

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของ ผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มารักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช Prevalence and Associated Factors of Depression Among The Primary Caregivers of Patients with ADHD at Chaophrayayommarat Hospital in Thailand.

การะวี ชโลธร พ.บ.,
ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น
กลุ่มงานจิตเวช
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช
จังหวัดสุพรรณบุรี

Parawee Chalotorn M.D.,
Dip., Thai Board of Child and Adolescent Psychiatry
Division of Psychiatry
Chaophrayayommarat Hospital
Suphan Buri

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มารักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

วิธีการทำวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ช่วงเดือน มิถุนายน 2563-กันยายน 2563 ทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่จำนวน 197 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและผู้ป่วยสมาธิสั้น แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ปกครอง หากคะแนนแบบประเมินอาการซึมเศร้าเข้าเกณฑ์จะได้รับการสัมภาษณ์ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละและสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง โดยใช้ chi-square test และ multiple logistic regression

ผลการศึกษา: พบว่าผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้นมีภาวะซึมเศร้า ผ่านเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยง 57 ราย (ร้อยละ 28.9) และผู้ที่ได้รับการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยพบ 32 ราย (ร้อยละ 16.2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ปกครองที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผลการเรียนรู้เฉลี่ยของผู้ป่วยที่ดูแล ($p = .002$)

สรุป: ควรเฝ้าระวังและมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียน และตระหนักถึงความสามารถในการเรียนของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นร่วมด้วย

คำสำคัญ : สมาธิสั้น ซึมเศร้า ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น

วารสารแพทยเขต 4-5 2564 ; 40(3) : 429-38.

Abstract

Objective: This was to determine the prevalence and associated factors of depression among primary caregivers of children and adolescents with ADHD at Chaophrayayommarat Hospital in Thailand.

Methods: This is a cross-sectional descriptive study. A total of 197 caregivers participated in the study. This study was conducted from June to September 2020 by initially assessing depressive symptoms in primary caregivers accompanying children and adolescents with ADHD, using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Depression Test Questionnaire, and participants' sociodemographic background. A study respondent who rated 7 and above was regarded as having depression. The psychiatrist accordingly interviewed them for verifying the diagnosis. The data were analyzed by using descriptive statistics and chi-square test, multiple logistic regression to compare the association between depression symptoms and baseline characteristic in this population of the study.

Results: Of the 197 caregivers that completed the study, the percentage of caregivers with probable depressive disorder were 28.9% (n = 57) of these, 16.2% (n = 32) were diagnosed by the psychiatrist with depression. School records of the caretakers were significant associated factors for the development of depression in caregivers found in this study (p = .022).

Conclusion: The depression in caregivers causes a great psychophysiological burden. Early intervention and diagnosis of these caregivers are important to offering appropriate support and treatment, especially in ADHD caregivers, with the school and behavioural issues.

Keywords : attention deficit hyperactivity disorder(ADHD), caregivers, depression

Received : Jan 23, 2021; Revised : Feb 21, 2021; Accepted : Apr 20, 2021

Reg 4-5 Med J 2021 ; 40(3) : 429-38.

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD) พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น¹ การศึกษาโรคสมาธิสั้นในเด็กต่างประเทศพบความชุกร้อยละ 5-12 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-5:1² กรมสุขภาพจิต ได้ทำการศึกษาในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาทั่วประเทศพบความชุกร้อยละ 8.1 โดยมีความชุกในเพศชายร้อยละ 12 และเพศหญิงร้อยละ 4.2³ โรคสมาธิสั้นนั้นประกอบ

ด้วยอาการผิดปกติในด้านพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) ขนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) และทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเริ่มแสดงอาการตั้งแต่วัยเด็ก⁴

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่เกิดจากพัฒนาการที่บกพร่องของสมอง (neurodevelopmental disorder) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของพฤติกรรม อารมณ์

การเรียนรู้ และการเข้าสังคมกับผู้อื่น⁵ ทำให้เกิดผลกระทบต่ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ไม่นิ่ง อารมณ์หงุดหงิดง่าย ไม่อดทน รอคอย จึงมักตามมาด้วยพฤติกรรมกรีดร้อง อาละวาด แผลเสียงดัง (temper tantrum) เวลาไม่ได้ดังใจ ทำให้มีปัญหาสัมพันธ์ทางกับผู้ป่วยครอง นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บสูงกว่าเด็กปกติ ส่วนในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสมาธิเป็นอาการเด่น มักจะประสบปัญหาการเรียนรู้ช้ากว่าปกติ เนื่องจากมีอาการวอกแวก เหม่อลอย อีกทั้งเด็กสมาธิสั้นมักมีโรคร่วมทำให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและปัญหาอารมณ์รุนแรงขึ้น เช่น โรคดื้อต่อต้าน (oppositional defiant disorder; ODD) โรควิตกกังวล ภาวะบกพร่องทางการสื่อสาร (communication disorders) เป็นต้น⁶ ปัญหาข้างต้นทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลของผู้ปกครอง

จากพฤติกรรมและปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองที่มีบุตรสมาธิสั้น โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตของผู้ปกครอง เพราะประสบปัญหาในการควบคุมเลี้ยงดู เนื่องจากต้องดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้น เช่น การรับประทานยา การพามาตรวจรักษา การปรับพฤติกรรม รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย⁷

มีการศึกษาพบว่า ปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ทำให้เกิดความเครียดในมารดาของผู้ป่วย โรคสมาธิสั้นมากกว่ามารดาของเด็กปกติ และยิ่งมารดาที่มีความเครียดในการเลี้ยงดูผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมากเท่าไร ยิ่งส่งผลกระทบต่อการเลี้ยงดูเด็กมากเท่านั้น⁸ ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ได้ทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและแยกตัวจากสังคม ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมของลูก มีหลายการศึกษาที่พบว่า มารดาของเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนภาวะซึมเศร้าและความสุขของการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่ามารดาของเด็กปกติ⁹ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า พ่อแม่ของเด็กที่มีโรคร่วมหลายโรคจะมีปัญหาซึมเศร้า เครียดและรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น¹⁰

Minichil และคณะ¹¹ พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กที่มีโรคทางจิตเวชถึงร้อยละ 64 และสัมพันธ์กับการที่ไม่มีผู้ช่วยในการดูแลและระยะของโรคที่เป็นมานาน ภาวะซึมเศร้าในมารดานั้นจะส่งผลกระทบต่อเด็กโดยจะไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในเด็ก ขณะที่มารดามีภาวะซึมเศร้าจะมีการตอบสนองต่อปฏิสัมพันธ์กับเด็กช้า มีการตำหนิเด็กอย่างรุนแรง มีความจำกัดในการกำหนดกฎเกณฑ์และการสร้างวินัย และเป็นแบบอย่างทางอารมณ์ที่เด็กจะเลียนแบบ⁹

ในการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กมักใช้ยาและการปรับพฤติกรรมร่วมด้วย ดังนั้นบทบาทของผู้ปกครองจึงมีความสำคัญต่อการรักษา เนื่องจากในต่างจังหวัดบิดามารดามักไปทำงานต่างถิ่นและให้บุตรอยู่กับญาติ เช่น ปู่ย่าตายาย ซึ่งต้องรับหน้าที่ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นแทน ผู้ทำวิจัยจึงสนใจทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้นที่เข้ารับรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลเจ้าพระยาเมธยา ซึ่งยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อนและผลการวิจัยนี้จะประโยชน์ในการค้นพบผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และเป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยสมาธิสั้นอย่างเป็นองค์รวมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มารักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาเมธยา

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลระหว่างมิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2563 โครงการศึกษาค้นคว้านี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเจ้าพระยาเมธยา จังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน

พ.ศ. 2563 รหัสโครงการ YM016/2563 ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จำนวน 197 ราย ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ปกครองที่มีความบกพร่องด้านการมองเห็น การฟัง และระดับสติปัญญา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวทางกาย โรคประจำตัวทางจิตเวช การมีผู้ช่วยในการเลี้ยงดูเด็ก ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย ระยะเวลาที่เริ่มเข้ารับการรักษา ชนิดของโรคสมาธิสั้น โรคร่วมทางจิตเวช

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม โดยมีค่า sensitivity ร้อยละ 86.15, specificity ร้อยละ 83.12 ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีอาการเลยให้ค่าเท่ากับ 0 คะแนน เป็นบางวันให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน = 2 และเป็นทุกวันให้ค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน จุดตัดของคะแนนคือ ตั้งแต่ 7 ขึ้นไปเมื่อประเมินตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าพบว่า ช่วงค่าคะแนน 7-12 เป็นระดับเล็กน้อย ช่วงค่าคะแนน 13-17 เป็นระดับปานกลาง ช่วงค่าคะแนน 18 ขึ้นไปเป็นระดับรุนแรง¹²

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาจะได้รับการติดต่อและสอบถามความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยผู้ช่วยวิจัยซึ่งมิได้เป็นแพทย์ผู้รักษา ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยจะได้รับคำอธิบายเพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการใช้แบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม และทำหน้าที่ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วย ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกแบบสอบถามและแบบประเมินโดยอิสระประมาณ 15 นาที หากคะแนนแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามเข้าเกณฑ์ ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์และให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวทางกาย การมีผู้ช่วยในการเลี้ยงดูเด็ก ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย ระยะเวลาที่เริ่มเข้ารับการรักษา ชนิดของโรคสมาธิสั้น โรคร่วมทางจิตเวชของเด็ก ในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ ใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง จากนั้นนำปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจาก univariate analysis มาใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์แบบลอจิสติก (logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS รุ่น 21 กำหนดค่า $p < .05$ ถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 197 ราย เป็นเพศชาย 36 ราย (ร้อยละ 18.3) เพศหญิง 161 ราย (ร้อยละ 81.7) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 40.1) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมร้อยละ 38.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,000-15,000 บาท (ร้อยละ 53.6) มีผู้ช่วยเหลือดูแลเด็ก (ร้อยละ 44.6) พบว่ามีผู้ปกครองที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคประจำตัวทางจิตเวชกำลังได้รับการรักษา 2 คน

(ร้อยละ 1) และนับรวมในความชุกของการศึกษาครั้งนี้ โรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ป่วยสมาธิสั้นที่พบมาก 3 ลำดับแรกของการศึกษานี้มีดังนี้ โรคการเรียนรู้บกพร่อง (learning disability) จำนวน 25 ราย ร้อยละ 12.7 โรคสติปัญญาบกพร่อง (intellectual disability) จำนวน 21 ราย ร้อยละ 10.7 โรคออทิสติก (autistic spectrum disorder) จำนวน 11 ราย ร้อยละ 5.6

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น โดยการทำแบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) พบผู้ที่ผ่านเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยง 57 ราย (ร้อยละ 28.9) และผู้ที่ได้รับการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยพบ 32 ราย (ร้อยละ 16.2) ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้น

	จำนวน	ร้อยละ
เข้าเกณฑ์แบบประเมิน 9Q	57	28.9
วินิจฉัยภาวะซึมเศร้าโดยจิตแพทย์	32	16.2

นำปัจจัยที่ศึกษามาวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ การมีโรคร่วมทางจิตเวชของเด็กและผลการเรียนเฉลี่ย ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่ศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ดังตารางที่ 1 และ 2 จากนั้นนำปัจจัย

ที่สัมพันธ์มาวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression พบว่าปัจจัยในเรื่องผลการเรียนเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของเด็กสมาธิสั้น ($p = .002$) ตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ปัจจัยจากผู้ปกครองที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยวิธี univariable analysis

ปัจจัย	ทั้งหมด จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 165 คน จำนวน(ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า จำนวน 32 คน จำนวน(ร้อยละ)	P-value
เพศ				
- ชาย	36 (18.3)	31 (18.8)	5 (15.6)	.806
- หญิง	161 (81.7)	134 (81.2)	27 (84.4)	
อายุ				
- 20-30	23 (11.7)	18 (10.9)	5 (15.6)	.807
- 31-40	79 (40.1)	67 (40.6)	12 (37.5)	
- 41-50	53 (26.9)	46 (27.9)	7 (21.9)	
- 51-60	27 (13.7)	22 (13.3)	5 (15.6)	
- 61-70	12 (6.1)	9 (5.5)	3 (9.4)	
- 71-80	3 (1.5)	3 (1.8)	0 (0)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยจากผู้ปกครองที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยวิธี univariable analysis (ต่อ)

ปัจจัย	ทั้งหมด จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 165 คน จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า จำนวน 32 คน จำนวน (ร้อยละ)	P-value
ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้รับการศึกษา, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษา	128 (65.3)	104 (63)	24 (75)	.273
- ปวช/ปวส-ปริญญาตรีขึ้นไป	68 (34.7)	61 (37)	8 (25)	
อาชีพ				
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19 (9.6)	15 (9.1)	4 (12.5)	.808
- ธุรกิจส่วนตัว	28 (14.2)	24 (14.5)	4 (12.5)	
- รับจ้าง	86 (43.7)	72 (43.6)	14 (43.8)	
- ทำการเกษตร	26 (13.2)	21 (12.7)	5 (15.6)	
- ว่างาน	18 (9.1)	17 (10.4)	1 (3.1)	
- อื่นๆ	20 (10.2)	16 (9.7)	4 (12.5)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
- < 5,000	54 (27.8)	43 (26.6)	11 (34.4)	.863
- 5,000–15,000	104 (53.7)	87 (53.7)	17 (53.1)	
- 15,001–25,000	22 (11.4)	19 (11.7)	3 (9.4)	
- 25,001–35,000	9 (4.6)	8 (4.9)	1 (3.1)	
- 35,001–45,000	3 (1.5)	3 (1.9)	0 (0)	
- >45,000	2 (1)	2 (1.2)	0 (0)	
โรคประจำตัวทางกาย				
- ไม่มี	151 (76.6)	128 (77.6)	23 (71.9)	.639
- มี	46 (23.4)	37 (22.4)	9 (28.1)	
ผู้ช่วยดูแลเด็กในครอบครัว				
- ไม่มี	108 (55.4)	94 (57.7)	14 (43.7)	.210
- มี	87 (44.6)	69 (42.3)	18 (56.3)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยจากผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยครองของผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยวิธี univariable analysis

ปัจจัย	ทั้งหมด จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 165 คน จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า จำนวน 32 คน จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ				
- ชาย	150 (76.1)	130 (78.8)	20 (62.5)	.111
- หญิง	47 (23.9)	35 (21.2)	12 (37.5)	
โรคร่วมทางจิตเวชของเด็ก				
- ไม่มี	93 (47.2)	85 (51.5)	8 (25)	.011
- มี	104 (52.8)	80 (48.5)	24 (75)	
เวลาในการรักษา (เดือน)				
- < 6	69 (35.0)	53 (32.1)	16 (50)	.082
- ≥6	128 (65.0)	112 (67.9)	16 (50)	
อายุเด็ก(ปี)				
- 0-6	18 (9.1)	16 (9.7)	2 (6.3)	.776
- 7-18	179 (90.9)	149 (90.3)	30 (93.7)	
ผลการเรียนเกรดเฉลี่ย				
- < 2	67 (36.8)	47 (31.3)	20 (62.5)	.002
- 2-4	115 (63.2)	103 (68.7)	12 (37.5)	
ประเภทของโรคสมาธิสั้น				
- hyperactive	99 (50.2)	84 (50.9)	15 (46.9)	.166
- inattentive	22 (11.2)	21 (12.7)	1 (3.1)	
- combined	76 (38.6)	60 (36.4)	16 (50)	

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยครองของผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยวิธี multiple logistic regression

ปัจจัยที่ศึกษา	Odds ratio	P-value	95% CI
ผลการเรียนเฉลี่ย	0.349	.022	0.141, 0.859
โรคร่วมทางจิตเวชของเด็ก	2.285	.100	0.853, 6.118

วิจารณ์

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน 197 คน ในครั้งนี้พบว่า ผู้ปกครองที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด โดยรวมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเดิมเท่าที่มีจำนวน 32 ราย (ร้อยละ 16.2) ซึ่งมากกว่าความชุกโรคซึมเศร้าในกลุ่มประชากรไทย ตามรายงานการศึกษาเรื่องความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต ปี 2556¹³ ซึ่งพบร้อยละ 1.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Durukan และคณะ¹⁴ พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลของแม่ที่มีลูกเป็นสมาธิสั้นสูงกว่าประชากรทั่วไป ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองในการศึกษานี้น้อยกว่าการศึกษาของ สุวรรณิ พุทธิศรี⁹ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้นโดยใช้แบบสอบถาม Thai Depression Inventory (TDI) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในมารดา และไม่มีการสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัย พบว่ามีมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 34.7 และน้อยกว่าของ Harrison¹⁵ ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าในบิดามารดาของเด็กสมาธิสั้นร้อยละ 21 โดยใช้เครื่องมือ Beck depression inventory

ผลการคัดกรองได้จำนวนที่เข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้ามาก่อนน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ อาจเป็นเพราะการตอบคำถามด้วยตนเอง ทำให้ผู้ปกครองอาจมีแนวโน้มจะประเมินอาการของตนเองน้อยกว่าความเป็นจริง และเนื่องจากสังคมไทยต่างจังหวัดมีสมาชิกในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือในการเลี้ยงดูผู้ป่วยสมาธิสั้น อาจทำให้ความเครียดในผู้ดูแลหลักลดลง ซึ่งการดูแลเด็กตามลำพังนั้นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองตามการศึกษาของ Balushi และคณะ¹⁶

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยแบ่งปัจจัยที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือ ปัจจัยจากผู้ปกครอง และกลุ่มที่สองคือ ปัจจัยจากผู้ป่วย

โรคสมาธิสั้น จากการศึกษาไม่พบปัจจัยจากผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่มีภาวะซึมเศร้าคือ ปัจจัยจากผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ได้แก่ การมีโรคร่วมทางจิตเวชของเด็กสมาธิสั้น และผลการเรียนเฉลี่ย ซึ่งในการศึกษานี้โรคที่พบร่วมในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคการเรียนรู้บกพร่อง โรคสติปัญญาบกพร่อง และโรคออทิสติก การมีโรคร่วมดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน การสื่อสารบอกความต้องการ และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่ไม่สมวัย ทำให้ผู้ปกครองตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ยากและเกิดปัญหาพฤติกรรมตามมา ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลสิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อความควบคุมอารมณ์ของผู้ปกครองเป็นอย่างยิ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Rockhill และคณะ¹⁰ พบว่า พ่อแม่ของผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคดื้อต่อต้าน โรควิตกกังวล จะมีปัญหาเครียด ซึมเศร้า และรู้สึกเป็นภาระในการเลี้ยงดูเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Balushi และคณะ¹⁶ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลคือ การมีรายได้น้อย การเป็นผู้ดูแลเด็กเพียงลำพัง และชนิดของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ hyperactive และ combined type

แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติเพิ่มเติม (logistic regression) พบว่าปัจจัยในเรื่องของโรคร่วมทางจิตเวชของเด็กสมาธิสั้นไม่ได้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง แต่พบว่า ผลการเรียนเฉลี่ยเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อารีรัตน์ สิริพงศ์พันธ์⁸ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ในปัจจัยเรื่องผลการเรียนที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของมารดาผู้ป่วยสมาธิสั้น อาจเกิดจากในปัจจุบันมีการแข่งขันสูงขึ้นด้านการเรียน และโรงเรียนต่างๆ ยังใช้ผลการเรียนเป็นหลักในการประเมินความสามารถของเด็ก อาจทำให้ผู้ปกครองมีความใส่ใจกับความสามารถในการเรียนของเด็กค่อนข้างมาก อีก

ทั้งงานวิจัยนี้ศึกษาในชุมชนต่างจังหวัด ซึ่งผู้คนในชุมชน
มักมีความรู้จักคุ้นเคยกันอาจจะมีการเปรียบเทียบ
ผลการเรียนของบุตรหลานเมื่อการผลเรียนของเด็กมี
ปัญหาอาจทำให้ผู้ปกครองมีความเครียดและซึมเศร้าได้
การศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาที่เริ่มรักษาไม่มี
ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างกับการศึกษา
ของ สุวรรณิ พุทธิศรี⁹ ที่พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาที่เด็ก
ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซึมเศร้า โดยพบว่าหากมีการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น
มานานกว่า 12 เดือน จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า
ในมารดาประมาณ 4 เท่า ซึ่งอาจเกิดจากการแบ่ง
ช่วงการเก็บข้อมูลของระยะเวลาที่เริ่มรักษามีความ
แตกต่างกันและกลุ่มประชากรของงานวิจัยนี้เริ่มรักษา
ได้ไม่นานเพราะอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการตั้งแผนกจิตเวช
เด็กและวัยรุ่น

ข้อจำกัดในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ การตอบ
แบบสอบถามคัดกรองเป็นการตอบแบบสอบถามด้วย
ตนเอง ผู้ปกครองอาจไม่ตอบตามความเป็นจริงทั้งหมด
จึงทำให้มีจำนวนผู้เข้าเกณฑ์ภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า
ความเป็นจริง การศึกษานี้เป็น cross-sectional study
ความชุกของภาวะซึมเศร้าข้อมูลและปัจจัยต่างๆ เป็น
ข้อมูลที่ได้ ณ เวลาที่ทำการศึกษา อาจมีการเปลี่ยนแปลง
เมื่อเวลาเปลี่ยนไปได้ และนอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นๆ
ที่อาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองที่ผู้วิจัยไม่ได้
ทำการศึกษา เช่น ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น
ในผู้ป่วย ปัญหาที่โรงเรียน สถานภาพสมรสของ
ผู้ปกครอง ลักษณะการเลี้ยงดู ความรุนแรงของภาวะ
ซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดู เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาค้นต่อไป
จึงควรพิจารณาเรื่องแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า
เพิ่มการศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้นและศึกษา
ปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม

สรุป

ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่มารับการบริการ
ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาเมธยา มีความชุกของภาวะ
ซึมเศร้า โดยการทำแบบสอบถาม Patient Health
Questionnaire (PHQ-9) พบผู้ที่ผ่านเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยง
ร้อยละ 28.9 และผู้ที่ได้รับการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เพื่อ
ยืนยันการวินิจฉัยพบ ร้อยละ 16.2 ปัจจัยที่ความสัมพันธ์
กับผู้ปกครองที่มีภาวะซึมเศร้าคือ ผลการเรียนเฉลี่ย
ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น
จึงควรตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง
ควรให้การวินิจฉัยและรักษาในผู้ปกครองร่วมด้วย เพื่อ
ให้การรักษาเด็กสมาธิสั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ศิริไชย หงส์สงวนศรี, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์.
โรคสมาธิสั้น. ใน: มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์
สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รายาธิบัติ.
พิมพ์ครั้งที่ 4: กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบัติ
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558. หน้า 541–51.
- วิฐารณ บุญสิทธิ, ศิริไชย หงส์สงวนศรี, ปราโมทย์
สุคนิษฐ์, และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแล
รักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัด
สำหรับกุมารแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ
12 สิงหาคม 2557]; เข้าถึงได้จาก: [http://www.
thaipediatrics.org/attchfile/CPG_ADHD_
Final.pdf](http://www.thaipediatrics.org/attchfile/CPG_ADHD_Final.pdf)
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โซชิดา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์
วชิรดิถก, และคณะ. ความสุขโรคสมาธิสั้น
ในประเทศไทย, วารสารสุขภาพจิตแห่ง
ประเทศไทย. 2556;21(2):66–75.
- วิฐารณ บุญสิทธิ. โรคสมาธิสั้น:การวินิจฉัยและ
การรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย. 2555;57(4):373–86.

5. ชาญวิทย์ พรนภดล, วินัดดา ปิยะศิลป์, จิตราภรณ์ จิตรธร, และคณะ. การพัฒนาแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นไทยอายุระหว่าง 3-18 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557; 59(4):335-54.
6. ชาญวิทย์ พรนภดล. ผลกระทบและการดำเนินโรค. ใน: ชาญวิทย์ พรนภดล, บรรณาธิการ. โรคสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ: ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561. หน้า 347-65.
7. ดลฤดี แดงน้ำคู้. ความเครียดของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
8. อาริรัตน์ สิริพงศ์พันธ์, สุวรรณี พุทธิศรี. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของมารดาผู้ป่วยสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2559;61(3): 205-16.
9. สุวรรณี พุทธิศรี, พชร วรรณานาพานิช, ธนิตา ปานทั้งทอง, และคณะ. ภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549;51(3):213-23.
10. Rockhill C, Violette H, Stoep AV, et al. Caregivers' distress youth with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid disorders assessed via telemental health. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2013; 23(6):379-85. doi:10.1089/cap.2013.0019.
11. Minichil W, Getinet W, Derajew H, et al. Depression and associated factors among primary caregivers of children and adolescents with mental illness in Addis Abba, Ethiopia. BMC Psychiatry. 2019;19:249. doi: 10.1186/s12888-019-2228-y
12. ธณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, และคณะ. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):321-34.
13. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ต้นตึงรังสี, วรวรรณ จุฑา, และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2559.
14. Durukan I, Erdem M, Tufan AE, et al. Depression and anxiety levels and coping strategies used by mothers of children with ADHD: a preliminary study. Anadolu Psikiyatri Derg. 2008;9:217-23.
15. Harrison C, Sofronoff K. ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(6):703-11. doi:10.1097/00004583-200206000-00010.
16. Balushi NA, Shekaili MA, Alawi MA, et al. Prevalence and predictors of depressive symptoms among caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder attending a tertiary care facility: a cross-sectional analytical study from Muscat, Oman. Early Child Dev Care. 2019;9:1515-24.