



ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นในเด็กสมาธิสั้น

ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์ พบ.*, ณัฏธร พิทยรัตน์เสถียร พบ.**,
ชัยชนะ นิมนวล พบ.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา ทบทวนโปรแกรมการบำบัดทั้งในประเทศและต่างประเทศและพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นจำนวน 6 ครั้งภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ทดสอบประสิทธิภาพกับผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นอายุระหว่าง 8-12 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพิ่มสมาธิ โดยไม่มีการปรับขนาดยาในระหว่างการบำบัด และผู้ปกครองเข้ากลุ่มฝึกทักษะผู้ปกครองแล้วจำนวน 30 ราย ประเมินอาการสมาธิสั้นด้วยแบบสอบถาม Swanson Nolan and Pelham rating scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ปกครอง และแบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก Thai Youth Checklist (TYC) วัดผลก่อนเข้ารับการบำบัดและเมื่อสิ้นสุดการบำบัดในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน นำค่าที่ได้ไปวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน SNAP-IV ทั้ง Inattention, Hyperactivity/Impulsivity และ Oppositional Defiant Disorder (ODD) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรม TYC พบว่าลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.06$)

สรุป กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นมีประสิทธิภาพในการลดอาการหลักของโรคสมาธิสั้นและโรคดื้อต่อต้าน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึง long-term effects รวมถึง cost-effectiveness ของกลุ่มบำบัดระยะสั้นเทียบกับกลุ่มบำบัดตามรูปแบบปกติ

คำสำคัญ กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ประสิทธิภาพ สมาธิสั้น

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(1): 19-28

- * จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กลุ่มงานแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
- ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- *** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



The Efficacy of Brief Group Cognitive Behavioral Therapy in Children with ADHD

*Dutsadee Juengsiragulwit M.D.**, *Nuttorn Pityaratstian M.D.***,
*Chaichana Nimnuan M.D.***

ABSTRACT

Objective: To develop and evaluate the efficacy of brief group cognitive behavioral therapy (CBT) in children with ADHD

Method: CBT programs for patients with ADHD were reviewed then a 6-sessions brief group CBT program was developed. The program was conducted within 3 weeks with 30 children aged 8-12 years who were diagnosed with ADHD. All patients received pharmacotherapy without dose adjustment and their parents had attended group parent training programs. ADHD symptoms were evaluated with the Thai version of Swanson, Nolan and Pelham rating scale (SNAP-IV) and Thai Youth Checklist (TYC) before and after 3 weeks of intervention. Descriptive statistics and the paired t-test were used for data analysis.

Results: Comparison of the changes between pre and post treatment score revealed significant decreases in mean score of SNAP-IV Inattention, Hyperactivity/Impulsivity and Oppositional Defiant Disorder (ODD) domain ($p < .01$). The mean score of the TYC also decreased with a p-value of 0.06.

Conclusion: Brief group cognitive behavioral therapy showed efficacy in decreasing core symptoms of ADHD and ODD. Further studies about long-term effects and cost-effectiveness of brief group therapy should be done.

Keywords: ADHD, efficacy, group cognitive behavioral therapy

J Psychiatr Assoc Thailand 2012; 57(1): 19-28

* Child and adolescent psychiatrist, Nakhonratchasima Psychiatric Hospital, Nakhonratchasima, Thailand

** Assistant Professor, Child and Adolescent Psychiatric Unit, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand

*** Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุด ประกอบด้วยกลุ่มอาการสำคัญสามกลุ่มคือ ขาดสมาธิ, อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น^{1,2,7} ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการเรียน และปัญหาอื่น ๆ ได้มาก เช่น ตื้อต่อต้าน พฤติกรรมเกราะ ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง^{1,3,7} ในปัจจุบัน มีสมมุติฐานว่าโรคสมาธิสั้นน่าจะเกิดมาจากความผิดปกติของระบบประสาทบริเวณสมองส่วน prefrontal cortex ทำให้มี executive dysfunction^{1,3-6} ซึ่งเป็นกลไกในการเกิดอาการทั้งสามกลุ่มอาการข้างต้น⁴⁻⁶

จากสมมุติฐานดังกล่าว ทำให้เกิดความพยายามพัฒนาการบำบัดวิธีใหม่เพื่อเยียวยาผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกเหนือไปจากการใช้ยาเพิ่มสมาธิร่วมกับปรับพฤติกรรมทั้งโดยครูและผู้ปกครอง ซึ่งแม้ทั้งสองวิธีจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับโรคสมาธิสั้นในปัจจุบัน^{1,3,7-9} แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมอาการสมาธิสั้นได้ทั้งหมด การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) จึงเป็นจิตบำบัดรูปแบบหนึ่งที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับสมมุติฐานนี้ โดยเกิดจากรอบแนวคิดที่ว่าโรคสมาธิสั้นไม่ได้เกิดจากการไม่มีทักษะหรือความสามารถ แต่ความผิดปกติของระบบประสาททำให้ไม่สามารถนำทักษะเหล่านั้นมาใช้ในสถานการณ์จริงได้ (point of performance)^{3,4,6} การฝึกทักษะเหล่านี้โดยการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบที่เป็นผลตามมาจากรายการของโรค จะสามารถช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นได้⁴ การบำบัดวิธีนี้ได้รับการยอมรับในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ และพบมีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยลดอาการของโรคสมาธิสั้น^{4,10-13} และปัญหาที่เกิดจากโรคสมาธิสั้น เช่น ปัญหาด้านอารมณ์วิตกกังวล ซึมเศร้า ความนับถือตนเองต่ำได้^{9,11-15} ส่วนการบำบัดในเด็กยังมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ³ แม้จะมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการบำบัดความคิดและ

พฤติกรรมมีส่วนช่วยลดอาการสมาธิสั้นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน¹⁶⁻²⁰ ลดพฤติกรรมเกราะ^{16,19} มีความนับถือตนเองสูงขึ้น²⁰ เพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ ผลการเรียนรู้ดีขึ้น ลดความหุนหันพลันแล่นลง และมีสมาธิเพิ่มขึ้น โดยจะได้ผลดีที่สุดเมื่อทำทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน และกับตัวเด็กเอง^{8,23} แต่จากการทบทวนวรรณกรรมด้วย meta-analysis พบว่าค่า effect size อยู่ที่ประมาณหนึ่งในสามของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (1/3 SD) เท่านั้น สำหรับการรักษาอาการหลักของโรค เมื่อเทียบกับยากกลุ่ม psychostimulant ซึ่งสามารถลดอาการลงได้หนึ่งส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (1 SD) และถึงแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติชัดเจน แต่นัยสำคัญทางคลินิกยังจัดอยู่ในระดับปานกลาง และพบในสถานการณ์ที่เป็นการทดลองมากกว่าการบำบัดในสถานการณ์จริง^{3,21-23} ในประเทศไทย เริ่มมีการทำกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้นแต่ยังไม่แพร่หลาย ประสิทธิภาพในการบำบัดยังไม่ดีนัก และต้องทำการบำบัดหลายครั้ง²³ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นสำหรับเด็กสมาธิสั้น โดยปรับปรุงจากโปรแกรมการบำบัดเดิมในประเทศไทย และมุ่งหวังให้ได้กลุ่มจิตบำบัดระยะสั้นที่สามารถให้บริการได้จริงในคลินิกจิตเวชตามบริบทของสังคมไทย พร้อมทำการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ทำการพัฒนาขึ้น

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบ one-group pretest-posttest design โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก และมารับบริการที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2551 ถึงเดือน

มีนาคม 2553 กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรการศึกษา
ในคน 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกันโดยใช้สูตรต่อไปนี้

$$N_{\text{pair}} = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2 / d^2 = 27.67$$
 หรือ
ประมาณ 28 ราย โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่างเนื่องจาก
ใช้เด็กที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดจนกว่าจะครบตามขนาด
ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 8-12 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD)
ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน
(DSM-IV-TR)
3. ได้รับการรักษาด้วยยาเพิ่มสมาธิ และไม่มี
การปรับยาเพิ่มในระหว่างการทำกลุ่มบำบัด
4. ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการเข้า
กลุ่มฝึกทักษะผู้ปกครองสำหรับเด็กสมาธิสั้นแล้ว
5. ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิด
และพฤติกรรมระยะสั้นอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีอาการทางจิตชนิดรุนแรง ได้แก่ psychotic
disorder และ bipolar disorder
2. มีอาการของความผิดปกติของพัฒนาการ
อย่างรอบด้าน (pervasive developmental disorder)
3. ระดับเชาวน์ปัญญาต่ำกว่า 80 หรือผลการ
เรียนเฉลี่ยต่ำกว่าเกรด 2 หรือน้อยกว่าร้อยละ 60
4. มีการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาเพิ่มสมาธิ
ในระหว่างการทำกลุ่มบำบัด

โปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม ระยะสั้นในเด็กสมาธิสั้น

โปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม
พัฒนาต่อยอดจากกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรม
ของนั้ทธร พิทยรัตน์เสถียร และ ชัยชนะ นิมนวล ซึ่งเน้น

ฝึกทักษะการวางแผนแก้ปัญหาและจัดการอารมณ์โกรธ
ในเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยทำกลุ่มระยะทดลอง และถอด
บทเรียนจากเด็กและผู้ปกครอง พบอุปสรรคสำคัญใน
ผู้ป่วยเด็กไทย คือ การขาดความเข้าใจและความตระหนัก
ในอาการของโรคสมาธิสั้นทำให้ความเข้าใจและความ
ร่วมมือในการบำบัดมีน้อย การบำบัดในบาง session
ใช้กิจกรรมที่ยากเกินไป เด็กรู้สึกอึดอัด ไม่เข้าใจ เช่น
การแสดงละคร และการบำบัดหลายครั้งทำให้เกิด
ความยากลำบากในการเดินทางมารักษา ผู้วิจัย
จึงปรับปรุงโปรแกรม โดยเพิ่มเติมการบำบัดในส่วนที่
เป็นสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคสมาธิสั้น เน้นความตระหนัก
ในอาการของโรค และเสริมพลังว่าผู้ป่วยเองสามารถ
เปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ด้วยเทคนิคการ
ปรับเปลี่ยนมุมมอง (reframing) ปรับเปลี่ยนกิจกรรม
ที่ยากเกินไปออก ใช้เทคนิค guidance และ modeling
มากขึ้น และปรับรูปแบบการบำบัดเป็นระยะสั้น
สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 6 ครั้ง พร้อมปรับพฤติกรรม
ในระหว่างการทำบำบัด ใช้เทคนิคการเสริมแรงด้วย star
chart และลงโทษด้วย time out รูปแบบกิจกรรมในการ
บำบัดแต่ละครั้งเป็นดังนี้

ครั้งที่ 1 แนะนำกลุ่ม ให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่อง
โรคสมาธิสั้น ตั้งเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน และ
ฝึกการวางแผนแก้ปัญหา 6 ขั้นตอน โดยเริ่มจากขั้นตอน
การหยุดตัวเองเพื่อเตรียมสังเกตปัญหาเป็นขั้นตอน
แรก (psychoeducation, set goal, self awareness
training)

ครั้งที่ 2 ฝึกการสังเกตสัญญาณเตือนว่ามีปัญหา
เกิดขึ้น ทั้งสัญญาณภายนอก สัญญาณภายในและ
สัญญาณบุคคล (problem recognition)

ครั้งที่ 3 ฝึกการวางแผนแก้ปัญหาตามขั้นตอน
ที่สอง สาม และสี่ คือระดมสมองหาทางเลือกที่เป็นไป
ได้ในปัญหาที่พบบ่อยและพบร่วมกัน คิดข้อดีข้อเสีย
ของแต่ละปัญหา และตัดสินใจเลือกทางออกที่ดีที่สุด

เน้นมุมมองต่อปัญหาว่า “เราไม่ใช่ตัวปัญหา แต่เราเป็นคนแก้ปัญหา” “ปัญหาสามารถแก้ไขได้ง่ายที่สุดโดยเริ่มจากตัวเราเอง” (problem solving skill, self introspection, reframing)

ครั้งที่ 4 ฝึกการวางแผนแก้ปัญหาตามขั้นตอนที่ห้าและหก โดยการฝึกคาดการณ์ล่วงหน้าถึงการทดลองทำตามแผนและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผน เพื่อการปรับเปลี่ยนแก้ไขแผน (anticipation and evaluation)

ครั้งที่ 5 ฝึกการนำทักษะทั้งหมดไปใช้ด้วยตนเองด้วยเทคนิคการคิดและพูดเพื่อเตือนตัวเองตามขั้นตอนการแก้ปัญหา โดยฝึกใช้ในปัญหาทักษะสังคมซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเด็กสมาธิสั้น (self instruction training, social skill training)

ครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการจัดการความโกรธ และการผ่อนคลายความเครียด ในการบำบัดครั้งสุดท้าย ผู้บำบัดจะเชิญผู้ปกครองเข้าร่วมสังเกตการทำกลุ่มเพื่ออธิบายแนวทางการบำบัดและกระตุ้นให้กลับไปทำอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (anger management and relaxation training, program review)

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปร

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ใช้ประเมินอาการสมาธิสั้นและปัญหาพฤติกรรม มี 2 ชุด

1. SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคสมาธิสั้นและดื้อต่อต้าน โดยแยกเป็นสามส่วนย่อยคือ inattention จำนวน 9 ข้อ hyperactivity/impulsivity

จำนวน 9 ข้อ และ oppositional defiant disorder (ODD) จำนวน 8 ข้อ ให้ผู้ตอบทำเครื่องหมายลงในช่องที่ตรงกับอาการพฤติกรรมของเด็กมากที่สุด โดยประเมินจาก 4 คำตอบ ไม่เลย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ค่อนข้างมาก (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน)

SNAP-IV ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ปกครองแปลโดยนัทร พิชัยรัตน์เสถียร พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นทางสถิติของแบบสอบถามเพื่อวัดความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.927 ส่วนค่าความตรงสำหรับผู้ป่วยเด็กในพื้นที่ที่ทำการศึกษาพบว่า ในส่วน hyperactivity/impulsivity ที่จุดตัด 14 คะแนน, ODD ที่จุดตัด 9 คะแนน มีความไวเท่ากับ 0.72 และ 0.75 ความจำเพาะเท่ากับ 0.75 และ 0.66 ตามลำดับ ส่วนอาการในกลุ่ม inattention มีคุณสมบัติด้านการวินิจฉัยต่ำ²⁴ สำหรับในการศึกษานี้ ทำการวัดผลโดยการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนน SNAP-IV ทั้งก่อนและหลังการทำกลุ่มบำบัด โดยไม่พิจารณาจุดตัดคะแนน

2. Thai Youth Checklist (TYC) สำหรับผู้ปกครอง เป็นแบบประเมินพฤติกรรมของเด็กในช่วงอายุ 6-17 ปี จากผู้ปกครอง จำนวน 135 ข้อ ใช้เวลาในการทำแบบทดสอบประมาณ 10-17 นาที เพื่อประเมินปัญหาทั้ง internalizing problems และ externalizing problems ฉบับภาษาไทย แปลโดย สมทรง สุวรรณเลิศ และ วันชัย ไชยสิทธิ์ โดยมีค่า test-retest reliability และ ค่า inter-interviewer reliability เท่ากับ 0.81 และ 0.91 ตามลำดับ²⁵ การวัดผลการประเมิน แบ่งตามเกณฑ์อายุ เป็น 2 ช่วง คือ ช่วงอายุ 6-11 ปี และช่วงอายุ 12-17 ปี แบ่งตามเพศ เป็นชายและหญิง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนและจุดตัดของ TYC

เกณฑ์อายุและเพศ	clinical range				
	normal range	mild problem range	moderate problem range	severe problem range	
อายุ 6-11 ปี	เด็กชาย	48 และต่ำกว่า	49-57	58-66	67 ขึ้นไป
	เด็กหญิง	47 และต่ำกว่า	48-56	57-65	66 ขึ้นไป
อายุ 12-17 ปี	เด็กชาย	31 และต่ำกว่า	32-37	38-43	44 ขึ้นไป
	เด็กหญิง	32 และต่ำกว่า	33-38	39-44	45 ขึ้นไป

ผู้วิจัยจะทำการเปรียบเทียบค่าคะแนนจากแบบทดสอบ TYC ทั้งก่อนและหลังการทำกลุ่มบำบัดรวมทั้งประเมิน range ของปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละ ทดสอบสถิติสำหรับประเมินความแตกต่างที่เกิดจากการวัดซ้ำในตัวอย่างเดิมก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วย paired t-test ใช้สถิติ 2 tailed โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ต่ำกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลประชากร

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 48 ราย แบ่งเป็น 6 กลุ่ม สามารถเข้าร่วมกลุ่มบำบัดจนครบทั้ง 6 ครั้ง จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการทดลองจำนวน 18 ราย เกิดจากการเข้ากลุ่มไม่ครบทั้ง 6 ครั้ง จำนวน 12 ราย และ มีการปรับเปลี่ยนยาเพิ่มสมาธิในระหว่างการทำการบำบัด จำนวน 6 ราย

ผู้ป่วยเด็กกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เป็นเพศชาย 23 ราย (ร้อยละ 76.7) อายุเฉลี่ย 9.0 ปี

ผลการเรียนอยู่ในระดับเกรด 3 ขึ้นไป (ร้อยละ 50.0) โดยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา methylphenidate (ร้อยละ 66.7) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาเฉลี่ย 14.5 เดือน (ร้อยละ 96.7) ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคน

ผู้ปกครองเด็กกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ร้อยละ 56.7 เป็นเพศหญิงและเป็นมารดาของผู้ป่วย อายุเฉลี่ย 42.5 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 60.0) มีอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 56.7) เศรษฐฐานะอยู่ในระดับปานกลาง คือ รายได้ตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาทขึ้นไป (ร้อยละ 76.7) มีผู้ปกครองที่มีบุตรจำนวน 1-2 คน (ร้อยละ 76.7) ใช้เวลาในการดูแลบุตรวันธรรมดาและวันหยุดเฉลี่ย วันละ 7.6 และ 15.85 ชั่วโมง ตามลำดับ

ผลการบำบัด

พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน SNAP-IV ทั้ง inattention, hyperactivity/impulsivity และ oppositional defiant disorder (ODD) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรม TYC พบว่าลดลง แต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.06$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการสมาธิสั้น/ติดต่อต้าน และปัญหาพฤติกรรมก่อนและหลังการทำกลุ่มบำบัด

คะแนนพฤติกรรมจากแบบประเมิน	ก่อนการบำบัด	หลังการบำบัด	t	p-value
แบบประเมิน SNAP-IV				
- inattention	15.7	12.8	3.02	<.01
- hyperactivity/impulsivity	16.2	11.7	4.17	<.01
- oppositional defiant disorder	11.9	9.2	2.88	<.01
แบบประเมิน TYC	84.0	65.7	1.97	.06

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการหลักของโรคสมาธิสั้น และโรคติดต่อต้านได้ โดยทำให้อาการหลักของโรคสมาธิสั้น (inattention, hyperactivity/impulsivity) และอาการติดต่อต้าน (ODD) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการรักษา ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ายาเพิ่มสมาธิและการปรับพฤติกรรมโดยผู้ปกครองช่วยลดอาการสมาธิสั้นได้ส่วนหนึ่ง การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีส่วนช่วยลดอาการหลักของโรคที่เหลือได้ โดยสามารถลดอาการ hyperactivity/impulsivity ลงจนต่ำกว่าจุดตัดที่ 14 คะแนนได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ทั้งของ Frolich และคณะ ในปี 2002¹⁶, Bloomquist และคณะ¹⁹, Fehling และคณะ²⁰ ในปี ค.ศ.1991 จะมีข้อแตกต่างอยู่บ้างตรงที่งานวิจัยในต่างประเทศจะทำการบำบัดเต็มรูปแบบ 10-12 ครั้งขึ้นไป ซึ่งสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการบำบัดมากกว่า

ผลการบำบัดนี้แตกต่างจากงานศึกษาของชัยชนะ นิมนวล และ ณัฏฐร พัทธรัตน์เสถียร ในปีค.ศ. 2008 ซึ่งพบว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ไม่สามารถลดอาการหลักของโรคสมาธิสั้นลงได้ แต่ปัญหาพฤติกรรมเมื่อเด็กอยู่บ้านลดลง และอาการติด

ต่อต้าน (ODD) ลดลง ทำให้ความเครียดของผู้ปกครองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย²³ ความแตกต่างที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นผลจากปรับปรุงโปรแกรมการบำบัด ทำให้เนื้อหาการบำบัดมีลักษณะที่ต่างไปจากโปรแกรมเดิมสามประการ ประการแรก คือ การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการบำบัดตั้งแต่การเข้ากลุ่มครั้งแรก โดยเน้นสุขภาพจิตศึกษาเพื่อสร้างความเข้าใจและตระหนักในอาการของโรค ทำให้เกิด therapeutic alliance ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด และการเสริมพลังว่า ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองโดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนมุมมอง (reframing) การเสริมพลังมีลักษณะเป็นการตั้งเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจนร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีแรงจูงใจ (motivation) ในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง ประการที่สอง คือ การใช้เทคนิค guidance และ modeling มากขึ้น เนื่องจากรูปแบบการบำบัดเดิมเน้นการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ซึ่งต้องอาศัยการวางแผน กระบวนการคิด ความจำ การฝึกทักษะเหล่านี้เป็นข้อจำกัดของเด็กสมาธิสั้นซึ่งมีความผิดปกติของสมองส่วน prefrontal cortex ทำให้เกิดความบกพร่องในเรื่อง sustained attention, planning, inhibitory control, working memory และ motivation³⁻⁶ การใช้ guidance technique เป็นการลดความยากลำบากในการฝึกทักษะเหล่านี้ ทำให้เด็กเรียนรู้ได้

จากการถูกกระตุ้นหรือชี้แนะให้คิด และเห็นต้นแบบ (modeling) ในการนำไปใช้ ประการสุดท้าย คือ เทคนิค self introspection และ self awareness training ทำให้ผู้ปวยมองปัญหาที่เกิดขึ้นจากตนเอง และเริ่มต้นแก้ไขจากตัวเอง แทนการมองภายนอก และดำเนินสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในเด็กสมาธิสั้น และคือต่อต้าน

สำหรับปัญหาพฤติกรรมที่ได้จากแบบประเมิน TYC พบความแตกต่างของค่าคะแนนประมาณ 20 คะแนน และมีค่าใกล้เคียงการมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปได้ว่าการบำบัดนี้มีแนวโน้มที่จะช่วยลดความผิดปกติทางพฤติกรรมของเด็กได้ในระดับหนึ่ง ถึงแม้ไม่อยู่ในระดับ $p .05$ อย่างไรก็ดี แบบประเมินวัดปัญหาพฤติกรรมในภาพรวม รวมถึงอาการทางกาย บางอย่างก็แสดงออกเป็นปัญหาพฤติกรรม จึงอาจไม่เฉพาะเจาะจงกับอาการของโรคสมาธิสั้น การแปลผลค่าคะแนนของเครื่องมือนี้จึงควรพิจารณาข้อจำกัดของเครื่องมือนี้ด้วย

แม้ผลการศึกษาระดับสนับสนุนการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น แต่การศึกษานี้ก็อาจมีข้อจำกัดจากรูปแบบการศึกษา ซึ่งไม่มีการสุ่มอย่างอิสระ และการประเมินก็ไม่ได้มีการปกปิดผู้ประเมิน (non-randomized, unblind) ผลที่ได้จึงอาจเกิดจากอคติโดยกลุ่มตัวอย่างได้ นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอาการสมาธิสั้นของเด็ก อาทิเช่น ทักษะการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองแต่ละรายอาจไม่เท่ากัน แม้จะผ่านการเข้ากลุ่มฝึกทักษะผู้ปกครองมาแล้วความร่วมมือในการนำทักษะที่ฝึกในกลุ่มไปใช้ต่อเนื่องที่บ้านของเด็กและผู้ปกครองแต่ละรายอาจแตกต่างกัน รวมไปถึงค่าคะแนนที่ลดลงส่วนหนึ่งอาจเป็นผลของการถดถอยเข้าสู่ค่าเฉลี่ย (regression to the mean) การแปลผลการศึกษาคั้งนี้ จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น อนึ่ง กลุ่มบำบัดในการศึกษานี้

เป็นกลุ่มบำบัดระยะสั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมิน long-term effects ภายหลังจากการบำบัด รวมถึงเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดเต็มรูปแบบ และการบำบัดระยะสั้นว่าแตกต่างกันหรือไม่ รวมถึง cost-effectiveness ของการบำบัดแต่ละประเภทด้วย

สรุป

กลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นมีประสิทธิภาพในการลดอาการหลักของโรคสมาธิสั้น และโรคต่อต้าน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึง long-term effects รวมถึง cost-effectiveness ของกลุ่มบำบัดระยะสั้นเทียบกับกลุ่มบำบัดตามรูปแบบปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยนี้ภายใต้โครงการ Mentor-Mentee Program 2008 ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกนครินทร์ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยตลอดจนสนับสนุนทุนวิจัยและบุคลากรเข้าร่วมเป็นคณะทำงานจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Andres Martin, Fred Volkmar. Lewis's Child and Adolescen Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 4th edition; 2007.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd edition. New York: Guilford Press; 2006.

4. Knouse LE, Safren SA. Current Status of Cognitive Behavioral Therapy for Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33:497-509.
5. Nigg JT. *What causes ADHD?* New York: Guilford Press; 2006.
6. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* 1997; 121:65.
7. Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of Children, Adolescent , and Adults with ADHD. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 1997; 36(Suppl):85S-121S.
8. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073-86.
9. Young S, Amarasinghe JM. Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51:116-33.
10. Rostain AL. Attention deficit/hyperactivity disorder in adults: evidence-based recommendations for management. *Postgrad Med* 2008; 120:27-38.
11. Virta M, Vedepaa A, Gronroos N, Chydenius E, Partinen M, Vataja R, Kaski M, Invanainen M, et al. ADHD benefit from cognitive-behaviorally oriented group rehabilitation: A study of 29 participants. *J Atten Disord* 2008; 12:218-26.
12. Safren SA. Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(suppl) 8:46-50.
13. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther* 2005; 43:831-42.
14. Bramham J, Young S, Bickerdike A, Spain D, McCartan D, Xenitidis K. Evaluation of Group Cognitive Behavioral Therapy for Adults with ADHD. *J Atten Disord* 2009; 12:434-41.
15. Ramsay JR. Current status of cognitive-behavioral therapy as a psychosocial treatment for adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9:427-33.
16. Frolich J, Dopfner M, Berner W, Lehmkuhl G. Treatment effects of combined cognitive behavioral therapy with parent training in hyperkinetic syndrome. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2002; 51:476-93.
17. Abikoff H. Tailored psychosocial treatments for ADHD: the search for a good fit. *J Clin Child Psychol* 2001; 30:122-5.
18. Abikoff H. Cognitive training in ADHD children: less to it than meet the eye. *J Learn Disabil.* 1991; 24:205-09.
19. Bloomquist ML, August GJ, Ostrander R. Effects of a school-based cognitive-behavioral intervention for ADHD children. *J Abnorm Child Psychol* 1991; 19:591-605.

-
20. Fehlings DL, Roberts W, Humphries T, Dawe G. Attentiondeficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? J Dev Behav Pediatr 1991; 12:223-8.
21. Baer RA, Neitzel MT. Cognitive and Behavioral Treatment of Impulsivity in Children: A Meta-Analytic Review of the Outcome Literature. J Clin Child Psychol 1991; 20:400-12.
22. Dush DM, Hirt ML, Schroeder HE. Self-Statement Modification in the Treatment of Child Behavior Disorders: A Meta-Analysis. Psychol Bull 1989; 106:97-106.
23. Nimnuan C. Pityaratstian N. Development of Cognitive-Behavioral Therapy Program for Children with ADHD. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; July 2008.
24. Juengsiragulwit D, Ruangdesh S. Validity of the Thai version of SNAP-IV for Diagnosis of ADHD and ODD in Children in 14th Public Health Region. Journal of Nakhonratchasimarajanagarindra Psychiatric Hospital 2009; 9:11-9.
25. Patrayutawat S. Psychological Test Manual. Medical Media Printing; 2002.