



# การศึกษาประสิทธิผลของการทำบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ ในการลดภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลางในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

## The Effectiveness of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Reducing Mild to Moderate Depressive Symptoms in Primary Caregivers of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) at Queen Sirikit National Institute of Child Health

นัดดา พนาคุณากร\*, ธิรพร ตั้งจิตติพร\*, ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์\*

Nudda Panakunakorn\*, Thiraporn Tangjittiporn\*, Sirirat Ularntinon\*

\* กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

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

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการทำบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT) ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น เปรียบเทียบกับการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) และการดูแลแบบปกติทั่วไป (treatment as usual)

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เปรียบเทียบ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการทำบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT) เป็นเวลา 3 ชั่วโมง 1 ครั้ง สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) และการดูแลแบบปกติทั่วไป (treatment as usual) ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งมีคะแนน Hamilton rating scale for depression (HRSD) ต่ำกว่าจุดตัดเกณฑ์ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (HRSD  $\leq 17$ ) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมิน HRSD และคะแนนภาวะสมาธิสั้นในบุตรโดยใช้แบบประเมิน Swanson, Nolan and Pelham questionnaire (SNAP-IV) ก่อนและหลังจากเข้าร่วมทดลอง 1 เดือน

**ผลการศึกษา** จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 61 ราย (กลุ่ม MBCT 20 ราย สุขภาพจิตศึกษา 20 ราย และ ดูแลแบบปกติทั่วไป 21 ราย) กลุ่มที่ได้รับการทำบำบัดความคิดด้วยวิธีการฝึกสติรู้ตัวเป็นพื้นฐาน (MBCT) มีคะแนน HRSD ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.004$ ) มีผลขนาดปานกลาง ( $d=0.74$ ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง 2.60 คะแนน (จาก  $8.20 \pm 4.69$  เป็น  $5.60 \pm 4.88$ ) และ กลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติทั่วไปมีค่าคะแนนเฉลี่ย HRSD ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ( $p=0.038$ ) โดยมีผลขนาดเล็กน้อย ( $d=0.49$ ) ส่วนกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระดับอาการโรคสมาธิสั้นของเด็กจากการประเมินของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน

**สรุป** การทำกลุ่มบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติรู้ตัวเป็นพื้นฐาน 1 ครั้ง เป็นการบำบัดที่ใช้ทรัพยากรและเวลาน้อย มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่มีระดับอาการเล็กน้อยถึงปานกลางโดยสามารถใช้เป็นการบำบัดเบื้องต้นในผู้ปกครองที่เริ่มมีอาการซึมเศร้าก่อนอาการมากขึ้นได้ โดยมีประสิทธิภาพดีกว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา แต่ไม่ต่างจากการดูแลแบบปกติทั่วไป ซึ่งผู้ปกครองจะได้รับการตรวจสุขภาพจิตและดูแลจากแพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วยสมาธิสั้น

**คำสำคัญ** โรคสมาธิสั้น ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแล สถิติ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

Corresponding author: นัดดา พนาคุณากร

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(3): 277-288

## ABSTRACT

**Objective :** To compare the effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), psychoeducation and usual care for reducing mild to moderate depressive symptoms in primary caregivers of children with ADHD.

**Methods :** Main caretakers of children diagnosed with ADHD who visited psychiatric outpatient department, Queen Sirikit National Institute of Child Health between 1 November 2019 to 31 October 2020 were enrolled if their Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) scores were lower than the cut-off point indicating severe depression ( $HRSD \leq 17$ ). They were purposive sampled to group-based MBCT (3-hour, one session) or group psychoeducation (1 hour) or as usual care. HRSD were used for assessing the degree of depressive symptoms whereas the severity of ADHD symptoms in their child were measured by Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP-IV) before and at one month after the group session.

**Results :** Participants were randomized sampling into a MBCT groups ( $n=20$ ), psychoeducation groups ( $n=20$ ) and treatment as usual care ( $n=21$ ). The mean score of HRSD in MBCT group were declined significantly from  $8.20 \pm 4.69$  to  $5.60 \pm 4.88$  ( $p=0.004$ ,  $d=0.74$ ) at one month after the intervention, as well as the mean HRSD score of participants in as usual care ( $p=0.038$ ,  $d=0.49$ ). There was no significant change in HRSD score of participants in psychoeducation group. Likewise, there was no significant change in SNAP-IV score of ADHD symptoms reported by participants in all three groups.

**Conclusion :** One session of mindfulness-based cognitive therapy is an effective targeted intervention to reduce depressive symptoms in caretakers of children with ADHD.

**Keywords :** attention deficit disorder with hyperactivity, depression, caregivers, mindfulness, cognitive behavioral therapy

---

Corresponding author: Nudda Panakunakorn

J Psychiatr Assoc Thailand 2021; 66(3): 277-288

## บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็ก ความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 8.1 พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียน โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 3 เท่า<sup>1</sup> ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจะมีโรคที่พบร่วมอย่างน้อย 1 โรค เช่น oppositional disorder, anxiety disorder, learning disorder, mood disorder, conduct disorder, substance use disorder, tic disorder อาจทำให้ผลการรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรหรือไม่ได้ผล<sup>2</sup>

มารดาของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีภาวะทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลหรือปัญหาทางอารมณ์ สูงกว่ามารดาเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า<sup>3</sup> ภาวะปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบ ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในมารดาของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่มีโรคคือหรือโรคเกเรโดยพบสูงกว่ามารดาของเด็กที่มีเฉพาะโรคสมาธิสั้นถึง 5.6 เท่า<sup>4</sup>

ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา บ่อยครั้งทำให้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทั้งด้านการสื่อสารและการแก้ปัญหา ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้ หากได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดผลดีอย่างมากกับทั้งครอบครัวในระยะยาว<sup>5</sup> และพบว่ามารดาที่ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นจะสัมพันธ์กันกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่ลดลง<sup>6</sup>

ปัจจุบันมีวิธีการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์หลายวิธี ทั้งการให้ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressant) ซึ่งพบว่าได้ผล ร้อยละ 30-40<sup>7</sup> การทำจิตบำบัดที่สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ผลดีเทียบเท่าการให้ยา เช่น การทำจิตบำบัดโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy-CBT) จิตบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal psychotherapy) เป็นต้น<sup>8,9</sup> ซึ่งการทำจิตบำบัดโดยปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy-CBT) นั้นปัจจุบันนี้ ได้พัฒนาวิธีการบำบัดต่างๆ กันไปอีกหลายแบบ หนึ่งใน

ในนั้นคือ การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (mindfulness-based cognitive therapy)<sup>10</sup> ใช้หลักการของการฝึกเจริญสติ ตระหนักถึงอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ ยอมรับและสังเกตสิ่งเหล่านั้นโดยไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี ร่วมกับหลักการบำบัดทางความคิดปรับเปลี่ยนการหมกมุ่นครุ่นคิดทางลบ อันนำไปสู่อาการซึมเศร้า<sup>11</sup>

ในประเทศไทยได้มีการศึกษานำร่อง กลุ่มบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติผู้ดูแลเป็นพื้นฐานสำหรับลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น โดยการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนทำกลุ่มบำบัดทันทีและหลังได้รับการทำกลุ่มบำบัด 1 เดือน พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>12</sup> แต่การศึกษาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในเรื่องรูปแบบที่ยังขาดกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าอาการที่ดีขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยอื่น เช่น จากการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การวินิจฉัย การรักษา พยากรณ์โรค แก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยรวมทั้งแก้ไขความเข้าใจผิด หรือตอบข้อสงสัย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและร่วมมือในการรักษามากขึ้น<sup>13</sup> หรืออาจมีอาการดีขึ้นจากการได้รับการดูแลแบบปกติทั่วไปอยู่แล้ว คือ ผู้ดูแลหลักเด็กสมาธิสั้นจะได้รับการประเมินเบื้องต้น โดยการซักประวัติ ตรวจสุขภาพจิตและรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน หรือได้รับการส่งต่อให้จิตแพทย์ผู้ใหญ่ ประเมินและดำเนินการรักษาต่อไป

ทางคณะผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาผลของการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) เปรียบเทียบกับการให้สุขภาพจิตศึกษาและการได้รับการดูแลแบบปกติ (treatment as usual) เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

## วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) เปรียบเทียบประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น มีอายุ 20-80 ปี (2) ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวันเกือบทุกวัน (เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีอายุ 6-15 ปี) (3) ทำแบบทดสอบ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน (4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ (5) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออกคือ มีความเจ็บป่วยทางจิตหรือทางกายที่รุนแรง เช่น ภาวะไม่รู้สติ severe cognitive impairment มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว หลงผิด โรคซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือเสียความสามารถในการทำงาน

### เครื่องมือและการวัดผล

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับการทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพและโรคประจำตัวของผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น และข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นที่ดูแล ได้แก่ เพศ อายุที่ได้รับการวินิจฉัย ชั้นเรียน การรักษา โรคร่วมอื่นๆ เป็นต้น

และผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละกลุ่มจะได้รับการทำประเมินภาวะซึมเศร้าและอาการของเด็กสมาธิสั้น 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมกลุ่ม และหลังจากนั้น 1 เดือน โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

แบบทดสอบ Thai HRSD เป็นแบบประเมินอาการต่างๆ ของโรคซึมเศร้า 17 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการ ตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 โดยเกณฑ์คะแนน 0-7 คือ no depression, 13-17 คือ Less than major depression, 18-29 คือ major depression และมากกว่า 29 คือ severe depression แบบทดสอบนี้นำไปใช้ประเมินความรุนแรงและติดตามผลการรักษาของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้ มีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ค่าความเชื่อมั่น standardized Cronbach's alpha coefficient = 0.7380<sup>14</sup>

แบบสอบถาม Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย ใช้ประเมินอาการเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แยกเป็น 3 domains คือ inattention (SNAP-Inatt), hyperactivity/impulsivity (SNAP-H/Im) oppositional defiant แต่ละข้อคิดคะแนนแบบ Likert เป็น 4 ระดับ (0='ไม่เลย'; 1='เล็กน้อย'; 2='ค่อนข้างมาก'; 3='มาก') แล้วรวมคะแนนของแต่ละ domain โดยแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient = 0.927 เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงสำหรับใช้คัดกรองโรคสมาธิสั้น เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง<sup>15</sup> โดยให้ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นเป็นผู้ประเมิน

แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ ตามความสะดวกของผู้เข้าร่วมวิจัยที่จะเข้าร่วมกลุ่มได้ในช่วงระยะเวลาที่กำหนดไว้ในการทำกลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

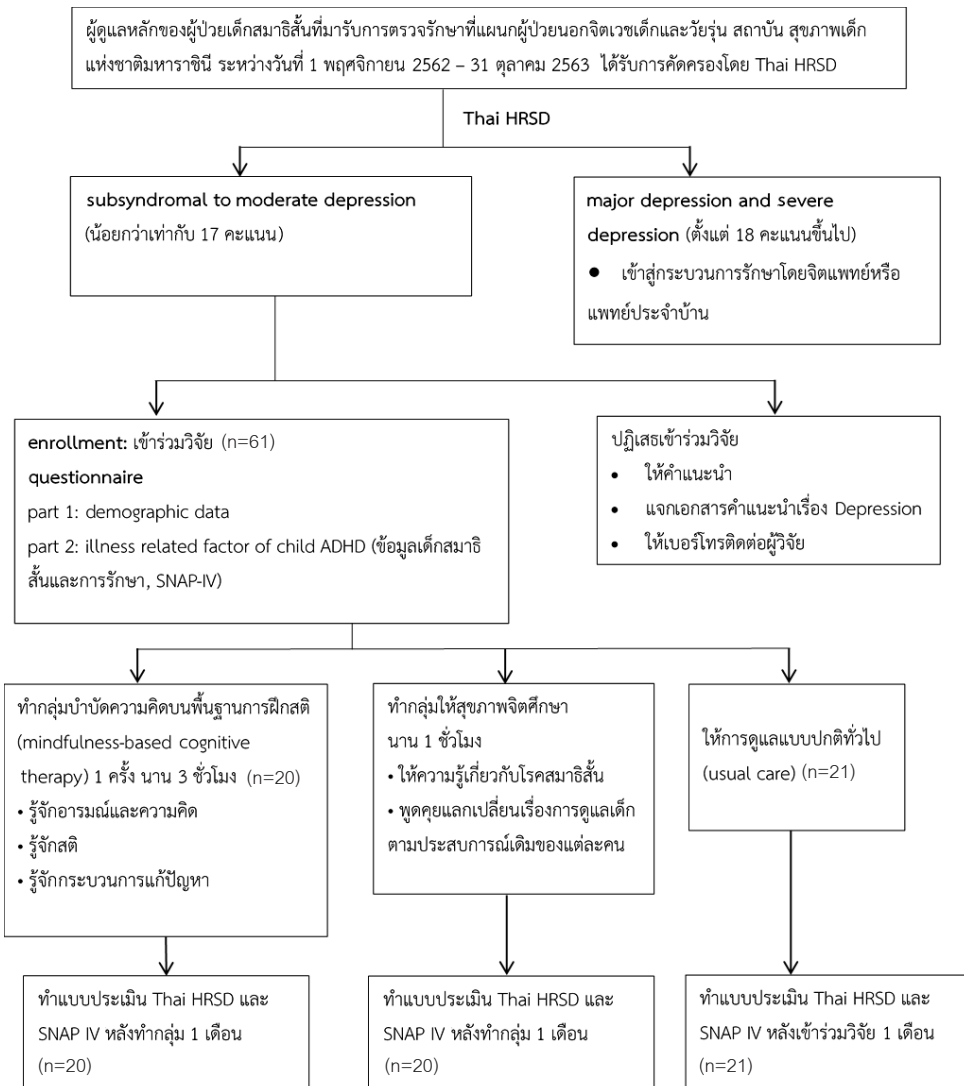
กลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) เข้าร่วมกลุ่ม สมาชิกกลุ่มละ 5-6 คน ร่วมกิจกรรม 1 ครั้ง มีผู้นำกลุ่ม 1 คน เป็นแพทย์ประจำบ้านจิตเวช เด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการฝึกทักษะ เรื่องการทำกลุ่มบำบัดแบบ MBCT ดำเนินการกลุ่ม ตาม protocol ที่ได้พัฒนาโดย

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และแพทย์ประจำบ้านจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โดยใช้หลักการ MBCT ระยะเวลาที่ใช้ในการทำ 3 ชั่วโมงโดยผู้นำกลุ่มคนเดิม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (1) ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมกับโรคสมาธิสั้น (2) การฝึกสติ (3) กระบวนการแก้ปัญหา

กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ใช้เวลา 1 ครั้ง 1 ชั่วโมง ได้รับความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น

พร้อมใบความรู้ เปิดโอกาสให้สนทนาและซักถามเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และให้คำแนะนำการดูแลตัวเองสำหรับผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น

ได้รับการดูแลแบบปกติทั่วไป (usual care) ได้รับการประเมินอาการ ซักประวัติและตรวจสุขภาพจิต และรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน ตามวันนัดติดตามการรักษา



รูปที่ 1 แสดงผังงานของงานวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น และเด็กสมาธิสั้นระหว่างทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้ chi-square test, Fisher's exact test และ Kruskal Wallis test

วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน Thai HRSD ก่อนเข้าร่วมกลุ่มแต่ละกลุ่มและหลังจากนั้น 1 เดือน ด้วย Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบคะแนน SNAP-IV ก่อนเข้าร่วมกลุ่มแต่ละกลุ่มและหลังจากนั้น 1 เดือน ด้วย paired t-test

วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน Thai HRSD และ SNAP-IV ระหว่างกลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม ด้วย one way ANOVA test และ Kruskal Wallis test โดยกำหนดระดับการมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

### การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาประสิทธิภาพของการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า HRSD ระหว่างกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ กับกลุ่มให้การดูแลแบบปกติทั่วไปสามารถคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม<sup>16</sup>

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 x (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$n$  = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$  = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha = 0.05$  คือ 1.96

$Z_{\beta}$  = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับอำนาจในการทดสอบ 80% คือ 0.842

$\sigma_1^2, \sigma_2^2$  = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทนค่าด้วย SD1 เท่ากับ 4.09 และ SD2 เท่ากับ 3.82<sup>12</sup>

$\mu_1, \mu_2$  = ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ เท่ากับ 9.34 และ 4.71 ตามลำดับ<sup>12</sup>

$$(\mu_1 - \mu_2) = 9.34 - 4.71$$

$$n = \frac{(1.96 + 0.842)^2 x (4.09^2 + 3.82^2)}{(9.34 - 4.71)^2}$$

$n = 12$  ราย + missing data 30%

$\approx 16$  ราย

ดังนั้นจากวัตถุประสงค์ที่ต้องการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า HRSD ระหว่างกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ กับกลุ่มให้การดูแลแบบปกติทั่วไปในการศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 16 ราย

และจากวัตถุประสงค์ที่ต้องการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า HRSD ระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษา กับกลุ่มให้การดูแลแบบปกติทั่วไปสามารถคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม<sup>16</sup>

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 x (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$n$  = จำนวนขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$  = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha = 0.05$  คือ 1.96

$Z_{\beta}$  = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับอำนาจในการทดสอบ 80% คือ 0.842

$\sigma_1^2, \sigma_2^2$  = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทนค่าด้วย SD1 เท่ากับ 5.7 และ SD2 เท่ากับ 5.3<sup>17</sup>

$\mu_1, \mu_2$  = ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังให้สุขภาพจิตศึกษาเท่ากับ 12.4 และ 6.5 ตามลำดับ<sup>17</sup>

$$(\mu_1 - \mu_2) = 12.4 - 6.5$$

$$n = \frac{(1.96 + 0.842)^2 x (5.7^2 + 5.3^2)}{(12.4 - 6.5)^2}$$

$n = 14$  ราย + missing data 30%

$\approx 20$  ราย

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ตามวัตถุประสงค์ทั้งสอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 ราย รวมทั้ง 3 กลุ่มเท่ากับ 60 ราย

## ผลการศึกษา

มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 61 ราย แบ่งกลุ่มโดยการสุ่มเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (MBCT) 20 ราย กลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 20 ราย และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติทั่วไป 21 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93) อายุน้อยกว่า 40 ปี (ร้อยละ 41) ซึ่งข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นของทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ยกเว้นโรคประจำตัวของผู้ดูแลพบว่าสัดส่วนการ

มีโรคประจำตัวของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาจะมี โรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มอื่นโดยผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 25 ส่วนกลุ่มอื่นไม่พบโรคเบาหวาน (ตารางที่ 1)

สำหรับข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80) โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคติอต่อต้าน (ร้อยละ 6) และโรคการเรียนรู้บกพร่อง (ร้อยละ 16) โดยข้อมูลของเด็กสมาธิสั้นและการรักษาไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

	MBCT (n=20)		สุขภาพจิตศึกษา (n=20)		ดูแลปกติ (n=21)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศผู้ดูแล</b>							1.000
หญิง	19	95.0	19	95.0	19	90.5	
ชาย	1	5.0	1	5.0	2	9.5	
<b>อายุผู้ดูแล</b>							0.847
≤39	7	35.0	7	35.0	11	52.4	
40-49	9	45.0	7	35.0	6	28.6	
50-59	2	10.0	4	20.0	2	9.5	
≥60	2	10.0	2	10.0	2	9.5	
Mean±SD.	44.30	±12.04	44.90	±9.71	40.67	±9.70	0.383
<b>ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย</b>							1.000
บิดา-มารดา	14	70.0	14	70.0	13	61.9	
ปู่ย่า-ตายาย	4	20.0	5	25.0	5	23.8	
ลุงป้า-น้าอา	2	10.0	1	5.0	2	9.5	
พี่น้อง	0	0	0	0	1	4.8	
<b>สถานภาพ</b>							0.549
โสด	3	15.0	1	5.0	4	19.0	
สมรส	13	65.0	14	70.0	15	71.4	
หย่าร้าง	1	5.0	3	15.0	0	0	
หม้าย	3	15.0	2	10.0	2	9.5	
<b>ระดับการศึกษา</b>							0.220
ประถมศึกษา	5	25.0	4	20.0	5	23.8	
มัธยมต้น	1	5.0	2	10.0	4	19.0	
มัธยมปลาย	3	15.0	6	30.0	7	33.3	
ปริญญาตรี	8	40.0	6	30.0	1	4.8	
ปวช.	1	5.0	0	0	1	4.8	
ปวส.	0	0	0	0	2	9.5	
ปริญญาโท	2	10.0	1	5.0	1	4.8	
ปริญญาเอก	0	0	1	5.0	0	0	

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (ต่อ)

	MBCT (n=20)		สุขภาพจิตศึกษา (n=20)		ดูแลปกติ (n=21)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>อาชีพ</b>							0.136
รับราชการ	1	5.0	2	10.0	0	0	
ค้าขาย	8	40.0	7	35.0	8	38.1	
เกษตรกร	0	0	0	0	1	4.8	
รับจ้างทั่วไป	2	10.0	5	25.0	7	33.3	
พนักงานบริษัท	7	35.0	1	5.0	1	4.8	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	5.0	1	5.0	2	9.5	
อื่นๆ	1	5.0	4	20.0	2	9.5	
<b>รายได้ (บาท/ปี)</b>							0.984
<50,000	6	30.0	7	35.0	6	28.6	
50,000-100,000	8	40.0	6	30.0	9	42.9	
100,001-200,000	4	20.0	4	20.0	3	14.3	
200,001-500,000	2	10.0	3	15.0	3	14.3	
<b>โรคประจำตัว</b>							0.006*
ไม่มีโรคประจำตัว	17	85.0	8	40.0	16	76.2	
ความดันโลหิตสูง	2	10.0	6	30.0	1	4.8	0.080
เบาหวาน	0	0	5	25.0	0	0	0.005*
ไขมันในเลือดสูง	0	0	3	15.0	0	0	0.063
อื่นๆ	3	15.0	4	20.0	4	19.0	1.00

ตารางที่ 2 ข้อมูลของเด็กสมาธิสั้นและการรักษา

	MBCT (n=20)		สุขภาพจิตศึกษา (n=20)		ดูแลปกติ (n=21)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศของเด็ก</b>							0.919
หญิง	4	20.0	3	15.0	5	23.8	
ชาย	16	80.0	17	85.0	16	76.2	
<b>โรคร่วม</b>							0.052
- ไม่มี	18	90.0	15	75.0	12	57.1	
- โรคต่อต้าน (Oppositional defiant disorder: ODD)	2	10.0	1	5.0	1	4.8	0.839
- โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (Specific learning disorder: SLD)	1	5.0	3	15.0	6	28.6	0.131
อื่นๆ	1	5.0	2	10.0	3	14.3	0.863
<b>อายุที่ได้รับการวินิจฉัย (ปี)</b>							0.629
4-5	4	20.0	1	5.0	2	9.5	
6-7	7	35.0	10	50.0	9	42.9	
8-9	8	40.0	6	30.0	6	28.6	
10-11	1	5.0	3	15.0	4	19.0	
Mean±SD.		7.25± 1.68		7.70± 1.69		7.86± 1.98	
<b>การรักษาโดยการปรับพฤติกรรมและฝึกผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก (Behavior therapy+ Parent management training)</b>	20	100	20	100	21	100	-
<b>การรักษาด้วยยา</b>							
- Short-acting methylphenidate	17	85.0	18	90.0	21	100	0.188
- Long-acting methylphenidate	1	5.0	3	15.0	0	0	0.117
- Risperidone	1	5.0	2	10.0	0	0	0.311

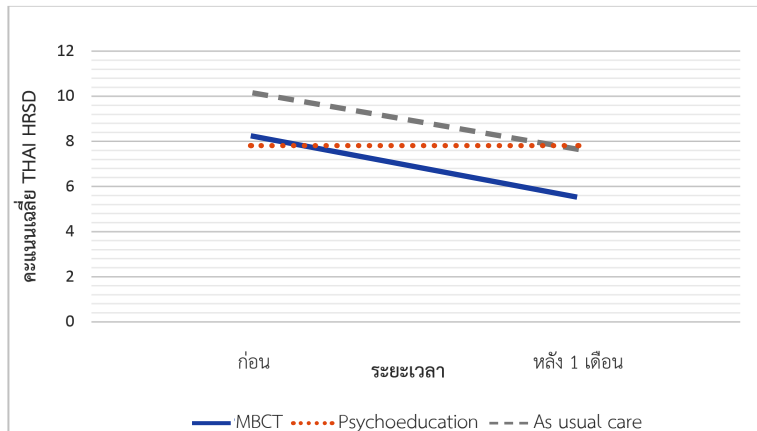


เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าจากแบบทดสอบ Thai HRSD ก่อนการทดลองของแต่ละกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า Thai HRSD ภายในแต่ละกลุ่มก่อนและหลังทดลอง 1 เดือนพบว่ากลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติรู้ตัวเป็นพื้นฐาน (MBCT) มีคะแนน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.004$ ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยลดลง 2.60 คะแนน (จาก  $8.20 \pm$

4.69 เหลือ  $5.60 \pm 4.88$ ) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติทั่วไปมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ( $p=0.038$ ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ย ลดลง 2.48 คะแนน (จาก  $10.14 \pm 3.69$  เหลือ  $7.67 \pm 5.19$ ) ส่วนกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3, รูปที่ 2)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย Thai HRSD ก่อน-หลังทำการทดลองของแต่ละกลุ่ม

	Thai HRSD ก่อน	Thai HRSD หลัง	Difference	Cohen's d	p-value
	Mean $\pm$ SD.	Mean $\pm$ SD.	Mean $\pm$ SD.		
MBCT	8.20 $\pm$ 4.69	5.60 $\pm$ 4.88	2.60 $\pm$ 3.53	0.737	0.004*
Psychoeducation	7.90 $\pm$ 4.76	7.65 $\pm$ 5.74	0.25 $\pm$ 5.54	0.045	0.842
As usual care	10.14 $\pm$ 3.69	7.67 $\pm$ 5.19	2.48 $\pm$ 5.11	0.485	0.038*



รูปที่ 2 กราฟเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย Thai HRSD ก่อน-หลัง ทำการทดลองของแต่ละกลุ่ม

คะแนนสมาธิสั้นเฉลี่ยของการทดลองแต่ละกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันและเมื่อเปรียบเทียบระดับอาการโรคสมาธิสั้นของเด็กจากการประเมินของผู้ดูแลก่อน

และหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างก่อน และหลัง ภายในกลุ่ม

	SNAP-IV ก่อน	SNAP-IV หลัง	Difference	p-value
	Mean $\pm$ SD.	Mean $\pm$ SD.	Mean $\pm$ SD.	
MBCT	42.90 $\pm$ 11.81	40.35 $\pm$ 15.64	2.55 $\pm$ 15.01	0.457
Psychoeducation	39.60 $\pm$ 16.08	35.85 $\pm$ 15.51	3.75 $\pm$ 15.54	0.294
As usual care	41.62 $\pm$ 11.15	38.19 $\pm$ 13.31	3.43 $\pm$ 11.72	0.195

จากผลการทดลองพบว่า การทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (MBCT) สำหรับผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการซึมเศร้าได้หลังติดตามอาการ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีผลขนาดปานกลาง ( $d=0.74$ ) ส่วนการดูแลแบบปกติทั่วไปสามารถลดอาการซึมเศร้าได้หลังติดตามอาการ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีผลขนาดเล็กน้อย ( $d=0.49$ ) แต่ไม่พบว่าทำให้สุขภาพจิตศึกษาจะสามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังติดตามอาการ 1 เดือน

## วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า การทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (MBCT) สำหรับผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นสามารถลดอาการซึมเศร้าได้หลังติดตามอาการ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศก่อนหน้านี้ที่ได้มีการศึกษาทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial : RCT) ถึงประสิทธิผลการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (mindfulness-based cognitive therapy : MBCT) หลายการศึกษา พบว่าสามารถลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้<sup>11</sup> และยังมีการศึกษาของ Chiesa และคณะ<sup>18</sup> ในปี ค.ศ. 2015 พบว่า MBCT มีประสิทธิภาพเหนือกว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ทั้งในด้านลดอาการซึมเศร้า ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและระดับสติ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังไม่หายขาดหลังรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้ามาแล้ว สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาของ Hansudewechakul และคณะ<sup>12</sup> เป็นการศึกษาสำรวจถึงประสิทธิภาพของ MBCT ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น พบว่าการทำกลุ่มบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติรู้ตัวเป็นพื้นฐาน 1 คาบนาน 3 ชั่วโมง มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้

MBCT ใช้หลักของการฝึกเจริญสติ ตระหนักถึงอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ ยอมรับและสังเกตสิ่งเหล่านั้นโดยไม่ตัดสินว่าดีหรือไม่ดี ร่วมกับหลักการบำบัดทางความคิด ปรับเปลี่ยนการหมกมุ่นครุ่นคิดทางลบ อันนำไปสู่อาการซึมเศร้า<sup>11</sup> และทำให้เกิดการรับรู้ได้ว่าความคิดและความรู้สึกเกิดขึ้นภายใน

จิตใจได้เองและเพียงชั่วคราวไม่ใช่ความจริงแท้ (meta-awareness)<sup>19</sup> โดยได้มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ van der Velden และคณะ<sup>19</sup> ในปี ค.ศ. 2015 ถึงกลไกของ MBCT ในการรักษาภาวะการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า พบว่า MBCT สัมพันธ์กับ ระดับสติเพิ่มขึ้น (mindfulness) ความคิดหมกมุ่นลดลง (rumination) ความวิตกกังวลลดลง การมีเมตตาต่อตนเองมากขึ้น และมีระดับ meta-awareness มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ของการรักษา

สำหรับผลการให้สุขภาพจิตศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าจะสามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังติดตามอาการ 1 เดือน ซึ่งต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Wong และคณะ<sup>20</sup> ที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดอาการกังวลและซึมเศร้า และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตได้ และการศึกษาของ Morokuma และคณะ<sup>21</sup> ที่พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดอาการซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติทั่วไป อาจอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ให้สุขภาพจิตศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคสมาธิสั้นและการดูแล ซึ่งในการศึกษาดังกล่าวให้สุขภาพจิตศึกษามีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยตรง ประกอบกับจากข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละกลุ่มพบว่า สัดส่วนการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาจะมี โรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งโรคประจำตัวถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า<sup>22</sup>

การศึกษานี้ช่วยยืนยันผลของการทำกลุ่มบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (MBCT) สำหรับลดภาวะซึมเศร้าได้ จากรูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental study) มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกับสามารถติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทุกคน ไม่มีกรออกจากกลุ่มก่อนจบการวิจัย และในการทำกลุ่มจะมีคู่มือประกอบซึ่งใช้เวลาเพียง 1 ครั้ง 3 ชั่วโมง ทั้งนี้มีข้อจำกัดหลายอย่างได้แก่ 1.) จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย แต่ได้มีการคำนวณขนาดตัวอย่างพบว่าใช้อย่างน้อยกลุ่มละ 20 รายเหมาะสมเพียงพอในการตอบคำถามงานวิจัยนี้ 2.) ไม่ได้มีการสุ่มกลุ่ม 3.) เนื่องด้วยลักษณะ administration treatment แตกต่างกันชัดเจน ไม่สามารถ blind ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัยได้ อาจมี

ascertainment bias จากที่ทั้งผู้เข้าร่วมงานวิจัยและผู้วิจัยเองทราบว่าแต่ละคนอยู่ในกลุ่มศึกษาทดลองกลุ่มใดและตัวผู้วิจัยเองเป็นทั้งผู้ดำเนินการทำกลุ่มบำบัดและประเมินอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มเอง 4.) การศึกษานี้ศึกษาผลในระยะสั้นคือ 1 เดือนเท่านั้น และศึกษาเฉพาะในกลุ่มคนที่มีอาการ subsyndromal มีอาการเล็กน้อยและปานกลางเท่านั้น เนื่องจากเป้าหมายของการทำกลุ่มบำบัดคือการป้องกันกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้า หรือ targeted prevention ก่อนมีอาการรุนแรงจนถึงระดับเป็นโรคและมีผลกระทบจึงไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง 5.) ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นเท่านั้น จึงไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ปกครองกลุ่มอื่นได้ ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปคือ เนื่องจากเป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental study) อาจต้องมีการทำซ้ำในรูปแบบการศึกษาทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) ซึ่งถือเป็นมาตรฐานทองคำ (gold standard) รวมทั้งเพิ่มความแม่นยำน่าเชื่อถือมากขึ้นโดย เพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้เครื่องมือวัดระดับสติร่วมด้วยโดยมีแปลเป็นภาษาไทย ได้แก่ mindful attention awareness scale (MAAS) และ Philadelphia mindfulness scale (PHLMS)<sup>23</sup> หรือใช้เครื่องมือวัดความคิด เช่น ruminative response scale (RRS) เพื่อแสดงให้เห็นถึงกลไกของ MBCT ที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น<sup>19</sup> อาจมีการประเมิน fidelity ของผู้ทำการบำบัดเพื่อประเมินความสามารถและการปฏิบัติตามคู่มืออย่างถูกต้อง และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์ในระยะสั้นเท่านั้น อาจต้องศึกษาเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์ในระยะยาวและวิเคราะห์ cost effectiveness analysis ต่อไป

## สรุป

การทำกลุ่มบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติรู้ตัวเป็นพื้นฐาน 1 ครั้ง เป็นการบำบัดที่ใช้ทรัพยากรและเวลาน้อยมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่มีระดับอาการเล็กน้อยถึงปานกลางโดยสามารถใช้เป็นทางเลือกเบื้องต้นใน

ผู้ปกครองที่เริ่มมีอาการซึมเศร้าก่อนอาการมากขึ้นได้ โดยมีประสิทธิภาพเหนือกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษา แต่ไม่ต่างจากการดูแลแบบปกติทั่วไปซึ่งต้องใช้ทรัพยากรและเวลาของแพทย์ผู้ให้การรักษามากกว่า

## เอกสารอ้างอิง

1. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *J Ment Health Thai* 2013; 21: 66-75.
2. Pliszka SR. Pattern of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9: 525-540.
3. Lesensne 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: 1232-1237.
4. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1424-1432.
5. Munoz RF, Beardslee WR, Leykin Y. Major depression can be prevented. *Am Psychol* 2012; 67: 285.
6. Corio MJ, Riley A, Broitman M, Miranda J. Effects on children of treating their mother's depression: results of a 12-month follow-up. *Psychiatr Serv* 2012; 3: 357-363.
7. Thase ME, Entsuah AR, Rudolph RL. Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. *Br J Psychiatry* 2001; 173: 234-241.
8. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 75-82.

9. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 409-416.
10. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry* 2017; 16: 245-246.
11. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions of Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am* 2017; 40: 739-749.
12. Hansudewechakul K, Tangjittiporn T, Ularntinon S. 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. *J Dept Med Ser* 2019; 44: 108-113
13. Oliveira CT, Dias AC. Psychoeducation for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: What, How and Who Shall We Inform? *Trends in Psychol* 2018; 26: 263-281.
14. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying C. The Reliability and Validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 1996; 41: 235-246.
15. 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 Psychiatrist Association of Thailand* 2014; 59: 97-110.
16. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. Chichester: John Wiley & Sons; 1990.
17. Morokuma I, Shimodera S, Fujita H, Hashizume H, Kamimura N, Kawamura A, et al. Psychoeducation for major depressive disorders: a randomized controlled trial. *Psychiatry Res* 2013; 210: 134-139.
18. Chiesa A, Castagner V, Andrisano C, Serretti A, Mandelli L, Porcelli S, et al. Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry Res* 2015; 226: 474-483.
19. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev* 2015; 37: 26-39.
20. Wong SYS, Yip BHK, Mak WWS, Mercer S, Cheung EYL, Ling CYM, et al. Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2016; 209: 68-75.
21. Morokuma I, Shimodera S, Fujita H, Hashizume H, Kamimura N, Kawamura A, et al. Psychoeducation for major depressive disorders: a randomized controlled trial. *Psychiatry Res* 2013; 210: 134-139.
22. Tuithof M, Ten Have M, van Dorsselaer S, Kleinjan M, Beekman A, de Graaf R. Course of subthreshold depression into a depressive disorder and its risk factors. *J Affect Disord* 2018; 241: 206-215.
23. Silpakit O. The invention of the mindfulness assessment scale. *J Ment Health Thai* 2015; 23: 72-90.