

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความร่วมมือของผู้ปกครองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยมีขอบเขตในการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในหัวข้อตามลำดับดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น
 - 1.1 การวินิจฉัยโรค
 - 1.2 ระบาดวิทยาของโรค
 - 1.3 สาเหตุของโรค
 - 1.4 ลักษณะอาการของโรค
 - 1.5 การรักษา
 - 1.6 การดำเนินของโรค

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา
 - 1.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา
 - 1.2 การประเมินความร่วมมือในการรักษา
 - 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา
 - 1.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา
2. งานวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้น

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น เป็นปัญหาทางจิตเวชซึ่งเป็นที่รู้จักกันมานานหลายสิบปีแล้ว จากการศึกษาพบว่า มีการรายงานเกี่ยวกับโรคนี้ตั้งแต่ประมาณปีค.ศ. 1900 โดยมีชื่อเรียกต่างๆ กัน เช่น minimal brain damage , minimal brain dysfunction , hyperkinesis , hyperkinetic syndrome ต่อมา มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ใน DSM-III (1980) เรียกชื่อโรคนี้ว่า Attention Deficit Disorder (ADD) และปัจจุบัน ใน DSM-IV (1994) เรียกชื่อโรคนี้ว่า Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder⁽¹⁶⁾

1.1 การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder – ADHD) เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยเด็ก และเป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่ได้รับการศึกษาวิจัยมากที่สุดโรคหนึ่ง โรคสมาธิสั้นเป็นภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่มีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ⁽¹⁾

1. Inattention คือ มีช่วงสมาธิสั้นกว่าปกติ ซึ่งบางคนจะเรียกว่า สมาธิบกพร่อง
2. Hyperactivity คือ มีลักษณะอยู่นิ่งไม่นิ่ง หรือซุกซนผิดปกติ
3. Impulsivity คือ มีลักษณะหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ

จากเกณฑ์การวินิจฉัยของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Fourth Edition (DSM-IV) ที่จัดทำโดย สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association - APA) ในปี 1994 ระบุเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นไว้ดังนี้⁽¹⁾

A. อาจมี (1) หรือ (2)

- (1) ต้องมี 6 ข้อ (หรือมากกว่า) ของอาการขาดสมาธิ นานติดต่อกันกว่า 6 เดือน และถึงระดับที่ไม่เหมาะสมและไม่เข้ากับระดับพัฒนาการ

อาการขาดสมาธิ

- (a) ไม่สามารถจดจ่อกับรายละเอียด หรือเล่นเล่อกในกิจกรรมที่โรงเรียน การทำงาน หรือกิจกรรมอื่น
- (b) มักมีความลำบากในการคงสมาธิในการประกอบกรงานหรือเล่น

- (c) มักดูเหมือนไม่ได้ฟังสิ่งที่คนอื่นพูดด้วย
 - (d) มักทำตามคำสั่งงานที่โรงเรียน งานบ้าน หรือหน้าที่ในที่ทำงานไม่ครบ (โดยไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมต่อต้านหรือไม่เข้าใจคำสั่ง)
 - (e) มักมีความลำบากในการจัดระบบงานหรือกิจกรรม
 - (f) มักเสื่อง ไม่ชอบ หรือลังเลที่จะเข้าร่วมในงานที่ต้องการความใส่ใจ พยายาม (เช่น งานที่โรงเรียน หรือการบ้าน)
 - (g) มักทำของที่จำเป็นต่องานหรือกิจกรรมหาย (เช่น ของเล่น ดินสอ สมุดจดการบ้าน หรือหนังสือ)
 - (h) มักวอกแวกจากสิ่งเร้าภายนอกได้ง่าย
 - (i) มักหลงลืมงานประจำวัน
- (2) ต้องมี 6 ข้อ (หรือมากกว่า) ของอาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น นานติดต่อกันกว่า 6 เดือนและถึงระดับที่ไม่เหมาะสม และไม่เข้ากับพัฒนาการ
- อาการอยู่ไม่นิ่ง
- (a) มือ เท้า มักหยุดหยิก นั่งไม่ติดเก้าอี้
 - (b) มักลุกจากที่นั่งในห้องเรียนหรือสถานการณ์อื่นที่ต้องนั่งกับที่
 - (c) มักวิ่งหรือปีนป่ายอย่างมากในเวลาที่ไม่มีเหมาะสม (ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ อาการอาจมีเพียงรู้สึกอยู่ไม่นิ่งไม่ได้)
 - (d) มักยากที่จะเล่นหรือทำกิจกรรมอดิเรกต่าง ๆ อย่างเจียบ ๆ
 - (e) มัก "พร้อมที่จะไป" หรือทำเหมือน "ติดเครื่องยนต์"
 - (f) มักพูดมากเกินไป
- อาการหุนหันพลันแล่น
- (g) มักชิงตอบคำถามก่อนจะถามจบ
 - (h) มักลำบากที่จะรอตามลำดับ
 - (i) มักขัดหรือแทรกขึ้น (ระหว่างการสนทนาหรือกลางเกม)
- B. อาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น หรือขาดสมาธิ หรือบางอาการที่ทำให้เกิดความเสียหาย เกิดก่อนอายุ 7 ปี
- C. พบความบกพร่องที่เกิดจากอาการเหล่านี้ในสถานการณ์อย่างน้อย 2 แห่ง (เช่น ที่โรงเรียน [หรือที่ทำงาน] และที่บ้าน)
- D. มีหลักฐานชัดเจนที่บ่งบอกถึงความบกพร่องอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ในด้านสังคม การศึกษา หรือการงาน
- E. อาการไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของการเป็น Pervasive Development Disorder , Schizophrenia หรือ Psychotic Disorder อื่น ๆ และไม่เข้าเกณฑ์ในความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ (เช่น Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder หรือ Personality Disorder)

1.2 ระบาดวิทยาของโรค

โรคสมาธิสั้น เป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็ก โดยความชุกของโรคนี้แตกต่างกันไปในแต่ละแห่ง ในประเทศไทย พบประมาณร้อยละ 5 ในเด็กวัยเรียน⁽³⁾ ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราความชุกในต่างประเทศ ที่สหรัฐอเมริกาพบโรคนี้ประมาณร้อยละ 3-5 ในเด็กวัยเรียน⁽¹⁾ ในประเทศบราซิลพบประมาณร้อยละ 5-8⁽¹⁷⁾ ส่วนในประเทศอังกฤษพบเพียงร้อยละ 1-1.5⁽¹⁰⁾ และมักพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ด้วยอัตราส่วนประมาณ 4-9:1 จึงเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรม และปัญหาการเรียนในเด็กวัยเรียนที่พบบ่อยที่สุด และได้รับการศึกษาวิจัยมากที่สุดปัญหาหนึ่ง⁽⁵⁾

1.3 สาเหตุของโรคสมาธิสั้น

ปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุของโรคสมาธิสั้น แต่มีการศึกษาพบว่าปัจจัยดังต่อไปนี้ มีความเกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่นิ่ง และสมาธิสั้น

1.3.1 พันธุกรรม

เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรค โดยการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า โรคสมาธิสั้นมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เนื่องจากพบอุบัติการณ์ของโรคสมาธิสั้นในครอบครัวของผู้ป่วยสูงกว่าคนทั่วไป⁽¹⁰⁾ มีการศึกษาพบว่าพี่น้องที่เกิดจากพ่อแม่เดียวกันมีอัตราการเกิดโรคสมาธิสั้นสูงกว่าพี่น้องที่เกิดจากคนละพ่อหรือคนละแม่ และยังพบอีกว่า ฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน มีลักษณะนอนไม่นิ่งมากกว่าฝาแฝดไข่นอกไข่⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ การศึกษาโดย Schachar และ Wachsmuth (1979) ยังพบว่า เด็กสมาธิสั้นมากกว่าร้อยละ 25 มีพ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งคนที่มีประวัติคล้ายเด็ก⁽¹⁹⁾ แต่บางการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพันธุกรรมกับการเกิดโรคสมาธิสั้น

1.3.2 ความผิดปกติในสมองและระบบประสาท

อันเนื่องมาจากภาวะต่าง ๆ ที่รบกวนการทำงานของสมอง เช่น สมองอักเสบ ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด อุบัติเหตุทางสมอง และสารพิษต่าง ๆ เช่น ตะกั่ว แอลกอฮอล์ เป็นต้น ภาวะเหล่านี้ถ้ารุนแรง อาจทำให้สมองทำงานผิดปกติมาก อาจถึงขั้นปัญญาอ่อน แต่ถ้าไม่รุนแรง อาจทำให้เกิดอาการสมาธิสั้น นอนไม่นิ่งได้⁽¹⁰⁾ มีการศึกษาพบว่า โรคสมาธิสั้นมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติ

ของสารสื่อประสาทหลายตัว เช่น Dopamine , Norepinephrin , Serotonin เป็นต้น เนื่องจากพบว่า ยาที่ใช้รักษาโรคสมาธิสั้น เช่น Methylphenidate , Dextroamphetamine และ Pemoline ไปปรับสมดุลของสารเหล่านี้ ทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นลดลง⁽²⁰⁾

1.3.3 สิ่งแวดล้อม

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น สารพิษ และสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น แต่มีผลต่อการดำเนินของโรค คือ ทำให้เด็กสมาธิสั้นมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการออกมาอย่างเด่นชัด และมีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ บางคนเชื่อว่าสีหรือสารปรุงแต่งบางอย่างที่ผสมในอาหาร เช่น น้ำตาล หรือ ซ็อกโกแลต เมื่อเด็กรับประทานเข้าไปแล้ว ทำให้มีอาการนอน อยู่ไม่นิ่ง และขาดสมาธิ แต่จากการศึกษาพบว่า สารปรุงแต่งเหล่านี้ ไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้เด็กมีอาการของโรคสมาธิสั้น⁽²¹⁾

1.3.4 ปัจจัยทางจิตสังคม

มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การเลี้ยงดู ความเครียด การสูญเสียบิดามารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพครอบครัวที่แตกแยก และปัญหาทางด้านจิตใจของพ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็ก มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมาธิสั้น⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถสรุปได้แน่ชัดว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุของโรคสมาธิสั้น แต่เชื่อว่ามีผลต่อการดำเนินของโรค โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง เป็นปัจจัยสำคัญที่บอกถึงการดำเนินของโรคได้⁽²²⁾

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสมาธิสั้นและการแสดงอาการของโรคนั้น มีหลายปัจจัย แต่ปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปสาเหตุของโรคสมาธิสั้นได้อย่างแน่ชัด โดยอาจเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน ลักษณะดังกล่าวทำให้เด็กที่ป่วยเป็นโรคนี้ มีอาการและลักษณะการดำเนินของโรครวมทั้งการตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างกัน

1.4 ลักษณะอาการของโรค

เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ^(10,21,23)

1.4.1 มีความบกพร่องในการควบคุมสมาธิและคงสมาธิไว้ให้นานพอ (Inattention)

ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญที่สุดของโรคนี้ เด็กจะมีลักษณะวอกแวกง่าย ขาดความตั้งใจในการทำงาน โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้ความคิด ไม่สามารถทำงานให้เสร็จได้ เด็กจะมีลักษณะเหมือนไม่ฟังเวลาที่พูดด้วย ไม่ทำตาม มองไปทางอื่น หรือพูดด้วยจะไม่สบตา มักขี้ลืม ลืมทำในสิ่งที่ต้องทำ เช่น ทำการบ้านแล้วลืมนำมาส่งครู ลืมของที่ต้องนำไปโรงเรียน ขาดความระมัดระวังทำสิ่งของหายอยู่เป็นประจำ อาการเหล่านี้ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียน และมีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน

อาการแสดงของสมาธิสั้นที่โรงเรียนที่พบได้บ่อยและเห็นได้ชัดที่สุดก็คือ เด็กไม่สามารถทำงานที่ครูมอบหมายให้ทำให้เสร็จทันคนอื่นในชั่วโมงเรียน ส่งผลให้งานตกค้าง ถูกครูทำโทษได้บ่อยเพราะเข้าใจว่าเด็กไม่ตั้งใจหรือไม่สนใจ และเนื่องจากไม่มีสมาธิที่จะทำงานให้เรียบร้อย งานจึงมักสกปรก เละเทะไม่เป็นระเบียบ มีความผิดพลาดสูง ทั้งที่รู้ว่าควรจะทำอย่างไร ทำให้ผลการเรียนของเด็กต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริงของเด็ก

อาการแสดงของพฤติกรรมที่บ้านจากการขาดสมาธิ ทำให้เด็กดูเหมือนไม่เชื่อฟัง ดื้อรั้นต่อต้าน ทำงานไม่คงเส้นคงวา โดยเด็กมักจะเริ่มต้นทำงานได้ดี เมื่อเวลาผ่านไปสักพักหนึ่งก็จะเกิดความเบื่อหน่ายหรือล้า และหมดความอดทน บางครั้งเด็กก็ทำงานได้ดีมาก แต่บางครั้งก็ทำได้ไม่ดีเลย โดยเฉพาะสิ่งที่น่าเบื่อหรือเด็กไม่ชอบ แต่เมื่อเด็กทำในสิ่งที่เขาสนใจมากหรือสิ่งที่น่าตื่นเต้น เด็กก็จะคงสมาธิได้ในระยะเวลาสั้น เช่น เล่นวิดีโอเกมส์ ดูโทรทัศน์ ซึ่งลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ปกครองเข้าใจผิดคิดว่าเด็กไม่มีความพยายามเพียงพอ ทำให้ดูว่าหรือลงโทษเด็ก และเกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา

1.4.2 เด็กจะมีลักษณะซน อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย (Hyperactivity)

ซึ่งเป็นอาการที่มักจะทำให้ผู้ปกครองหรือครูเดือดร้อน เด็กจะซนมาก ยุกยิก อยู่ไม่สุข นั่งนิ่ง ๆ ไม่ค่อยได้ ต้องลุกเดิน หรือขยับตัวไปมา เด็กจะเคลื่อนไหวอยู่เกือบตลอดเวลา พูดมาก พูดไม่หยุด ส่งเสียงดังรบกวนผู้อื่น ชอบเล่นเสียงดัง รื้อข้าวของ ชอบปีนป่าย เล่นผาดโผน หรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตราย จึงมักประสบอุบัติเหตุบ่อย ๆ

ในบางภาวะที่มีเรื่องตื่นเต้นน่าสนใจหลาย ๆ อย่างพร้อมกัน จะทำให้อาการซน อยู่ไม่นิ่งของเด็กเพิ่มขึ้นได้ แต่ถ้าเด็กอยู่ในบรรยากาศที่เงียบสงบ เป็นระเบียบ ไม่ยุ่งเหยิง อาการเหล่านี้ก็จะน้อยลง ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพอารมณ์ของเด็กด้วย อาการเหล่านี้จะค่อย ๆ

เปลี่ยนไปตามพัฒนาการของเด็ก เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ อาการชนมักจะลดลง เหลือแต่เพียงความรู้สึกกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจเวลาที่ต้องอยู่นิ่งนาน ๆ

1.4.3 เด็กจะมีลักษณะหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ (Impulsivity)

เด็กจะขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่รู้จักวางแผน ควบคุม ใจร้อน ทำอะไรไปโดยไม่คิดก่อนล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเกิดขึ้น ขาดความระมัดระวัง เช่น วิ่งข้ามถนนโดยไม่มองซ้ายขวา เวลาต้องการอะไรก็ต้องให้ได้ทันที รอคอยอะไรไม่ค่อยได้ ขาดการควบคุมตัวเอง เอาแต่ใจ เวลาอยู่ในห้องเรียนมักจะพูดโพล่งออกมาโดยไม่ขออนุญาตครูก่อน มักตอบคำถามโดยที่ฟังคำถามยังไม่ทันจบ ชอบพูดแทรกเวลาที่คนอื่นกำลังพูดอยู่ หรือคว้าของของเพื่อนมาใช้โดยไม่ขอก่อน เวลาทำงานหรือทำการบ้าน มักจะรีบทำให้เสร็จไว ๆ โดยไม่คำนึงว่างานจะเรียบร้อยถูกต้องหรือไม่

อาการหุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจนี้ อาจทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือรบกวนผู้อื่นโดยไม่ตั้งใจ ทำให้ความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ทั้งความรู้สึกที่เด็กมีต่อตัวเองก็เลวลง เกิดเป็นปัญหาทางอารมณ์ นอกจากนี้ ยังพบว่าอาการเหล่านี้แสดงออกไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งทำให้เกิดผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันได้

1.5 การรักษา

วิธีการรักษาโรคสมาธิสั้น ต้องเป็นการรักษาแบบผสมผสานโดยใช้หลาย ๆ วิธี เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันทั้งลักษณะอาการและความรุนแรงของโรค รวมทั้งสภาพแวดล้อม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนเฉพาะเป็นรายบุคคลเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยทั่วไปการรักษาประกอบด้วย^(10,16)

1.5.1 การรักษาด้วยยา

การใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้น มีจุดประสงค์ 2 ข้อคือ ข้อแรกเพื่อลดอาการแสดงของโรค และข้อสองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรวบรวมสมาธิได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การรักษาวิธีอื่น ๆ ดำเนินไปได้ การเริ่มต้นการรักษานั้น ควรมีการวินิจฉัยที่ถูกต้องก่อนเริ่มใช้ยา เพื่อสามารถให้ยาได้ถูกต้อง และควบคุมประสิทธิภาพ ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ มียาหลายกลุ่มที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะยากลุ่มกระตุ้นสารสื่อประสาท เช่น Methylphenidate หรือ Ritalin นิยมใช้กันมากที่สุด

ซึ่งจะช่วยให้มีสมาธิดีขึ้น ลดอาการอยู่ไม่นิ่ง และอาการวอกแวกได้ นอกจากนี้ ยังมียากกลุ่มลดอาการ ซึมเศร้าแบบ tricyclic (TCA) และ Clonidine ที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น

การศึกษาจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า การใช้ยา เช่น Methylphenidate (MPH) มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการของโรคสมาธิสั้น แต่ผลของยามักอยู่ในระยะสั้น และจะหายไปหลังจากที่ขาดความต่อเนื่องในการใช้ยา⁽¹⁵⁾ และจากการศึกษาโดย Hechtman และคณะ (1992) ที่ MTA (NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study of Children with ADHD) พบว่า การรักษาประสบความสำเร็จถึงร้อยละ 68 ถ้าใช้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรม ร้อยละ 56 ถ้าใช้ยารักษาเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 34 ถ้าใช้การปรับพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว โดยการให้ยาร่วมกับการปรับพฤติกรรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว⁽¹²⁾ อย่างไรก็ตาม ยาเหล่านี้มีผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ทำให้เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อารมณ์หงุดหงิด นอนไม่หลับ ปากคอแห้ง บางรายอาจดูซึมลงไป และบางรายอาจมีอาการกระตุกของกล้ามเนื้อได้⁽¹⁶⁾ ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงเหล่านี้ และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษา

1.5.2 พฤติกรรมบำบัด

โรคสมาธิสั้น เป็นความผิดปกติทางพฤติกรรม จึงต้องมีการปรับพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น เพื่อพัฒนาความสามารถในการเข้าสังคม และสามารถควบคุมตนเองได้ หลักในการรักษาด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดนั้น อาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของพ่อแม่ และครู ในการลดความถี่ของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มความถี่หรือสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่เด็ก โดยใช้วิธีการหลาย ๆ อย่างร่วมกัน เช่น การให้รางวัล (rewards) หรือคำชม (praise) การทำโทษเมื่อเด็กกระทำผิด (punishment) การแยกเด็ก (time out) การให้คะแนน (response cost) การฝึกให้เด็กทำงานอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น โดยมีการฝึกอบรมพ่อแม่ (parent training skill) และการให้คำปรึกษากับครู ในการปรับพฤติกรรมเด็ก นอกจากนี้ ยังมีการฝึกให้เด็กควบคุมตนเอง สำหรับเด็กที่โตแล้ว^(20,22) มีการศึกษาพบว่า การใช้พฤติกรรมบำบัดในการรักษาโรคสมาธิสั้น ให้ผลดีเช่นเดียวกับการใช้ยา และการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับยา จะทำให้สามารถลดขนาดยาลงได้ และทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น⁽¹²⁾

1.5.3 การจัดการศึกษา

เด็กสมาธิสั้นมักพบว่ามีปัญหาทางด้านการเรียน จึงควรได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษทางด้านการเรียน โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับครู ในการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสม เช่น บรรยากาศในห้องเรียนที่ค่อนข้างสงบ ไม่วุ่นวาย หรือมีสิ่งกระตุ้นมาก กำหนดระเบียบวินัยและกำหนดกิจกรรมที่เด็กต้องทำอย่างชัดเจน การจัดให้เด็กนั่งหน้าชั้นเรียน หรืออยู่ใกล้ครู การสอนพิเศษเพิ่มเติม ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้มาก และไม่มีคามจำเป็นที่จะต้องแยกเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นออกจากชั้นเรียนปกติ ยกเว้นเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ และไม่สามารถเรียนในชั้นเรียนปกติได้ อาจต้องจัดชั้นเรียนพิเศษ หรือมีครูสอนตัวต่อตัว^(10,20)

1.5.4 การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

เช่น การฝึกทักษะในการเข้าสังคม การทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำจิตบำบัดรายบุคคล เพื่อช่วยสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และการทำจิตบำบัดครอบครัว เพื่อลดความเครียดและทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น

จะเห็นได้ว่า การรักษาโรคสมาธิสั้นมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อจำกัดแตกต่างกัน เช่น การรักษาด้วยยา ต้องใช้ระยะเวลานานและต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ มีการศึกษาพบว่า ไม่ใช่เด็กสมาธิสั้นทุกคนจะตอบสนองต่อยารักษาโรคสมาธิสั้น และเด็กแต่ละคนมีการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างกัน⁽²⁴⁾ ส่วนการรักษาด้วยพฤติกรรมบำบัด จำเป็นต้องใช้ระยะเวลานานพอที่จะปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยพ่อแม่และครู ต้องเสียสละเวลา และต้องมีความวิริยะอุตสาหะอย่างมาก ดังนั้น การรักษาโรคสมาธิสั้น จึงจำเป็นต้องใช้หลาย ๆ วิธี ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับเด็กสมาธิสั้นแต่ละราย และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาโรคสมาธิสั้น

1.6 การดำเนินของโรค

การดำเนินของโรคสมาธิสั้นแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา หลายคนเชื่อว่าอาการของโรคสมาธิสั้นจะหายไปเมื่อเด็กโตขึ้น แต่จากการศึกษาโดย Barkley (1996) พบว่า ประมาณร้อยละ 30-80 ของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ยังคงมีอาการของโรคสมาธิสั้นต่อไปจนถึงวัยรุ่น

และร้อยละ 65 ยังคงมีอาการไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอาการอยู่ไม่นิ่ง (hyperactive) และหุนหันพลันแล่น (impulsive)⁽²⁵⁾ เป็นเหตุให้การดำเนินชีวิตของเด็กเหล่านี้ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ค่อนข้างไม่ดี ในวัยรุ่นมักเปลี่ยนความสนใจง่าย ไม่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ไม่มีจุดมุ่งหมายที่แน่นอน มีผลการเรียนต่ำ มองตนเองไร้ค่า และไม่มีภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ประมาณร้อยละ 23-40 ของวัยรุ่นกลุ่มนี้ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ทำให้เข้าสังคมได้ไม่ดี และมีพฤติกรรมก้าวร้าว ติดสารเสพติด มีความผิดปกติทางอารมณ์ และปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น อีกทั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ได้มาก และอาจกระทำผิดทางกฎหมายได้ ในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากอาการหุนหันพลันแล่น จึงมักเปลี่ยนงานอยู่บ่อย ๆ และไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ขาดทักษะในการเข้าสังคม มีปัญหาทางอารมณ์ เช่น เป็นโรคซึมเศร้า และเกิดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว⁽²³⁾ เหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อมของผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ระดับเซาว์ปัญญาของเด็ก ความรุนแรงของโรค ปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ที่พบร่วม และสภาพแวดล้อม รวมทั้งการเลี้ยงดูของพ่อแม่ และประวัติโรคสมาธิสั้นในครอบครัว⁽²¹⁾ การดำเนินของโรคจะดีในกรณีที่เด็กมีระดับสติปัญญาดี ไม่มีความบกพร่องในการเรียนร่วมด้วย หรือมีแต่ไม่รุนแรง และไม่มีปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า เป็นต้น อีกทั้งครอบครัวมีความเข้าใจ และคอยประคับประคองช่วยเหลือเด็ก⁽¹⁰⁾ ดังนั้น หากเด็กสมาธิสั้นได้รับการสังเกตอาการตั้งแต่เริ่มแรก และวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งได้รับการรักษาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง โดยที่ผู้ปกครองซึ่งเป็นบุคคลสำคัญ ให้ความร่วมมือในการรักษา และดูแลเด็กอย่างเหมาะสมแล้ว จะช่วยป้องกันและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษาได้รับความสนใจมานาน และมีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา อันนำไปสู่ผลการรักษาที่ดี อย่างไรก็ตาม ปัญหาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน⁽²⁶⁾ ทำให้การดำเนินของโรคไม่ดี ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ประสิทธิผลในการรักษาโรค และทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เป็นปกติสุข

1.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา

การให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา (Compliance) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ซึ่งแตกต่างกันหลายแนวคิด บางท่านใช้คำว่า Adherence แทนคำว่า Compliance เนื่องจากเชื่อว่า การที่บุคคลตัดสินใจกระทำการใด ๆ เกิดจากความตั้งใจของเขาเองมากกว่าอิทธิพลของผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีคำว่า Cooperative behavior ซึ่งใช้แทนพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงความร่วมมือในการรักษา ในความหมายของการยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น จึงใช้คำว่า Compliance

ภิรมย์ กมลรัตนกุล (2530) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย หมายถึง การรับประทานยาด้วยจำนวนและขนาดที่ถูกต้อง การมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งล้วนมีความสำคัญต่อประสิทธิผลของการรักษาทั้งสิ้น⁽²⁷⁾

Dracup (1982) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยได้เลือกที่จะปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้น สอดคล้องตามคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์⁽²⁸⁾

Gelder และคณะ (1983) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา คือ การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และเชื่อว่าตนเองต้องการการรักษา และยินยอมหรือเต็มใจที่จะเข้าร่วมการรักษา⁽²⁹⁾

Bond และ Hussar (1991) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมทางบวกของผู้ป่วยที่ได้รับการจูงใจให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย เนื่องจากได้รับรู้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นกับตน เช่น การมีการทำงานหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น⁽³⁰⁾

Kaplan และ Sadock (1998) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา คือ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การติดตามการรักษา การเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาจนครบ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์⁽³¹⁾

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง การมีความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และพฤติกรรมที่ถูกต้อง และสอดคล้องตามคำแนะนำ และแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การรับประทานยาด้วยจำนวนและขนาดที่ถูกต้อง การมารับบริการอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น ซึ่งในการรักษา เด็กสมาธิสั้นจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับยาให้เหมาะสมกับวัยและอาการที่เปลี่ยนไป รวมทั้งได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างเหมาะสมจากผู้ปกครอง เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น จึงหมายถึง การที่ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และพฤติกรรมที่ถูกต้องและสอดคล้องกับแผนการรักษาโรคสมาธิสั้น เกี่ยวกับ การดูแลเรื่องการใช้ยาของเด็ก การพาเด็กมาตรวจตามนัด และการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น

1.2 การประเมินความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษาขึ้นอยู่กับแบบแผนการรักษาที่แตกต่างกันไปในแต่ละโรค อีกทั้งในผู้ป่วยโรคเดียวกัน ยังอาจมีแบบแผนการรักษาที่แตกต่างกันได้ ดังนั้น การประเมินความร่วมมือในการรักษา จึงมีวิธีการที่หลากหลาย เพื่อบอกให้ทราบถึงความร่วมมือในการรักษา โดยการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความร่วมมือในการรักษา พบว่า วิธีการประเมินความร่วมมือในการรักษา อาจกระทำได้ 2 วิธีหลัก คือ การประเมินทางตรง และการประเมินทางอ้อม^(29,32)

1.2.1 การประเมินทางตรง (Direct Methods)

เป็นการประเมินโดยอาศัยหลักทางชีววิทยา เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับยาที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ และสารที่เกิดจากการสลายตัว (metabolite) ของยา เป็นต้น ซึ่งวิธีนี้

ทำให้ได้ผลที่ชัดเจน และน่าเชื่อถือมากกว่าวิธีอื่น อย่างไรก็ตาม วิธีการประเมินทางตรง มีข้อจำกัด คือ เป็นวิธีการตรวจที่ยุ่งยาก ต้องใช้อุปกรณ์และเครื่องมือมาก ผู้ป่วยต้องเจ็บตัวและเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจเพิ่มขึ้น อีกทั้งความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบ สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ แต่ไม่สามารถบอกปริมาณยาที่ผู้ป่วยรับประทานได้ว่ามีจำนวนทั้งหมดเท่าใด ครบและถูกต้องตามแผนการรักษา ทั้งขนาดและเวลายาหรือไม่ นอกจากนี้ แบบแผนการใช้ยาอาจแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งชนิด ขนาด จำนวน และเวลายา เนื่องจากแพทย์จะมีการปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น การประเมินทางตรงจึงทำได้ยาก

1.2.2 การประเมินทางอ้อม (Indirect Methods)

เป็นการประเมินโดยอาศัยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่

การใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้บ่อยที่สุด เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและสามารถวัดความร่วมมือในการรักษาได้เช่นเดียวกับวิธีอื่น โดยอาศัยการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-reports) หรือสัมภาษณ์จากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว หรือญาติ เป็นต้น ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง อย่างไรก็ตาม วิธีนี้มีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงความแม่นยำของคำถาม ใช้คำถามที่ชัดเจน และต้องสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วยด้วย ทำที่ที่เป็นมิตรและอบอุ่น ไม่แสดงว่าผู้ป่วยมีความผิด เมื่อผู้ป่วยตอบว่าไม่ได้ให้ความร่วมมือในการรักษา แม้กระนั้น หลายการศึกษาพบว่า การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย มักเกินความเป็นจริงเสมอ⁽²⁶⁾

การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่นิยมใช้บ่อย เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย ความร่วมมือในการรักษาได้จากการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่ ซึ่งแสดงถึงจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทาน แต่ข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากจำนวนยาที่หายไปไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยรับประทานเข้าไปทั้งหมด อาจมีสาเหตุอื่น เช่น ทำยาหาย เายาไปทิ้ง หรือให้ผู้อื่นรับประทาน เป็นต้น อีกทั้งไม่ได้บอกให้ทราบถึงขนาด จำนวน และเวลายาที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละครั้ง ว่าตรงตามแผนการรักษาหรือไม่

การมาตรวจตามนัด ประเมินโดยพิจารณาการมาตรวจตามที่แพทย์นัด หากผู้ป่วยมาตรวจตามที่แพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ จะถือว่าให้ความร่วมมือในการรักษา แต่หากผู้ป่วยไม่มาตรวจตามที่

แพทย์นัด จะถือว่าไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา วิธีนี้อาจมีข้อจำกัดอยู่บ้าง สำหรับการประเมินความร่วมมือในการรักษา กรณีที่ทำการศึกษาย้อนหลัง ทั้งนี้อาจเกิดจากระบบการจัดเก็บข้อมูล บันทึกการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยที่ขาดความสมบูรณ์ ทำให้ไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยวิธีนี้ได้

การพิจารณาผลการรักษา โดยพิจารณาผลของการรักษาว่าได้ผลดีหรือไม่เพียงใด ซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเชื่อว่าผลการรักษาที่ดี แสดงถึงการให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนผลการรักษาที่ไม่ดี แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา อย่างไรก็ตาม วิธีนี้จำเป็นต้องประเมินโดยแพทย์ผู้รักษา และต้องเป็นคนเดียวกันตลอดการรักษา ข้อมูลที่ได้จึงจะมีความน่าเชื่อถือ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การประเมินความร่วมมือในการรักษามีวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งแต่ละวิธีมีทั้งข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป การนำมาใช้ต้องคำนึงถึงความเหมาะสม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น โดยศึกษาใน 3 ด้าน คือ การดูแลเรื่องการให้ยาของเด็ก การพาเด็กมาตรวจตามนัด และการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินทางอ้อม โดยใช้แบบประเมินความร่วมมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง เนื่องจากคิดว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด เพราะข้อจำกัดในเรื่องเวลาและค่าใช้จ่าย อีกทั้งเป็นการประเมินความร่วมมือของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ไม่ใช่ผู้ป่วย ดังนั้น การประเมินทางตรงจึงไม่สามารถทำได้ หรือหากใช้วิธีการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ อาจเกิดความยุ่งยากในการเก็บข้อมูล เพราะเด็กสมาธิสั้นแต่ละรายมีแบบแผนการให้ยาที่แตกต่างกันทั้งขนาด จำนวน และเวลายา เนื่องจากแพทย์ได้ปรับยาให้เหมาะสมกับลักษณะของเด็กสมาธิสั้นแต่ละราย ไม่ว่าจะ เป็นลักษณะอาการ อายุ หรือน้ำหนักของเด็ก เป็นต้น ส่วนการประเมินเรื่องการมาตรวจตามนัด โดยอาศัยข้อมูลจากบันทึกประวัติผู้ป่วยนั้น ไม่สามารถทำได้ เพราะข้อมูลที่มีอยู่ขาดความสมบูรณ์ นอกจากนี้ การพิจารณาผลการรักษาจากการประเมินของแพทย์ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ มีการหมุนเวียนแพทย์ตลอดทุกเดือน ดังนั้น จึงทำให้การตรวจผู้ป่วยทุกครั้งไม่ใช่แพทย์คนเดียวกันตลอดการรักษา จึงไม่สามารถประเมินความร่วมมือในการรักษาได้ ดังนั้น วิธีที่น่าจะเหมาะสมสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ การสอบถามโดยตรงจากผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น โดยวัดความร่วมมือจากการรายงานของผู้ปกครอง โดยถือว่าผู้ปกครองตอบตามความเป็นจริง ซึ่งผู้วิจัยสามารถแก้ไขจุดอ่อนของวิธีนี้ได้ โดยสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ปกครอง และใช้เทคนิคในการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

ได้มีผู้ศึกษาและรวบรวมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาไว้มากมาย ซึ่งสามารถสรุปได้ 4 ปัจจัยหลัก คือ^(30,33,34)

1.3.1 ปัจจัยด้านสังคมและประชากร

ปัจจัยด้านสังคมและประชากรที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ สภาพครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จากการศึกษายังไม่พบว่า ปัจจัยด้านสังคมและประชากรมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาอย่างเด่นชัด การศึกษาโดย Dimatteo และ Di Nicola (1982) พบว่า สถานภาพทางสังคมและอายุ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา⁽³⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาโดย Fleishchacker และคณะ (1994) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่อายุมากมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา⁽³⁴⁾ และผู้ป่วยที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีความเสี่ยงต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา⁽¹⁴⁾ แต่บางการศึกษา พบว่า อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ สภาพครอบครัวและสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา⁽²⁹⁾ เช่น การศึกษาโดย Lai และคณะ (1997) พบว่า ลักษณะทางสังคมและประชากรของเด็กที่หยุดการรักษาในคลินิกจิตเวชเด็ก กับเด็กที่ยังคงติดตามการรักษา ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเหตุผลที่เด็กหยุดการรักษา เนื่องจากเด็กไม่ต้องการมารักษา (ร้อยละ 63.2) เวลาที่ต้องมารักษาตรงกับเวลาที่เด็กต้องไปโรงเรียน (ร้อยละ 60.5) และเด็กไม่ยอมมาพบแพทย์ (ร้อยละ 42.1)⁽³⁶⁾

1.3.2 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษา

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษา ได้แก่ ชนิดและความรุนแรงของโรค อาการข้างเคียงจากยา ระยะเวลาในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา จำนวนและชนิดของยาที่รับประทาน วิธีการรักษา และผลการรักษา เป็นต้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลานาน และไม่มี ความรุนแรงของโรค ความร่วมมือในการรักษาจะลดลง⁽²⁶⁾ Cramer และ Spilker (1991) พบว่า ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา อีกทั้งความยุ่งยากในการรักษา เช่น จำนวน ชนิด และ ความถี่ของการรับประทานยาที่มาก มีผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา⁽³²⁾ นอกจากนี้ อาการข้างเคียงที่เกิดจากยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังการศึกษาโดย Efron และคณะ

(1998) ที่พบว่า เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ไม่ยอมรับประทานยา เนื่องจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น⁽³⁷⁾ และการศึกษาโดย Kazdin และคณะ (1994) พบว่า การหยุดการรักษา มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาที่ไม่ดี⁽³⁸⁾

1.3.3 ปัจจัยด้านจิตวิทยา

ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ บุคลิกภาพ ความรู้ความเข้าใจ และเจตคติที่มีต่อโรคและแผนการรักษา หลายคนเชื่อว่า ความร่วมมือในการรักษาเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ โดยผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบไม่ร่วมมือ (uncooperative personalities) เช่น มีบุคลิกพึ่งพิง (dependent) หรือต่อต้านสังคม (antisocial) จะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา⁽³⁹⁾ นอกจากนี้ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา รวมทั้งมีเจตคติที่ไม่ดีต่อโรคและแผนการรักษา ทำให้ไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น การศึกษาโดย Corkum และคณะ (1999) ซึ่งศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และความคิดเห็นต่อการรักษาของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น พบว่า การที่ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และมีเจตคติที่ดีต่อการรักษา จะช่วยให้ผู้ปกครองร่วมมือในการรักษามากขึ้น⁽⁴⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาโดย Lai และคณะ (1997) ที่พบว่า การรับรู้ของผู้ปกครองเป็นเหตุผลสำคัญในการติดตามการรักษา⁽³⁶⁾

1.3.4 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจรักษา ความพึงพอใจในระบบบริการ และสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งต่อความร่วมมือในการรักษา โดย Cramer และ Spilker (1991) กล่าวว่า ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ เช่น อยู่ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการติดตามการรักษามากขึ้น⁽³²⁾ ส่วน Kaplan และ Sadock (1998) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด หากแพทย์และผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี มีการสื่อสารที่ดี และมีความเข้าใจที่ตรงกัน อีกทั้งยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกันแล้ว ย่อมทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น⁽³¹⁾ สำหรับความพึงพอใจในระบบบริการนั้น Gillium และ Basky (1974) กล่าวว่า การจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจ เช่น การไม่ต้องคอยนาน และการเอาใจใส่ จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น⁽³³⁾

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ความร่วมมือในการรักษานั้น จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและประชากร ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษา ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ในการศึกษา ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น โดยศึกษาทั้งปัจจัยเกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ เพศ ของเด็กสมาธิสั้น และผู้ปกครอง สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ของผู้ปกครอง และรายได้ของครอบครัว ปัจจัยด้านการบำบัดรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการรักษา ผลข้างเคียงจากยา ค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยาของเด็ก และผลการรักษา สำหรับปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และเจตคติต่อโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ส่วนปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการมารับการรักษา ความสะดวกในการมารับบริการ และความพึงพอใจในระบบบริการ

ทั้งนี้ เหตุที่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาปัจจัยบางประการ อันได้แก่ ชนิดและความรุนแรงของโรค แบบแผนการใช้ยา บุคลิกภาพ และสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เนื่องจาก การศึกษาที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ปกครองเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นเท่านั้น โดยไม่กำหนดว่ามีหรือไม่มีโรคหรือภาวะอื่นร่วมด้วย ดังนั้น ชนิดของโรคจึงไม่ใช่ปัจจัยที่จะนำมาศึกษา สำหรับความรุนแรงของโรค จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือในการประเมิน เช่น แบบประเมินของ Conners ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงไม่สามารถนำปัจจัยความรุนแรงของโรคมาศึกษาได้ ส่วนแบบแผนการใช้ยา เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นแต่ละรายมีแบบแผนการใช้ยาแตกต่างกัน ทั้งจำนวน ขนาด ชนิด และเวลายา ซึ่งอาจทำให้เกิดความยุ่งยากในการเก็บข้อมูลได้ สำหรับปัจจัยด้านบุคลิกภาพ จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือในการประเมิน ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาใช้ในการศึกษานี้ และเนื่องจากในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นมีการหมุนเวียนแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาอยู่เสมอ จึงเป็นการยากที่จะบอกถึงสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้

1.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา

มีทฤษฎีและแนวคิดหลายแนวคิดที่พยายามอธิบายถึงความร่วมมือในการรักษา เช่น แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาความร่วมมือของผู้ปกครองในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น ดังต่อไปนี้⁽²⁸⁾

1.4.1 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบทางการแพทย์ (Medical Model)

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบทางการแพทย์ เป็นรูปแบบที่นิยมนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาอย่างแพร่หลาย โดยแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับลักษณะทางสังคมและประชากรของผู้ป่วย และลักษณะของการรักษา เช่น ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการดำเนินโรค ชนิดของการรักษา ความยุ่งยากในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา และผลข้างเคียงจากยา เป็นต้น แนวคิดนี้มีจุดอ่อน คือ เชื่อว่าสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนั้น มาจากลักษณะของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ไม่ได้มาจากลักษณะของผู้ให้บริการการรักษา หรือสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแต่อย่างใด

1.4.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ได้รับการพัฒนาโดย Backer และคณะ (1979) โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theory) แนวคิดนี้เชื่อว่า ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของผู้ป่วย 4 ประการ คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ เกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาเมื่อรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ รับรู้ว่าการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ จะเป็นประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ โดยไม่เกิดผลเสียหรืออุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของตน

1.4.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พัฒนาโดย Bandura (1977) เชื่อว่า พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล เกิดจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลนั้น โดยอาศัยแบบจำลอง หรือ Modeling ซึ่งทฤษฎีนี้ได้ถูกนำมาใช้อธิบายถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย เช่น การปรับปรุงพฤติกรรมรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นต้น

2. งานวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นพบว่า มีการศึกษาทั้งความร่วมมือของเด็กสมาธิสั้น และความร่วมมือของผู้ปกครอง รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง ดังนี้

การศึกษาโดย Corkum และคณะ (1991) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ความคิดเห็นต่อการรักษา และผลกระทบที่มีต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 81 คน พบว่า การที่ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และมีความคิดเห็นที่ดีต่อการรักษา จะช่วยให้ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น และมีเจตคติที่ดีต่อเด็กสมาธิสั้น⁽⁴⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษาโดย Bennett และคณะ (1996) ที่ศึกษาการยอมรับวิธีการรักษาโรคสมาธิสั้น และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 81 คน พบว่า การยอมรับวิธีการรักษาโรคสมาธิสั้นของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการรักษา⁽⁴¹⁾

การศึกษาโดย Jonston และ Fine (1993) ซึ่งศึกษาการยอมรับ ความพึงพอใจ และความร่วมมือในการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยา Methylphenidate พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ยอมรับการใช้ยา Methylphenidate แต่พบว่า ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ปกครอง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา⁽⁴²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาโดย Cohen และ Thompson (1982) ที่ศึกษาการรับรู้และเจตคติต่อการรักษาด้วยยา Methylphenidate ของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครอง จำนวน 15 ราย พบว่า เด็กสมาธิสั้นมีการรับรู้ถึงผลกระทบของยา Methylphenidate เช่นเดียวกับผู้ปกครอง และเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ปกครอง⁽⁴³⁾

การศึกษาโดย Sleator และคณะ (1982,1985) ซึ่งศึกษาความร่วมมือในการรักษาของเด็กสมาธิสั้น พบว่า เด็กสมาธิสั้นมีความเสี่ยงต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาค่อนข้างสูง เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่ไม่ชอบรับประทานยา และการรับประทานยานั้น จำเป็นต้องใช้ระยะเวลานาน จึงเกิดความเบื่อหน่ายในการรับประทานยา^(44,45) สอดคล้องกับการศึกษาโดย Epstein และ Cluss (1982) ที่พบว่า การไม่ชอบรับประทานยา และการที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์กับอัตราความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำ⁽⁴⁶⁾ นอกจากนี้ การศึกษาโดย Efron และคณะ (1998) ซึ่งศึกษาการรับรู้ของเด็กสมาธิสั้นและผู้ปกครองต่อการใช้ยาในการรักษาโรคสมาธิสั้น พบว่า การที่เด็กสมาธิสั้นไม่ชอบรับประทานยา เนื่องจากผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยา⁽³⁷⁾

การศึกษาโดย Firestone (1982) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของเด็กสมาธิสั้น พบว่า ในระยะเวลา 1 ปีที่ทำการรักษา มีเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 20 หยุดการรักษาภายในระยะเวลา 4 เดือน และร้อยละ 44 หยุดการรักษาภายในระยะเวลา 10 เดือน นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กสมาธิสั้นที่มีอายุน้อย เป็นชาย และมีระดับสติปัญญา (IQ) ต่ำ และผู้ปกครองที่มีอายุน้อย หรือมีระดับสติปัญญาต่ำ มีความสัมพันธ์กับอัตราความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำ⁽¹³⁾

Brown และคณะ (1987) ได้ทำการศึกษาความร่วมมือในการรักษาโดยใช้ยาและการทำจิตบำบัดในเด็กสมาธิสั้นจำนวน 58 คน ศึกษาติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน ประเมินความร่วมมือโดยการสัมภาษณ์เด็ก ผู้ปกครอง และครู ร่วมกับการนับเม็ดยาที่เหลือ ผลที่ได้พบว่า มีเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 87.2 เข้าร่วมการศึกษาครบ 3 เดือน โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างลักษณะทางประชากรของเด็กที่อยู่ในการศึกษาครบ 3 เดือนกับเด็กที่ออกจากการศึกษาก่อนกำหนด และพบว่าความร่วมมือในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการทำจิตบำบัด แต่ความร่วมมือในการใช้ยาจะมีปัญหามากกว่าการทำจิตบำบัด และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์กับข้อมูลที่ได้จากวิธีการนับเม็ดยาที่เหลือ นอกจากนี้ยังพบว่า วิธีการรักษาและผลการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีความเสี่ยงต่อการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มอื่น⁽¹⁴⁾

Thiruchelvam และคณะ (2001) ได้ทำการศึกษาลักษณะพื้นฐานของเด็กและปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของเด็กสมาธิสั้นจำนวน 71 คน อายุระหว่าง 6 - 12 ปี ศึกษาติดตามเป็นระยะเวลา 3 ปี ประเมินความร่วมมือโดยวิธีการนับเม็ดยา และจากการสัมภาษณ์เด็ก ผู้ปกครองและครู ผลที่ได้พบว่า มีเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 88.7 ที่ยังคงอยู่ในการศึกษาตลอด 3 ปี และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง อายุ เพศ IQ ระดับอาการ และโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมของคนที่ยังอยู่ในการศึกษา กับคนที่ออกจากการศึกษาก่อนกำหนด และพบว่า มีเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 52 ที่ใช้ยาอย่างต่อเนื่องตลอด 3 ปี โดยพบว่า อายุ ระดับอาการ โรคหรือภาวะที่เกิดร่วม และการทำหน้าที่ของครอบครัว มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งพบว่าคนที่ร่วมมือในการรักษามีอายุน้อยกว่าคนที่ไม่ร่วมมือ และมีโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมน้อยกว่า แต่มีอาการของโรคสมาธิสั้นมากกว่าคนที่ไม่ร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการรักษาไม่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความร่วมมือในการใช้ยาของเด็กสมาธิสั้น และจากการศึกษาทางคลินิก พบว่า ความรุนแรงของอาการ และโรคหรือภาวะที่เกิดร่วม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของเด็ก และยังพบว่า เด็กที่อายุมากมักไม่ร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนี้ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวที่ต่ำ ก็อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วย⁽¹⁵⁾