

ประสิทธิผลของการทำกลุ่มบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติรู้ตัวเป็นพื้นฐานสำหรับลดอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เกศสุดา หายสุกวิเวชกุล พ.บ., กิรสวิง ตั้งจิตติพิพร พ.บ., ศิริรัตน์ อุฬารัตินนท์ พ.บ.

กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

Abstract: The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Reduce Depressive Symptoms in Primary Caregivers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder at Child and Adolescent Psychiatric Outpatient Department Queen Sirikit National Institute of Child Health

Hansudewechakul K, Tangjittiporn T, Ularntinon S

Queen Sirikit National Institute of Child Health, Khet Ratchathewi, Krung Thep Maha Nakhon 10400

(E-mail: katehansu@gmail.com)

(Received: February 4, 2019; Revised: May 27, 2019; Accepted: June 20, 2019)

Background: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) affects 5-10 percent of school-age children. Previous studies have reported that parents of children with ADHD had higher risk of developing depression due to psychosocial stressors associated with parental demands. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) is an effective way of reducing depressive symptoms through the process of building greater awareness of one's emotional state and reaction as well as understanding stress associated with parenting children with ADHD. **Objective:** To study the effectiveness of one-session MBCT program for reducing depressive symptoms in primary caregivers of ADHD children. **Method:** Main caretakers of children diagnosed with ADHD at psychiatric outpatient department, Queen Sirikit National Institute of Child Health were enrolled if their Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) scores were lower than the cut-off point of indicating severe depression ($HRSD \leq 17$). A group based, 3-hour session of MBCT was provided to all consented participants. The Caregivers' HRSD and their child's Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP-IV) measuring ADHD were completed immediately before and at one month after the group session. **Result:** The mean score of HRSD scores were decreased from 9.34 ± 4.09 to 4.71 ± 3.82 at 1 month after the group intervention ($P < 0.001$). In the subgroup analysis, HRSD scores declined significantly in all subsyndromal, mild, and moderate subgroup. However, there was no change in the mean scores of the SNAP-IV score. **Conclusion:** One session of 3-hour Mindfulness-Based Cognitive Therapy is a simple, time-efficient and effective way to reduce depressive symptoms in caretakers of children with ADHD. **Keyword:** Mindfulness-Based Cognitive Therapy, ADHD, Depression, Caregiver, Parent

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: โรคสมาธิสั้นพบได้ร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียน ผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากแรงกดดันทางจิตสังคมซึ่งสัมพันธ์กับความต้องการของบิดามารดา การบำบัดความคิดบนพื้นฐานของการฝึกสติรู้ตัว (Mindfulness-Based Cognitive Therapy คำย่อ MBCT) เป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่ได้ผลดีผ่านกระบวนการฝึกสติให้รู้ทันอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ของตนเองและให้เข้าใจความเครียดที่เกิดจากการดูแลบุตรที่เป็นโรคสมาธิสั้น **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการทำบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ 1 คาบ ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น **วิธีการ:** ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและผู้ปกครองมีคะแนน The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ที่แสดงว่ามีระดับอาการต่ำกว่าจุดตัดซึ่งเข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงทุกคน ($HRSD \leq 17$) จะได้รับการทำกลุ่มบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติรู้ตัว 1 คาบ เป็นเวลา 3 ชั่วโมง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเปรียบเทียบ

คะแนนของภาวะซึมเศร้า โดยการใช้แบบประเมิน HRSD และคะแนนภาวะสมาธิสั้นในบุตรโดยใช้แบบประเมิน Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP-IV) ก่อนทำกลุ่มบำบัดทันทีและหลังทำกลุ่มบำบัดไปแล้ว 1 เดือน **ผล:** หลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด คะแนนเฉลี่ย HRSD ในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 9.34 ± 4.09 ก่อนหน้าทำกลุ่มบำบัดเป็น 4.71 ± 3.82 ที่ 1 เดือน หลังทำกลุ่มบำบัด ($P < 0.001$) เมื่อจำแนกตามความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มมีอาการ subsyndromal มีอาการเล็กน้อยและปานกลาง พบว่าในทุกกลุ่ม HRSD มีคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญแต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของอาการสมาธิสั้นในเด็ก **สรุป:** การทำกลุ่มบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติรู้ตัวเป็นพื้นฐาน 1 คาบ นาน 3 ชั่วโมง เป็นวิธีที่ง่ายประหยัดเวลา และมีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

คำสำคัญ: จิตบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ โรคสมาธิสั้น ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลหลัก ผู้ปกครอง

บทนำ

โรคสมาธิสั้นพบประมาณร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียน ความชุกในประเทศไทยคือ ร้อยละ 8.1 พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 3 เท่า¹ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจะมีโรคอื่นร่วมอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งอาจทำให้ผลการรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรหรือไม่ได้ผล²

มารดาของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีภาวะทางสุขภาพจิต บ่อยกว่ามารดาของเด็กปกติ 4 เท่า ภาวะสุขภาพจิตที่พบได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลหรือปัญหาทางอารมณ์³ ภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง (บิดาหรือมารดา) ของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นทำให้ความคิดและการรับรู้ (cognition and perception) ต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปจนอาจจะส่งผลต่อการดูแลและการรักษาเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น⁴

การบำบัดแบบความเข้มต่ำ (Low intensity intervention) สามารถนำมาใช้ในการรักษาผู้ที่มีอาการซึมเศร้าที่มีอาการไม่รุนแรงหรือเพียงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาที่พบว่า การบำบัดจิตบำบัดความคิด อารมณ์และพฤติกรรม⁵ ด้วยการฝึกสติรู้ตัว (MBCT) ได้รวมเอาหลักการจิตบำบัดแบบ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และได้ผนวกวิธีลดความเครียดโดยใช้หลักการฝึกสติรู้ตัว (Mindfulness) เข้าไว้ด้วยกัน การทำจิตบำบัดแบบนี้สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าและความกังวลได้⁶ นอกจากนี้ MBCT สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นได้อีกด้วย⁷ อีกทั้งประเทศไทยเนื่องจากมีความเข้าใจเกี่ยวกับสติเป็นพื้นฐานอยู่เดิมจึงสามารถนำมาใช้ในการทำบำบัดได้ง่ายมากขึ้น

ปัจจุบันยังไม่มีศึกษาการบำบัดแบบเบาๆ ด้วย MBCT เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิผลกลุ่ม MBCT สำหรับลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อเพิ่มทางเลือกในการทำบำบัดให้มากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองนำร่อง (Quasi-Experimental, Pilot study) เพื่อวัดประสิทธิผลของการทำกลุ่ม MBCT ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีช่วงเดือนตุลาคม 2560-มิถุนายน 2562 การทำกลุ่มดำเนินการโดยผู้ที่มีความรู้และฝึกตามหลักสูตร (protocol) ที่มีการสร้างขึ้นโดยใช้หลักการ MBCT ปรับขั้นตอน

ตารางที่ 1 กิจกรรมกลุ่มบำบัด MBCT

หัวข้อกิจกรรม	กิจกรรม	เวลา (นาที)
1. ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น	การเรียนรู้โรคสมาธิสั้นในเด็กและผลกระทบที่อาจเกิดกับครอบครัวและผู้ดูแล	30
2. การฝึกสติรู้ตัว	ฝึกสติรู้ตัว ตามหลักการ MBCT ผ่านกิจกรรมการกินลูกเกด	30
3. ความคิดอารมณ์และพฤติกรรมกับโรคสมาธิสั้น	ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ ความคิดอารมณ์กับพฤติกรรม รวมทั้งการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการดูแลเด็กสมาธิสั้น อย่างมีสติรู้ตัว	80
4. รู้จักเมตตาตัวเองและรู้จักเมตตาผู้อื่น	รู้จักเมตตาตัวเองและรู้จักเมตตาผู้อื่น ฝึกผ่านกิจกรรม เมตตาภาวนาและเมตตาตนเอง (Loving kindness meditation and self-compassion) รวมถึงการประยุกต์ใช้เพื่อดูแลสุขภาพจิตตนเอง และดูแลบุตรที่มีโรคสมาธิสั้นและปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ	40

เพื่อการบำบัดแบบความเข้มต่ำ (Low intensity intervention) ผู้ทำกลุ่มเป็นแพทย์ประจำบ้านเด็กและวัยรุ่น หรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นทำตาม protocol ที่วางไว้โดยทำกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 3 ชั่วโมง มีการนัดติดตามหลังจากทำกลุ่ม 1 เดือน เพื่อประเมินคะแนน HRSD และ SNAP-IV 1 โดยไม่มีค่าตอบแทนให้ผู้เข้าร่วมโครงการศึกษา คาดว่าจะได้ผู้เข้าร่วมโครงการประมาณ 35-45 คน ทำกลุ่มประมาณ 4-6 กลุ่ม ใช้กลุ่มตัวอย่างครั้งละ 5-10 คน ทำกลุ่มเดือนละ 1 กลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลมีอายุ 20-70 ปี โดยเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้นโดยสายเลือด เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีอายุ 6-12 ปี (2) ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน และเกือบทุกวัน (3) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย (4) ทำแบบทดสอบเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD) ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน และ (5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือมีความเจ็บป่วยทางจิตหรือทางกายที่รุนแรง เช่น ภาวะไม่รู้สึกตัว, severe cognitive impairment หนูแหว่ หลงผิด โรคซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือเสียความสามารถในการทำงาน

แบบประเมิน ก่อนทำกลุ่ม (Pre-test) และหลังทำกลุ่ม 1 เดือน (Post-test) ได้แก่ (1) แบบทดสอบ Thai HRSD นำไปใช้ประเมินความรุนแรงและติดตามอาการของภาวะซึมเศร้า ค่าความเชื่อมั่น standardized Cronbach's alpha เท่ากับ 0.7380⁸ และมีการนำมาใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยก่อนหน้านี้ในประเทศไทยพบว่า ได้ผลดีและเชื่อถือได้⁹⁻¹⁰ และ (2) Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP-IV) แบบสอบถาม SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ประเมินอาการเด็กสมาธิสั้น ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.927¹¹ และ SNAP-IV มีการใช้ในเด็กไทยแล้วพบว่าได้ผลเชื่อถือได้¹²⁻¹³ ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน Thai HRSD ก่อนและหลังการทำกลุ่มบำบัดด้วย Wilcoxon Signed Ranks test และเปรียบเทียบคะแนน SNAP-IV โดย Paired t-test กำหนดระดับการมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

กิจกรรมกลุ่มบำบัด MBCT ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ความรู้เรื่องเด็กสมาธิสั้น กิจกรรมที่ 2 การฝึกสติรู้ตัว กิจกรรมที่ 3 ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม กับโรคสมาธิสั้น กิจกรรม 4 รู้จักเมตตาตัวเองและรู้จักเมตตาผู้อื่น (ตารางที่ 1)

wa

กลุ่มผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโรคสมาธิสั้นที่ต้องการสมัครหรือได้รับการเชิญชวนเข้ากลุ่ม MBCT ทั้งหมด 38 คน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ แบ่งทำกลุ่มเป็น 5 กลุ่ม ผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี จบการศึกษามัธยมศึกษาถึงปริญญาตรี อาชีพธุรกิจส่วนตัวและรับจ้างทั่วไป รายรับอยู่ในช่วง 100,000-200,000 บาทต่อปี และเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดามารดา พี่ชายพี่สาวและยาย (ตารางที่ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นในเด็กส่วนใหญ่เป็นเด็กชาย (ร้อยละ 84) ในช่วงอายุ 6-10 ปี และร้อยละ 50 ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ภายใน 1 เดือนก่อนทำกลุ่ม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลพื้นฐาน	N = 38	
	n	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	34.2
หญิง	25	65.8
อายุ (ปี)		
20 – 29 ปี	2	5.3
30 – 39 ปี	19	50.0
40 – 49 ปี	12	31.6
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	5	13.2
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
บิดา	12	31.6
มารดา	23	60.5
พี่ชาย/พี่สาว	2	5.3
ยาย	1	2.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7	18.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	18.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	23.7
ปริญญาตรี	13	34.2
ปริญญาโท	2	5.3

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ก่อนทำกลุ่มบำบัด และหลังทำกลุ่มบำบัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ โดยคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลก่อนทำกลุ่มบำบัด เท่ากับ 9.34 ± 4.09 และหลังการทำกลุ่มบำบัดเท่ากับ 4.71 ± 3.82 โดยมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทำกลุ่มบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญใน 4 จาก 5 กลุ่มบำบัด (ตารางที่ 4) และพบว่าผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับอาการน้อยถึงปานกลางมีจำนวนลดลงจากก่อนทำกลุ่มเท่ากับร้อยละ 63 และหลังทำกลุ่มลดลงเป็นร้อยละ 18 (ภาพที่ 1) โดยไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกลุ่มอาการขาดสมาธิ ซนไม่นิ่งและต่อต้านของเด็กสมาธิสั้นจากการประเมินของผู้ดูแล ก่อนทำกลุ่มบำบัดและหลังทำกลุ่มบำบัดอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 5)

ข้อมูลพื้นฐาน	N = 38	
	n	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
สมรส	34	89.5
โสด	2	5.3
หย่าร้าง	2	5.3
อาชีพ		
รับราชการ	3	7.9
รัฐวิสาหกิจ	3	7.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	26.3
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	15.8
รับจ้างทั่วไป	9	23.7
พนักงานเอกชน	7	18.4
รายได้ (บาทต่อปี)		
น้อยกว่า 50,000	9	23.7
50,000-100,000	7	18.4
100,000-200,000	14	36.8
200,000-500,000	1	2.6
500,000-1,000,000	5	13.2
มากกว่า 1,000,000	2	5.3

ตารางที่ 3 ข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลพื้นฐาน	N = 38	
	n	ร้อยละ
เพศของเด็ก		
ชาย	6	15.8
หญิง	32	84.2
อายุที่ได้รับการวินิจฉัย (ปี)		
≤ 6	1	2.6
6.1-8.0	21	55.3
8.1-10	14	36.8
>10	2	5.3

ตารางที่ 3 ข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	N = 38	
	n	ร้อยละ
การรักษาปรับพฤติกรรม		
Behavior Therapy	2	5.3
Behavior Therapy+ Parent management training	33	86.8
Behavior Therapy+ Parent management training + Cognitive behavioral therapy	3	7.9
การรักษาด้วยยา		
ไม่ใช้ยาใดๆ	9	23.7
Methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์สั้น	25	65.8
Methylphenidate ชนิดออกฤทธิ์ยาว	4	10.5
โรคร่วม		
ไม่มี	21	55.3
Oppositional defiant disorder	6	15.8
Specific learning disorder	9	23.7
Enuresis	2	5.3

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ HRSD ระหว่างก่อน (pre) และหลัง (post) การทำกลุ่ม MBCT

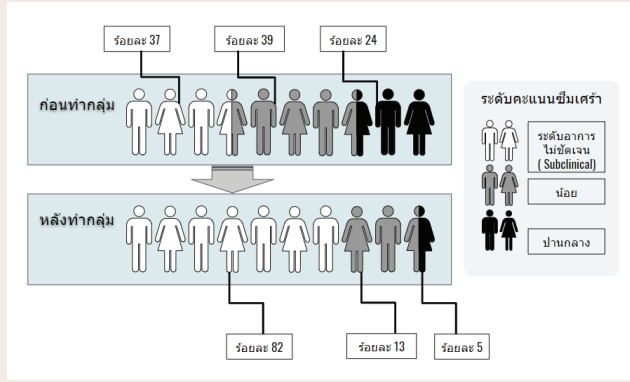
กลุ่มบำบัด [†]	n	HRSD pre		HRSD post		p-value
		Mean	±S.D	Mean	±S.D	
กลุ่มบำบัด กลุ่มที่ 1	6	10.17	±5.27	4.67	±4.37	0.028*
กลุ่มบำบัด กลุ่มที่ 2	7	7.71	±2.87	4.14	±4.26	0.061
กลุ่มบำบัด กลุ่มที่ 3	8	7.75	±4.17	5.00	±5.26	0.017*
กลุ่มบำบัด กลุ่มที่ 4	5	9.80	±4.55	3.80	±1.64	0.042*
กลุ่มบำบัด กลุ่มที่ 5	12	10.75	±3.79	5.25	±3.31	0.002*
รวม	38	9.34	±4.09	4.71	±3.82	<0.001*

P-value from Wilcoxon Signed Ranks test, *significant at the 0.05 level. [†] กลุ่มบำบัดมี 5 กลุ่ม ผู้เข้าร่วมงานวิจัยแต่ละกลุ่มเป็นคนละคนกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ SNAP-IV ระหว่างก่อน (pre) และหลัง (post) การทำกลุ่มบำบัด จำแนกตามอาการ

	SNAP-IV pre		SNAP-IV Post		p-value
	Mean	±S.D	Mean	±S.D	
อาการขาดสมาธิ	15.32	±5.50	13.66	±5.72	0.056
อาการอยู่นิ่ง	13.45	±4.88	12.37	±6.14	0.186
อาการต่อต้าน	9.45	±4.25	9.74	±5.81	0.680
รวม	38.21	±11.80	35.76	±15.28	0.222

p-value from Paired t-test



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนคนตามระดับคะแนนภาวะซิมเคร้าก่อนและหลังทำกลุ่ม

วิจารณ์

ผลการทดลองพบว่าการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติแบบความเข้มต่ำ (low intensity) สำหรับผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการซิมเคร้าได้ดี ที่การติดตามอาการ 1 เดือนหลังการทำกลุ่มโดยใช้เวลาเพียง 3 ชั่วโมง จึงสามารถนำไปใช้ได้ดีในสังคมปัจจุบันที่มีความเร่งรีบและเวลาที่จำกัด

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานศึกษาอื่นที่เคยมีการทำมา ได้แก่ การศึกษาของ Hofmann⁶ ศึกษาลักษณะ meta-analytic review พบว่าการทำจิตบำบัดแบบปรับความคิดและฝึกสติช่วยลดอาการวิตกกังวลและซิมเคร้าได้ การศึกษาของ Mehranfar¹⁴ เกี่ยวกับการทำ MBCT ในมารดาและผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็งว่าสามารถลดภาวะซิมเคร้าและอาการกังวลได้และการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดย Bögels¹⁵ พบว่าการทำโปรแกรม “Mindful Parenting” ซึ่งใช้หลักการฝึกสติเป็นองค์ประกอบสามารถช่วยให้ผู้ปกครองที่มีปัญหาอาการที่แสดงอยู่ภายในและอาการที่แสดงออกไปภายนอกตัว (internalizing symptoms and externalizing symptoms) มีอาการดีขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับ MBCT ในประเทศไทยการศึกษาของ Juengsiragulwit⁷ พบว่าการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติเพื่อป้องกันโรคซิมเคร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นทำให้ภาวะเครียดและซิมเคร้าลดลงเช่นกัน แต่เนื่องจากผลงานวิจัยเป็นการศึกษานำร่องการทำกลุ่มบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติรู้ตัวเป็นพื้นฐานสำหรับลดอาการซิมเคร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ยังไม่มีการทำการศึกษาแบบเดียวกันมาก่อนจึงไม่สามารถหางานวิจัยมาเปรียบเทียบได้ การทำบำบัดในรูปแบบ MBCT เหมาะกับสังคมไทยเนื่องจากคนไทยมีความเข้าใจเรื่องสติและสามารถนำไปใช้ได้โดยง่าย และการทำกลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลา 3 ชั่วโมงนี้ยังเหมาะสมกับสังคมปัจจุบันอย่างมาก

งานวิจัยนี้เป็นการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติสำหรับผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ซึ่งสามารถติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทุกคนและไม่มีการออกจากกลุ่มก่อนจบการวิจัย (drop out) การทำกลุ่มสามารถประยุกต์ใช้ได้ง่ายเนื่องจากมีคู่มือสำหรับการทำกลุ่ม แต่เนื่องจากไม่มีกลุ่มควบคุมจึงสรุปได้ไม่ชัดเจน โดยอาการที่ดีขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยอื่นจึงควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษากับการบำบัดในรูปแบบอื่นและติดตามผลระยะยาวต่อไป

ข้อจำกัดของงานศึกษา

ระยะเวลาการติดตามค่อนข้างสั้น ยังขาดการติดตามระยะยาว ผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละกลุ่มมีจำนวนไม่เท่ากัน อีกทั้งไม่มีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบเนื่องจากการศึกษานำร่อง

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาเป็นการศึกษานำร่อง ดังนั้นอาจต้องมีการทำซ้ำเพื่อยืนยันผลการทดลอง และการออกแบบควรมีก่อนควบคุม รวมถึงการศึกษาอาจต้องเพิ่มจำนวนของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยให้มากขึ้น รวมถึงการติดตามผลระยะยาวมากขึ้น

สรุป

การทำกลุ่มบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติรู้ตัวเป็นพื้นฐาน 1 คาบ มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซิมเคร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ใช้เวลาเพียง 3 ชั่วโมง และไม่ซับซ้อน เข้ากับสังคมไทยในปัจจุบัน อาจต้องการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมหรือทำซ้ำ และติดตามระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่อนุญาตและสนับสนุนการดำเนินการศึกษาในสถาบัน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน จิตเวชเด็กและวัยรุ่น ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และผู้ดูแลหลักของเด็กโรคสมาธิสั้น ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนจนการศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 21:66-75.
2. Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* 2000; 9:525-40.
3. Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: Association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics* 2003; 111(Supplement 1):1232-7.
4. Harrison C, Sofronoff K. ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2002; 41:703-11.

5. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010.
6. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology* 2010; 78:169.
7. Juengsiragulwit D, Thongthammarat Y, Praneetpolgrung P, Choompudsa P, Tantipiwattanasakul P. The efficacy of group mindfulness-based cognitive therapy in prevention of youth depression: a pilot study. *Journal of Mental Health of Thailand* 2015; 23:143-53.
8. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying C. The Reliability and Validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996; 41: 235-246.
9. Lueboonthavatchai P. Role of stress areas, stress severity, and stressful life events on the onset of depressive disorder: a case-control study. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2011; 92:1240.
10. Lueboonthavatchai P, Thavichachart N. Universality of interpersonal psychotherapy (IPT) problem areas in Thai depressed patients. *BMC psychiatry*. 2010; 10:87.
11. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD Screening Properties of the Thai Version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014; 59: 97-110.
12. Pumpuang W, Phuphaibul R, Orathai P, Putdivarnichapong W. Effectiveness of a Collaborative Home-School Behavior Management Program for Parents and Teachers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2012; 16(2).
13. Arunothong W, Waewsawangwong S. An evaluation study of parent management training (PMT) program in Northern Thai. Advisory Board, Associate Editors and Psychiatric Computer Interviews: Editorial Board Members ii-iv How Precise, Reliable And Accepted Are They? 69-80 Information for Authors v. 2012:31.
14. Mehranfar M, Younesi J, Banihashem A. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reduction of depression and anxiety symptoms in mothers of children with cancer. *Iranian journal of cancer prevention*. 2012; 5(1):1.
15. Bögels SM, Hellemans J, van Deursen S, Römer M, van der Meulen R. Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness* 2014; 5:536-51.