



ภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสงขลา

Depression among Parents of Children and Adolescent Psychiatric Patients at Songkhla Hospital

ปิยณัฐ สุวรรณโณ*

Piyanat Suwanno*

* กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา

* Psychiatry unit, Songkhla hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสงขลา

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลในผู้ป่วยและผู้ปกครองของผู้ป่วยอายุ 2-18 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพใจเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสงขลา ในช่วง 15 กุมภาพันธ์-15 มีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 136 ราย เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทยในผู้ปกครอง

ผลการศึกษา ผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจำนวน 136 ราย มีภาวะซึมเศร้า 24 ราย (ร้อยละ 17.6) ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 131 ราย (ร้อยละ 96.3) อายุเฉลี่ย 40.7 ± 8.3 ปี และเป็นมารดาของผู้ป่วย 120 ราย (ร้อยละ 88.2) ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีอายุเฉลี่ย 10.4 ± 2.9 ปี จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ logistic regression พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญาในผู้ป่วย (adjusted OR = 5.54, p = 0.005) และระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือคาบเส้นในผู้ป่วย (adjusted OR = 5.91, p = 0.015)

สรุป พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นร้อยละ 17.6 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองคือ ความบกพร่องทางสติปัญญาและระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือคาบเส้นในผู้ป่วย ดังนั้นการมีระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองจะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า ผู้ปกครอง ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

Corresponding author: ปิยณัฐ สุวรรณโณ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(3): 289-300

ABSTRACT

Objective : To determine the prevalence and associated factors of depression among parents of children and adolescent psychiatric patients at Songkhla Hospital.

Method : A cross-sectional descriptive study was conducted in 136 parents of children and adolescent aged 2-18 years old. Who attended child and adolescent psychiatry outpatient clinic at Songkhla Hospital during 15 February-15 March 2020. Demographic and illness history of both parents and their children were collected. Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Thai version was used to assess of depression among the parents.

Result : 24 of 136 (17.6%) parents had depression. Most of them were female (N=131, 96.3%) with the mean age of 40.7 ± 8.3 years, and being mother (88.2%). The mean age of the children was 10.4 ± 2.9 years. Logistic regression analyses found statistically significant risk factors associated with depression among the parents which were intellectual disability (adjusted OR = 5.54, $p = 0.005$) and borderline to dull normal IQ in their children (adjusted OR = 5.91, $p = 0.015$).

Conclusion : The prevalence of depression among parents of children and adolescent psychiatric patients was 17.6% The associated factors were intellectual disability and borderline to dull normal IQ in their children. Therefore, screening for depression among parents should be considered with holistic care among pediatric patients and their families.

Keywords : depression, parents, child and adolescent psychiatric patients

Corresponding author: Piyanat Suwanno

J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(3): 289-300

บทนำ

โรคทางจิตเวชเด็กเป็นกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในวัยเด็กหรือวัยรุ่น และส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคในกลุ่มนี้อาจมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ในสังคมไทย ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นพบได้บ่อยและมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น เช่นโรคสมาธิสั้น ปัญหาการอ่านเขียน พัฒนาการช้า ออทิสติก ภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง การใช้ความรุนแรง และปัญหายาเสพติด เป็นต้น ทำให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มักเผชิญกับภาวะเครียดได้มาก

ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อย องค์การอนามัยโลกพบว่า มีประชากรที่เผชิญกับภาวะซึมเศร้ากว่า 300 ล้านคนทั่วโลก¹ ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางจิตเวชที่ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ขาดความสนใจหรือเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมต่างๆ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง สมาธิลดลง² ในพ่อแม่หรือผู้ปกครองที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมักถูกมองข้าม ทำให้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลาที่ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแล และปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก ทำให้อาการของเด็กไม่ดีขึ้นหรือแย่ลง^{3,4} ดังนั้นการดูแลรักษาจึงต้องให้ความใส่ใจดูแลผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นด้วย

การศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พบมีความชุกของภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ร้อยละ 12.0 และ 14.0 ตามลำดับ⁵ การศึกษาทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับภาวะดังกล่าวนี้ยังมีอยู่น้อย และบางการศึกษาทำเพียงในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นบางกลุ่มโรคเท่านั้น^{6,7}

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ถูกต้อง

รวดเร็ว และเป็นระบบ นอกจากนี้การศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นต่อไป ทั้งในแง่การให้ความรู้ความเข้าใจและการเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีขึ้นในผู้ปกครอง และเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการคัดกรองและให้การรักษาที่รวดเร็วขึ้นหากพบว่ามีภาวะสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชในผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลในผู้ป่วยและผู้ปกครองของผู้ป่วยอายุ 2-18 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพใจเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลสงขลา ในช่วง 15 กุมภาพันธ์-15 มีนาคม พ.ศ. 2563 มีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ดูแลหลักและรับผิดชอบผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถฟัง พูด และเข้าใจภาษาไทยได้ ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช

คำนวณขนาดประชากรที่ศึกษาโดยใช้สูตร

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

โดย

n = ขนาดตัวอย่าง

$z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$ = ช่วงความเชื่อมั่น 95% = 1.959964

p = proportion ของภาวะซึมเศร้าโดยคาดการณ์จากการศึกษาก่อนหน้านี้เท่ากับ 0.14

d = estimation error 0.0615

จะได้ขนาดกลุ่มประชากรศึกษา 122 ราย และทำการเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 20.0 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบ ดังนั้นจึงต้องการผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 146 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวกและ

ความสมัครใจของผู้เข้าร่วมงานวิจัย โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกชี้แจงกระบวนการและวัตถุประสงค์งานวิจัยนี้แก่ผู้ปกครองให้ทราบ หากสนใจเข้าร่วมงานวิจัยจะถูกขอให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงความยินยอมโดยผู้ปกครองเป็นผู้ลงลายมือชื่อ หลังจากนั้นจึงแจกเอกสารให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามด้วยตนเองขณะรอรับบริการระหว่างที่ทำการสอบถามหากอาสาสมัครมีข้อสงสัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกได้ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสงขลา เลขที่ SKH IRB 2020-Md-IN3-01016

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม ดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การทำงาน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และประวัติเกี่ยวกับผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย เก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาซึ่งวินิจฉัยและรักษาโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 คนได้แก่ การวินิจฉัยโรค โรคทางกายที่พบร่วม ระยะเวลาที่ทำการรักษา สิทธิการรักษา และสิทธิการสงเคราะห์

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบ ใช้แบบประเมิน PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) ฉบับภาษาไทย ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มี 9 ข้อ โดยคะแนนของข้อคำถาม

แต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลยได้ 0 คะแนน, มีบางวันไม่บ่อยได้ 1 คะแนน, มีค่อนข้างบ่อยได้ 2 คะแนน, มีเกือบทุกวันได้ 3 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ใช้กันแพร่หลาย ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ในปี พ.ศ. 2551 ผู้ที่มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 9 คะแนน ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยคะแนนรวม 9 ถึง 14 คะแนน หมายถึงซึมเศร้าเล็กน้อย, 15 ถึง 19 คะแนน หมายถึงซึมเศร้าปานกลาง, 20 ถึง 27 คะแนน หมายถึงซึมเศร้ารุนแรง พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 84 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 77 ค่าการทำนายเชิงบวก (positive predictive value) ร้อยละ 21 ค่าการทำนายเชิงลบ (negative predictive value) ร้อยละ 99 ค่า positive likelihood ratio = 3.71 และมี area under the curve (AUC) = 0.89 (95% CI 0.85 to 0.92)⁸

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม R version 3.6.3 โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและผู้ป่วย ความชุกของภาวะซึมเศร้าใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ เปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 \geq 9) และกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 < 9) โดยใช้สถิติ chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรแบบกลุ่ม และใช้สถิติ t-test หรือ Wilcoxon rank-sum test สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรแบบต่อเนื่อง ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจะนำมาคำนวณค่าความสัมพัทธ์นำเสนอ odds ratio และ 95% confidence interval โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากแบบสอบถามทั้งหมด 150 ชุด พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถาม PHQ-9 ไม่ครบทุกข้อ 14 ราย จึงเหลือกลุ่มประชากรศึกษาทั้งสิ้น 136 ราย (ร้อยละ 90.6) ผู้ปกครองเป็นเพศหญิง 131 ราย (ร้อยละ 96.3) อายุตั้งแต่ 23-66 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 40.7 ± 8.3 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นมารดา 120 ราย (ร้อยละ 88.2) สถานภาพสมรส 102 ราย (ร้อยละ 75.0) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 63 ราย (ร้อยละ 46.3) รองลงมาคือระดับประถมศึกษาและปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 27.2) และ 36 ราย (ร้อยละ 26.5) ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง 50 ราย (ร้อยละ 36.8) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท 57 ราย (ร้อยละ 41.9) รายได้ครอบครัวเพียงพอ/เหลือเก็บ 73 ราย (ร้อยละ 53.7) ไม่มีโรคประจำตัว 113 ราย (ร้อยละ 83.1) ผู้ปกครองดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป 108 ราย (ร้อยละ 79.4) ส่วนใหญ่มีผู้ร่วมดูแลเด็กด้วย 102 ราย (ร้อยละ 75.0) (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นเพศชาย 105 ราย (ร้อยละ 77.2) อายุตั้งแต่ 2-17 ปี อายุเฉลี่ย 10.4 ± 2.9 ปี กำลังศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น 51 ราย (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือระดับประถมศึกษาตอนปลาย 45 ราย (ร้อยละ 33.1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นสมาธิสั้น (ADHD) 121 ราย (ร้อยละ 89.0) รองลงมาคือความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (SLD) 27 ราย (ร้อยละ 19.9), โรคต่อต้าน (ODD) 19 ราย (ร้อยละ 14.0), ออทิสติก (ASD) 16 ราย (ร้อยละ 11.8), ความบกพร่องทางสติปัญญา (ID) 14 ราย (ร้อยละ 10.3) และโรคหรือภาวะอื่นๆ ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 โรคขึ้นไป 76 ราย (ร้อยละ 55.9) ไม่มีการวินิจฉัยโรคทางกายร่วมด้วย 122 ราย (ร้อยละ 89.7) ระยะเวลาที่

รักษามีค่ามัธยฐาน 1.1 ปี สิทธิบัตรทอง 118 ราย (ร้อยละ 86.8) ได้รับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐ เช่น เบี้ยความพิการรายเดือน 22 ราย (ร้อยละ 16.2) (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษากภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองจากแบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) พบว่าผู้ปกครองมีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥ 9) ทั้งหมด 24 ราย (ร้อยละ 17.6) โดยมีภาวะซึมเศรียรระดับน้อยปานกลาง และรุนแรงร้อยละ 16.2, 0.7 และ 0.7 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโดยวิธี univariable analysis พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual Disability; ID) ในผู้ป่วยที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือคาบเส้น (Dull normal to Borderline IQ) และกลุ่มพัฒนาการล่าช้า (Global Developmental Delay; GDD) จะมีอาการแสดงคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาคือ มีการเรียนรู้ช้า และพัฒนาการล่าช้า จึงวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มนี้รวมกันเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ปกครองกลุ่มนี้ ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

เมื่อนำปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจากการวิเคราะห์แบบวิธี univariable analysis มาวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic regression) นำเสนอโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองในรูปแบบ odd ratio (OR) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญาในผู้ป่วย (adjusted OR = 5.54, $p = 0.005$) และระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือคาบเส้นในผู้ป่วย (adjusted OR = 5.91, $p = 0.015$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง (n = 136 ราย)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	- ชาย	5 (3.7)
	- หญิง	131 (96.3)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	- บิดา	4 (2.9)
	- มารดา	120 (88.2)
	- ญาติๆ ได้แก่ ย่า ยาย น้ำ อา	12 (8.8)
สถานภาพ	- สมรส	102 (75)
	- หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20 (14.7)
	- หม้าย	12 (8.8)
	- โสด	2 (1.5)
ระดับการศึกษา	- ประถม	37 (27.2)
	- มัธยมหรือเทียบเท่า	63 (46.3)
	- ปริญญาตรีขึ้นไป	36 (26.5)
อาชีพ	- รับจ้าง	50 (36.8)
	- เกษตรกร	7 (5.1)
	- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	38 (27.9)
	- รับราชการ	10 (7.4)
	- พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	14 (10.3)
	-ว่างงาน	17 (12.5)
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	- น้อยกว่า 5,000	17 (12.5)
	- 5,000-10,000	57 (41.9)
	- 10,000-25,000	37 (27.2)
	- 25,000-50,000	21 (15.4)
	- มากกว่า 50,000	4 (2.9)
รายได้ครอบครัว	- เพียงพอ/เหลือเก็บ	73 (53.7)
	- เป็นหนี้	63 (46.3)
โรคประจำตัว	- ไม่มี	113 (83.1)
	- มี	23 (16.9)
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก	- น้อยกว่า 1 ปี	4 (2.9)
	- 1-5 ปี	24 (17.6)
	- มากกว่า 5 ปี	108 (79.4)
ผู้ร่วมดูแลเด็ก	- ไม่มี	34 (25.0)
	- มี	102 (75.0)

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (n = 136 ราย)

ข้อมูลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
- ชาย	105 (77.2)
- หญิง	31 (22.8)
ระดับชั้นเรียน	
- อนุบาล	13 (9.6)
- ประถมต้น	51 (37.5)
- ประถมปลาย	45 (33.1)
- มัธยมต้น	18 (13.2)
- มัธยมปลาย	1 (0.7)
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (2.9)
- ระบบการศึกษาพิเศษ	4 (2.9)
การวินิจฉัยโรค	
- Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)	121 (89.0)
- Specific learning disorder (SLD)	27 (19.9)
- Autism spectrum disorder (ASD)	16 (11.8)
- Intellectual disability (ID)	14 (10.3)
- Oppositional defiant disorder (ODD)	19 (14.0)
- Anxiety disorders	4(2.9)
- Trauma and stressor related disorders (Trauma)	4(2.9)
- Borderline to Dull normal IQ	9 (6.6)
- Global developmental delay (GDD)	4(2.9)
- School refusal	4(2.9)
More than one diagnosis	76 (55.9)
โรคทางกายที่พบร่วม	
- ไม่มี	122 (89.7)
- มี	14 (10.3)
สิทธิการรักษา	
- บัตรทอง	118 (86.8)
- ชำราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16 (11.7)
- จ่ายเงินเอง	2 (1.5)
ได้รับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐหรือเอกชน เช่น เบี้ยความพิการรายเดือน	
- ใช่	22 (16.2)
- ไม่ใช่	114 (83.8)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยวิธี univariable analysis

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=112) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n=24) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ปัจจัยทั่วไปของผู้ปกครอง			
เพศ			0.213
- ชาย	3 (2.7)	2 (8.3)	
- หญิง	109 (97.3)	22 (91.7)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			0.860
- บิดา	3 (2.7)	1 (4.2)	
- มารดา	99 (88.4)	21 (87.5)	
- ญาติฯ (ย่า ยาย น้ำ อ่า)	10 (8.9)	2 (8.3)	
สถานภาพสมรส			0.305
- สมรส	80 (71.4)	22 (91.7)	
- หย่าร้าง/แยกกันอยู่	18 (16.1)	1 (4.2)	
- หม้าย	11 (9.8)	1 (4.2)	
- โสด	3 (2.7)	0	
ระดับการศึกษา			0.429
- ประถม	32 (28.6)	5 (20.8)	
- มัธยมหรือเทียบเท่า	49 (43.8)	14 (58.3)	
-ปริญญาตรีขึ้นไป	31 (27.7)	5 (20.8)	
อาชีพ			0.182
- รับจ้าง	41 (36.6)	9 (37.5)	
- เกษตรกร	7 (6.2)	0	
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	32 (28.6)	6 (25.0)	
- รับราชการ	10 (8.9)	0	
- พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	10 (8.9)	4 (16.7)	
-ว่างงาน	12 (10.8)	5 (20.8)	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)			0.592
- น้อยกว่า 5,000	13 (11.6)	4 (16.7)	
- 5,000-10,000	45 (40.2)	12 (50.0)	
- 10,000-25,000	32 (28.6)	5 (20.8)	
- 25,000-50,000	19 (17.0)	2 (8.3)	
- มากกว่า 50,000	3 (2.7)	1 (4.2)	
รายได้			0.127
- เพียงพอ/เหลือเก็บ	64 (57.1)	9 (37.5)	
- เป็นหนี้	48 (42.9)	15 (62.5)	
โรคประจำตัว			0.128
- ไม่มี	96 (85.7)	17 (70.8)	
- มี	16 (14.3)	7 (29.2)	
ระยะเวลาที่ดูแลเด็ก			0.308
- น้อยกว่า 1 ปี	4 (3.6)	0	
- 1-5 ปี	22 (19.6)	2 (8.3)	
- มากกว่า 5 ปี	86 (76.8)	22 (91.7)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยวิธี univariable analysis (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=112) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n=24) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ผู้ร่วมดูแลเด็ก			0.194
- ไม่มี	31 (27.7)	3 (12.5)	
- มี	81 (72.3)	21 (87.5)	
ปัจจัยของผู้ป่วย			
เพศ			0.277
- ชาย	89 (79.5)	16 (66.7)	
- หญิง	23 (20.5)	8 (33.3)	
ระดับชั้นเรียน			0.078
- อนุบาล	13 (11.6)	0	
- ประถมต้น	40 (35.7)	11 (45.8)	
- ประถมปลาย	37 (33.0)	8 (33.3)	
- มัธยมต้น	16 (14.3)	2 (8.3)	
- มัธยมปลาย	0	1 (4.2)	
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (3.6)	0	
- ระบบการศึกษาพิเศษ	2 (1.8)	2 (8.3)	
วินิจฉัยโรค			
- ADHD	99 (88.4)	22 (91.7)	1.0
- SLD	24 (21.4)	3 (12.5)	0.408
- ASD	15 (13.4)	1 (4.2)	0.304
- ID	8 (7.1)	6 (25.0)	0.018
- ODD	16 (14.3)	3 (12.5)	1.0
- Anxiety disorders	3 (2.7)	1 (4.2)	0.544
วินิจฉัยโรค			
- Trauma	3 (2.7)	1 (4.2)	0.544
- Borderline to Dull normal IQ	5 (4.5)	4 (16.7)	0.051
- GDD	3 (2.7)	1 (4.2)	0.544
- School refusal	3 (2.7)	1 (4.2)	0.544
- ID + IQ* + GDD	16(14.3)	11(45.9)	0.004
More than one diagnosis	59 (52.7)	17 (70.8)	0.162
โรคทางกายที่พบร่วม			0.073
-ไม่มี	103 (92.0)	19 (79.2)	
- มี	9 (8.0)	5 (20.8)	
สิทธิการรักษา			0.155
- บัตรทอง	97 (86.6)	21 (87.5)	
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13 (11.6)	3 (12.5)	
- สิทธิจ่ายเงินเอง	2 (1.8)	0	
ได้รับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานรัฐ/เอกชน เช่น เบี้ยความพิการรายเดือน			0.543
- ไม่ใช่	95 (84.8)	19 (79.2)	
- ใช่	17 (15.2)	5 (20.8)	

IQ* = Borderline to Dull normal IQ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น วิเคราะห์โดยใช้สถิติ logistic regression

ปัจจัย	Adjusted odd ratio (OR)	p-value	95% CI
ปัจจัยของผู้ป่วย			
Intellectual Disability (ID)	5.54	0.005	1.66-18.51
Borderline to Dull normal IQ	5.91	0.015	1.4-24.85
Global Developmental Delay (GDD)	2.46	0.45	0.24-25.45

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 17.6 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองได้แก่ความบกพร่องทางสติปัญญา และระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือคาบเส้นในผู้ป่วย

ในการศึกษาของ Wesseldijk และคณะพบว่าภาวะซึมเศร้าในพ่อแม่ของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 12.0 และ 14.0 ตามลำดับ⁵ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในครั้งนี้ สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นยังไม่เคยมีการศึกษาแบบภาพรวมมาก่อน แต่มีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในมารดาเด็กออทิสติก สถาบันราชานุกูลของสุภาพ ชุณวรัตน์พบว่าความชุกภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็ก ออทิสติกคือร้อยละ 20.0¹⁰ ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษานี้พบว่าผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยออทิสติกทั้งหมด 16 รายพบมีภาวะซึมเศร้า 1 รายคิดเป็นร้อยละ 6.3 ความแตกต่างที่พบอาจเกิดจากกลุ่มประชากรที่ศึกษามีอาการและระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกันและการใช้เครื่องมือต่างกันโดยการศึกษาของสุภาพ ชุณวรัตน์ ใช้แบบวัดหาโรคซึมเศร้า Health Self-Report : HRSR The Diagnostic Screening Test for Depression in Thai Population และในการศึกษานี้มีประชากรศึกษาน้อยเพียง 16 ราย

ในการศึกษานี้พบภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองเด็กสติปัญญาบกพร่องร้อยละ 42.9 คือมีผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยสติปัญญาบกพร่องทั้งหมด 14 รายพบมีภาวะซึมเศร้า 6 ราย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Tak และคณะ⁷ ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองเด็กสติปัญญาบกพร่องร้อยละ 28.3 ซึ่งความแตกต่างที่พบอาจเกิดจากการศึกษาในประชากรคนละกลุ่มเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าที่ต่างกัน โดยการศึกษาของ Tak และคณะ ใช้ Beck Depression Inventory

เมื่อพิจารณาภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองคือ ความบกพร่องทางสติปัญญา และระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือคาบเส้นในผู้ป่วย อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพัฒนาการล่าช้า มีการเรียนรู้ช้าซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน และแสดงอาการได้เร็วตั้งแต่อายุน้อย แตกต่างจากโรคอื่นๆ เช่น สมองฝ่อ ความบกพร่องด้านการเรียนรู้ ที่ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องเพียงบางด้าน หรือในออทิสติก ที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะมีความหลากหลายของอาการและระดับความรุนแรงจึงอาจทำให้ผู้ปกครองของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือคาบเส้นมีภาวะเครียดได้มากและเป็นระยะเวลาานานเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ปกครองของผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ดังนั้นการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น มีการเก็บข้อมูลจากทั้งผู้ปกครองและผู้ป่วย และใช้แบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามมาตรฐาน นอกจากนี้ยังมีการทบทวนเวชระเบียนโดยแพทย์เพื่อนำข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นมาประกอบการศึกษาความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการได้แก่ 1) รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง จึงยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและปัจจัย 2) กลุ่มประชากรศึกษา เป็นผู้ปกครองและผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกสุขภาพใจเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสงขลา การนำผลการศึกษาไปใช้ควรต้องพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งต่อไป 3) การคัดเลือกประชากรศึกษาใช้วิธีการคัดเลือกแบบตามสะดวกและความสมัครใจของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ไม่มีการสุ่มอย่างเป็นระบบ อาจทำให้ได้ประชากรศึกษาที่ไม่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรอย่างแท้จริง 4) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ไม่ใช้การสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ ประชากรศึกษาที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจตามมาตรฐานจากแพทย์ต่อไป 5) การให้ผู้ร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถามเอง ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบ ข้อมูลในส่วนนี้ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ส่งผลให้จำนวนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาวิเคราะห์ลดลง

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นพบได้บ่อยซึ่งมักถูกมองข้าม บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยด้วย โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองจากการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญา และระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือคาบเส้นในผู้ป่วย ซึ่ง

ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ตั้งแต่อายุน้อยด้วยปัญหาพัฒนาการล่าช้า การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกด้าน รวมถึงประเมินและดูแลผู้ปกครอง จะทำให้ผู้ปกครองที่มีภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาอื่นๆ ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ผู้ป่วยยังมีอายุน้อย ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยเด็กมีประสิทธิภาพดีขึ้น พัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กดีขึ้น และลดปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมของเด็กได้อีกด้วย การศึกษาครั้งนี้ได้พยายามศึกษาถึงปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ต่อไปในอนาคต

สรุป

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นร้อยละ 17.6 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองคือ ความบกพร่องทางสติปัญญาและระดับสติปัญญาต่ำกว่าปกติหรือคาบเส้นในผู้ป่วย ดังนั้นการมีระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองจะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018; 392(10159):1789-858.
2. World Health Organization. Depression [Internet]. 2020 [cited 2018 Sep 14]. Available from: <https://kku.world/xy1e9>

3. Plass-Christl A, Otto C, Klasen F, Wiegand-Grefe S, Barkmann C, Hölling H, et al. Trajectories of mental health problems in children of parents with mental health problems: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(7):867-76.
4. Christensen D, Fahey MT, Giallo R, Hancock KJ. Longitudinal trajectories of mental health in Australian children aged 4-5 to 14-15 years. *PLoS ONE* 2017;12(11):e0187974.
5. Wesseldijk LW, Dieleman GC, van Steensel FJA, Bartels M, Hudziak JJ, Lindauer RJL, et al. Risk factors for parental psychopathology: a study in families with children or adolescents with psychopathology. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2018;27(12):1575-84.
6. Bawalsah J. Levels of depression in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder in Jordan. *Int J Adult Nonform Educ* 2014;2(2):31-42.
7. Tak NK, Mahawer BK, Sushil CS, Sanadhya R. Prevalence of psychiatric morbidity among parents of children with intellectual disability. *Ind Psychiatry J* 2018;27(2):197-200.
8. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8: 46. doi:10.1186/1471-244X-8-46.
9. Aekplakorn W, editor. Executive abstract. In: The 5th Thai national health examination survey 2014. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2016. p. 1-10. (in Thai)
10. Chunvirit S. Prevalence of depression and social support in mothers of children with autism aged 3-10 years at outpatient department, Rajanukul institute (Thesis). Bangkok: Psychiatric Department, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. (in Thai)