหว่าง 26-39 ปี ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 38.00 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 52.00 มี

อาชีพรับจ้างทั่วไป โดยมีรายได้เฉลี่ย $13,150 \pm 7,401$ บาทต่อเดือน โดยร้อยละ 80.00 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 ถึง 16,999 บาทต่อเดือน

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของคนที่มีความรู้ในการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดต ก่อนและหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต (N = 50 คน)

ข้อที่	จำนวนคนที่ตอบได้ถูกต้องก่อนให้ความรู้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ตอบได้ถูกต้องหลังให้ความรู้ (ร้อยละ)
1. ผลข้างเคียงของยาเมทิลเฟนิเดต ที่พบได้บ่อย ๆ	31 (62)	45 (90)
2. การใช้ยาเมทิลเฟนิเดต ชนิดออกฤทธิ์สั้น	23 (46)	38 (76)
3. ขนาดเริ่มต้นของยาเมทิลเฟนิเดต ชนิดออกฤทธิ์สั้นสำหรับเด็กที่น้ำหนักมากกว่า 25 กก.	14 (28)	32 (64)
4. ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังของยาเมทิลเฟนิเดต	16 (32)	26 (52)
5. ระยะเวลาในการติดตามเด็กที่ใช้ยาเมทิลเฟนิเดต ในช่วงแรกของการรักษา	45 (90)	48 (96)

จากตารางที่ 2 ก่อนการให้ความรู้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) ตอบถูกในประเด็นระยะเวลาการติดตามเด็กที่ใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในช่วงแรกของการรักษา ขณะที่มีความรู้ต่ำที่สุดในประเด็นขนาดเริ่มต้นของยา (ร้อยละ 28) และข้อห้ามใช้หรือข้อควรระวัง

ของยา (ร้อยละ 32) หลังการให้ความรู้ พบว่าร้อยละของผู้ตอบถูกในประเด็นขนาดเริ่มต้นของยาและข้อห้ามใช้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28 และ 32 เป็นร้อยละ 64 และ 52 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับความรู้ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ผลสัมฤทธิ์	n	ผลรวม	Median (Q1-Q3)	p-value
ก่อนให้ความรู้	50	129	3.00 (2.00-3.00)	<0.001
หลังให้ความรู้	50	189	4.00 (3.00-4.00)	

จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลคะแนนความรู้ไม่เป็นปกติ ($p = 0.004$) จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและ

หลังการให้ความรู้ จากตารางที่ 3 พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้หลังจากให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4.00 (3.00-4.00) และ 3.00 (2.00-3.00), $p < 0.001$)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต แยกตามปัจจัยส่วนบุคคล (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ข้อมูลทั่วไป	N (คน)	ก่อนให้ความรู้ Median (Q1-Q3) p-value	หลังให้ความรู้ Median (Q1-Q3) p-value
เพศ		0.205	0.594
ชาย	11	2.00 (1.50-3.00)	4.00 (3.00-4.50)
หญิง	39	3.00 (2.00-3.50)	4.00 (3.00-4.00)
อายุ (ปี)		0.724	0.132
26-39	33	3.00 (2.00-3.00)	4.00 (4.00-5.00)
40-53	11	2.00 (1.00-3.50)	4.00 (2.50-4.00)
54-67	6	2.50 (2.00-3.00)	3.00 (3.00-4.50)

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต แยกตามปัจจัยส่วนบุคคล (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	N (คน)	ก่อนให้ความรู้ Median (Q1-Q3) p-value	หลังให้ความรู้ Median (Q1-Q3) p-value
ระดับการศึกษา		0.480	0.027
ประถมศึกษา	15	2.00 (1.50-3.00)	3.00 (2.50-4.00)
มัธยมศึกษา	19	3.00 (2.00-3.50)	4.00 (3.00-4.00)
อาชีวศึกษา	11	3.00 (2.00-3.00)	4.00 (4.00-5.00)
อุดมศึกษา	5	1.00 (1.00-4.00)	4.00 (4.00-5.00)
อาชีพ		0.318	0.778
รับจ้างทั่วไป	26	2.50 (1.00-3.00)	4.00 (3.00-4.00)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	2.50 (2.00-3.00)	4.00 (3.25-4.00)
อื่น ๆ	10	3.00 (2.25-4.00)	4.50 (3.00-5.00)
รายได้ (บาทต่อเดือน)		0.234	0.601
5,000-16,999	40	3.00 (2.00-3.00)	4.00 (3.00-4.00)
17,000-28,999	6	2.50 (1.25-3.75)	4.00 (3.25-4.00)
29,000-40,000	4	1.50 (0.75-2.25)	4.50 (3.75-5.00)

จากตารางที่ 4 พบว่า โดยภาพรวมแล้วคะแนนความรู้เกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดตเพิ่มขึ้นหลังจากการได้รับความรู้ เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ามีเพียงปัจจัยด้านระดับการศึกษาเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการได้รับความรู้ ($p = 0.027$) โดยคะแนนมัธยมศึกษาของกลุ่มการศึกษาประถมศึกษา (Median = 3.00 (2.50-4.00)) มีค่าต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งกลุ่มมัธยมศึกษา

อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา มีคะแนนมัธยมศึกษาเท่ากัน (Median = 4.00 (3.00-4.00), 4.00 (4.00-5.00), 4.00 (4.00-5.00) ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ และรายได้ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคะแนนก่อนและหลังการได้รับความรู้ โดยคะแนนมัธยมศึกษาหลังได้รับความรู้ของทุกกลุ่มมีแนวโน้มสูงขึ้น และส่วนใหญ่อยู่ที่ 4.00 หรือ 4.50

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของคนที่เข้าใจในการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดต ก่อนและหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต (N = 50 คน)

ข้อที่	จำนวนคนที่ตอบได้ ถูกต้องก่อนให้ความรู้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ตอบได้ ถูกต้องหลังให้ความรู้ (ร้อยละ)
1. เหตุผลที่ต้องดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	12 (24)	43 (86)
2. ผลกระทบที่มีต่อเด็ก หากให้ยาในช่วงหลัง 18.00 น.	14 (28)	46 (92)
3. เหตุผลที่ควรให้เด็กทานยาหลังอาหาร	6 (12)	40 (80)
4. เหตุผลที่ควรให้ยาเป็นเวลาเดิมทุกวัน	15 (30)	46 (92)
5. การแก้ปัญหาหากเด็กมีปัญหานอนไม่หลับหลังใช้ยา	12 (24)	45 (90)

จากตารางที่ 5 พบว่าภายหลังจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต ผู้ดูแลมีความเข้าใจเพิ่มขึ้นในทุกประเด็น

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นที่ผู้ดูแลมีความเข้าใจน้อยที่สุดก่อนได้รับความรู้ ได้แก่ "เหตุผลที่ควรให้เด็กทานยาหลังอาหาร" ซึ่งมี

เพียงร้อยละ 12 ที่ตอบถูก แต่หลังจากได้รับความรู้แล้ว มีผู้ตอบถูก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 สำหรับประเด็นอื่น ๆ ที่มีผู้ตอบถูกน้อยในตอนแรก เช่น "เหตุผลที่ต้องดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง" และ "การแก้ปัญหาหากเด็กมีปัญหานอนไม่หลับหลังใช้ยา" ก็มี

สัดส่วนผู้ที่ตอบถูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24 เป็นร้อยละ 86 และร้อยละ 90 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าความเข้าใจในทุกประเด็นเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการให้ความรู้

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความเข้าใจของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับความรู้ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ผลสัมฤทธิ์	n	ผลรวม	Median (Q1-Q3)	p-value
ก่อนให้ความรู้	50	59	1.00 (0.00-2.00)	<0.001
หลังให้ความรู้	50	220	5.00 (4.00-5.00)	

จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลคะแนนความรู้ไม่เป็นปกติ ($p < 0.001$) จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและ

หลังการให้ความรู้ จากตารางที่ 6 พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ หลังจากให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.00 (0.00-2.00) และ 5.00 (4.00-5.00), $p < 0.001$)

ตารางที่ 7 แสดงคะแนนความเข้าใจก่อนและหลังให้ความรู้เกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเตด แยกตามปัจจัยส่วนบุคคล (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ข้อมูลทั่วไป	N (คน)	ก่อนให้ความรู้ Median (Q1-Q3)	p-value	หลังให้ความรู้ Median (Q1-Q3)	p-value
เพศ			0.769		0.937
ชาย	11	1.00 (0.00-2.00)		5.00 (4.00-5.00)	
หญิง	39	1.00 (0.00-2.00)		5.00 (4.00-5.00)	
อายุ (ปี)			0.171		0.894
26-39	33	1.00 (0.00-2.00)		5.00 (4.00-5.00)	
40-53	11	1.00 (0.00-2.00)		5.00 (4.00-5.00)	
54-67	6	0.00 (0.00-0.75)		4.50 (4.00-5.00)	
ระดับการศึกษา			0.015		0.237
ประถมศึกษา	15	0.00 (0.00-1.00)		4.00 (4.00-5.00)	
มัธยมศึกษา	19	1.00 (0.00-1.00)		4.00 (4.00-5.00)	
อาชีวศึกษา	11	2.00 (2.00-3.00)		5.00 (4.50-5.00)	
อุดมศึกษา	5	1.00 (0.00-3.00)		5.00 (5.00-5.00)	
อาชีพ			0.140		0.042
รับจ้างทั่วไป	26	1.00 (0.00-1.00)		5.00 (4.00-5.00)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	1.50 (0.25-2.00)		5.00 (4.00-5.00)	
อื่น ๆ	10	1.50 (0.25-3.00)		4.00 (4.00-4.00)	
รายได้ (บาทต่อเดือน)			0.896		0.393
5,000-16,999	40	1.00 (0.00-2.00)		5.00 (4.00-5.00)	
17,000-28,999	6	1.00 (0.25-1.75)		4.50 (4.00-5.00)	
29,000-40,000	4	1.00 (0.75-1.00)		4.00 (3.75-4.25)	

จากตารางที่ 7 พบว่าโดยรวมแล้วคะแนนความเข้าใจของผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการได้รับความรู้ เมื่อพิจารณาคะแนนความเข้าใจก่อนได้รับความรู้ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา ($p = 0.015$) และ อาชีพ ($p = 0.140$) โดยกลุ่มที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาได้คะแนนมัธยฐานต่ำที่สุด (Median = 0.00 (0.00-1.00)) และกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไปได้คะแนนมัธยฐานต่ำที่สุด (Median = 1.00 (0.00-1.00))

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการได้รับความรู้แล้ว ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และอาชีพไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.237$ และ $p = 0.042$ ตามลำดับ) แต่คะแนนความเข้าใจของทุกกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยส่วนใหญ่มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5.00 (4.00-5.00) สำหรับปัจจัยด้านเพศ อายุ และรายได้ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการได้รับความรู้

ตารางที่ 8 แสดงร้อยละของคนที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดต ก่อนและหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต (N = 50 คน)

ข้อที่	จำนวนคนที่ตอบได้ถูกต้องก่อนให้ความรู้ (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ตอบได้ถูกต้องหลังให้ความรู้ (ร้อยละ)
1. ผู้ดูแลให้ยาแก่เด็กอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา	17 (34)	31 (62)
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้ดูแลให้ยาแก่เด็กทุกวัน แม้จะมีเหตุจำเป็นอื่นที่มีใช้การลืม	26 (52)	44 (88)
3. ผู้ดูแลไม่เคยปรับลดยาหรือหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อน	45 (90)	49 (98)
4. ผู้ดูแลนำยาติดตัวไปด้วยเมื่อพาเด็กไปที่อื่น (เดินทาง หรือไปข้างนอกบ้าน)	17 (34)	33 (66)
5. เมื่อวานก่อนมาพบแพทย์ผู้ดูแลได้ให้ยาแก่เด็ก	49 (98)	49 (98)
6. เมื่อเห็นว่าเด็กอาการดีขึ้น ผู้ดูแลก็ยังคงให้เด็กรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามที่แพทย์สั่งไม่หยุดยาเอง	47 (94)	48 (96)
7. การดูแลให้ยาแก่เด็กอย่างเคร่งครัดไม่ใช่เรื่องที่น่ารำคาญ	38 (76)	44 (88)
8. การจดจำว่าเวลาที่เด็กต้องกินยาไม่ใช่เรื่องยากลำบากของผู้ดูแล	43 (86)	46 (92)

จากตารางที่ 8 พบว่าหลังจากได้รับความรู้ ผู้ดูแลมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นในเกือบทุกประเด็น ประเด็นที่เพิ่มขึ้นคือ "ผู้ดูแลให้ยาแก่เด็กอย่างต่อเนื่องตามแผนการ

รักษา" โดยสัดส่วนของผู้ที่ให้ความร่วมมือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 62 และ "ผู้ดูแลนำยาติดตัวไปด้วยเมื่อพาเด็กไปที่อื่น" ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 66

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับความรู้ (คะแนนเต็ม 8 คะแนน)

ผลสัมฤทธิ์	n	ผลรวม	Median (Q1-Q3)	p-value
ก่อนให้ความรู้	50	282	5.50 (4.56-7.00)	<0.001
หลังให้ความรู้	50	345	7.00 (6.00-8.00)	

จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลคะแนนความร่วมมือไม่เป็นปกติ ($p = 0.001$) จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ในการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและ

หลังการให้ความรู้ จากตารางที่ 9 พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความร่วมมือหลังจากให้ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 5.50 (4.56-7.00) และ 7.00 (6.00-8.00), $p < 0.001$)

ตารางที่ 10 แสดงคะแนนความร่วมมือก่อนและหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเตด แยกตามปัจจัยส่วนบุคคล (คะแนนเต็ม 8 คะแนน)

ข้อมูลทั่วไป	N (คน)	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้	
		Median (Q1-Q3)	p-value	Median (Q1-Q3)	p-value
เพศ			0.027		0.215
ชาย	11	4.00 (3.5-5.5)		7.00 (5.75-7.38)	
หญิง	39	6.00 (5.00-7.00)		7.00 (6.38-8.00)	
อายุ (ปี)			0.699		0.697
26-39	33	5.50 (4.75-7.00)		7.00 (6.75-8.00)	
40-53	11	6.75 (4.00-7.50)		7.00 (5.63-8.00)	
54-67	6	5.00 (3.81-6.00)		6.50 (6.00-7.56)	
ระดับการศึกษา			0.744		0.724
ประถมศึกษา	15	6.00 (4.50-7.50)		7.75 (6.50-8.00)	
มัธยมศึกษา	19	5.50 (4.63-7.00)		7.00 (5.88-8.00)	
อาชีวศึกษา	11	5.50 (4.13-6.50)		7.00 (6.75-7.50)	
อุดมศึกษา	5	5.00 (5.00-5.50)		6.75 (6.75-7.00)	
อาชีพ			0.797		0.811
รับจ้างทั่วไป	26	5.63 (4.19-7.00)		7.00 (6.75-8.00)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	5.25 (4.56-6.75)		7.00 (6.00-7.50)	
อื่น ๆ	10	5.50 (4.81-7.75)		7.25 (6.00-8.00)	
รายได้ (บาทต่อเดือน)			0.529		0.924
5,000-16,999	40	5.50 (4.56-7.00)		7.00 (6.00-8.00)	
17,000-28,999	6	7.00 (4.88-8.00)		7.50 (5.88-8.00)	
29,000-40,000	4	6.00 (4.75-7.25)		7.50 (6.25-8.00)	

จากตารางที่ 10 พบว่าโดยรวมแล้วคะแนนความร่วมมือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังจากการได้รับความรู้ เมื่อพิจารณาคะแนนความร่วมมือตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าคะแนนความร่วมมือ ก่อน ได้รับความรู้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะปัจจัยด้าน เพศ ($p = 0.027$) โดยกลุ่มผู้ดูแลหญิงได้คะแนนมัธยฐานสูงกว่า (Median = 6.00 (5.00-7.00)) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ดูแลชาย (Median = 4.00 (3.50-5.50))

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการได้รับความรู้แล้ว ปัจจัยด้านเพศไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.215$) และคะแนนมัธยฐานความร่วมมือของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นเป็น 7.00 สำหรับปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการได้รับความรู้

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัด เชียงราย ใช้ยาเมทิลเฟนิเตด ชนิดออกฤทธิ์สั้น (Ritalin) ขนาด 10 มิลลิกรัม ซึ่งมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ประมาณ 3-5 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องให้ยาวันละ 2 ครั้ง เพื่อให้ครอบคลุมฤทธิ์ของยาในช่วงกลางวัน โดยทั่วไปเริ่มให้ที่ขนาด 0.3 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อครั้ง หรือ 5 มิลลิกรัม สำหรับเด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 25 กิโลกรัม และ 10 มิลลิกรัม สำหรับเด็กที่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 25 กิโลกรัม โดยให้ยาช่วงเช้าและเที่ยง (Greenhill *et al.*, 2002; McGough *et al.*, 2006) ผลการศึกษานี้พบว่า ก่อนการให้ความรู้ ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับขนาดยาเริ่มต้นของเมทิลเฟนิเตด ในระดับต่ำ (ร้อยละ 28) แต่หลังการให้ความรู้ ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็นร้อยละ 64 สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้ช่วยเพิ่มศักยภาพของ

ผู้ดูแลในการเข้าใจการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังการปรับขนาดยา โดยเฉพาะในเด็กที่มีการเพิ่มของน้ำหนักตัวในช่วงก่อนวัยรุ่น (Graber EG., Pekarsky AR., 2025) ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในบางช่วงเวลาการบริการ อาจมีการส่งจ่ายยาจากเจ้าหน้าที่คลินิกจิตเวชแทนแพทย์ หากขาดการสื่อสารที่ดีจากผู้ดูแลอาจทำให้การติดตามการรักษาไม่สม่ำเสมอได้

แม้ว่าความรู้เกี่ยวกับข้อห้ามใช้และข้อควรระวังเพิ่มขึ้นหลังได้รับความรู้ (จากร้อยละ 32 เป็นร้อยละ 52) แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับความสำคัญของข้อมูล ยาเมทิลเฟนิเดตได้รับการยืนยันด้านความปลอดภัยจากการใช้ในคลินิกมานานกว่า 60 ปี (Harpin VA., 2008) แต่ยังมีข้อห้ามใช้สำคัญ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือผู้มีประวัติความผิดปกติทางจิต ดังนั้น การเสริมความรู้ของผู้ดูแลในประเด็นนี้จะช่วยส่งเสริมความปลอดภัยของการใช้ยาในระยะยาว นอกจากนี้ ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ และนอนไม่หลับ (Tantipanjaporn P., Kiattirungrit K., 2016) ซึ่งส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและลดลงเมื่อใช้ยาไประยะหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถสังเกตและรายงานอาการไม่พึงประสงค์ต่อแพทย์ได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้สามารถปรับขนาดยาได้เหมาะสมและปลอดภัยยิ่งขึ้น จึงควรมีการทบทวนและย้ำเนื้อหาในการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษายังพบว่าหลังได้รับความรู้ คะแนนความรู้ของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในทุกระดับการศึกษา อย่างไรก็ตาม ระดับการศึกษา ยังคงมีความแตกต่างกันของคะแนนความรู้หลังได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.027$) โดยกลุ่มประถมศึกษามีค่ามัธยฐานต่ำที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ngoh (2009) ที่พบว่าเพศ อายุ และรายได้ไม่ได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความรู้หลังการให้ความรู้ด้านยา

ในด้านความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา ก่อนการให้ความรู้พบว่าผู้ดูแลเพียงร้อยละ 12 ทราบเหตุผลของการให้ยาหลังอาหาร แต่หลังการให้ความรู้สามารถอธิบายได้ถูกต้องว่าการให้ยาหลังอาหารมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการเบื่ออาหาร ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อยในช่วงเริ่มใช้ยา (พบในร้อยละ 25–50 ของผู้ป่วย) (Tantipanjaporn P., Kiattirungrit K., 2016; McGough J *et al.*, 2006) ส่งผลให้คะแนนความเข้าใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 นอกจากนี้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความถี่ในการให้ยาก็เพิ่มขึ้นอย่างมาก จากร้อยละ 24 เป็นร้อยละ 86 ผู้ดูแลสามารถระบุได้ถูกต้องว่ายานี้เป็นชนิดออก

ฤทธิ์สั้น ควรให้วันละ 2 ครั้งในช่วงเช้าและกลางวัน เพื่อควบคุมอาการในช่วงเวลาที่ต้องใช้สมาธิสูง เช่น ขณะเรียน ขณะที่การให้ยาในช่วงเย็นอาจทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับและไม่มีสมาธิทางคลินิก การเข้าใจหลักการนี้ช่วยลดการให้ยาเกินความจำเป็นและลดผลข้างเคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Greenhill *et al.*, 2002; McGough J *et al.*, 2006)

ในส่วนของความเข้าใจในการจัดการกับอาการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบบ่อย พบว่าก่อนการให้ความรู้ผู้ดูแลเพียงร้อยละ 24 ที่ทราบแนวทางป้องกันที่ถูกต้อง แต่หลังได้รับความรู้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 โดยสามารถอธิบายได้ว่าควรให้ยามื้อสุดท้ายไม่เกินเวลา 18.00 น. และหากมีอาการต่อเนื่องควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา (McGough *et al.*, 2006; Greenhill *et al.*, 2002) แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการใช้ยาและการจัดการผลข้างเคียง

ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นความแตกต่างของคะแนนความรู้หลังได้รับความรู้ตามกลุ่มอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$) โดยทุกกลุ่มอาชีพมีคะแนนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไปที่มีการพัฒนามากที่สุด แสดงให้เห็นว่ากระบวนการให้ความรู้ที่ใช้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มดังกล่าว

ในด้านความร่วมมือในการใช้ยาพบว่าผู้ดูแลมีระดับความร่วมมือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่ามัธยฐานจาก 5.50 เป็น 7.00, $p = 0.000$) โดยเฉพาะในด้านการให้ยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา (เพิ่มจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 62) และการนำยาติดตัวเมื่อออกนอกบ้าน (เพิ่มจากร้อยละ 34 เป็นร้อยละ 66) สะท้อนว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจมากขึ้นถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Betsch (2020) และ Ngoh (2009) ที่ชี้ว่าการเพิ่มความรู้ส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา ผลการศึกษายังพบว่า ก่อนการให้ความรู้ เพศหญิงมีคะแนนความร่วมมือสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.027$) แต่หลังการให้ความรู้ ความแตกต่างลดลง ($p = 0.215$) แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้สามารถลดช่องว่างของความแตกต่างทางเพศในด้านความร่วมมือได้

โดยสรุปผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลสามารถเพิ่มทั้งระดับความรู้ ความเข้าใจ และความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ประการแรก ด้านคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การแบ่งกลุ่มช่วงอายุและรายได้ใช้วิธีการนำค่าพิสัยมาหา

ด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการ และกลุ่มรายได้ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในช่วงต่ำ (80%) ทำให้ไม่สามารถสรุปผลเทียบกับประชากรกลุ่มรายได้สูงได้อย่างชัดเจน ประการที่สอง ด้านระเบียบวิธีวิจัยมีข้อจำกัดที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.703 โดยใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริงแทนการทำ Pilot Test ก่อนการเก็บข้อมูล ซึ่งไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (50 คน) หากดำเนินการ Pilot Test อาจส่งผลให้สูญเสียกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 30-60 ของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจทำให้ตัวอย่างที่เหลือไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดด้านการสรุปว่าความร่วมมือที่เพิ่มขึ้นเป็นผลโดยตรงจากการให้ความรู้ นั้นยังไม่ชัดเจน เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบ ก่อนหลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งมีข้อจำกัดในการสร้างความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุ (causal link) ที่ชัดเจนระหว่างการให้ความรู้กับผลลัพธ์ที่พบ ข้อค้นพบดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ความตระหนักรู้ของผู้ดูแลที่มากขึ้นตามระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ หรือการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้วิจัยเพียงคนเดียว นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านระยะเวลาการติดตามผลที่สั้นเพียง 2 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่าการให้ความรู้เพียงครั้งเดียวจะส่งผลต่อการลดอัตราการขาดการติดตามในระยะยาวได้จริงหรือไม่ พฤติกรรมสำคัญต่อการรักษาต่อเนื่อง เช่น การให้ยาอย่างสม่ำเสมอและการนำยาติดตัวเมื่อออกนอกบ้าน มีส่วนช่วยลดการขาดการติดตามได้จริง แต่ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงหลักฐานเบื้องต้นในระยะสั้นเท่านั้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวต่อไป เพื่อยืนยันประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาการขาดการติดตามการรักษาอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตดังนี้ ประการแรก ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับเด็กสมาธิสั้น ภายหลังจากการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้และมีความเข้าใจ รวมถึงความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลเฟนิเตดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องประการที่สอง ควรมีการเปรียบเทียบรูปแบบหรือวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้แบบรายบุคคล กลุ่มย่อย หรือผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อวิเคราะห์ว่าวิธีการใดมีประสิทธิภาพสูงสุดในการส่งเสริมความเข้าใจของผู้ดูแลในแต่ละรูปแบบ

สรุปผลการศึกษา

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการออกแบบโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ควรเน้นที่การสร้างความรู้ความเข้าใจใน "เหตุผล" และที่มาที่ไปของการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเตด มากกว่าการมุ่งเน้นเพียง "ความรู้เชิงท่องจำ" ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลมีความเข้าใจในเหตุผลของการให้ยาหลังอาหารเพื่อลดอาการเบื่ออาหาร หรือวิธีการจัดการกับอาการนอนไม่หลับที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจก่อนการได้รับความรู้ จะส่งผลให้คะแนนความเข้าใจโดยรวมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การให้ความรู้สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความร่วมมือในการใช้ยาที่สำคัญได้ เช่น การให้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา หรือการนำยาติดตัวไปด้วยเมื่อเดินทาง ซึ่งโปรแกรมให้ความรู้นี้ สามารถนำไปปรับใช้ได้ผลดีกับกลุ่มผู้ดูแลที่มีพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจที่หลากหลายในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ของประเทศไทยที่มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือและคำแนะนำอันทรงคุณค่าจาก รศ.ภญ.ระพีพรรณ ฉลองสุข ซึ่งกรุณาให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะ แก้ไขข้อบกพร่อง และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องตลอดจน นพ.รัฐกานต์ ปาระมี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่จัน ที่ให้การสนับสนุน พร้อมด้วยบุคลากรคลินิกจิตเวชที่ช่วยเหลือการดำเนินงาน อีกทั้งอาจารย์พิเศษ ศิริรัตนไพศาลกุล ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติและตรวจทานเอกสารการวิจัยตั้งแต่ต้นจนจบ และขอขอบคุณผู้ดูแลการให้ยาในเด็กสมาธิสั้นและเด็กสมาธิสั้นที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง รวมทั้งบิดา มารดา ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนพี่น้องเภสัชกรที่ให้ความสนใจและช่วยเหลืองานวิจัยนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์

References

- American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001 Oct;108(4):1033-44. doi:10.1542/peds.108.4.1033. PMID:11581465.

- Apinanthavech S. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder with pharmacological and psychosocial therapy in Thailand. *Siriraj Med Bull.* 2016;9(3):175-81. (in Thai)
- Betsch C. How behavioural science data helps mitigate the COVID-19 crisis. *Nat Hum Behav.* 2020;4:438. doi:10.1038/s41562-020-0866-1
- Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: Longmans, Green; 1956.
- Boon-yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2012;57(4):373-86. (in Thai)
- Graber EG, Pekarsky AR. Physical growth of infants and children. In: Merck Manual Professional Version [Internet]. Merck & Co., Inc.; 2025 Jan [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/growth-and-development/physical-growth-of-infants-and-children>
- Greenhill LL, Pliszka S, Dulcan MK, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, *et al.* Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002 Feb;41(2 Suppl):26S-49S. doi:10.1097/00004583-200202001-00003. PMID:11833633.
- Harpin VA. Medication options when treating children and adolescents with ADHD: interpreting the NICE guidance 2006. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2008;93:58-65.
- Homrot S. Factors Affecting Medication adherence of Type 2 Diabetes Patients in Bang Krathum Hospital, Phitsanulok Province [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. Available from: <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/1557>. (in Thai)
- IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows [computer program]. Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.; 2013.
- Ketsirin N, Rungpetch S, Siripan P, Theerarat T. Factors affecting methylphenidate adherence in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Ment Health Thailand.* 2015;23(1):1-11.
- McGough J, McCracken J, Swanson J, Riddle M, Kollins S, Greenhill L, *et al.* Pharmacogenetics of methylphenidate response in preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(7):1314-22.
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2008;10(5):348-54.
- MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(12):1073-86. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073. PMID:10591283.
- Na Nongkhai K. Factors affecting medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease patients at Sri Chiang Mai Hospital, Nong Khai province. *J Health Syst Res Dev.* 2020;15(2):1-10. (in Thai)
- Ngoth LN. Health literacy: A barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *J Am Pharm Assoc.* 2009;49(5):e132-46.
- Pimratana W. Associations between caretakers' attitude, caretakers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and child patients' compliance to take methylphenidate (MPH). *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2016;61(1):15-26. (in Thai)
- Sriwarakorn S. Sensitivity and specificity of self-reported medication adherence tools [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2009. Available from: <https://doi.org/10.14457/CU.the.2009.1513>. (in Thai)



- Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, *et al.* Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(11):CD009885. doi:10.1002/14651858.CD009885.pub2.
- Tantipanjarn P, Kiattirungrit K. Factors associated with medication adherence in adolescents with ADHD. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2016;61(2):131–44. (in Thai)
- Thainapleaw K, Nukeaw O, Khunchong W. Predictors of caregivers' behavior on medication adherence of school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder. *Christ Univ J.* 2022;28(3):72–86. (in Thai)
- Yavilo R, Boonyathee S. Factors affecting medication adherence in ethnic hypertensive patients at Mae Sai Subdistrict Health Promoting Hospital, Mae Sai District, Chiang Rai Province. *Acad J Comm Pub Health.* 2022;10(4):1–10. (in Thai)
- Zhang L, Zhu N, Sjölander A, Nourredine M, Li L, Garcia-Argibay M, *et al.* ADHD drug treatment and risk of suicidal behaviours, substance misuse, accidental injuries, transport accidents, and criminality: emulation of target trials. *BMJ.* 2025;390:e083658. doi:10.1136/bmj-2024-083658.