

ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

พร้อมพร วงศ์วัฒนฤกษ์ พ.บ., ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์ พ.บ., กิรพร ตั้งจิตติพร พ.บ.
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

Abstract: Negative Automatic Thoughts associated with Depressive Symptoms in Caregivers of Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder at Child and Adolescent Psychiatry Clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health

Wongvattanaroek P, Ularntinon S, Tangjittiporn T
Queen Sirikit National Institute of Child Health, Ratchathewi Rd., Phayathai, Bangkok, 10400
(E-mail: dyy2010_@hotmail.com)
(Received: February 25, 2019; Revised: May 15, 2019; Accepted: June 20, 2019)

Background: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) was found in 5-10% of school-age children and related to behavioral problems that could affect caregiver's mental health. Previous studies found that parents of children with ADHD were at higher risk of developing depression when compared with parents of children with typical development. Cognitive theory explains that depression is a consequence of negative automatic thought emerging during various events and leads to behaviors that maintaining the depressive symptoms in individuals. Therefore, discovering negative automatic thoughts associated with depression in caregivers of children with ADHD is a crucial step towards developing a targeted intervention for parental depression that could further affect parenting practices in this at-risk group. **Objective:** To study negative automatic thoughts associated with depressive symptoms in caregivers of children with ADHD. **Methods:** Data were collected from caregivers of children with ADHD who visited Child and Adolescent Psychiatric Outpatient Department, Queen Sirikit National Institute of Child Health from February 1 and October 5th, 2018. The measures include Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Automatic Thoughts Questionnaire-Revised (ATQ-RP) and Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire (SNAP-IV). Descriptive and analytical statistics were used for data analysis. **Result:** From 145 participants enrolled in this study, 74.5 percent were female, and depressive symptoms above the cut-off threshold of the PHQ-9 was found in 29 percent of participants. Factors associated with depressive symptoms in caregivers of children with ADHD include having a history of psychiatric illnesses in their family (OR =5.588), having hyperactivity/impulsivity symptoms in children (OR =3.183) and having negative automatic thoughts in the caregivers (OR =1.068). Negative automatic thought related to significant depressive symptoms in parents of children with ADHD was "Why can't I ever succeed?" (OR =6.789). **Conclusion:** Depressive symptoms above the cut-off threshold on PHQ-9 screening tool were found in almost 30 percent of caregivers of children with ADHD. Associated factors found from this current study include family history of psychiatric illnesses, hyperactivity/impulsivity symptoms in the child and negative automatic thoughts about themselves, particularly the thought about unable to success in anything in the caregivers. Depression should be routinely screened in caregivers of children with ADHD in order to provide a prompt targeted intervention.

Keywords: Parenting children with ADHD, ADHD, Parental depression, Negative automatic thoughts, Depression

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียนและมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ทฤษฎีความสัมพันธ์ของความรู้สึกรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม (cognitive theory) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากการเกิดความคิดด้านลบต่อเหตุการณ์ต่างๆ และนำไปสู่พฤติกรรมที่ทำให้ภาวะเศร้ายังคงอยู่ การทำความเข้าใจความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับการดูแลเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นเพื่อนำมาใช้ในการออกแบบและวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งจะเกิดผลกระทบต่อเด็กต่อไปจึงเป็นสิ่งสำคัญ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับการเกิด

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น **วิธีการ:** เก็บข้อมูลในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 5 ตุลาคม พ.ศ. 2561 โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามฉบับภาษาไทย Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) แบบสอบถามความคิดอัตโนมัติด้านลบ (ATQ-R) และแบบประเมินพฤติกรรม Swanson Nolan and Pelham-IV Questionnaire (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ **ผล:** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การมีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวผู้ดูแล (OR =5.588) การมีลักษณะพฤติกรรมอาการเด่น คือ ซุกซน/หุนหันในเด็ก (OR =3.183) และการมี

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ (OR = 1.068) โดยความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ “ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย” (OR = 6.789) สรุป: ภาวะซึมเศร้าพบในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกือบ ร้อยละ 30 ปัจจัยที่มีผล คือ โรคจิตเวชในครอบครัว ผู้ดูแล การมีลักษณะพฤติกรรมอาการเด่น คือ ซุกซน/หุนหันในเด็ก และความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ดูแล โดยเฉพาะความเชื่อว่างตนเองไม่สามารถทำอะไรได้สำเร็จ จึงควรมีการคัดกรองและให้การดูแลบำบัดรักษาเบื้องต้นเพื่อป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้น ภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง ความคิดอัตโนมัติด้านลบภาวะซึมเศร้า

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มเด็กที่พบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียน โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า¹ และจากรายงานช่วงปี พ.ศ. 2557 – 2559 ของคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่ามีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มาใช้บริการถึง 8,579 ราย และมีจำนวนมากขึ้นทุกปี โรคสมาธิสั้นมีอาการสำคัญ คือ ขาดสมาธิ ซน อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมอารมณ์การเรียนรู้และการเข้าสังคมกับผู้อื่น เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นถึงแม้จะสามารถใช้ชีวิตในห้องเรียนได้เหมือนเด็กปกติ แต่อาจมีปัญหารบกวนเพื่อนร่วมชั้นเรียน และการทำอะไรได้ไม่เท่ากับเพื่อนอาจทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าและหงุดหงิด² เมื่อไม่เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อนร่วมชั้นจะรู้สึกโดดเดี่ยวส่งผลทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาพฤติกรรมตามมาได้ การที่มีสมาธิในครอบครัวมีปัญหาโรคสมาธิสั้นย่อมส่งผลกระทบต่อลูกคนอื่นในครอบครัว โดยผู้ดูแลอาจมีความทุกข์ความกังวลใจกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กมีปัญหาในการจัดการแก้ไขปัญหาลูกซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลได้เนื่องจากผู้ดูแลต้องทุ่มเทเวลาและแรงกายในการเลี้ยงดู ยิ่งเด็กมีปัญหาพฤติกรรมมากก็จะทำให้ผู้ปกครองเป็นทุกข์มากขึ้น³ ก่อให้เกิดความเครียดและผลกระทบต่อครอบครัว จากการศึกษาในประเทศบราซิลพบว่ามารดาผู้ป่วยสมาธิสั้นมีอาการซึมเศร้ามากกว่ามารดาของเด็กทั่วไป⁴ แต่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยว่าอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักสมาธิสั้นมาจากสาเหตุปัจจัยใดบ้าง โดยการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นคือโรคประจำตัวของมารดาเอง⁵

ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ของความรู้คิด ความคิด และพฤติกรรม (cognitive theory) เชื่อว่าอาการซึมเศร้าเป็นผลมาจากการเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อเหตุการณ์ต่างๆ และนำไปสู่พฤติกรรมที่ทำให้อาการเศร้ายังคงอยู่⁶ และจากงานวิจัยเรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในประเทศเนปาลพบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มของการสิ้นหวัง⁷ แต่ยังไม่มีการวิจัยใดศึกษาเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบในผู้ปกครองผู้ป่วยสมาธิสั้น การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เก็บข้อมูลในผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นอายุ 7-15 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 5 ตุลาคม พ.ศ. 2561 คำนวณขนาดตัวอย่างจากผลสำรวจความชุกโรคซึมเศร้าของประเทศไทย พ.ศ. 2551 โดยกรมสุขภาพจิตพบความชุกของโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดครั้งคราวเท่ากับร้อยละ 2.4⁸ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 145 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบสอบถามประวัติข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อมูลผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ การศึกษา อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาที่อาศัยกับเด็ก การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวผู้ดูแล สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ วิธีการรักษา และโรคร่วม

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามฉบับภาษาไทย Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า แปลโดยกรมสุขภาพจิต โดยแต่ละข้อคำถามจะมี 4 คำตอบให้เลือกดังนี้ “ไม่เลย = 0 คะแนน”, “เป็นบางวัน 1-7 วัน = 1 คะแนน”, “เป็นบ่อย > 7 วัน = 2 คะแนน”, “เป็นทุกวัน = 3 คะแนน” โดยจุดตัดที่ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 75.68 ความจำเพาะร้อยละ 93.37⁸ และแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (7-12 คะแนน) ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) ระดับรุนแรง (มากกว่า 19 คะแนน)

3. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ Automatic Thoughts Questionnaire Revised (ATQ-RP) ฉบับภาษาไทย แปลภาษาไทย โดย ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบจำนวน 30 ข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามนี้ใช้ในการแยกแยะค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติด้านลบภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีการแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ความคิดนี้ไม่เคยเกิดขึ้นเลยจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ความคิดนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา⁹

4. แบบประเมินพฤติกรรม Swanson Nolan and Pelham-IV Questionnaire (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ผศ.นพ.ณัฏฐพร พิชัยรัตน์เสถียร และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ แบบประเมินพฤติกรรม - อาการเด่น คือ ขาดสมาธิ (SNAP-Inattention) แบบประเมินพฤติกรรม - อาการเด่น คือ ซุกซน/หุนหัน (SNAP-Hyperactivity/Impulsivity) แบบประเมินพฤติกรรม - อาการเด่น คือ ดื้อต่อต้าน (SNAP-oppositional defiant disorder) โดยแต่ละข้อคำถามจะมี 4 คำตอบให้เลือก ดังนี้ “ไม่เลย = 0 คะแนน”, “เล็กน้อย = 1 คะแนน”, “ค่อนข้าง = 2 คะแนน”, “มาก = 3 คะแนน” โดยฉบับผู้ปกครองมีจุดตัดคะแนนที่ 16, 13, 15 คะแนนตามลำดับ มีค่าความไวร้อยละ 68, 78, 54 และความจำเพาะร้อยละ 64, 62, 90 ตามลำดับ¹⁰

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้น ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลวัดความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบกับการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นด้วยสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Multivariate analysis

wa

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่รับบริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 145 คน จำแนกเป็นเพศหญิงร้อยละ 74.5 (108 ราย) และเพศชายร้อยละ 25.5 (37 ราย) ค่าเฉลี่ยอายุ 41.53±10.04 ปี การศึกษาส่วนใหญ่สูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 65.5 (95 ราย) และพบโรคทางจิตเวชในครอบครัวผู้ดูแลร้อยละ 8.3 (12 ราย) (ตารางที่ 1)

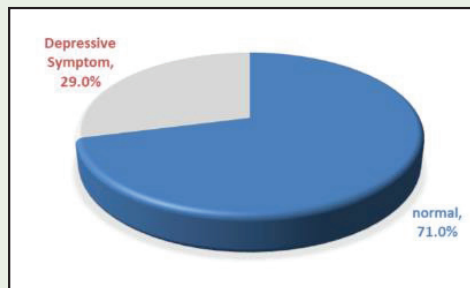
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น	ทั้งหมด (n=145)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	108	74.5
ชาย	37	25.5
อายุ (ปี)		
20-39	67	46.2
40-59	72	49.7
≥60	6	4.1
Mean±S.D.	41.53±10.04	
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นกับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น		
ดี	135	93.1
ปานกลาง	8	5.5
น้อย	2	1.4
การศึกษา		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษาปีที่ 6	50	34.5
สูงกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 6	95	65.5
โรคจิตเวชในครอบครัวผู้ดูแล		
ไม่มี	133	91.7
มี	12	8.3

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเท่ากับร้อยละ 29.0 (42 คน) โดยมีระดับความรุนแรงภาวะโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 22.8 (33 คน) ระดับปานกลางร้อยละ 5.5 (8 คน) และระดับรุนแรงร้อยละ 0.7

(1 คน) มีการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามฉบับภาษาไทย (PHQ-9) (กราฟที่ 1, ตารางที่ 2)

กราฟที่ 1 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล



ตารางที่ 2 ความรุนแรงภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ประเมินภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
ระดับปกติ	103	71.0	2.95	1.810
ระดับน้อย	33	22.8	8.42	1.15
ระดับปานกลาง	8	5.5	14.63	1.60
ระดับรุนแรง	1	0.7	24	
รวม	145	100	4.99	4.01

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย demographic กับ การมีภาวะซึมเศร้าด้วย Crude Odd Ratio พบว่าปัจจัย demographic ที่เกิดร่วม (associate) กับการมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น (Crude Odd Ratio = 4.243, 95% CI = 1.131- 15.924, p = 0.032) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล (Crude Odd Ratio = 2.483, 95% CI = 1.181-5.218, p = 0.016), โรคจิตเวชของผู้ดูแล (Crude Odd Ratio = 5.824, 95% CI = 1.649-20.569, p = 0.006), อาการขาดสมาธิ (SNAP-Inattention) (Crude Odd Ratio = 2.065, 95% CI = 0.991-4.303, p = 0.053), อาการซุกซน/หุนหัน (SNAP-Hyperactivity/Impulsivity) (Crude Odd Ratio = 4.688, 95% CI = 2.076-10.58, p < 0.001), อาการดื้อต่อต้าน (SNAP- oppositional defiant disorder) (Crude Odd Ratio = 4.849, 95% CI = 2.070-11.360, p < 0.001) และความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Crude Odd Ratio = 1.074, 95% CI = 1.038-1.112, p < 0.001)

เมื่อนำปัจจัยที่เกิดร่วมกับการมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไปวิเคราะห์อีกหนึ่งขั้นด้วย multivariate analyse จะพบว่า ปัจจัยทาง demographic ที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดอารมณ์เศร้า ได้แก่ การมีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวผู้ดูแล (OR = 5.588, 95% CI 1.044-29.912, p = 0.044) การมีพฤติกรรมเด่น คือ อาการซุกซน/หุนหันในเด็ก (OR = 3.183, 95% CI 1.100-9.211, p = 0.033) และการมีความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน (OR = 1.068, 95% CI 1.028-1.110, p = 0.001) (ตารางที่ 3) โดยความคิดอัตโนมัติด้านลบที่พบบ่อยที่สุดในผู้ดูแลที่มีอาการซึมเศร้า ได้แก่ “ฉันหวังว่าฉันจะเป็นคนที่ดีกว่านี้” ซึ่งไม่แตกต่างจากความคิดอัตโนมัติที่พบในผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ตารางที่ 4) หลังควบคุมตัวแปรอื่นรวมทั้งการมีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวและอาการซุกซน/หุนหันพลันแล่นในเด็กแล้วพบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ “ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย” โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าถึง 6 เท่า (OR = 6.789, 95% CI 1.059-43.527, p = 0.043) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (n=145)

Factor	Crude OR	95%CI		p-value	Adj. OR	95%CI		p-value
ความสัมพันธ์กับเด็ก								
ดี								
ปานกลาง-น้อย	4.243	1.131	15.924	0.032*	1.054	0.194	5.733	0.952
การศึกษา								
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถม	2.483	1.181	5.218	0.016*	2.159	0.842	5.533	0.109
สูงกว่าประถม								
โรคจิตเวชในครอบครัวผู้ดูแล								
ไม่มี								
มี	5.824	1.649	20.569	0.006*	5.588	1.044	29.912	0.044*
SNAP-Inatt								
negative								
positive	2.065	.991	4.303	0.053	.980	0.367	2.618	0.967
SNAP-H/Im								
negative								
positive	4.688	2.076	10.587	<0.001*	3.183	1.100	9.211	0.033*
SNAP-Odd								
negative								
positive	4.849	2.070	11.360	<0.001*	2.663	0.910	7.794	0.074
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	1.074	1.038	1.112	<0.001*	1.068	1.028	1.110	0.001*

* Significant at the 0.05 level

ตารางที่ 4 ความคิดอัตโนมัติด้านลบตัดที่คะแนนตั้งแต่ 3 ขึ้นไป เรียงตามลำดับคะแนนคำตอบที่มากที่สุด 5 อันดับแรก ของกลุ่มผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด (ตาราง 4.1) เปรียบเทียบคำตอบที่ตอบมากที่สุด 5 อันดับแรกระหว่างกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน PHQ-9 < 7 คะแนน) และกลุ่มมีภาวะซึมเศร้า (คะแนน PHQ-9 > 7 คะแนน) (ตาราง 4.2)

ตารางที่ 4.1 กลุ่มผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	Total (n=145)	
	จำนวน	ร้อยละ
7. ฉันหวังว่าฉันจะเป็นคนที่ดีกว่านี้	29	28.16
9. ชีวิตของฉันไม่ได้เป็นไปตามที่ฉันคิด	11	10.68
26. บางสิ่งบางอย่างน่าจะเปลี่ยนไปเสียบ้าง	10	9.71
8. ฉันรู้สึกอ่อนแอเหลือเกิน	7	6.80
25. ฉันรู้สึกขาดที่พึ่ง	6	5.83

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบความคิดอัตโนมัติด้านลบ 5 อันดับแรก ระหว่างกลุ่มไม่มีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	กลุ่มไม่มีอาการซึมเศร้า (n=103)		กลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า (n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. ฉันหวังว่าฉันจะเป็นคนที่ดีกว่านี้	29	28.16	24	57.14
26. บางสิ่งบางอย่างน่าจะเปลี่ยนไปเสียบ้าง	11	10.68		
9. ชีวิตของฉันไม่ได้เป็นไปตามที่ฉันคิด	10	9.71	15	35.71
8. ฉันรู้สึกอ่อนแอเหลือเกิน	7	6.80	10	23.81
4. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย	6	5.83		
25. ฉันรู้สึกขาดที่พึ่ง			10	23.81
27. ต้องมีบางอย่างที่ผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉันแน่นอน			10	23.81

ตารางที่ 5 ปัจจัยด้านความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (n=145)

Factor	Crude OR	95%CI		p-value	Adj. OR	95%CI		p-value
3.ทำใจฉันไม่ค่อยประสบความสำเร็จเลย								
คิดลบ ≥ 3	10.10 0	2.003	50.924	0.005*	6.789	1.059	43.527	0.043*
ปกติ < 3								
5.ฉันทำให้คนอื่นผิดหวัง								
คิดลบ ≥ 3	3.920	1.168	13.156	0.027*	0.798	0.140	4.550	0.799
ปกติ < 3								
6.ฉันไม่คิดว่าฉันสามารถทำโน่นสิ่งต่างๆต่อไปได้								
คิดลบ ≥ 3	4.505	1.025	19.792	0.046*	1.470	0.192	11.254	0.711
ปกติ < 3								
7.ฉันหวังว่าฉันจะเป็นคนที่ดีกว่านี้								
คิดลบ ≥ 3	3.402	1.612	7.180	0.001*	1.750	0.715	4.285	0.221
ปกติ < 3								
8.ฉันรู้สึกอ่อนแอเหลือเกิน								
คิดลบ ≥ 3	4.286	1.507	12.192	0.006*	1.705	0.434	6.695	0.444
ปกติ < 3								
9.ชีวิตของฉันไม่ได้เป็นไปตามที่ฉันคิด								
คิดลบ ≥ 3	5.167	2.085	12.806	<0.001*	1.769	0.502	6.235	0.375
ปกติ < 3								
10.ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย								
คิดลบ ≥ 3	9.091	2.323	35.583	0.002*	2.932	0.502	17.133	0.232
ปกติ < 3								
22.ชีวิตของฉันยุ่งเหยิง								
คิดลบ ≥ 3	4.505	1.025	19.792	0.046*	1.494	0.167	13.393	0.720
ปกติ < 3								
25.ฉันรู้สึกขาดที่พึ่ง								
คิดลบ ≥ 3	6.125	1.949	19.253	0.002*	1.039	0.169	6.396	0.967
ปกติ < 3								
27.ต้องมีบางอย่างที่ผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉันแน่								
คิดลบ ≥ 3	6.125	1.949	19.253	0.002*	3.357	0.802	14.053	0.097
ปกติ < 3								

* Significant at the 0.05 level

วิจารณ์

อารมณ์ซึมเศร้าเป็นหนึ่งในอารมณ์ปกติที่สามารถพบได้ แต่จะพบเพิ่มขึ้นในกรณีที่บุคคลนั้นประสบเหตุการณ์ไม่ดีหรือเลวร้าย เช่น เจ็บป่วย หย่าร้าง มีปัญหาการเงิน และการที่มีลูกป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งในการศึกษานี้พบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเกือบร้อยละ 30 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยโดย สุวรรณิ พุทธิศรี และคณะในกลุ่มมารดาเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลรามารัตติ ปี พ.ศ. 2544-2555 คือ ร้อยละ 34.7¹¹

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ โรคจิตเวชในครอบครัวผู้ดูแลอาการชุกชุน/ทุนหันพันเล่นของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น และความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ดูแล โดยผลปัจจัยโรคจิตเวชในครอบครัวผู้ดูแลมีความสอดคล้องกับงานศึกษาของ Siripongpan¹² ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลรามารัตติ ในปี พ.ศ. 2559 แต่ปัจจัยอาการชุกชุน/ทุนหันพันเล่นของเด็กสมาธิสั้นขัดแย้งกับการศึกษาวิจัยในประเทศบราซิลโดย Daniela Segenreich และคณะที่ศึกษาภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ปกครองของกลุ่มเด็กที่มีผลการคัดกรองโรคสมาธิสั้นเป็นบวกในปี พ.ศ. 2552 พบว่าความรุนแรงและรูปแบบลักษณะอาการของสมาธิสั้นไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง⁵

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของความคิดอัตโนมัติด้านลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย ซึ่งการมีความคิดเช่นนี้แสดงว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความเพียรพยายามปรับตัวแต่ไม่สำเร็จ อาจไม่เข้าใจสาเหตุและอาการ ไม่ทราบวิธีที่จะดูแลเด็กสมาธิสั้น รู้สึกขาดที่พึ่ง รู้สึกว่าต้องมีบางอย่างที่ผิดพลาดจนนำไปสู่การประเมินกรอบแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง (self concept) ด้านลบ จึงเกิดความคิดเชิงตำหนิตนเองอยู่เรื่อยๆ ทุกครั้งที่มีความคิดเช่นนี้เกิดขึ้นจะนำไปสู่อารมณ์เศร้า ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสัมพันธ์ของความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม (cognitive theory) ของเบคโดกล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเองจะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย¹³ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา โดย Vatanasin¹⁴ พบว่าความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุด และจากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาในหอผู้ป่วยที่ประเทศเนปาล โดย Rana⁷ พบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า คือความคิดที่สัมพันธ์กับความสิ้นหวัง หรือความสามารถที่จะเผชิญเหตุการณ์ได้ จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความคิดอัตโนมัติที่นำไปสู่อารมณ์ทางลบ คือความคิดที่มองตนเองว่าไม่เคยประสบความสำเร็จ ซึ่งมีประโยชน์ทางคลินิกในการวางแผนให้การบำบัดรักษาเพื่อออกแบบการทำบำบัดที่มีความจำเพาะกับลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่จำเพาะและแตกต่างจากความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มประชากรกลุ่มเดียวคือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional) ไม่ได้มีการติดตามข้อมูลระยะยาวเพื่อดูผลของความคิดอัตโนมัติด้านลบ
3. เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีจำนวนมากและต้องใช้การคิดย้อนกลับ (recall) ซึ่งอาจส่งผลต่อความคาดเคลื่อนของข้อมูล

สรุป

ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นพบเกือบร้อยละ 30 จึงควรมีการคัดกรอง ป้องกันและรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคจิตเวชในครอบครัวของผู้ดูแลอาการชุกชุน/ทุนหันพันของเด็กสมาธิสั้น และความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น คือ “ทำไมฉันไม่เคยประสบความสำเร็จเลย” โดยเพิ่มความเสถียรต่อภาวะซึมเศร้าถึง 6 เท่า ดังนั้น จึงควรมีการคัดกรองและให้การดูแลบำบัดรักษาเบื้องต้นเพื่อป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา เจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูลมาทำการศึกษาค้นคว้า

References

1. ชาญวิทย์ พรณภตล. โรคชุน-สมาธิสั้น. ใน วินิตดา ปิยะศิลป์ และพนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น, 209-210. กรุงเทพฯ: ธนาพรเส; 2550.
2. อุมาพร ตรังคสมบัติ. สร้างสมาธิให้ลูกคุณ. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์; 2554.
3. Breslau N, Staruch KS, Mortimer EA. Psychological Distress in Mothers of Disabled Children. Am J Dis Child 1982; 136:682-86.
4. Segenreich D, Fortes D, Coutinho G, Pastura G, Mattos P. Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) students. Brazilian J Med Biol Res 2009; 42:465-9.
5. Charbonnier E, Caparos S, Trémolière B. The role of mothers' affiliate stigma and child's symptoms on the distress of mothers with ADHD children. J Ment Health 2018; 25: 1-7.

6. Batmaz S, Ahmet Yuncu O, Kocbiyik S. Assessing Negative Automatic Thoughts: Psychometric Properties of the Turkish Version of the Cognition Checklist. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2015; 9:e3444.
7. Rana M, Sthapit S, Sharma VD. Assessment of Automatic Thoughts in Patients with Depressive Illness at a Tertiary Hospital in Nepal. *J Nepal Med Assoc* 2017; 56:248-255.
8. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, et al. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia J Public Health* 2017; 6:34-38.
9. ลัดดา แสนสีหา. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบของวัยรุ่นตอนปลาย. (วิทยานิพนธ์)เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
10. Chungsirakulvit D, Reungdesh S. Validity of the Thai version of SNAP-IV for diagnosis of ADHD and ODD in children in 14th public region. *Journal of Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital* 2009; 9:11-19.
11. Puttisri S, Patcharee Punpanivh P, Pantungtong T, Sungprasit M. A Depression in Mothers of Children with ADHD. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2006; 51:213-23.
12. Siripongpan A, Putthisri S. Factor Affecting Mental Health of Mothers of Patients with Attention-Deficit Hyperactive Disorder (ADHD). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61:205-16.
13. Beck AT, Alford BA. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* 2nd ed. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press; 2009.
14. Vatanasin D, Hengudomsub P, Vatanasin S, Asarath T, Chupan S. Factors Predicting Depression among Health Science Students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2015: 23:31-47.