



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็ก และวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นโรงพยาบาลมหาสารนคร เชียงใหม่

Prevalence and Factors Associated with Depression among Children and Adolescents with ADHD at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

รัชนีวรรณ ปันศรี*, ชวนันท์ ชาญศิลป์*

Ratchaneewan Pansri*, Chawanun Charnsil*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นโรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่

วิธีการศึกษา เป็น cross-sectional descriptive study ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตาม DSM-5 อายุ 7-17 ปี ที่มาตรวจรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2562 - สิงหาคม 2563 ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรอง children's depression inventory ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก แบบทดสอบ patient health questionnaire-9 ฉบับภาษาไทย เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยใช้ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และคำนวณหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นโดยใช้ multivariable logistic regression analysis

ผลการศึกษา มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 127 ราย พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น 41 ราย (ร้อยละ 32.3)แบ่งเป็น ระดับซึมเศร้าเล็กน้อย 20 ราย (ร้อยละ 15.7) ระดับซึมเศร้าปานกลาง 9 ราย (ร้อยละ 7.1) ระดับซึมเศร้ารุนแรง 12 ราย (ร้อยละ 9.4) และพบว่า ปัจจัยเรื่องเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$)

สรุป เด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นพบภาวะซึมเศร้าได้บ่อย โดยเฉพาะในเด็กที่มีผลการเรียนต่ำ ควรพิจารณาเรื่องการ ป้องกัน คัดกรอง และรักษาภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อเป็นการลดต้นทุนในการรักษาในระยะยาวและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นในอนาคต

คำสำคัญ สมาธิสั้น ภาวะซึมเศร้า ความชุก ปัจจัยสัมพันธ์

Corresponding author: ชวนันท์ ชาญศิลป์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(2): 107-122

ABSTRACT

Objective : To study the prevalence and factors associated with depression among children and adolescents with ADHD at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

Method : The research is conducted as a cross-sectional study in children and adolescent who were diagnosed ADHD by DSM-5 criteria between the ages of 7-17 who received treatment at the Children and Adolescent Psychiatric Out-patient Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital from August 2019 - August 2020. The general information questionnaire, the Thai version of children depression inventory (CDI), and the Thai version of patient health questionnaire-9 (PHQ-9) were used for evaluation. The population characteristics data was then analyzed by percentage, median, and factors associated with depression in children and adolescents with ADHD by using multivariate logistic regression analysis.

Results : Depression was found in 41 children and adolescents with ADHD (32.3%) from 127 participants. 20 patients had mild depression (15.7%), 9 patients had moderate depression (7.1%) and 12 patients had severe depression (9.4%).GPA was found to be significantly associated with depression among children and adolescents with ADHD ($p = 0.008$).

Conclusion : Children and adolescents with ADHD experience depression more frequently, especially in children who have low academic performance. The prevention, screening and treatment of depression in children and adolescents with early attention should be considered to reduce the cost of long-term treatment and improve the quality of life of children and adolescents with ADHD in the future.

Keywords : ADHD, depression, prevalence, associated factors

Corresponding author: Chawanun Charnsil

J Psychiatr Assoc Thailand 2021; 66(2): 107-122

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชเด็กที่พบบ่อยที่สุด ส่งผลกระทบต่อเด็กทั่วโลกร้อยละ 5-12 ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการบกพร่องพัฒนาการที่ปกติตามวัย และก่อให้เกิดความบกพร่องหน้าที่เกือบทุกด้านในผู้ป่วยทุกช่วงอายุ พบว่าผู้ป่วยในวัยเด็กร้อยละ 60 ยังคงมีอาการต่อเนื่องไปถึงวัยผู้ใหญ่¹ สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาในเด็กชั้นประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5.01² นอกจากนี้มักพบโรคร่วมได้บ่อยในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดย 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น จะมีโรคที่พบร่วมอย่างน้อย 1 โรค โดยพบโรคติดต่อด้านร้อยละ 40 โรควิตกกังวล โรคทางอารมณ์โรคเกร และโรคบกพร่องทางการเรียนรู้ร้อยละ 20-30 การใช้สารเสพติดร้อยละ 10-20 โรค Tic ร้อยละ 5-10³ จากการศึกษาพบว่า เด็กที่มีโรคสมาธิสั้นและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นร่วมกันจะมีความผิดปกติทางจิตใจและการเข้าสังคม รวมไปถึงมีความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นมากกว่าเด็กที่มีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง⁴ และหลังจากการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีโรคสมาธิสั้นเป็นโรคร่วมพบว่า มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนที่ เป็นโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว⁵ ซึ่งการมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นร่วมย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และต้องใช้ต้นทุนในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ⁶ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นพบความชุกร้อยละ 3.8-32.9⁶⁻⁹ และมีการศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กทั่วไปพบความชุกร้อยละ 1.2-25¹⁰⁻¹² และยังมีการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นพบโรคซึมเศร้านอกจากวัยรุ่นทั่วไปถึง 5.5 เท่า¹³

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเรื่องเพศในเด็กสมาธิสั้น พบว่า เพศหญิงพบภาวะซึมเศร้านอกจากเพศชาย^{6,9,14} และพบว่า เพศหญิงที่เป็นโรค

สมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับการเริ่มมีอาการของภาวะซึมเศร้าที่อายุน้อย อัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น และมีความเป็นไปได้ที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่าเพศหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเดียว¹⁵ ในขณะที่มีการศึกษาอย่างน้อยหนึ่งการศึกษาที่พบว่าเพศชายที่เป็นโรคสมาธิสั้นพบภาวะซึมเศร้านอกจากเพศหญิง¹⁶ นอกจากนี้ยังมีบางการศึกษาที่พบว่าความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันระหว่างเพศ⁸

ปัจจัยเรื่องชนิดของโรคสมาธิสั้น ในทฤษฎีวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder Fifth edition (DSM-5) ได้แบ่งชนิดของโรคสมาธิสั้นออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่ โรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิ (inattentive type) โรคสมาธิสั้นชนิดซน/หุนหันพลันแล่น (hyperactive-impulsive type) โรคสมาธิสั้นชนิดผสม (combined type)¹⁷ ซึ่งการทราบเกี่ยวกับคุณสมบัติเฉพาะของโรคสมาธิสั้นที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจะมีผลต่อการวางแผนในการรักษาต่อไป มีการศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าที่พบในเด็กสมาธิสั้นไม่มีความสัมพันธ์กับชนิดของโรคสมาธิสั้น^{9,18,19} แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าโรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้านอกจากโรคสมาธิสั้นชนิดซน/หุนหันพลันแล่น⁶ และยังมีการศึกษาที่พบว่าโรคสมาธิสั้นชนิดผสม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้านอกจากโรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิ²⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าโรคสมาธิสั้นชนิดผสมและโรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิ พบภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นในทั้งสองชนิด²¹

ปัจจัยเรื่องการใช้ยาได้รับยารักษาโรคสมาธิสั้น ยาระกระตุ้นระบบประสาท (CNS stimulants) เป็นยาที่ได้รับบริการรับรองจากองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration: FDA)¹ และเป็นยาที่ใช้เป็นทางเลือกแรกในการรักษาโรคสมาธิสั้น ออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับโดปามีนที่สมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ทำให้การทำงานของสมองในเรื่องการตัดสินใจ ตัดลดจนอาการสมาธิสั้นที่ตื่นและลดอาการอยู่นิ่ง

หุนหันพลันแล่น โดยได้ผลประมาณร้อยละ 80 ของการรักษา²² และมีข้อมูลในงานวิจัยที่ยืนยันถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย²³ และยังมีการศึกษาที่พบว่า เด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการรักษาด้วยยาล่าช้าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการเกิดโรคซึมเศร้า²⁴ แต่ในบางครั้งยากระตุ้นระบบประสาท อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวน และอารมณ์ทุกข์ใจ(dysphoric mood)ได้²⁵ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในการได้วัยยากระตุ้นระบบประสาทระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า^{9,26}

ปัจจัยเรื่องภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นจะพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีมารดาเป็นโรคซึมเศร้า²⁷ การที่ภาวะซึมเศร้าในมารดามีผลกับเด็ก อาจเป็นเพราะว่าขณะที่มารดามีภาวะซึมเศร้า จะมีการตอบสนองต่อปฏิสัมพันธ์กับเด็กช้า มีการตำหนิเด็กอย่างรุนแรง ไม่ได้ให้การสนับสนุนต่อพัฒนาการอย่างเต็มที่ และไม่ได้เป็นแบบอย่างทางอารมณ์ให้เด็กเลียนแบบได้อย่างเหมาะสม และยังมีการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง สอดคล้องกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น⁷ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น²⁸

นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นสัมพันธ์กับความบกพร่องที่เกิดจากโรคสมาธิสั้น เช่น ความบกพร่องทางการเรียนและการเข้าสังคม ส่งผลต่อการมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ²⁹ อีกทั้งมีการศึกษาที่พบว่าการมีความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น³⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการมีโรคจิตเวชเป็นโรคร่วม ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคเกเร โรคติดต่อด้าน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า³¹ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า

วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า³²

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมาข้างต้น ส่วนใหญ่ข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นมีค่าค่อนข้างกว้าง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน อาจเป็นผลมาจาก การออกแบบการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรม และเท่าที่ผู้วิจัยได้ทบทวนการศึกษาในประเทศไทย ขณะนี้ พบว่ายังไม่มีการศึกษาที่จำเพาะเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นมาก่อน

ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของการมีภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น จึงได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น และมีวัตถุประสงค์รองเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาได้แก่ เพศ ชนิดของโรคสมาธิสั้น การได้รับยารักษาโรคสมาธิสั้น และภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าองค์ความรู้ที่ได้รับ จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยและทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยผ่านการรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 229/2562 ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มารับตรวจที่ห้องตรวจจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ช่วงอายุ 7-17 ปี ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2562 - สิงหาคม 2563

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มาตรวจที่ห้องตรวจจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ ช่วงอายุ 7-17 ปี และวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ DSM-5 และผู้ปกครอง
2. ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกรายต้องยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
3. เข้าใจภาษาไทย และสามารถสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีโรคเรื้อรังทางกายเป็นโรคร่วมที่อยู่ในช่วงอาการกำเริบอันส่งผลในการตอบแบบสอบถาม
2. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย Intellectual disabilities, autism spectrum disorder, psychotic disorders เป็นโรคร่วม
3. ผู้ที่มีปัญหาในการได้ยิน ที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบไปด้วยการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียน ประวัติเคยเข้าชั้นเรียน โรคประจำตัว ระยะเวลาการในการใช้อินเทอร์เน็ตต่อวัน
2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (children's depression inventory: CDI) ฉบับภาษาไทย สร้างขึ้นโดย Maria Kovacs โดยดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก อายุ 7-17 ปี ลักษณะของแบบคัดกรองเป็นแบบประเมินตนเอง 27 ข้อ เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ ที่พบในเด็กในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

มาแต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก การให้คะแนนตามความรุนแรงของอาการ 0-2 คะแนนรวมมี 0-54³³ children's depression inventory (CDI) ฉบับภาษาไทยแปลโดย อุมภาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขณะพิชิตกุล ค่า Alpha coefficient ของ CDI = 0.83 และ จาก receiver operating characteristic curve คะแนนที่เป็นจุดตัดแยกภาวะซึมเศร้า คือ คะแนน 15 ขึ้นไป โดยมี sensitivity 78.7%, specificity 91.3% และมี accuracy 87% นอกจากนี้พบว่าคะแนน CDI เพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น³⁴ ซึ่งการศึกษาของ Bang และคณะ³⁵ ได้ศึกษาเกี่ยวกับค่าจุดตัด และการแบ่งระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าของเครื่องมือ children's depression inventory ซึ่งศึกษาในเด็ก อายุ 12-16 ปี ในประเทศเกาหลีใต้พบว่า คะแนนที่เป็นจุดตัดตามความรุนแรงของอาการ มีดังต่อไปนี้ 15-19 คะแนนสำหรับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 20-24 คะแนนสำหรับภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 25 คะแนนขึ้นไปสำหรับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้จุดตัดที่ 15 คะแนนขึ้นไปซึ่งบ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าในเด็กและแบ่งระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าตามการศึกษาที่ได้กล่าวมาในเบื้องต้น

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ประวัติครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช
2. แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า patient health questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ใช้คัดกรองและใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป³⁶ ฉบับภาษาไทยแปลโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ เป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) 9 ข้อ ซึ่งเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละคำถาม

มี 4 ตัวเลือก ให้คะแนนตามความถี่ของอาการ 0-3 คะแนน รวมมี 0-27 คะแนน โดยที่คะแนนที่เป็นจุดตัดภาวะซึมเศร้าที่มีความสำคัญทางคลินิก คือ 9 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไว (sensitivity) = 84%, ความจำเพาะ (specificity) = 77%, positive predictive value (PPV) = 0.21, negative predictive value (NPV) = 0.99, positive likelihood ratio = 3.71, area under the curve (AUC) = 0.89³⁷ ซึ่งในงานวิจัยนี้ใช้จุดตัดที่ 9 คะแนนขึ้นไป ที่บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับผู้วิจัยที่ใช้บันทึกข้อมูลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ โรคจิตเวชอื่นที่พบร่วม ยารักษาโรคสมาธิสั้นที่ได้รับ ชนิดของโรคสมาธิสั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล (Statistical analysis)

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for windows version 22.0 โดยสถิติที่ใช้ได้แก่

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ข้อมูลทั่วไปที่เป็นลักษณะเชิงปริมาณที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) รายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ในกรณีข้อมูล มีการแจกแจงเป็นแบบไม่ปกติ (non-normal distribution) ใช้ค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range) ในการรายงานผล ส่วนการคำนวณหาความชุก (prevalence) และข้อมูลทั่วไปที่เป็นลักษณะคุณภาพ รายงานผลเป็นร้อยละ

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ในการคำนวณหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นโดยใช้วิธีทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า $p < 0.100$ จาก univariate analysis เข้าสู่ multivariate logistic regression analysis ค่าความน่าเชื่อถือ 95% confidence interval โดยตัวแปรที่มีค่า $p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

จำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้จากการคำนวณค่า n โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 P(1-P)}{d^2}$$

n = จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษา

P = ความชุกของภาวะซึมเศร้า⁹ = 0.329

α = โอกาสที่จะเกิด type I error = 0.05,

2-sided ($Z_{\alpha/2} = 1.96$)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ในการประมาณค่า = 0.1

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.329)(0.671)}{(0.1)^2} = 84.81$$

จะได้จำนวนประชากรที่ต้องการ 85 ราย เนื่องจาก ผู้วิจัยต้องการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น โดยใช้สถิติประเภท logistic regression จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า มีประมาณ 4 ปัจจัย ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้กฎเกณฑ์อย่างง่าย (rule of thumb) คือ การกำหนดจำนวนตัวอย่าง 10 ตัวอย่างต่อจำนวนปัจจัย 1 ปัจจัย³⁸ การศึกษานี้จึงคาดว่าต้องการจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและสมาธิสั้นอย่างน้อย 40 ราย และคาดว่าจะพบความชุกไม่น้อยกว่าร้อยละ 32.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan และคณะ⁹ จึงประสงค์ที่จะคัดกรองผู้ป่วย 122 ราย ($(40 \times 100) / 32.9 = 122$) และเพื่อชดเชยข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์ในบางรายและความคลาดเคลื่อนในแง่ของความชุกของโรคที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 จะได้ขนาดตัวอย่างในงานวิจัยนี้ 134 ราย

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาเก็บข้อมูลตามแผนดำเนินการศึกษา พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ากับเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 134 ราย มีอาสาสมัครเข้าร่วมการศึกษา 127 ราย ส่วน 7 ราย ปฏิเสธการตอบ

แบบสอบถาม และเนื่องจากผู้วิจัยคำนึงถึงกรอบระยะเวลาที่ต้องทำการศึกษา จึงจำเป็นต้องยุติการรับผู้ร่วมการศึกษาเพิ่มเติมจากข้อมูลผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ แบ่งเป็นเพศชาย 111 ราย (ร้อยละ 87.4) เพศหญิง 16 ราย (ร้อยละ 12.6) ค่ามัธยฐานของอายุอยู่ที่ 10 ปี ค่าพิสัยของอายุ [8-13] เด็กและวัยรุ่นที่วินิจฉัยโรคสมาธิสั้นมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 32.3) โดยมีค่ามัธยฐาน (Median) ของคะแนนเท่ากับ 11 คะแนน [8-16] แบ่งเป็น ระดับซึมเศร้าเล็กน้อย 20 ราย (ร้อยละ

15.7) ระดับซึมเศร้าปานกลาง 9 ราย (ร้อยละ 7.1) ระดับซึมเศร้ารุนแรง 12 ราย (ร้อยละ 9.4) ขณะที่อีก 86 ราย (ร้อยละ 67.7) ไม่พบภาวะซึมเศร้า ดูตารางที่ 1

กลุ่มผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่วินิจฉัยโรคสมาธิสั้น จำนวน 127 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 28 ราย (ร้อยละ 22) เพศหญิง 99 ราย (ร้อยละ 78) ค่ามัธยฐานของอายุอยู่ที่ 44 ปี ค่าพิสัยของอายุ [40-48] มีภาวะซึมเศร้า 22 คน (ร้อยละ 17.8) ดูตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คุณลักษณะกลุ่มเด็กสมาธิสั้น

คุณลักษณะประชากร		จำนวน	ร้อยละ
ด้านผู้ป่วย			
เพศ	ชาย	111	87.4
	หญิง	16	12.6
เกรดเฉลี่ยในเทอมที่ผ่านมา	≤ 2.00	18	14.2
	2.01-3.00	51	40.2
	3.01-4.00	58	45.7
ชนิดของโรคสมาธิสั้น	Inattentive type	30	23.6
	Hyperactive-impulsive type	32	25.2
	Combined type	65	51.2
มีโรคจิตเวชพบร่วม		36	28.3
	Specific learning disorder	26	20.5
	Adjustment disorder	2	1.6
	Oppositional defiant disorder and Conduct disorder	6	4.7
	Major depressive disorder	3	2.4
	Enuresis	2	1.6
	Others	3	2.4
การรับยาทางด้านจิตเวช	ได้รับ	115	90.6
	ไม่ได้รับ	12	9.4
ชนิดยาที่ได้รับ	CNS stimulants	106	83.5
	Others	21	16.5
CDI-Severity	No depression	86	67.7
	Mild depression	20	15.8
	Moderate depression	9	7.1
	Severe depression	12	9.4

* Others = Bipolar II disorder, Conversion disorder, Internet gaming disorder

ตารางที่ 2 คุณลักษณะกลุ่มผู้ปกครอง

คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ด้านผู้ปกครอง		
เพศ	ชาย	28
	หญิง	99
ความสัมพันธ์กับเด็ก	บิดา	23
	มารดา	88
	อื่นๆ *	16
	รายได้ต่อเดือน (บาท)	
	≤ 5,000	7
	5,001 - 20,000	36
	20,001 - 50,000	69
	≥ 50,001	15
ค่าคะแนน PHQ-9 ของผู้ปกครองทั้งหมด	< 9	105
	≥ 9	22
ค่าคะแนน PHQ-9 ของมารดา	< 9	68
	≥ 9	20
ค่าคะแนน PHQ-9 ของบิดา	< 9	23
	≥ 9	0
ค่าคะแนน PHQ-9 ของผู้ปกครองคนอื่นๆ *	< 9	14
	≥ 9	2

* อื่นๆ = ป้า ย่า ยาย ปู่ ตา ไม่ระบุ

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่วินิจฉัยโรคมาริสันวิเคราะห์ โดยใช้ univariate analysis พบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ เกรดเฉลี่ย ($p=0.008$) และรายได้ของผู้ปกครอง ($p=0.048$) (ตารางที่ 3) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่วินิจฉัยโรคมาริสันจาก univariate analysis ที่มี

ค่า $p<0.100$ ได้แก่ เกรดเฉลี่ย ($p=0.008$) โรคจิตเวชที่พบร่วม ($p=0.068$) ได้รับยาทางด้านจิตเวช ($p=0.052$) และรายได้ของผู้ปกครอง ($p=0.048$) มาทำการวิเคราะห์ต่อด้วย multivariate logistic regression analysis เพื่อพิจารณาอิทธิพลร่วมของปัจจัยพบว่า มีเพียงเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น

ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์		ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	OR (95%CI)	p-value
ด้านผู้ป่วย					
เพศ	ชาย	35(27.6)	76(59.8)	1	0.634
	หญิง	6(4.7)	10(7.9)	1.30 (0.44-3.87)	
เกรดเฉลี่ยในเทอมที่ผ่านมา	≤ 2.00	10(7.9)	8(6.3)	5.34 (1.71-16.67)	0.008
	2.01-3.00	20(15.7)	31(24.4)	2.76 (1.16-6.54)	
ชนิดของโรคสมาธิสั้น	Inattentive type	12(9.4)	18(14.2)	1.61 (0.65-3.99)	0.577
	Hyperactive-impulsive type	10(7.9)	22(17.3)	1.10 (0.44-2.76)	
	Combined type	19(15)	46(36.2)	1	
โรคจิตเวชพบร่วม	มี	16(12.6)	20(15.7)	2.11 (0.95-4.71)	0.068
	ไม่มี	25(19.7)	66(52)	1	
ได้รับยาทางด้านจิตเวช	ได้รับ	34(26.7)	81(63.8)	1	0.052
	ไม่ได้รับ	7(5.5)	5(4)	3.34 (0.99-11.25)	
ชนิดยาที่ได้รับ	Stimulants	32(25.2)	74(58.3)	1	0.260
	No stimulants	9(7.1)	12(9.4)	1.73 (0.67-4.52)	
ด้านผู้ปกครอง					
รายได้ต่อเดือน (บาท)	≤ 5,000	5(4)	2(1.5)	5.00 (0.70-35.50)	0.048
	5,001- 20,000	15(11.8)	21(16.5)	1.43 (0.41-5.04)	
	20,001- 50,000	16(12.6)	53(41.7)	0.60 (0.18-2.03)	
	≥ 50,001	5(4)	10(7.9)	1	
ค่าคะแนนPHQ-9 ของผู้ปกครองทั้งหมด	< 9	33(26)	72(56.7)	1	0.653
	≥ 9	8(6.3)	14(11)	1.25 (0.48-3.26)	
ค่าคะแนน PHQ-9 ของมารดา	< 9	22(25)	46(52.3)	1	0.825
	≥ 9	7(8)	13(14.7)	1.13 (0.39-3.22)	
ค่าคะแนน PHQ-9 ของบิดา	< 9	4(17.4)	19(82.6)	N/A*	N/A
	≥ 9	0(0)	0(0)		
ค่าคะแนน PHQ-9 ของผู้ปกครองคนอื่นๆ **	< 9	7(43.8)	7(43.8)	1.00 (0.05-19.36)	1.000
	≥ 9	1(6.2)	1(6.2)	1	

OR, Odds ratio; CI, Confidence interval; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9

* N/A, Not available; ** อื่นๆ = ป้า ย่า ยาย ปู่ ตา ไม่ระบุ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	ภาวะซีมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซีมเศร้า จำนวน (ร้อยละ)	OR (95%CI)	p-value
เกรดเฉลี่ยในเทอมที่ผ่านมา	≤ 2.00 10(7.9)	8(6.3)	5.34 (1.71-16.67)	0.008
	2.01-3.00 20(15.7)	31(24.4)	2.76 (1.16-6.54)	
	3.01-4.00 11(8.7)	47(37)	1	
โรคจิตเวชพบร่วม	มี 16(12.6)	20(15.7)	1	0.439
	ไม่มี 25(19.7)	66(52)	0.70 (0.28-1.73)	
ได้รับยาทางด้านจิตเวช	ได้รับ 34(26.7)	81(63.8)	1	0.239
	ไม่ได้รับ 7(5.5)	5(4)	2.23 (0.59-8.46)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)	≤ 5,000 5(4)	2(1.5)	5.37 (0.69-41.63)	0.079
	5,001- 20,000 15(11.8)	21(16.5)	1.22 (0.32-4.60)	
	20,001- 50,000 16(12.6)	53(41.7)	0.60 (0.17-2.16)	
	≥ 50,001 5(4)	10(7.9)	1	

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 127 รายช่วงอายุ 7-17 ปี มีภาวะซีมเศร้า 41 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 32.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan และคณะ⁹ ที่พบความชุกของภาวะซีมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น ช่วงอายุ 6-16 ปี ร้อยละ 32.9 ในขณะที่การศึกษาของ Puttisi และคณะ²⁸ ที่ศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในมารดาที่มีบุตรสมาธิสั้น พบว่าเด็กโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 5-14 ปี มีภาวะซีมเศร้า ร้อยละ 54.54 ซึ่งความชุกในการศึกษาครั้งนี้มีค่าน้อยกว่า อาจเป็นผลมาจาก อายุของผู้เข้าร่วมการศึกษาแตกต่างกัน และมีการศึกษาที่พบว่าช่วงอายุที่แตกต่างจะส่งผลทำให้มีความแตกต่างกันในความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น⁶ นอกจากนี้ค่าความชุกขึ้นอยู่กับเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria) เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (exclusion criteria) และระยะเวลาที่ใช้ในการคัดกรอง

ที่แตกต่างกัน อีกทั้งการศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากร ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ได้ค่าที่แตกต่างกัน สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น พบว่าเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.008) โดยเด็กที่ได้เกรดเฉลี่ยไม่เกิน 2.00 และ 2.01-3.00 มีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้าประมาณ 5 เท่า และ 3 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับเด็กที่ได้เกรดเฉลี่ยมากกว่า 3 อาจเป็นเพราะว่า เด็กสมาธิสั้นที่ได้เกรดน้อยมักจะถูกตำหนิจากผู้ปกครอง และครูที่โรงเรียน รวมถึงการถูกเพื่อนล้อเลียนเกี่ยวกับเรื่องผลการเรียน ทำให้มีความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ มีการแนะนำว่าภาวะซีมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจในตนเองต่ำซึ่งเกี่ยวข้องกับผลการเรียนและการเข้าสังคม²⁹ และยังพบว่าผลสะสมของความบกพร่องที่เกิดจากโรคสมาธิสั้นและการมีสภาพแวดล้อมรอบตัวเชิงลบอาจส่งผลให้วัยรุ่นโรคสมาธิสั้นบางคนเกิดภาวะซีมเศร้าได้⁴

รายได้ของผู้ปกครองมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น (p=0.048)

อาจเป็นผลมาจากเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นมีต้นทุนในการดูแลที่สูง และครอบครัวที่มีรายได้น้อยมีการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ อย่างจำกัดส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดีเท่าที่ควรอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าด้วย multivariate logistic regression แล้วพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.079$) เป็นไปได้ว่ารายได้ของผู้ปกครองไม่ได้ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นโดยตรง หากผู้ปกครองมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเด็ก มีความขัดแย้งในครอบครัวที่ต่ำ แม้ว่าจะมีรายได้มากหรือน้อยจะช่วยสนับสนุนให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดีได้ มีการศึกษาที่พบว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ไม่ดีมีความขัดแย้งกันสูงและพฤติกรรมก้าวร้าวที่เลวร้ายที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น³⁹

โรคจิตเวชที่พบร่วม พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ($p=0.439$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Biederman และคณะ³¹ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับโรคติดต่อด้าน โรคเกเร อาจเพราะว่า งานวิจัยในครั้งนี้มีจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีโรคติดต่อด้าน โรคเกเร มีน้อย ซึ่งมีจำนวน 6 รายซึ่งน่าจะมีการศึกษาต่อไป

เพศ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ($p=0.634$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Trani และคณะ⁸ ที่ศึกษาโรคซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น พบว่าปัจจัยเรื่องเพศไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเด็กสมาธิสั้นที่เป็นโรคซึมเศร้า เมื่อเทียบกับเด็กสมาธิสั้นที่เป็นโรคเกเรและเด็กสมาธิสั้นที่ไม่มีโรคร่วมอย่างอื่น ในขณะที่การศึกษาของ Hassan และคณะ⁹ พบว่า เด็กสมาธิสั้นเพศหญิงพบภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันนี้อาจเป็นผลมาจากการศึกษาดังกล่าว มี

เพศหญิงเข้าร่วม ร้อยละ 35.7 แตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่มีเพศหญิงที่เข้าร่วมเพียงร้อยละ 12.6 นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ใช้ children's depression inventory (CDI) เป็นแบบสอบถามประเมินตนเอง แต่การศึกษาดังกล่าว ใช้ Schedule for Mood Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) ซึ่งเป็น semi structured interview

ชนิดของโรคสมาธิสั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ($p=0.577$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nelson และคณะ¹⁹ ที่พบว่า ชนิดของโรคสมาธิสั้น ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล อาจเป็นผลมาจาก ในแต่ละช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับอาการและชนิดของโรคสมาธิสั้น แตกต่างกัน เช่น ช่วงก่อนวัยเรียนมักพบโรคสมาธิสั้น ชนิดซน/หุนหันพลันแล่น และอาการมักจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ช่วงวัยเรียนมักพบโรคสมาธิสั้นชนิดผสม ช่วงวัยรุ่นมักพบโรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิและอาการมักคงที่เมื่ออายุมากขึ้น¹ ทำให้อาจจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ในการพบโรคร่วมที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ แม้ว่ามีการศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิสูงกว่าโรคสมาธิสั้นชนิดซน/หุนหันพลันแล่นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) แต่ถ้าดูความสัมพันธ์เดียวกันนี้ภายในกลุ่มอายุ (อายุน้อยกว่า 10 ปี, 10 -14 ปี, อายุมากกว่า 14 ปี) จะพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญอย่างมากในกลุ่มที่อายุน้อยที่สุดเท่านั้น ($p<0.001$) ในขณะที่ 2 กลุ่มที่มีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพิจารณาโดยใช้อายุเป็นบรรทัดฐาน⁴⁰ เมื่อเทียบกับการศึกษาในครั้งนี้แม้กลุ่มประชากรที่ศึกษามีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 10 และ

พบโรคสมาธิสั้นชนิดขาดสมาธิ (inattentive type) มีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่าชนิดอื่นๆ แต่ก็ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากอายุของกลุ่มประชากรที่ศึกษามีการกระจายตัวค่อนข้างกว้าง และไม่ได้มีการแบ่งตามช่วงอายุ ทำให้ยากต่อการเปรียบเทียบ

การได้รับยารักษาโรคสมาธิสั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ($p=0.239$) และไม่พบความสัมพันธ์จากการได้รับยากระตุ้นระบบประสาท (CNS stimulant) เช่นกัน ($p=0.260$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hassan และคณะ⁹ ที่พบว่า การได้รับยากระตุ้นระบบประสาทไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ถึงแม้ว่าการศึกษานี้การได้รับยารักษาโรคสมาธิสั้น จะไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามที่กล่าวมา แต่พบว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับยารักษา มีแนวโน้มที่จะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ประมาณ 2 เท่า โดยในกลุ่มที่ไม่ได้รับยากระตุ้นระบบประสาทมีแนวโน้มที่จะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ประมาณ 1.7 เท่า อาจเป็นเพราะ การไม่ได้รับยาทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นแสดงอาการอยู่นาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเรียน การงาน และการเข้าสังคม ทำให้คุณภาพชีวิต แย่ลง นอกจากนี้การศึกษาของ Daviss W และคณะ²⁴ พบว่า การได้รับการรักษาด้วยยาสำหรับโรคสมาธิสั้น อาจมีผลป้องกันในเด็กสมาธิสั้นโดยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในภายหลัง

ภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ($p=0.653$) และภาวะซึมเศร้าของมารดาที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.825$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Puttisri และคณะ²⁸ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI;0.488,5.934) ซึ่งการศึกษา

ดังกล่าวใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในเด็ก (children's depression inventory: CDI) ฉบับภาษาไทยและใช้จุดตัดของภาวะซึมเศร้าที่ 15 คะแนนขึ้นไปเป็นแบบเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ ในขณะที่การศึกษาของ Xia และคณะ⁷ พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้น ($p=0.030$) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ผลแตกต่างจากการศึกษาดังกล่าว คาดว่าเป็นผลจากการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กที่แตกต่างกันซึ่งการศึกษาดังกล่าวใช้ depression self-rating scale for children (DSRSC) และอายุของผู้เข้าร่วมการศึกษาที่แตกต่างกันซึ่งการศึกษาดังกล่าวอาสาสมัครมีช่วงอายุ 7-10 ปี

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กไม่ใช่เกณฑ์ในการวินิจฉัย และไม่มีการสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัย อีกทั้งยังเป็นแบบคัดกรองที่ใช้ในการประเมินตนเองอาจทำให้เกิดอคติจากผู้ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลผลว่าเป็นภาวะซึมเศร้าได้ 2) ผลของการศึกษาในครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มประชากรที่มาับการรักษาที่โรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวไม่สามารถสรุปว่าเป็นตัวแทนของประชากรได้ทั้งหมดได้ 3) การศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้มีการประเมินความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น ความรุนแรงของโรคที่พบร่วม ซึ่งอาจจะมีผลต่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นได้ 4) การศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับ compliance ของการได้รับยารักษาโรคสมาธิสั้น ในเด็กที่มี compliance ของการได้รับยาที่ไม่ดี อาจส่งผลให้ อาการของโรคสมาธิสั้นแสดงอยู่นาน และรุนแรงซึ่งอาจจะส่งผลต่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน 5) ช่วงอายุที่ค่อนข้างกว้างตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่

homogeneous ส่งผลให้ปัจจัยบางอย่างอาจสำคัญในช่วงอายุหนึ่ง แต่ไม่ค่อยมีผลในช่วงอายุอื่น เช่น เกรดในเด็กระดับประถมอาจมีความหมายไม่เท่ากับเกรดระดับมัธยม หรือ การได้รับเกรดที่ดีในระดับประถมอาจจะได้ง่ายกว่าระดับมัธยม 6) การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional study บอกได้เพียงว่าปัจจัยที่ศึกษามีความสัมพันธ์ หรือ ไม่มีความสัมพันธ์ไม่สามารถระบุว่าเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจำเป็นต้องทำการศึกษาแบบในระยะยาว (longitudinal study) และจากผลของการศึกษาที่พบว่า การไม่ได้รับยาโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับยา แม้ว่าผลที่ได้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ แต่ก็เป็นที่น่าสนใจหากมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์นี้เพิ่มเติมในอนาคต

สรุป

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้นมีโอกาสสูงที่จะพบภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้าร่วมร้อยละ 32.3 นอกจากนี้ยังพบว่าเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ซึ่งผลของการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาในด้านผลการเรียนต่ำ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยหากพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า จะได้รับการช่วยเหลือระยะแรกเริ่ม (early intervention) และหากพบว่าเป็นโรคซึมเศร้าจะได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับครู และผู้ปกครองในการช่วยเหลือดูแลเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่มีปัญหาในด้านผลการเรียนต่ำต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ช่วยเหลือให้คำแนะนำในการทำวิจัยรวมถึง คุณสุทธิพงษ์ กาวิละแพทย์ นักวิจัยผู้ช่วยกลุ่มวิจัยโรคทางจิตเวชทั่วไปที่ให้คำแนะนำด้านสถิติ และ ทีมพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ช่วยเหลือในการเก็บแบบสอบถามในงานวิจัย ทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ได้รับทุนวิจัยจาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรองเลขที่ 001/2563)

เอกสารอ้างอิง

1. Spetie L, Arnold EL. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. In: Martin A, Bloch M, Volkmar F, editors. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 5th ed. China: Wolters Kluwer; 2020:365-76.
2. Wacharasindhu A, Panyayong B. Psychiatric Disorder in Thai School-Aged Children: I Prevalence. J Med Assoc Thai 2002; 85(suppl1): S125-36.
3. Pliszka SR. Patterns of Psychiatric Comorbidity with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2000; 9(3): 525-40.
4. Daviss W. A Review of Co-Morbid Depression in Pediatric ADHD: Etiologies, Phenomenology, and Treatment. J Child Adolesc Psychopharmacol 2008; 18(6): 565-71.
5. Rohde P, Clarke G, Lewinsohn P, Seeley J, Kaufman N. Impact of comorbidity on a cognitive-behavioral group treatment for

- adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(7): 795-802.
6. Shroff KP, Sanchez-Lacay JA. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents with co-morbid anxiety and depression. *Clin Psychol Cog Sci* 2018; 2(1): 21-8.
 7. Xia W, Shen L, Zhang J. Comorbid anxiety and depression in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and self-reported symptoms of ADHD, anxiety, and depression among parents of school-aged children with and without ADHD. *Shanghai Arch Psychiatry* 2015; 27: 356-67.
 8. Trani MD, Roma FD, Elda A, Daniela L, Pasquale P, Silvia M, et al. Comorbid Depressive Disorders in ADHD: The Role of ADHD Severity, Subtypes and Familial Psychiatric Disorders. *Psychiatry Investig* 2014; 11(2): 137-142.
 9. Hassan G, Eissa A, Hwedi D, Hegazy D, Essam A. Children with attention deficit-hyperactivity disorder and comorbid depression. *Middle East Current Psychiatry* 2013; 20(3): 140-145.
 10. Grover S, Raju VV, Sharma A, Shah R. Depression in Children and Adolescents: A Review of Indian studies. *Indian J Psychol Med* 2019; 41(3): 216-227.
 11. Demir T, Karacetin G, Demir D, Uysal O. Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *J Affect Disord* 2011; 134(1-3): 168-176.
 12. McCabe M, Ricciardelli L, Banfield S. Depressive Symptoms and Psychosocial Functioning in Preadolescent Children. *Depress Res Treat* 2011; 2011: 1-7.
 13. Angold A, Costello E, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40(1): 57-87.
 14. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(11): 1427-1439.
 15. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, et al. New Insights Into the Comorbidity Between ADHD and Major Depression in Adolescent and Young Adult Females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(4): 426-434.
 16. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *Am J Psychiatry* 2002; 159(1): 36-42.
 17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
 18. Mayes SD, Calhoun SL, Chase GA, Mink DM, Stagg RE. ADHD Subtypes and Co-Occurring Anxiety, Depression, and Oppositional-Defiant Disorder: Differences in Gordon diagnostic system and Wechsler working memory and processing speed index scores. *J Attent Disord* 2008; 12(6): 540-550.

19. Nelson J, Gregg N. Depression and Anxiety Among Transitioning Adolescents and College Students With ADHD, Dyslexia, or Comorbid ADHD/Dyslexia. *J Attent Disord* 2010; 16(3): 244-254.
20. Ushijima H, Usami M, Saito K, Kodaira M, Ikeda M. Time course of the development of depressive mood and oppositional defiant behavior among boys with attention deficit hyperactivity disorder: differences between subtypes. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66: 285-291.
21. Acosta MT, Castellanos FX, Bolton KL, Balog JZ, Eagen P, Nee L ,et al. Latent Class Subtyping of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Conditions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(7): 797-807.
22. MTA Cooperative Group. 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1073-86.
23. Harpin VA. Medication options when treating children and adolescents with ADHD: interpreting the NICE guidance 2006. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2008; 93(2): 58-65.
24. Daviss W, Birmaher B, Diler R, Mintz J. Does Pharmacotherapy for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Predict Risk of Later Major Depression?. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008; 18(3): 257-264.
25. Wilens T, Spencer T. The Stimulants Revisited. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000; 9(3): 573-603.
26. Pliszka SR. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 50-8.
27. Harris K, Boots M, Talbot J, Vance A. Comparison of Psychosocial Correlates in Primary School Age Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder- Combined Type, with and without Dysthymic Disorder. *Child Psychiatry and Human Development* 2006; 36(4): 419-426.
28. Puttisri S, Punpanivh P, Pantungtong T, Sungprasit M. A Depression in Mothers of Children with ADHD. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 2006; 51(3): 213-223.
29. Faraone SV, Kunwar AR. ADHD in Children With Comorbid Conditions: Diagnosis, Misdiagnosis, and Keeping Tabs on Both[Internet]. *Medscape Psychiatry*.2020 [cited November 9, 2020]. Available from: https://www.medscape.org/viewarticle/555748_3
30. Nguyen D, Wright E, Dedding C, Pham T, Bunders J. Low Self-Esteem and Its Association With Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Vietnamese Secondary School Students: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry* 2019; 10: 698.
31. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: "true" depression or demoralization? *J Afect Disord* 1998; 47: 113-22.

32. Xu F, Cui W, Xing T, Parkinson M. Family Socioeconomic Status and Adolescent Depressive Symptoms in a Chinese Low- and Middle- Income Sample: The Indirect Effects of Maternal Care and Adolescent Sense of Coherence. *Front Psychology* 2019;10: 819.
33. Kovacs M. *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems, Inc.; 1992.
34. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. The children's depression inventory as a screen for depression. *J Med Assoc Thailand* 1997; 30: 491-499.
35. Bang Y, Park J, Kim S. Cut-Off Scores of the Children's Depression Inventory for Screening and Rating Severity in Korean Adolescents. *Psychiatry Investigation* 2015; 12(1): 23.
36. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9): 606-613.
37. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 46.
38. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol* 1996; 49(12): 1373-1379.
39. Drabick D, Gadow K, Sprafkin J. Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic-based sample of boys with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(8): 766-74.
40. Brunsvold GL, Oepen G, Federman EJ, Akins R. Comorbid Depression and ADHD in Children and Adolescents [Internet]. *Psychiatric Times*. 2020 [cited November 9, 2020]. Available from: <https://www.psychiatrictimes.com/view/comorbid-depression-and-adhd-children-and-adolescents>.