

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมต่อต้าน
ในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น

วันรับ : 9 สิงหาคม 2568

วันแก้ไข : 28 ตุลาคม 2568

วันตอบรับ : 30 ตุลาคม 2568

ลัดดาวัลย์ อริญยگانนท์, พย.ม., สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด., ชลธิพร สมใจ, พย.ม.,

ชฎาพร คำฟู, พย.ม., ภัชณิตรา เกตุกาญจน์กุล, พย.บ.,

ศุทธสินี จีแดง, พย.บ., ชุตินาถ ศักรินทร์กุล, พ.บ.

สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น**วิธีการ :** การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบกัน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้านอายุ 12 - 18 ปีและผู้ปกครองที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ร่วมกับบริการตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติอย่างเดียว ประเมินอาการสมาธิสั้น หมวดต่อต้าน ด้วย SNAP-IV ฉบับผู้ปกครอง วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และการติดตาม 1 เดือน วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มด้วย Friedman test และ Kruskal-Wallis test**ผล :** กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยครบ 30 คู่ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คู่ ที่ก่อนและหลังการทดลองทันทีพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ที่การติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\chi^2 = 12.03, p = .002$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 15.81, p < .001$)**สรุป :** โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มและครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น และอาจใช้เป็นทางเลือกในการดูแลวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก**คำสำคัญ :** การปรับความคิดและพฤติกรรม, ครอบครัว, พฤติกรรมต่อต้าน, โรคสมาธิสั้น, วัยรุ่น**ติดต่อผู้พิมพ์ :** ลัดดาวัลย์ อริญยگانนท์; e-mail: l.arunyakanon@gmail.com

Original article

Effects of the cognitive and behavioral adjustment program on oppositional defiant behavior among adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Received : 9 August 2025

Revised : 28 October 2025

Accepted : 30 October 2025

Laddawan Aranyakanon, M.N.S., Soontaree Srikosai, Ph.D.,

Chaliporn Somjai, M.N.S., Chadaporn Kamphu, M.N.S.,

Patchanitra Ketkanjankul, B.N.S., Suttasinee Jeedaeng, B.N.S.,

Chutinart Sakrinnakul, M.D.

Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health,

Chiang Mai Province

Abstract

Objective: To examine the effects of a cognitive and behavioral adjustment program on oppositional behavior in adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

Methods: A quasi-experimental study using a two-group pretest-posttest design was employed. The participants were dyads of adolescents 12 -18 years diagnosed with ADHD and their caregivers who received services at an outpatient department. The experimental group received a group-based cognitive and behavioral adjustment program delivered in six sessions held twice weekly, in addition to routine care, whereas the control group received routine care only. Oppositional behavior was assessed using the oppositional defiant behavior subscale of the parent-rated SNAP-IV at baseline, after the intervention, and at a 1-month follow-up. Within-group and between-group differences in scores were analyzed using the Friedman test and the Kruskal-Wallis test, respectively.

Results: Thirty adolescent-parent dyads completed the study, with 15 dyads in both the experimental and control groups. No statistically significant differences in oppositional behavior scores were found between the groups at baseline and immediately after the intervention. At the 1-month follow-up, the experimental group showed a statistically significant reduction in oppositional behavior compared to both their baseline scores ($\chi^2 = 12.03$, $p = .002$) and those of the control group ($\chi^2 = 15.81$, $p < .001$).

Conclusion: The family-based group cognitive and behavioral adjustment program was effectively reduce oppositional behavior among adolescents with ADHD and can be alternative approach for managing this symptom in outpatient settings.

Keywords: ADHD, adolescents, cognitive and behavioral therapy, family, oppositional defiant behavior

Corresponding author: Laddwan Aranyakanon; e-mail: l.aranyakanon@gmail.com

ความรู้เดิม : การลดพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน พบว่าการบำบัดแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) ช่วยลดพฤติกรรมดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตาม จำนวนครั้งของกิจกรรมที่มากอาจเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการบำบัด

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิด CBT ร่วมกับกระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ สามารถช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ระยะการติดตาม 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมได้อย่างเดียว

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นทางเลือกในการลดพฤติกรรมต่อต้านของวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นในแผนกผู้ป่วยนอก

บทนำ

พฤติกรรมต่อต้าน (oppositional defiant behavior) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น (attention-deficit hyperactivity disorder: ADHD)¹⁻⁴ โดยในต่างประเทศพบร้อยละ 16.5 - 20 ของเด็กสมาธิสั้น^{5,6} ส่วนในประเทศไทย จากสถิติการมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2566 พบว่าเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นมีพฤติกรรมหรืออาการต่อต้านสูงถึงร้อยละ 42⁷ ลักษณะทางคลินิกของอาการต่อต้านประกอบด้วย ขี้รำคาญ อารมณ์เสื่อง่าย โกรธบึ้งตึงเป็นประจำ เจ้าคิดเจ้าแค้น ได้เถียง ไม่ยอมรับผิด และมีพฤติกรรมก่อกวน อาการต่อต้านในเด็กสมาธิสั้นมักเกิดจากข้อจำกัดด้านการยับยั้งชั่งใจและการคิดตรึงตรอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวและพฤติกรรมอื่น ๆ ตามมา^{8,9} ทั้งนี้ หากอาการต่อต้านมีความถี่และความรุนแรงมาก คงอยู่เป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในหลายบริบท อาจเข้าได้กับโรคต่อต้าน (oppositional defiant disorder: ODD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5⁸

เด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่มีอาการต่อต้านร่วมด้วย (oppositional symptoms / ODD symptoms) เป็นกลุ่ม

ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตสังคมสูงกว่าเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ไม่มีอาการดังกล่าว เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การมองตนเองในแง่ลบ การขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ปัญหาการเรียน และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว¹⁰⁻¹⁵ ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมเสี่ยงในวัยผู้ใหญ่ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้สารเสพติด การก่ออาชญากรรม การทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย^{10-12,15-17} ครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้มักประสบความเครียดจากความยากลำบากในการจัดการพฤติกรรมของลูก บางครั้งผู้ปกครองอาจโทษกันเองว่าอีกฝ่ายเป็นต้นเหตุหรืออบรมสั่งสอนลูกไม่เพียงพอ จนอาจนำมาสู่ภาวะซึมเศร้า การหย่าร้าง และความรุนแรงในครอบครัว^{9,10,18}

การรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน (multi-modal management)¹⁹ โดยเฉพาะเด็กสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้าน ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด²⁰ การศึกษาในประเทศไทยหลายแห่งพบว่าโปรแกรมที่อิงหลักการการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) ช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านและเพิ่มการควบคุมอารมณ์ของตนเองของเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้น²¹⁻²⁵ โดยเฉพาะเมื่อครอบครัวมีส่วนร่วมซึ่งพบว่าช่วยให้เด็กปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้เหมาะสมมากขึ้น มีมุมมองต่อตนเองและบุคคลในครอบครัวดีขึ้น รวมถึงช่วยปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดของสมาชิกครอบครัว^{19,26} นอกจากนี้ การบำบัดแบบกลุ่มยังช่วยกระตุ้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการสนับสนุนกำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น^{25,27}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คำแนะนำว่าการบำบัดแบบ CBT ควรมีจำนวน 9 - 12 ครั้งขึ้นไปนั้นอาจมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถเข้ารับการบำบัดครบโปรแกรม^{28,29} ซึ่งสะท้อนว่าจำนวนครั้งของการบำบัดแบบ CBT ส่งผลต่อความร่วมมือของผู้รับการบำบัด³⁰ จึงมีการพัฒนาโปรแกรมที่อิงการบำบัดแบบ CBT ระยะสั้น 3 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าส่งผลเชิงบวกทั้งการลดปัญหาพฤติกรรมและปัญหาการเข้ารับการบำบัดไม่ครบโปรแกรมของเด็กสมาธิสั้น^{21,22} อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวนั้นกลุ่มเด็กอายุ 6 - 12 ปี กิจกรรมบางส่วน

จึงไม่เหมาะกับวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านการออกแบบการศึกษา เช่น ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างอิสระ ไม่มีการปกปิดผู้ประเมิน และไม่มีการติดตามประสิทธิผลระยะยาว^{21,22} ผลการศึกษาจึงอาจเกิดจากอคติบางส่วน จึงควรมีการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมที่อิงการบำบัดแบบ CBT ที่เหมาะสมกับวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้านและสามารถลดข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อพฤติกรรมต่อต้านในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ซึ่งจะเป็ข้อมูลในการพิจารณาทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้านต่อไป

วิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิตเลขที่ DMH.IRB.CO.A 006/2567 เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครองที่มาใช้บริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 เกณฑ์การคัดเลือกของวัยรุ่น ได้แก่ 1) อายุ 12 - 18 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยหลักว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 รหัส F90.0 3) ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มสมาธิสั้นชนิดใดชนิดหนึ่ง โดยไม่มีการปรับยาอย่างน้อย 3 เดือน และ 4) ประวัติการรักษาครั้งล่าสุดมีคะแนนด้านอาการต่อต้านตามแบบประเมิน Swanson, Nolan and Pelham IV scale (SNAP-IV) 8 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ประเมินด้วยแบบประเมิน health of the nation outcomes scales for child and adolescent (HoNOSCA) หมวด 1 พฤติกรรมต่อต้านสังคมและก้าวร้าว ระดับ 3 ขึ้นไป หรือหมวด 7 อาการประสาทหลอนและหลงผิด หรือการรับรู้ที่ผิดปกติ ระดับ 3 ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสติปัญญาบกพร่อง หรือมีผลการตรวจเชาว์ปัญญาอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และ 3) มีปัญหาสุขภาพทางกายหรือ

โรคติดต่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ปกครอง ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น และ 2) ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบสั้นเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีพฤติกรรมต่อต้านมาแล้วจากกิจกรรมปกติของแผนกผู้ป่วยนอก

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรขนาดอิทธิพล (effect size) อ้างอิงการศึกษาของ Sprich และคณะ³¹ ที่ทดสอบผลของโปรแกรม CBT ในวัยรุ่นสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งพบขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.79 จึงแทนค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (0.8) และกำหนดให้ค่า α เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจในการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นและผู้ปกครองอย่างน้อยกลุ่มละ 16 คู่ เพื่อป้องกันความเสี่ยงการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดอีกร้อยละ 20 จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คู่ รวมเป็น 40 คู่ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

เครื่องมือ

1. แบบประเมิน SNAP-IV ฉบับภาษาไทย สำหรับผู้ปกครอง³² ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ประเมินอาการสมาธิสั้น 3 ด้าน ได้แก่ ขาดสมาธิ (attention deficit) 9 ข้อ ขนุนหันพลันแล่น (hyperactivity and impulsive) 9 ข้อ และต่อต้าน (opposition/defiance) 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่พบพฤติกรรมดังกล่าว 1 หมายถึง พบเล็กน้อย 2 หมายถึง พบปานกลาง และ 3 หมายถึง พบบ่อย คะแนนรวมในแต่ละด้านแสดงถึงระดับความรุนแรงในด้านนั้นที่สูงขึ้น การศึกษานำข้อมูลเฉพาะด้านต่อต้านมาวิเคราะห์ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาความรุนแรงของอาการต่อต้าน ได้แก่ 0 - 7 คะแนน หมายถึง อาการไม่มีความสำคัญทางคลินิก 8 - 13 คะแนน หมายถึง อาการเล็กน้อย 14 - 18 คะแนน หมายถึง อาการปานกลาง และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง อาการรุนแรง โดยผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่นจากความสอดคล้องภายในเฉพาะด้านต่อต้าน จากวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่น ตอบแบบสอบถามโดยผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ

ระดับการศึกษาในปัจจุบัน โรคร่วมทางจิตเวช และความสัมพันธ์ในครอบครัว และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ และอาชีพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามวันที่มารับบริการ ที่จุดคัดกรองแผนกผู้ป่วยนอก โดยกำหนดให้วันคือเป็นกลุ่มทดลอง และวันคู่เป็นกลุ่มควบคุม โดยผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก และไม่มีหน้าที่ในการบำบัดรักษา แต่งกายด้วยชุดสุขภาพที่ไม่ใช่เครื่องแบบทางการแพทย์ ทำหน้าที่เชื้อเชิญอาสาสมัครชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และขอความยินยอมการเข้าร่วมโดยผู้ปกครองของวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ตกลงเข้าร่วมเป็นผู้ลงนามแสดงความยินยอม

เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและประเมิน SNAP-IV ก่อนทดลอง และประเมิน SNAP-IV ซ้ำหลังการทดลองสิ้นสุดทันที และที่การติดตาม 1 เดือนหลังการทดลอง ดังแผนภาพที่ 1 โดยผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลทุกระยะ และไม่ทราบว่าคุณสมบัติอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติของแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ประกอบด้วย การชักประวัติ และคัดกรองด้วยแบบประเมิน SNAP-IV ฉบับผู้ปกครอง การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบสั้นแก่ผู้ปกครองโดยพยาบาลจิตเวช การตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ โดยวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นและผู้ปกครองได้รับการดังกล่าวทุกครั้งที่มาใช้บริการตามแพทย์นัด โดยบางรายอาจได้รับการบำบัดทางเลือกตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การบำบัดสังคมจิตใจ ทั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ได้มีการติดต่อกลุ่มควบคุมทุกรายเพื่อสอบถามความประสงค์ในการรับโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมฯ เพื่อจัดสรรเวลาและนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว

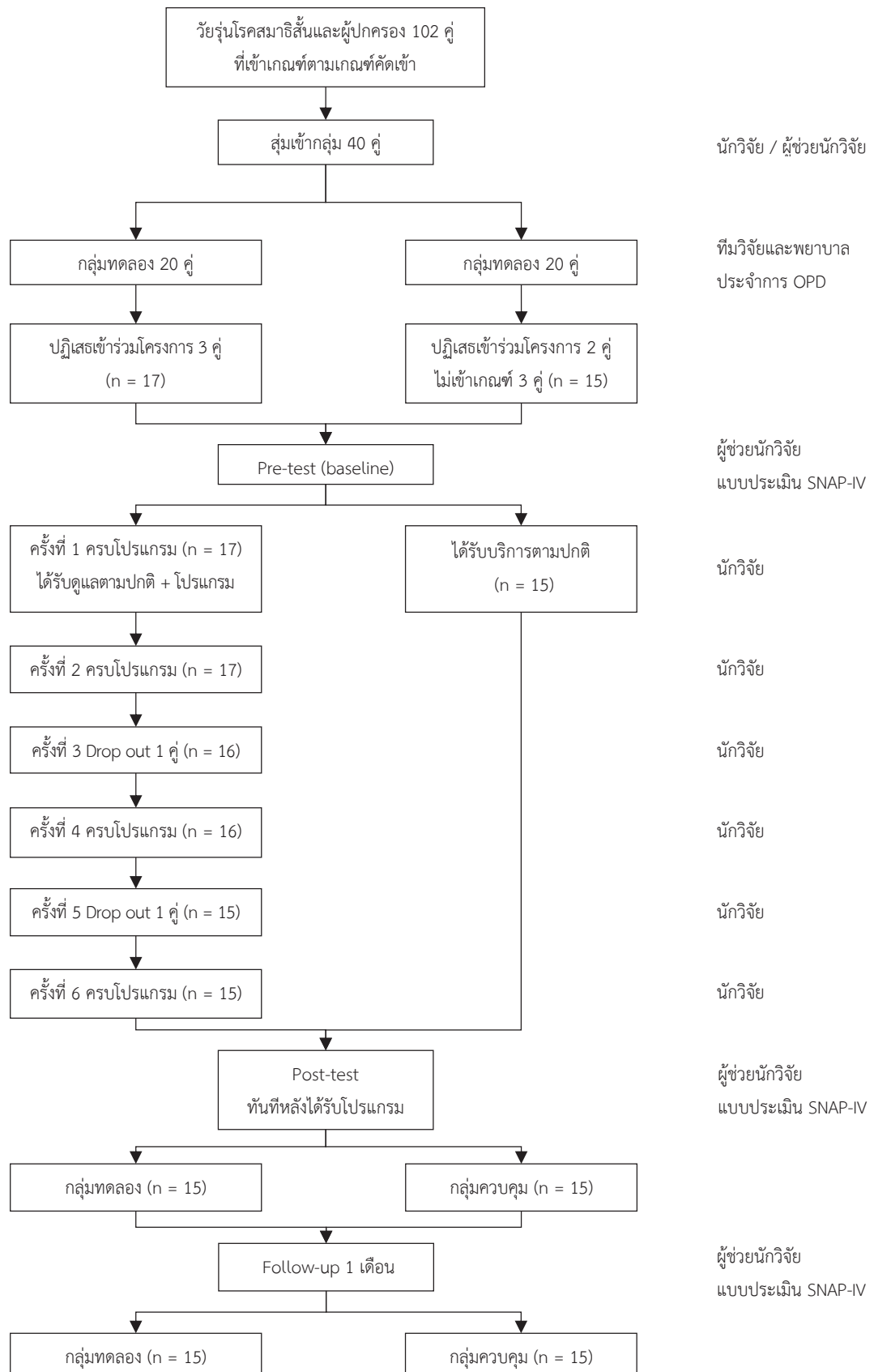
กลุ่มทดลองได้รับการบริการตามปกติร่วมกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับในวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มีพฤติกรรมต่อต้าน ซึ่งปรับปรุงจากโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์ของสุนทรี ศรีโกสย และคณะ²³ โดยอิงกรอบแนวคิด CBT ของ Beck³³ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Yalom³⁴ โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

3 คน ซึ่งมีประสบการณ์ด้านการบำบัด CBT เป็นระยะเวลา 15 - 30 ปี ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต นักจิตวิทยาคลินิก และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.96 โดยหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนฯ ผู้วิจัยได้ทดลองใช้โปรแกรมฉบับร่าง 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นการทดสอบความสอดคล้องภายในโปรแกรมโดยใช้การสะท้อนจากผู้ใช้โปรแกรม ร่วมกับการสนทนากลุ่มเพื่ออภิปรายคุณภาพของโปรแกรม พบว่าเนื้อหาของโปรแกรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และผู้ใช้โปรแกรมมีความเข้าใจตรงกัน ครั้งที่ 2 เป็นการทดลองใช้โปรแกรมในกลุ่มนำร่อง 10 คู่ ที่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าการศึกษา เพื่อทดสอบประสิทธิภาพเบื้องต้นและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม วัยรุ่นในกลุ่มนำร่องมีค่าเฉลี่ยอาการต่อต้านลดลงจาก 9.2 เป็น 7.0

โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งที่ 60 - 90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยกิจกรรมที่ 1 - 5 มีการบ้านเพื่อฝึกปฏิบัติการปรับเปลี่ยนความคิดในชีวิตประจำวัน โดยมีรายละเอียดเนื้อหาดังตารางที่ 1 โปรแกรมเป็นแบบกลุ่ม กลุ่มละ 5 คู่ ดำเนินโดยคณะผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมการบำบัด CBT ทั้งระดับพื้นฐานและขั้นสูง มีประสบการณ์การบำบัด CBT ในเด็กและวัยรุ่นและผู้ปกครองมากกว่า 1 ปี และผ่านการอบรมการใช้โปรแกรมนี้ โดยมีหัวหน้าโครงการวิจัย อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมวิจัยที่ร่วมพัฒนาโปรแกรมเป็นวิทยากรอบรม ทุกกลุ่มใช้ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มชุดเดียวกันตลอดการทดลอง เพื่อควบคุมความสม่ำเสมอในการดำเนินโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่อแจกแจงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ chi-square test และ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ Friedman test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการต่อต้านระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และที่การติดตาม 1 เดือน และใช้ Kruskal-Wallis test



แผนภาพที่ 1 การคัดเลือกและติดตามผู้เข้าร่วมวิจัย

ตารางที่ 1 ตารางกิจกรรมการบำบัดโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม

ครั้งที่ : วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ผู้ร่วมกิจกรรม	เวลา
ครั้งที่ 1 : ประเมินแรงจูงใจและสำรวจ 5-part level 1 ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้าน (ครอบครัวมีส่วนร่วม)	กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์		15 นาที
	กิจกรรม 1.1 ประเมินระดับแรงจูงใจและตอบสนองตามระดับแรงจูงใจ	วัยรุ่นโรคลมชักและผู้ปกครอง	20 นาที
	กิจกรรม 1.2 สำรวจเหตุการณ์และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว	วัยรุ่นโรคลมชักและผู้ปกครอง	20 นาที
	มอบหมายการบ้าน ตามใบงานที่ 1	วัยรุ่นโรคลมชักและผู้ปกครอง	5 นาที
ครั้งที่ 2 : วิเคราะห์ 5-part level 2 : ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ	กิจกรรม 2.1 ทบทวนการบ้าน	วัยรุ่นโรคลมชัก	15 นาที
	กิจกรรม 2.2 ค้นหาทางเลือกจัดการความคิดอัตโนมัติทางลบและพฤติกรรม	วัยรุ่นโรคลมชัก	40 นาที
	มอบหมายการบ้านตามใบงานที่ 2	วัยรุ่นโรคลมชัก	5 นาที
ครั้งที่ 3 : วิเคราะห์ 5-part level 2 : ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อต้าน (ครอบครัวมีส่วนร่วม)	กิจกรรม 3.1 ทบทวนการบ้าน	วัยรุ่นโรคลมชักและผู้ปกครอง	10 นาที
	กิจกรรม 3.2 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคลมชักและการปรับพฤติกรรมต่อต้านผ่านกระบวนการคิด (กลุ่มผู้ปกครอง)	ผู้ปกครอง	15 นาที
	กิจกรรม 3.3 ทำความเข้าใจพฤติกรรมต่อต้านของวัยรุ่นโรคลมชักผ่านหลักการ CBT (กลุ่มวัยรุ่น)	วัยรุ่นโรคลมชัก	15 นาที
	กิจกรรม 3.4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมต่อต้าน (กลุ่มใหญ่)	วัยรุ่นโรคลมชักและผู้ปกครอง	15 นาที
	มอบหมายการบ้านตามใบงานที่ 3.1, 3.2		5 นาที
ครั้งที่ 4 : ทักษะการจัดการอารมณ์ทางลบที่เป็นผลจากความคิด	กิจกรรม 4.1 ทบทวนการบ้าน	วัยรุ่นโรคลมชัก	10 นาที
	กิจกรรมการจัดการอารมณ์		15 นาที
	กิจกรรม 4.2 ความรู้ความเข้าใจการจัดการอารมณ์ทางลบผ่านกระบวนการคิด	วัยรุ่นโรคลมชัก	15 นาที
	กิจกรรม 4.3 การจัดการอารมณ์ทางลบ มอบหมายการบ้านตามใบงานที่ 4.1, 4.2	วัยรุ่นโรคลมชัก	15 นาที 5 นาที
ครั้งที่ 5 : ทักษะการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้านที่เป็นผลจากความคิด (ครอบครัวมีส่วนร่วม)	กิจกรรม 5.1 ทบทวนการบ้าน	วัยรุ่นโรคลมชักและผู้ปกครอง	15 นาที
	กิจกรรม 5.2 ความรู้ความเข้าใจทักษะการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้าน	วัยรุ่นโรคลมชักและผู้ปกครอง	20 นาที
	กิจกรรม 5.3 ฝึกทักษะการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้าน	วัยรุ่นโรคลมชักและผู้ปกครอง	20 นาที
	มอบหมายการบ้านตามใบงานที่ 5		5 นาที
ครั้งที่ 6 : แผนการนำประสบการณ์และความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง (ครอบครัวมีส่วนร่วม)	กิจกรรม 6.1 แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งที่ 1 - 5	วัยรุ่นโรคลมชัก และผู้ปกครอง	30 นาที
	กิจกรรม 6.2 การทำแผนนำประสบการณ์และความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง	วัยรุ่นโรคลมชักและผู้ปกครอง	30 นาที

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการต่อต้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ระยะต่าง ๆ วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะในกลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลองครบถ้วน (per-protocol analysis) เพื่อประเมินผลลัพธ์สูงสุดของโปรแกรมตามขั้นตอนที่กำหนด และลดความบิดเบือนจากการทดแทนข้อมูลที่ขาดหาย

ผล

การศึกษานี้ได้กลุ่มตัวอย่าง 35 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คู่ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 2 คู่ และกลุ่มควบคุม 18 คู่ ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า 3 คู่ คงเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยครบ 30 คู่ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นโรคลมชักเป็นเพศชาย 24 คน เพศหญิง 6 คน อายุเฉลี่ย 13 ปี ได้รับยารักษาโรคลมชักร่วมกับยารักษาโรคจิต 18 คน

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างดี 20 คน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านอายุและระดับการศึกษา โดยวัยรุ่นกลุ่มทดลองมีอายุน้อยกว่า และระดับการศึกษาในปัจจุบันต่ำกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเป็นเพศหญิง 21 คน เพศชาย 9 คน ส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา อายุเฉลี่ย 47 ปี มีอาชีพรับจ้าง 15 คน ค้าขาย 10 คน รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 16,984 บาท พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกันในระดับการศึกษา สถานภาพ และอาชีพของผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีน้อยกว่า และมีสถานภาพหย่าร้างมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทันที

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมต่อต้าน (mean = 9.93, SD = 3.99, mean rank = 16.90) สูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (mean = 9.00, SD = 5.89, mean rank = 14.10) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่การติดตาม 1 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมต่อต้าน (mean = 7.13, SD = 3.06, mean rank = 9.90) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 10.27, SD = 4.25, mean rank = 21.10) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

การทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่มที่ระยะเวลาต่าง ๆ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านของวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองที่การติดตาม 1 เดือนต่ำกว่าก่อนและหลังการทดลองทันที โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่กลุ่มควบคุมแม้พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ข้อมูลเด็ก				
เพศ				.091 ^f
ชาย	24 (80.0)	13 (86.7)	11 (73.3)	
หญิง	6 (20.0)	2 (13.3)	4 (26.7)	
อายุ				.011 ^f
12 - 14 ปี	24 (80.0)	15 (100.0)	9 (60.0)	
15 - 17 ปี	6 (20.0)	0 (0.0)	6 (40.0)	
mean (SD)	13.33 (0.27)	13.07 (0.80)	13.60 (1.59)	
ระดับการศึกษา				.025 ^f
ประถมศึกษา	9 (30.0)	6 (40.0)	3 (20.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	19 (63.3)	9 (60.0)	10 (66.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (6.7)	0 (0.0)	2 (13.3)	
โรคร่วมทางจิตเวช				.874 ^f
ไม่มีโรคร่วมจิตเวช	12 (40)	7 (46.6)	5 (33.4)	
oppositional defiant disorder	5 (16.7)	3 (20.0)	2 (13.3)	
learning disorder	7 (23.3)	3 (20.0)	4 (26.7)	
conduct disorder	2 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.6)	
อื่น ๆ เช่น วิตกกังวล ติดเกม	4 (13.3)	1 (6.7)	3 (20.0)	
การรับรู้ระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว				1.000 ^f
ค่อนข้างไม่ดี	7 (23.3)	4 (26.7)	3 (20.0)	
ค่อนข้างดี	22 (73.4)	11 (73.3)	11 (73.3)	
ดี	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (6.7)	
ข้อมูลผู้ปกครอง				
เพศ				0.430 ^f
หญิง	21 (70.0)	12 (80.0)	9 (66.7)	
ชาย	9 (30.0)	3 (20.0)	6 (33.3)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 15) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ข้อมูลผู้ปกครอง (ต่อ)				
อายุ				0.107 ^f
29 - 42 ปี	14 (46.7)	10 (66.7)	5 (33.3)	
43 - 56 ปี	10 (33.3)	3 (20.0)	7 (46.7)	
57 ปีขึ้นไป	6 (20.0)	2 (13.3)	3 (20.0)	
mean (SD)	46.90 (10.56)	43.47 (2.29)	50.33 (10.35)	
min - max	32 - 70	32 - 65	38 - 70	
อาชีพ				< 0.001 ^f
ว่างงาน	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
รับจ้าง	15 (50.0)	4 (26.6)	11 (73.3)	
ค้าขาย	10 (33.4)	10 (66.7)	0 (0.0)	
รับราชการ	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (6.7)	
พนักงานราชการ	4 (13.3)	1 (6.7)	3 (20)	
ระดับการศึกษา				.007 ^f
ประถมศึกษา	8 (26.7)	4 (26.7)	4 (26.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	3 (10.0)	3 (20.0)	0 (.0.)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (6.6)	0 (0.0)	2 (13.3)	
ปวช.	5 (16.6)	4 (26.7)	1 (6.7)	
อนุปริญญา	2 (6.7)	2 (13.3)	0 (0.0)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	10 (33.4)	2 (13.3)	8 (53.3)	
สถานภาพ				.005 ^f
สมรสอยู่ด้วยกัน	25 (83.3)	11 (73.3)	14 (93.4)	
หย่าร้าง	2 (6.7)	4 (26.7)	0 (0.0)	
โสด	3 (10)	0 (0.0)	1 (6.6)	

f: Fisher's exact test (2-tailed)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมต่อต้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และการติดตาม 1 เดือน ด้วย Kruskal-Wallis test (n = 30)

		mean (SD)	mean rank	χ^2	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	10.80 (3.57)	14.13	1.12	.374
	กลุ่มควบคุม	11.93 (2.81)	16.87		
หลังการทดลองทันที	กลุ่มทดลอง	9.93 (3.99)	16.90	0.87	.352
	กลุ่มควบคุม	9.00 (5.89)	14.10		
การติดตาม 1 เดือน	กลุ่มทดลอง	7.13 (3.06)	9.90	15.81	< .001
	กลุ่มควบคุม	10.27 (4.25)	21.10		

ทางสถิติเช่นกัน แต่มีค่าเฉลี่ยที่การติดตาม 1 เดือนใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้ปรับปรุงโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่ติดเกมออนไลน์²⁰

เพื่อให้มีโครงสร้างและเนื้อหาของกิจกรรมเหมาะสมกับวัยรุ่นสมาธิสั้นและผู้ปกครอง โดยลดจำนวนกิจกรรมเหลือ 6 ครั้ง จากเดิม 8 ครั้ง โดยยังคงเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดควบคู่กับการควบคุมกำกับตนเอง (self-monitoring) ตามหลักการของ CBT และการบำบัดแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยในกิจกรรมที่ 1 เป็นการประเมินระดับแรงจูงใจของผู้รับการบำบัด

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านด้านภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และการติดตาม 1 เดือน ด้วย Friedman test (n = 30)

	ก่อนการทดลอง mean (SD)	หลังการทดลองทันที mean (SD)	การติดตาม 1 เดือน mean (SD)	χ^2 (Friedman test)	p-value (Friedman test)
กลุ่มทดลอง	10.80 (3.57)	9.93 (3.99)	7.13 (3.06)	12.03	.002
กลุ่มควบคุม	11.93 (2.81)	9.00 (5.89)	10.27 (4.25)	8.61	.013

ในกิจกรรมที่ 2 เป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้วัยรุ่นสมาธิสั้นและผู้ปกครองได้สังเกต ทดลอง และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความคิดตนเอง โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการตั้งคำถามแบบ Socratic การฟังอย่างตั้งใจ และการสะท้อนความ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้อย่างเหมาะสม ในกิจกรรมที่ 3 เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจกลุ่มวัยรุ่นและผู้ปกครอง ถึงความคิดและอารมณ์ที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมต่อต้านด้าน รวมถึงผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ปกครอง เพื่อให้เห็นความสำคัญของการรับรู้และการจัดการอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ก่อนการปรับเปลี่ยนผู้อื่น ซึ่งเชื่อมโยงกับกิจกรรมที่ 4 ที่เป็นการฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ทางลบที่เป็นผลจากความคิด และกิจกรรมที่ 5 เป็นการฝึกทักษะการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้านด้านโดยครอบครัวมีส่วนร่วม

การทดลองในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ที่การติดตาม 1 เดือน วัยรุ่นในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับบริการตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่อต้านด้านต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ รับบริการแบบปกติอย่างเดียวย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่อิงการบำบัดแบบ CBT มีพฤติกรรมต่อต้านด้านลดลงและมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องในระยะยาว^{20,24,25} ทั้งนี้ โปรแกรมในการศึกษานี้ใช้เวลาสั้นกว่าการศึกษาดังกล่าว ที่ประกอบด้วยกิจกรรม 8 - 12 ครั้งขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ²¹ ที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการต่อต้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ขณะที่การศึกษารั้งนี้ ที่พบว่าพฤติกรรมต่อต้านด้านของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน อาจเกิดจากความแตกต่างด้านการศึกษาและอาชีพ ซึ่งมีผลต่อความเข้าใจใน

หลักการและทักษะของ CBT การเสริมแรงบวก และการติดตามพฤติกรรมเด็ก รวมถึงความร่วมมือในการพาเด็กมาบำบัด^{19,20,35} โดยในการศึกษาของดุขฎิ จิงศิริกุลวิทย์ และคณะ²¹ ผู้ปกครองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและผ่านการฝึกอบรม การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นมาก่อน ขณะที่ผู้ปกครองกลุ่มทดลองในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาหรือ ปวช. และไม่เคยได้รับสุขภาพจิตศึกษาหรือ การฝึกอบรมในประเด็นดังกล่าวมาก่อน นอกจากนี้ การใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom³⁴ ยังเอื้อให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน กล้าเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง อีกทั้งผู้ปกครองยังได้เรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มที่แตกต่างไปจากการกระทำที่คุ้นเคยของตนเอง จนสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองและครอบครัว

ผลการดำเนินกิจกรรมที่ 6 ที่กิจกรรมวางแผน การนำความรู้ไปใช้ร่วมกันในครอบครัว พบว่า ผู้ปกครองและวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความสามารถในการวิเคราะห์เหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่าวัยรุ่นมีความสามารถในการระบุความคิดอัตโนมัติทางลบ และทดลองใช้ทักษะปรับความคิด (cognitive restructuring) เพื่อลดความขัดแย้งในความสัมพันธ์กับพ่อแม่และพี่น้อง ขณะที่ผู้ปกครองสะท้อนว่ามีความเข้าใจธรรมชาติอารมณ์ และพฤติกรรมของวัยรุ่นสมาธิสั้นมากขึ้น ตลอดจนมีทักษะการสื่อสารเชิงบวก การตั้งกติการ่วมกัน และการฝึกวินัยเชิงบวก ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทักษะเหล่านี้สอดคล้องกับหลักการ พฤติกรรมบำบัดและการเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว (positive parenting)^{36,37} ซึ่งช่วยลดความตึงเครียดในครอบครัว และลดพฤติกรรมต่อต้านด้านได้ สำหรับแผนการนำความรู้ไปใช้ ของกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่เน้น การเพิ่มการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา การรับฟังซึ่งกันและกัน

การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน การควบคุมอารมณ์ การปรับทัศนคติ และการสร้างวินัยในชีวิตประจำวัน เช่น “พูดคุยกบอกความต้องการกันอย่างตรงไปตรงมา” “ใช้ทักษะทบทวนความคิดเมื่อตนรู้สึกโกรธหรือไม่เข้าใจผู้อื่น” และ “ใช้คำพูดเชิงบวกแทนการใช้อารมณ์” และผู้ปกครองสะท้อนว่าลูกควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น และมีความรับผิดชอบในชีวิตประจำวันมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวสามารถเชื่อมโยงความรู้ที่ได้จากโปรแกรมไปสู่พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ มีระยะเวลาในการศึกษาจำกัด ทำให้ไม่สามารถหากกลุ่มตัวอย่างทดแทนรายที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ ซึ่งอาจลดอำนาจและความแม่นยำของการทดสอบทางสถิติ และไม่มีติดตามในระยะยาว จึงไม่สามารถยืนยันถึงความยั่งยืนของประสิทธิผลจากโปรแกรมได้ นอกจากนี้ การศึกษานี้ไม่ได้ใช้การจับคู่หรือการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified randomization) ตามตัวแปรพื้นฐาน ที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการตอบสนองต่อการบำบัดแบบ CBT โดยเฉพาะ อายุ ระดับการศึกษา และความรุนแรงของพฤติกรรม จึงพบว่า วัยรุ่นกลุ่มทดลองมีอายุน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า วัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางตอบสนองดีต่อการให้รางวัลปรับพฤติกรรม³⁸ ขณะที่วัยรุ่นตอนปลายเหมาะกับการฝึกทักษะปรับเปลี่ยนความคิดเชิงนามธรรม³⁹ อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นตอนต้นกับตอนปลายไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านแรงจูงใจและความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสถานการณ์ (cognitive/behavioral flexibility)^{40,41} นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง คุณลักษณะของผู้บำบัด รูปแบบการบำบัด และภาวะโรคร่วม มีผลต่อการบำบัดมากกว่าอายุของเด็ก^{25,41-43}

การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาจับคู่หรือการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามตัวแปรดังกล่าว เพื่อให้แต่ละกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานกระจายใกล้เคียงกัน และควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ย่อยตามชั้นของตัวแปร นอกจากนี้ควรมีการติดตามในระยะยาว เพื่อทดสอบความยั่งยืนของผลลัพธ์ และพิจารณาปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัยรุ่นโรคมาริสน์แต่ละช่วงวัย พร้อมทดสอบความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

สรุป

โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วม ซึ่งอิงหลักการการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้งในระยะเวลา 3 สัปดาห์ เมื่อให้ร่วมกับการดูแลตามปกติ ช่วยลดพฤติกรรมต่อต้านของวัยรุ่นโรคมาริสน์ที่การติดตาม 1 เดือน เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติอย่างเดียว จึงอาจเป็นทางเลือกในการลดพฤติกรรมดังกล่าวในแผนกผู้ป่วยนอก

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ปี 2566 รหัสโครงการ 179966

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ลัดดาวัลย์ อรัญยานนท์ : ออกแบบการวิจัย เขียนบทความ ; สุนทรี ศรีโกสโย : ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบบทความ ; ชลธิพร สมใจ : ออกแบบการวิจัย ; ชญาพร คำฟู : เก็บข้อมูล ; รัชณิธร ฤทธิกาญจน์กุล : เก็บข้อมูล ; ศุภสินี จีแดง : เก็บข้อมูล ; ชุตินาถ ศักรินทร์กุล : ออกแบบการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Makkasem K. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescence at Charoenkrung Pracharak Hospital. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2020;16(2):75-102. (in Thai)
2. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr. 2023;49(1):48. doi:10.1186/s13052-023-01456-1.
3. 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(2):66-75. (in Thai)
4. Trangkasombat U. Clinical characteristics of ADHD in Thai children. J Med Assoc Thai. 2008;91(12):1894-9.
5. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large

- nationwide study. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2015;7(1):27-38. doi:10.1007/s12402-014-0142-1.
6. Reale L, Bartoli B, Cartabia M, Zanetti M, Costantino MA, Canevini MP, et al. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(12):1443-57. doi:10.1007/s00787-017-1005-z.
 7. Rajanagarindra Institute of Child Development. Outpatient department service statistics for fiscal year 2023. Chiang Mai: Rajanagarindra Institute of Child Development; 2023. (in Thai)
 8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013. p. 59-66.
 9. Trangkasombat U. Help your child develop concentration. Bangkok: Santa Publishing; 2001. (in Thai)
 10. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(11):1275-93.
 11. Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. The long-term longitudinal course of ODD and CD in ADHD boys: 10-year follow-up. *Psychol Med*. 2008;38(7):1027-36.
 12. Pardini DA, Fite PJ. Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, and attention-deficit/hyperactivity disorder as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(11):1134-44.
 13. Ketuman P. Adolescent counseling. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital; 2009. (in Thai)
 14. Uçar HN, Eray Ş, Vural AP, Kocael Ö. Perceived family climate and self-esteem in adolescents with ADHD: a study with a control group. *J Atten Disord*. 2020;24(8):1132-40. doi:10.1177/1087054717696772.
 15. Piyasil W, Ketuman P. Textbook of child and adolescent psychiatry. Bangkok: Beyond Enterprise; 2007. (in Thai)
 16. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2006.
 17. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiologies, phenomenology, and treatment. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008;18(6):565-71. doi:10.1089/cap.2008.032.
 18. Srisamurt A. Nurse' roles in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Maharakham Hospital Journal*. 2021;18(2):140-7. (in Thai)
 19. Boon-yasidhi V. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and treatment. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2012;57(4):373-86. (in Thai)
 20. Antshel KM, Olszewski AK. Cognitive behavioral therapy for adolescents with ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(4):825-42. doi:10.1016/j.chc.2014.05.001.
 21. Juengsiragulwit D, Pityaratstian N, Nimnuan C. The efficacy of brief group cognitive behavioral therapy (CBT) in children with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2012;57(1):19-28. (in Thai)
 22. Khwaiphan Y. A study of hyperactivity behaviors in gifted children with ADHD using a behavior modification program based on cognitive behavioral therapy (CBT) [Master's thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2012. (in Thai)
 23. Srikosai S, Aebthaisong O, Khamfu C, Thakham A. An effects comparison of cognitive behavioral therapy program, Satir model therapy program, and psychoeducation plus problem solving among children and adolescents with online game addiction. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2023;37(1):17-48. (in Thai)
 24. Vidal R, Castells J, Richarte V, Palomar G, García M, Nicolau R, et al. Group therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(4):275-82. doi:10.1016/j.jaac.2014.12.016.
 25. Helander M, Enebrink P, Hellner C, Ahlen J. Parent management training combined with group-CBT compared to parent management training only for oppositional defiant disorder symptoms: 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023;54(4):1112-26. doi:10.1007/s10578-021-01306-3.
 26. Kaewsawang T, Rungwittayanuwat P. Cognitive behavior family therapy: review article. *Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn*. 2020;15(1):1-15. (in Thai)
 27. Pornnapadol C, Rohitsuk W, Hasdinrat M, Yasin N, Ketuman P. Handbook for trainers on parent training

- in behavior modification for children. Bangkok: Charansanitwong Printing; 2011. (in Thai)
28. Beck AT, Alford BA. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. 2nd ed. Philadelphia (PA): University of Pennsylvania Press; 2009.
 29. Srisurapanont M, Pityaratstian N, Kittirattanapailoon P, Charatsigha A. Cognitive-behavioral therapy for the treatment of major depressive disorder: workforce development and service evaluation in Thailand. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2009;54(4):367-74.
 30. Trower P, Dryden W, Jones J. Cognitive behavioural counselling in action. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2015.
 31. Sprich SE, Safren SA, Finkelstein D, Remmert JE, Hammerness P. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(11):1218-26. doi:10.1111/jcpp.12549.
 32. 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). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2014;59(2):97-110. (in Thai)
 33. Beck JS. Cognitive-behavioral therapy. In: Galanter M, Kleber HD, editors. *Clinical textbook of addictive disorders*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011. p. 474-501.
 34. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. 4th ed. New York: Basic Books; 1995.
 35. Trangkasombat U. Cognitive behavioral therapy in Thai context. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2010;55(3):285-94. (in Thai)
 36. Chen Y, Haines J, Charlton BM, VanderWeele TJ. Positive parenting improves multiple aspects of health and well-being in young adulthood. *Nat Hum Behav*. 2019;3(7):684-91. doi:10.1038/s41562-019-0638-z.
 37. Juengsiragulwit D, Thanasupharatana A. Effects of the Thai Triple-P early childhood parenting program on development and emotional intelligence in children at risk of developmental delay. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2023;31(3):215-26. (in Thai)
 38. Van Duijvenvoorde AC, Peters S, Braams BR, Crone EA. What motivates adolescents? Neural responses to rewards and their influence on adolescents' risk taking, learning, and cognitive control. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;70(Pt A):135-47. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.06.037.
 39. Hauser TU, Iannaccone R, Walitza S, Brandeis D, Brem S. Cognitive flexibility in adolescence: neural and behavioral mechanisms of reward prediction error processing in adaptive decision making during development. *Neuroimage*. 2015;104:347-54. doi:10.1016/j.neuroimage.2014.09.027.
 40. de Haan A, Meiser-Stedman R, Landolt MA, Kuhn I, Black MJ, Klaus K, et al. Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *Lancet Child Adolesc Health*. 2024;8(1):28-39. doi:10.1016/S2352-4642(23)00253-5.
 41. Bennett K, Manassis K, Walter SD, Cheung A, Wilansky-Traynor P, Diaz-Granados N, et al. Cognitive behavioral therapy age effects in child and adolescent anxiety: an individual patient data meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30(9):829-41. doi:10.1002/da.22120.
 42. Kreuze LJ, Pijnenborg GHM, de Jonge YB, Nauta MH. Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: a meta-analysis of secondary outcomes. *J Anxiety Disord*. 2018;60:43-57. doi:10.1016/j.janxdis.2018.10.005.
 43. Burke JD, Waldman I, Lahey BB. Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for the DSM-V. *J Abnorm Psychol*. 2010;119(4):739-51. doi:10.1037/a0020796.