

พฤติกรรมเกราะและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา

วรุณา กลกิจโกวินท์ พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น*
พิสาสน์ เตชะเกษม พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเกราะในเด็กและวัยรุ่นและปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มาับการรักษาด้วยปัญหาพฤติกรรมเกราะ ที่หน่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2537 ถึง เดือนพฤษภาคม 2544 จำนวน 75 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย : เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยปัญหาพฤติกรรมเกราะ นำข้อมูลที่ได้มาศึกษา ลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเกราะ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ เช่น จำนวนพฤติกรรมเกราะ รูปแบบของการกระทำ ปัญหาในครอบครัว การมีโรคจิตอื่นร่วม การใช้ยา และผลการรักษา เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและผลการรักษา

ตัววัดสำคัญ : ลักษณะที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเกราะ ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและผลการรักษา

ผลการวิจัย : ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กมัธยม เป็นชายมากกว่าหญิง ช่วงอายุ 4 - 20 ปี อายุที่เริ่มแสดงอาการเฉลี่ย 10.9 ปี ใช้เวลาเฉลี่ย 1.6 ปี จึงมารับการรักษา เด็กที่มาพบมีอาการเพียง 1 อาการมากที่สุด อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ หนีเรียน ส่วนใหญ่ทำคนเดียว ครอบครัวมีปัญหาร้อยละ 73.3 ผู้ป่วยมีวินิจฉัยโรคอื่นร่วมด้วยร้อยละ 85.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาที่ไม่ดีขึ้น ได้แก่ 1) จำนวนพฤติกรรมเกราะมากกว่า 2 ชนิด 2) พฤติกรรมเกราะที่กระทำตามลำพัง 3) การมีจิตพยาธิสภาพของพ่อแม่ และ 4) การมีกลุ่มอาการก้าวร้าว การมีปัจจัยเหล่านี้จำนวนเท่าใดก็ตาม จะมีผลต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) และ การมีปัจจัยเหล่านี้หลายปัจจัยร่วมกัน จะมีผลต่อการรักษาที่ไม่ดีขึ้นมากขึ้น ($p = 0.008$)

สรุป : เด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเกราะ มักมาจากครอบครัวที่มีปัญหาและส่วนใหญ่มัวินิจฉัยโรคอื่นร่วมด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา ได้แก่ จำนวนพฤติกรรมเกราะมากกว่า 2 ชนิด พฤติกรรมเกราะที่กระทำตามลำพัง การมีจิตพยาธิสภาพของพ่อแม่ และการมีกลุ่มอาการก้าวร้าว จะมีผลต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Abstract

Conduct Behavior and Outcome Affecting Factors

Varuna Kolkijkovin MD*
Pisarn Techakasem MD*

Department of Psychiatry, BMA Medical College and Vajira Hospital

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

Objective : To study various factors relating to conduct behaviors in children and adolescents and to identify outcome affecting factors.

Research design : Descriptive study.

Subjects : Children and adolescents received treatment at Child Psychiatric Unit, Department of Psychiatry, BMA Medical College and Vajira Hospital from June 1994 to May 2001 for conduct behaviors. The study included 75 cases.

Methods : Data were collected from patient's psychiatric files. Data of patients with conduct behaviors were studied in various factors and the relationship of treatment outcome and factors such as number of conduct behaviors, pattern of behaviors, family problem, other diagnoses, use of medication, and relationship of outcome and its affecting factors.

Main outcome measures : Factors relating to conduct behaviors. Outcome affecting factors and outcome.

Results : Most of the patients were in secondary school, male outnumbered female. Age range was between 4 - 20 years. Age of onset averaged at 10.9 years. Mean time before treatment was 1.6 years. Mostly, patients had only 1 conduct symptom. Most frequent behavior was truancy. Patients usually acted alone. Majority (73.3%) had family problem. Most patients (85.3%) had other diagnoses. Factors which correlated with poor outcome included 1) having more than 2 behaviors, 2) behaviors acted out alone, 3) parental psychopathology and 4) aggression. Having any of these factors correlated with outcome with statistical significant difference ($p=0.005$) and increase in numbers of these factors correlated with poor outcome ($p=0.008$).

Conclusion : Children and adolescents with conduct behaviors usually came from disturbed families and had got other diagnoses. Factors related to outcome with statistical significance include having more than 2 behaviors, behaviors acted out alone, parental psychopathology and aggression.

Key words : conduct behavior, outcome affecting factors, children and adolescents

บทนำ

พฤติกรรมเกราะ เป็นหนึ่งในปัญหาทางจิตเวชของเด็กและวัยรุ่นที่ผู้ปกครองพามาปรึกษามากที่สุด¹ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นการกระทำที่ละเมิดสิทธิของผู้อื่นหรือกฎเกณฑ์ในสังคม เช่น การหนีเรียน การขโมย การรังแกผู้อื่น เป็นต้น จะนับว่ามีความผิดปกติเมื่อพฤติกรรมเกราะนั้นเกิดขึ้นเสมอเป็นเวลานาน และมีความรุนแรง สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ให้วินิจฉัยความผิดปกติของพฤติกรรมเกราะ (conduct disorder : CD) เมื่อมีพฤติกรรมเกราะอย่างน้อย 3 พฤติกรรมในระยะเวลา 1 ปี และอย่างน้อย 1 พฤติกรรมในระยะเวลา 6 เดือน โดยดูความรุนแรง เช่น การขโมยของที่ไม่ใช่เล็กน้อย หรือการโกหกที่ไม่ใช่การโกหกเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกลงโทษหรือดำเนินไปจนถึงพฤติกรรมรุนแรง เช่น การวางเพลิง²

ในสหรัฐอเมริกา CD ถือเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษามากที่สุด เนื่องจากการรักษาทำได้ยาก ต้องใช้เวลานาน ต้องการการช่วยเหลือทางสังคมหลายประการ เช่น การศึกษาพิเศษ ระบบศาลเยาวชนและครอบครัว สถานพินิจและคุ้มครองเด็ก ฯลฯ³ และ CD ยังมักพบร่วมกับการวินิจฉัยโรคอื่น เช่น ความผิดปกติของการเรียน (learning disorder : LD) การใช้สารเสพติด (substance abuse) โรคสมาธิสั้น (attention deficit/hyperactivity disorder : ADHD) เป็นต้น กล่าวกันว่าประมาณร้อยละ 70 ของ CD มีโรคอื่นร่วมด้วย³ การพบมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย ทำให้การรักษายาวนานและผลของการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ถ้าไม่ได้รับการรักษาโรคอื่นร่วมไปด้วย⁴

ครอบครัวของเด็กที่มี CD มีลักษณะที่พบร่วมกันหลายอย่าง เช่น การกระทำผิดกฎหมายและติดเหล้าในพ่อแม่ มีการ

ดูแลที่เห็นห่าง ไม่ได้ติดตามพฤติกรรมเด็ก มีลักษณะไม่สม่ำเสมอในการดูแล มีปัญหาระหว่างพ่อและแม่ ไม่ยอมรับเด็ก รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ดี เช่น คับแคบ แออัด รายได้ต่ำ มีการทะเลาะเบาะแว้ง

การรักษา CD ในปัจจุบัน เชื่อว่า ต้องรับรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาอื่นตามมา โดยการรักษาต้องกระทำร่วมกันทั้งการบำบัดปรับพฤติกรรมบุคคล เช่น cognitive-behavior therapy การรักษาครอบครัวที่ได้รับการวิจัยว่าได้ผลดี เช่น parent management training, functional family therapy, multisystemic therapy⁵ ร่วมกับการใช้ยา เช่น lithium, cabamazepine, bupropion และ methylphenidate ในกรณีที่มี ADHD ร่วม⁶ และยังคงต้องการการรักษาทางการศึกษาพิเศษ (special education) การแก้ไขทางสังคมสงเคราะห์

การรักษา CD ได้ผลไม่ดีนัก พบว่าร้อยละ 40 พัฒนาไปเป็นบุคลิกภาพผิดปกติแบบอันธพาล (antisocial personality disorder) ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตเวชที่รุนแรงและรักษายาก ปัจจัยที่พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรค ได้แก่ อายุที่เริ่มเป็น อาการเป็นแบบแอบทำหรือเปิดเผย ทำคนเดียวหรือทำเป็นกลุ่ม เป็นต้น⁷ ถ้าอายุที่เริ่มเป็นน้อยกว่า 10 ปี อาการเป็นแบบแอบทำและทำคนเดียว การพยากรณ์โรคจะไม่ดี

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมเกร ที่มารับการรักษาที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล วัดอุปประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมเกรในเด็กและวัยรุ่น และปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือป้องกันการเกิดพฤติกรรมเกรในเด็กและวัยรุ่นตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม

ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มารับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ด้วยปัญหาพฤติกรรมเกร ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2537 ถึง เดือนพฤษภาคม 2544 โดยมีผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมเกรทั้งสิ้น 81 ราย ได้ตัดออกจากการศึกษา 6 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่เป็นชาวพม่าแต่กำเนิด 1 ราย และเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อการรักษาที่อื่นอีก 5 ราย ทำให้ไม่สามารถทราบข้อมูลบางอย่างและไม่ทราบผลการรักษา ดังนั้นเหลือผู้ป่วยในการศึกษานี้ทั้งสิ้น 75 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยปัญหาพฤติกรรมเกร โดยดูข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ อายุ การศึกษา เชื้อชาติ ภูมิลำเนา ศาสนา เพศ ลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเกร ได้แก่ จำนวนพฤติกรรมเกร ลักษณะของพฤติกรรมเกรแบบต่างๆ เช่น ก้าวร้าว ขโมย หรือ หนีเรียน เป็นต้น รูปแบบการกระทำเกร ลักษณะปัญหาในครอบครัว การมีวินัยจรรยาบรรณอื่นร่วม และการใช้ยาในการรักษา ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และผลการรักษา เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและผลการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS และนำเสนอข้อมูล โดยใช้ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย หาค่าความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ Chi square test และ Fisher's exact test โดยถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ p-value เท่ากับหรือน้อยกว่า 0.05

นิยามตัวแปร

ผลการรักษา แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1. ผลการรักษาดีขึ้น หมายถึง ไม่มีอาการใหม่เกิดขึ้น หรือผู้ป่วยหรือญาติมีความเห็นว่าอาการดีขึ้น
2. ผลการรักษาไม่ดีขึ้น หมายถึง มีอาการใหม่เกิดขึ้น หรือผู้ป่วยหรือญาติมีความเห็นว่าอาการไม่ดีขึ้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 4-20 ปี อายุเฉลี่ย 12.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเด็กมัธยม รองมาคือประถม เป็นชายมากกว่าหญิง ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ และนับถือศาสนาพุทธ ดังตารางที่ 1

จากการศึกษาลักษณะของพฤติกรรมเกร พบว่าอายุที่เริ่มแสดงอาการเฉลี่ยคือ 10.9 ปี ใช้เวลาเฉลี่ย 1.6 ปี จึงมารับการรักษา เด็กและวัยรุ่นที่มาพบมีอาการเพียง 1 อาการมากที่สุด ร้อยละ 38.7 รองลงมาคือ 2 และ 3 อาการ พบ 4 อาการเพียง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.7 โดยแต่ละรายอาจมีพฤติกรรมเกรมากกว่า 1 อาการ อาการที่พบบ่อยที่สุดคือหนีเรียน ร้อยละ 52.0 รองลงมาคือ ขโมย ร้อยละ 49.3 ส่วนใหญ่มักทำคนเดียว ร้อยละ 57.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
อนุบาล	5	6.6
ประถม	23	30.7
มัธยม	44	58.7
ปวช, ปวส	2	2.7
มหาวิทยาลัย	1	1.3
สัญชาติ		
ไทย	74	98.7
อื่นๆ	1	1.3
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพฯ	57	76.0
ภาคกลาง	14	18.7
ภาคอีสาน	1	1.3
ภาคเหนือ	3	4.0
ศาสนา		
พุทธ	72	96.0
คริสต์	2	2.7
อิสลาม	1	1.3
เพศ		
ชาย	51	68.0
หญิง	24	32.0

ตารางที่ 2 ลักษณะของพฤติกรรมเกร

ลักษณะพฤติกรรมเกร	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนอาการ		
1 อาการ	29	38.7
2 อาการ	23	30.6
3 อาการ	21	28.0
4 อาการ	2	2.7
ลักษณะของอาการ		
กลุ่มก้าวร้าว (n = 34)		
ดื้อคน	26	34.7
ดื้อสัตว์	6	8.0
วางเพลิง	2	2.7
กลุ่มหลอกลวงไม่ซื่อสัตย์ (n = 47)		
ขโมย	37	49.3
โกหก	10	13.3
กลุ่มละเมิดกฎเกณฑ์ (n = 64)		
หนีเรียน	39	52.0
หนีจากบ้าน	18	24.0
พฤติกรรมทางเพศ	7	9.3
รูปแบบการกระทำเกร		
เดี่ยว	43	57.3
กลุ่ม	19	25.4
ทั้งกลุ่มและเดี่ยว	13	17.3

ตารางที่ 3 การวินิจฉัยโรคร่วมกับพฤติกรรมเกร

โรค	จำนวน	ร้อยละ
Substance abuse	30	40.0
Depression	12	16.0
Sexual abuse	11	14.7
Attention deficit hyperactivity disorder	10	13.3
Mental retardation, IQ dull normal	8	10.7
Physical abuse	6	8.0
Borderline psychopathology	6	8.0
Bipolar disorder	5	6.7
Impulse control disorder	3	4.0
Post traumatic stress disorder	2	2.7
Language disorder	2	2.7
Learning disorder	1	1.3
Enuresis	1	1.3

จากการศึกษาปัญหาครอบครัว พบว่า ครอบครัวมี
ปัญหาถึง 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.3 โดยแต่ละรายอาจมี
ปัญหาครอบครัวได้มากกว่า 1 อย่าง พบเป็นปัญหาหย่าร้างหรือ
แยกทางกันมากที่สุด ร้อยละ 45.3 รองลงมาคือ ปัญหาทะเลาะ
เบาะแว้ง ร้อยละ 38.7 พ่อหรือแม่มีจิตพยาธิสภาพ ร้อยละ 22.7
และพ่อหรือแม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 14.7 ตามลำดับ

จากการศึกษาการวินิจฉัยโรคร่วม พบว่าเด็กมีวินิจฉัย
โรคอื่นร่วมด้วย 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.3 โดยเป็นการใช้สาร
เสพติด (substance abuse) มากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ
โรคซึมเศร้า (depression) ร้อยละ 16.0 และการทารุณกรรม
ทางเพศ (sexual abuse) ร้อยละ 14.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

จากการศึกษาการใช้ยาในการรักษาพบว่า มีผู้ป่วยที่ต้อง
ใช้ยา 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.7 ส่วนใหญ่ของยาที่ใช้คือ
antidepressant ร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ anticonvulsant
ร้อยละ 16.0 และ antipsychotic ร้อยละ 9.3 ตามลำดับ

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และผลการรักษา พบว่า มีปัจจัยที่มีแนวโน้มว่ารักษาไม่ดีขึ้น ซึ่งมีเพียงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนและพฤติกรรมเกรี้ยวที่กระทำตามลำพัง ไม่ได้ทำเป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$) ส่วนลักษณะอื่นที่มีรักษาไม่ดีขึ้นคือ จำนวนพฤติกรรมมากกว่า 2 ชนิด พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสัตว์ การวางเพลิง และพ่อแม่มีจิตพยาธิสภาพ แต่ปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา

ปัจจัย	ผลการรักษา		p-value
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	
จำนวนพฤติกรรม			0.451
1	19	10	
2	12	11	
3	9	12	
4	1	1	
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อคน			0.040
มี	10	16	
ไม่มี	31	18	
พฤติกรรมก้าวร้าวต่อสัตว์			0.401
มี	2	4	
ไม่มี	39	30	
พฤติกรรมวางเพลิง			0.202
มี	0	2	
ไม่มี	41	32	
รูปแบบการกระทำเกร			0.040
เดี่ยว	19	24	
กลุ่ม	15	4	
ทั้งสองแบบ	7	6	
ปัญหาในครอบครัว			0.278
มี	28	27	
ไม่มี	13	7	
จิตพยาธิสภาพของพ่อ / แม่			0.068
มี	6	11	
ไม่มี	35	23	
การวินิจฉัยโรคร่วม			0.745
มี	34	30	
ไม่มี	7	4	
การใช้ยา			0.411
ใช้	19	19	
ไม่ใช้	22	15	

เมื่อนำปัจจัยที่มีแนวโน้มว่าจะมีผลต่อการรักษาโรคที่ไม่ดีขึ้นหรืออาจเรียกว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) จำนวนของพฤติกรรมเกรมากกว่า 2 ชนิด 2) พฤติกรรมเกรที่กระทำตามลำพัง 3) การมีจิตพยาธิสภาพของพ่อแม่ และ 4) การมีกลุ่มอาการก้าวร้าว ได้แก่ ก้าวร้าวต่อคน, สัตว์ และวางเพลิง มาหาความสัมพันธ์กับผลการรักษา พบว่าการมีปัจจัยเหล่านี้จำนวนเท่าใดก็ตามอย่างน้อย 1 ปัจจัย จะมีผลต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$) และการมีปัจจัยเหล่านี้หลายปัจจัยรวมกัน จะมีผลต่อการรักษาที่ไม่ดีขึ้นมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา และผลการรักษา

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา	ผลการรักษา		p-value
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	
การมีปัจจัย			0.005
มี (≥ 1 ปัจจัย)	30	33	
ไม่มี	11	1	
จำนวนปัจจัย			0.008
0	11	1	
1	17	12	
2	10	11	
3	3	6	
4	0	4	

วิจารณ์

ความผิดปกติของพฤติกรรมเกร (conduct disorder : CD) เป็นการวินิจฉัยที่พบได้บ่อยและยากต่อการรักษา Sula Wolff⁸ ถือว่า CD เป็นการวินิจฉัยที่ไม่ได้บอกสาเหตุและที่มาของโรค จิตแพทย์ที่ดีควรหาสาเหตุของโรคและวินิจฉัยภาวะอื่นที่พบร่วมและรักษาร่วมไปกับ CD ในโรคที่พบร่วมพบถึงร้อยละ 84-96⁹ โดยโรคที่พบร่วมมากที่สุดคือ ADHD¹⁰ ในการศึกษานี้พบโรคร่วม ร้อยละ 85.3 แต่พบโรคร่วมที่มากที่สุดคือ substance abuse (ร้อยละ 40.0) ซึ่งเกือบทั้งหมดคือ amphetamine หรือยาบ้า ซึ่งกำลังระบาดในเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่นในประเทศไทยขณะนี้ หากดูในอันดับถัดลงมาจะพบ depression (ร้อยละ 16.4), sexual abuse (ร้อยละ 14.7) และ ADHD (ร้อยละ 13.3) จากการศึกษาในประเทศไทยของ อรรถวรรณ เลาห์ธัญ

และคณะ ที่ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช พบ ปัญหาที่พบร่วมคือปัญหาการเรียน ร้อยละ 86.6 โรคที่พบร่วมคือ ADHD, depression, LD และ organic brain syndrome¹¹

การรักษา CD จะได้ผลดีหากมีการตรวจพบและรับรักษา⁷ ตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM IV² กำหนดต้องให้มีอาการอย่างน้อย 3 อาการใน 1 ปี และ 1 อาการ ใน 6 เดือน จึงจะวินิจฉัยได้ การศึกษานี้ได้ศึกษาพฤติกรรมเกร (conduct behavior) ทั้งหมด เพื่อวิเคราะห์ว่าปัจจัยใดบ้างที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดี หรืออีกนัยหนึ่งทำให้การพยากรณ์โรค ไม่ดี แม้ว่าจำนวนอาการและเวลา จะไม่เข้าตามเกณฑ์วินิจฉัย CD ก็ตาม เนื่องจากต้องการศึกษาปัจจัยตั้งแต่เด็กและวัยรุ่นเริ่ม มีอาการ

ในการเสนอของคณะกรรมการจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น แห่งสหรัฐอเมริกา (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)¹⁰ โดยทำการรวบรวมเอกสารและ ข้อมูลทางคลินิก พบปัจจัยมากมายที่มีผลต่อการรักษา ได้แก่ การมีวินัยโรคร่วม อายุที่เริ่มเป็น แสดงอาการแบบปิดบังหรือ ซัดเจน การมีความสัมพันธ์ทางสังคมหรือไม่ และความเครียด ขณะแสดงอาการ

ผลของการศึกษานี้อาจแตกต่างจากการวิเคราะห์ของ AACAP เช่น ไม่พบว่าอายุที่เริ่มเป็นหรือโรคที่เป็นร่วม เกี่ยวข้องกับผลการรักษา ทั้งนี้อาจเกิดจาก

- 1) งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีเฉพาะที่มารักษาในวิทยาลัยแพทย- ศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเท่านั้น
- 3) ผลความแตกต่างด้านวัฒนธรรม

ในประเทศไทย มีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ CD¹¹⁻¹⁴ ทั้งหมดเป็นรายงานเชิงประชากรศาสตร์ ซึ่งพบลักษณะ คล้ายกับรายงานจากต่างประเทศ เช่น ครอบครัวแตกแยก พบ ในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง แต่ไม่มีรายงานที่เสนอในรูปแบบ การวิเคราะห์หาปัจจัยที่ทำให้ CD ยากต่อการรักษา

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และผลการ รักษา ไม่พบว่ามีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่จะมีผลต่อการรักษาโดยตรง มีเพียงพฤติกรรมก้าวร้าวต่อคนและพฤติกรรมเกรที่กระทำตาม ลำพัง ที่มีจำนวนที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้นแตกต่างจากจำนวนที่รักษา แล้วดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$) แต่ถ้าหากนำ ปัจจัยต่างๆ มาวิเคราะห์ในลักษณะดูความแตกต่างของผลการ รักษา ถ้าเด็กและวัยรุ่นมีปัจจัยเสริมกัน (cumulative effect) จะทำให้ผลการรักษาแย่งหรือไม่ ถ้าใช้ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา 4 ปัจจัย คือ

- 1) จำนวนพฤติกรรมเกรมากกว่า 2 ชนิด
- 2) พฤติกรรมเกรที่กระทำตามลำพัง
- 3) การมีจิตพยาธิสภาพของพ่อแม่
- 4) การมีกลุ่มอาการก้าวร้าว

มาหาความสัมพันธ์กับผลการรักษา พบว่าการมีปัจจัย เหล่านี้จำนวนเท่าใดก็ตามอย่างน้อย 1 ปัจจัย จะมีผลต่อการ รักษาที่ไม่ดีขึ้นมากกว่าการไม่มีปัจจัยเหล่านี้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p=0.005$) และการมีจำนวนปัจจัยเหล่านี้ที่เพิ่มขึ้นจะ ทำให้การรักษาได้ผลน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) อาจกล่าวได้ว่าการมีปัจจัยเหล่านี้ อาจช่วยบอกถึงการพยากรณ์ โรคที่ไม่ดีของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมเกร ซึ่งทำให้ ยากต่อการรักษา เพราะฉะนั้นในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มาด้วย ปัญหาพฤติกรรมเกร ควรให้การช่วยเหลือรักษาและป้องกันตั้ง ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม

สรุป

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยปัญหา พฤติกรรมเกร มีอายุเฉลี่ย 12.5 ปี เป็นชายมากกว่าหญิง อายุ ที่เริ่มมีอาการเฉลี่ย 10.9 ปี อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ หนีเรียน ครอบครัวมีปัญหาถึงร้อยละ 73.3 มีวินัยโรคร่วมด้วยร้อยละ 85.3 และพบปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา 4 ปัจจัย คือ จำนวน พฤติกรรมเกรมากกว่า 2 ชนิด พฤติกรรมเกรที่กระทำตามลำพัง การมีจิตพยาธิสภาพของพ่อแม่ และการมีกลุ่มอาการก้าวร้าว ซึ่งมีผลต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม การนำผลการศึกษานี้ไปใช้ ต้องกระทำ ด้วยความระมัดระวัง และหากจะสรุปหาปัจจัยที่มีผลต่อการ รักษาหรือปัจจัยที่จะบอกการพยากรณ์โรคที่แท้จริงในเด็กไทย ยังคงต้องมีการศึกษาวิจัยที่กว้างขวางและลึกซึ้งขึ้นอีก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงมานา คงพัฒนะโยธิน ศูนย์วิจัย โรคเอดส์ สภากาชาดไทย ที่ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และขอขอบคุณหัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่อนุญาตให้ นำ รายงานนี้มาเสนอได้

เอกสารอ้างอิง

1. Kazdin AE. Practitioner review : psychosocial treatments for conduct disorder in children. *J Child Psychol Psychiat* 1997;38:161-78.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994.
3. Robins LN. Epidemiological approaches to natural history research : antisocial disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1981;20:566-680.
4. วัณเพ็ญ บุญประกอบ. Behavior disorders in children. ใน : จุฬารัตน์ มหาสันทนะ, บรรณาธิการ. *กุมารเวชศาสตร์ก้าวหน้า*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ชัยเจริญ, 2536:33-54.
5. Diamond GS, Serrano AC, Dickey M, Sonis WA. Current status of family-based outcome and process research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:6-16.
6. Fava M. Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:427-51.
7. AACAP Official Action. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1482-5.
8. Wolff S. Non-delinquent disturbances of conduct. In : Rutter M, Hersor L, eds. *Child and adolescent psychiatry, modern approaches*. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1985:400-14.
9. Hinshaw SP, Lahey BB, Hart EL. Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Dev Psychopathol* 1983;5:31-49.
10. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(suppl):1225-395.
11. อรรถธรณ เลาะห์ธณ, วัณเพ็ญ บุญประกอบ, ณัฐดี ณ มโนรม. การศึกษาพฤติกรรมแปรปรวนในเด็กวัยเรียน. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2537;33:100-6.
12. สุภา มาลากุล, นวี สิงหวิสัย, สมทรง สุวรรณเลิศ, ลัดดา อะยะวงศ์, สมจิตร พิมพ์นิตย์, สุพิศ ศาสตระสิงห์ และคณะ. การศึกษาเรื่องเด็กที่มีพฤติกรรมแปรปรวน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 2516;4:1-29.
13. ศรีธรรม ธนะภูมิ, สมประดี คูจินดา, สุกวัลภ์ หินแก้ว, สุมาลย์ โสดศิริ. ความประพฤดีไม่เหมาะสมในเด็ก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2507;9:277-84.
14. วัณเพ็ญ บุญประกอบ. อุบัติการณ์การเจ็บป่วยจิตเวชเด็ก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2519;21:293-307.