

ความชุกและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

กาญจนาพร ชันคำนัน๊ะ*, สุวรรณิ พุทธิศรี*, มษฐา ทองปาน*, บุรณาด รุ่งลักษมีศรี**, วรามิศร์ โอสถานนท์**

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช และศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2566 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม จำนวนทั้งหมด 69 คน และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่ไม่มีโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่นร่วม จำนวน 71 คน ซึ่งสุ่มเลือกโดยวิธี Simple random sampling เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ Logistic regression เพื่อศึกษาแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า

ผลการศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 1.37 ลักษณะของผู้ป่วยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น (odds ratio (OR) = 2.05, $p = 0.002$) การมีประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว (OR = 55.08, $p = 0.035$) และการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียด (OR = 73.61, $p = 0.001$)

สรุป ความชุกของโรคซึมเศร้าที่พบร่วมในผู้ป่วยเด็กออทิสติกอยู่ที่ร้อยละ 1.37 ลักษณะของผู้ป่วยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเกิดโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าร่วมในผู้ป่วยออทิสติก ได้แก่ อายุที่มากขึ้น การมีประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว และการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียด ดังนั้นการติดตามในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงข้างต้นเพื่อวางแผนป้องกันให้การวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ ออทิสติก โรคซึมเศร้า ความชุก ปัจจัยเสี่ยง เด็กและวัยรุ่น

Corresponding author: สุวรรณิ พุทธิศรี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: suwannee.sri@mahidol.ac.th

วันรับ 12 ธันวาคม 2567 วันแก้ไข 16 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 19 มีนาคม 2568

Prevalence and Common Characteristics of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Depressive Disorder at Yuwaprasart Waithayopathum Hospital

Kanjaporn Kankumnanta*, Suwannee Putthisri*, Masatha Thongpan*, Buranat Runglaksameesri**, Waramis Osathanond**

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Yuwaprasart Waithayopathum Hospital

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the prevalence and common characteristics of depressive disorder among children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD) who received treatment at Yuwaprasart Waithayopathum hospital, a specialized psychiatric facility.

Methods: A descriptive study was conducted through retrospective medical record reviews from 2017 to 2023. Participants included 69 patients diagnosed with ASD and comorbid depressive disorder and 71 control patients with ASD but no comorbid psychiatric conditions. Data were collected using a structured record review form and analyzed using descriptive statistics and logistic regression to identify factors associated with depression.

Results: The prevalence of depressive disorder in the ASD patient sample was 1.37%. Significant factors associated with depression included older age (OR = 2.05, $p = 0.002$), a family history of mood disorders (OR = 55.08, $p = 0.035$), and exposure to stressors (OR = 73.61, $p = 0.001$).

Conclusion: The prevalence of depressive disorder in the ASD patient sample was 1.37%. Significant factors associated with depression included older age, a family history of mood disorders, and exposure to stressors. Therefore, monitoring groups with the aforementioned risk factors to plan prevention, provide early diagnosis, and initiate treatment at the onset of symptoms will benefit both patients and their families.

Keywords: autism spectrum disorder, depressive disorder, prevalence, risk factor, child and adolescent

Corresponding author: Suwannee Putthisri

E-mail: suwannee.sri@mahidol.ac.th

Received: 12 December 2024 Revised: 16 March 2025 Accepted: 19 March 2025

บทนำ

กลุ่มอาการออทิสติก (autism spectrum disorder) คือกลุ่มโรคพัฒนาการผิดปกติ ที่มีความบกพร่องของพัฒนาการด้านการสื่อสารและด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social communication and social interaction deficit) ร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมหรือความสนใจที่มีลักษณะแคบจำกัดหรือเป็นแบบแผนซ้ำๆ ไม่ยืดหยุ่น (restricted and repetitive behavior) และมักพบโรคร่วมทางจิตเวชร่วมด้วย¹ โดยโรคซึมเศร้า (depression) เป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในช่วงวัยรุ่น² ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านอารมณ์ สังคม และพฤติกรรม³ แต่เนื่องจากผู้ป่วยออทิสติกมีความบกพร่องด้านการสื่อสารและทักษะทางสังคม และโรคซึมเศร้าที่พบร่วมจะมีอาการบางอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการหลัก (core symptom) ของออทิสติก เช่น พฤติกรรมแยกตัวจากสังคม อารมณ์เพิกเฉย ฯลฯ ซึ่งทำให้ยากต่อการวินิจฉัยว่าเป็นจากโรคออทิสติกหรือจากโรคซึมเศร้าที่พบร่วม โดยในปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือเฉพาะที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าที่พบร่วมในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นออทิสติก จึงต้องอาศัยข้อมูลหลายด้านร่วมกับอาการทางคลินิกเพื่อช่วยในการวินิจฉัย¹

ความชุกและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกมีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยโรคซึมเศร้า รวมทั้งช่วยในการประเมินและวางแผนการรักษา โดยการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติกมีค่าแปรผันที่กว้างเนื่องจากความแตกต่างของระเบียบวิธีการวิจัย⁴ โดยพบว่าค่าความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติกในต่างประเทศอยู่ในช่วง 11 - 13%^{5,6} และจากการศึกษาความชุกในประเทศไทยของพรทิพย์และคณะ โดยการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติก ร้อยละ 8.6 มีระดับคะแนนเข้าเกณฑ์โรคซึมเศร้า⁷ ส่วนการศึกษาลักษณะทั่วไปและปัจจัยเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่ผ่านมายังมีค่อนข้างน้อยจากการทบทวนงานวิจัยของ Pezzimenti และคณะ และ DeFilippi พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีสัมพันธ์กับโรคภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุช่วงวัยรุ่น ระดับพัฒนาการทางภาษาที่ดี ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำ การมีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ การขาดความช่วยเหลือทางสังคม การมีความเครียดและความบาดเจ็บทางจิตใจในชีวิต^{1,4}

เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มี

โรคซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ให้บริการแก้ไขปัญหาด้านพัฒนาการและบำบัดรักษาผู้ป่วยออทิสติก เพื่อสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวัง ค้นหาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติก และนำไปสู่การช่วยวินิจฉัยและวางแผนการรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกตั้งแต่นั้นๆ

วิธีการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกลุ่มออทิสติกที่มีอายุตั้งแต่ 6 - 18 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยค้นหาจากฐานข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังตาม ICD-10 รหัส F.84 (กลุ่มโรค Pervasive developmental disorder) ทั้งหมดในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งสิ้น 5,019 คน ประกอบด้วยกลุ่มเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม ICD-10 รหัส F.32 (กลุ่มโรค Depressive episode) จำนวน 69 คน และกลุ่มเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่ไม่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม จำนวน 4,950 คน

เนื่องจากการศึกษานี้ต้องการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าและไม่มีโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผู้วิจัยต้องการศึกษาในข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และใช้การเปรียบเทียบประชากรกลุ่มควบคุมในอัตราส่วน 1:1

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกลุ่มออทิสติกที่มีอายุตั้งแต่ 6 - 18 ปี รับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยได้รับการวินิจฉัยออทิสติกตาม DSM-5 criteria จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น มีการลงรหัสในฐานข้อมูล ICD-10 รหัส F.84

เกณฑ์การคัดออก รหัสกลุ่มโรค ICD ไม่ตรงกับการบันทึกการวินิจฉัยตาม DSM-5 criteria ของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จากประชากรที่เข้าเกณฑ์ถูกนำมาคัดเลือกเป็น 2 กลุ่มเพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ประกอบด้วย

กลุ่มศึกษา ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกลุ่มออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมทั้งหมด โดยการวินิจฉัย

โรคซึมเศร้า เป็นการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์การวินิจฉัย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition (DSM-5) มีการลงรหัสในฐานข้อมูล ICD-10 รหัส F.32 เป็นโรคหลักหรือโรคร่วม จำนวนทั้งหมด 71 คน ตัดออกจำนวน 2 คน (เนื่องจากรหัสกลุ่มโรค ICD ไม่ตรงกับการบันทึกการวินิจฉัยตาม DSM-5 criteria) ทำให้คงเหลือประชากรศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 69 คน

กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นกลุ่มออทิสติกที่ไม่มีโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชอื่นๆ เป็นโรคร่วม จำนวนทั้งสิ้น 71 คนโดยการสุ่มแบบ Simple random sampling จากเวชระเบียนย้อนหลังในช่วงระยะเวลาเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลประชากรทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยนำเสนอเป็นค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่ามัธยฐาน (median) และใช้สถิติเชิงอนุมาน Pearson's chi-square test และ T-test เปรียบเทียบหาความแตกต่างและความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นอกจากนั้นใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) เพื่อศึกษาแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติก โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์วันที่ 1 พฤษภาคม 2567 (รหัสโครงการวิจัย 003/67)

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม มีจำนวนทั้งสิ้น 69 คน คิดเป็นร้อยละ 1.37 และพบว่ามีความเครียด 1 ประเด็น คิดเป็นร้อยละ 69.12 โดยชนิดของความเครียด ประกอบด้วย ด้านเพื่อน ครอบครัว และการเรียน คิดเป็นร้อยละ 47.83, 33.33 และ 24.64 ตามลำดับ มีผู้ป่วยจำนวน 3 คน ที่มีชนิดของความเครียดในด้านอื่นๆ ได้แก่ เครียดทุกเรื่อง เลิกกับแฟน และไม่ชอบเพื่อนของแม่ โรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นส่วนใหญ่ คือ Major depressive disorder ร้อยละ 60.87 โดยโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบบ่อยคือ โรคสมาธิสั้น (attention

deficit hyperactivity disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (intellectual disability) และโรคจิต (psychotic disorder) คิดเป็นร้อยละ 36.23, 15.95, 5.8 และ 4.35 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (suicidality) ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่ม antidepressant 1 ชนิด ร้อยละ 88.41 (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นการรักษาด้วยยาในกลุ่ม SSRI ทั้งหมด ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ sertraline fluoxetine และ escitalopram

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปในกลุ่มศึกษาจำนวน 69 คน กับกลุ่มควบคุมจำนวน 71 คน พบว่าในกลุ่มศึกษามีอัตราส่วนของเพศหญิงต่อเพศชายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 30:39 และ 11:60 ตามลำดับ ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบอายุ ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา พบว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยอายุ 17.46 ปี และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอายุ 10.41 ปี ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของอายุขณะที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในกลุ่มศึกษา คือ 13.58 ปี รูปแบบการศึกษาของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มศึกษาส่วนมากมีร้อยละของรูปแบบการศึกษาปกติ มากกว่ากลุ่มควบคุม ($p\text{-value} < 0.001$) ความสามารถในการเรียนและพัฒนาการทางภาษาพบว่า ในกลุ่มศึกษามีร้อยละของการเรียนตามเกณฑ์ และมีพัฒนาการทางภาษาที่ดีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$ และ 0.006 ตามลำดับ) ในด้านการพักอาศัย พบว่ากลุ่มศึกษามีสัดส่วนของการอยู่กับพ่อหรือแม่เพียงลำพัง เทียบกับการอยู่กับพ่อและแม่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.019$) และพบว่ากลุ่มศึกษามีร้อยละของการมีประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว และมีปัจจัยกระตุ้นความเครียดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 2)

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก โดยตัวแปร X ได้แก่ เพศ อายุ รูปแบบการศึกษา ความสามารถในการเรียน พัฒนาการทางด้านภาษา การพักอาศัย ประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว และการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียด ตัวแปร Y คือ การได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้แก่ อายุ การมีประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว และการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียด มีความสัมพันธ์กับการมีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า Odds ratio เท่ากับ 2.05 (CI 1.31 - 3.21,

p-value = 0.002), 55.08 (CI 1.33 - 2283.17, p-value = 0.035) และ 73.61 (CI 5.08 - 933.79, p-value = 0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุพระสาทวโทยโปถัมภ์มีค่าร้อยละ 1.37

ตารางที่ 1 ลักษณะของโรคซึมเศร้าในกลุ่มออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้า

ลักษณะของโรคซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
มีปัจจัยกระตุ้นความเครียด (N = 68)		
ไม่มี	7	10.29
1 ประเด็น	47	69.12
2 ประเด็น	13	19.12
3 ประเด็น	1	1.47
ชนิดของความเครียด		
เพื่อน	33	47.83
ครอบครัว	23	33.33
การเรียน	17	24.64
อื่นๆ	3	4.35
อายุที่ได้รับการวินิจฉัยซึมเศร้า (mean, SD)	13.58 (2.26)	
ความคิดฆ่าตัวตาย (N = 69)	46	66.67
การวินิจฉัยโรค (N = 69)		
Major depression	42	60.87
Depression NOS*	21	30.43
Dysthymia	4	5.8
Bipolar depression	2	2.9
CDI score** (N = 33) (mean, SD)	29.7 (8.02)	
โรคร่วมทางจิตเวช		
ADHD***	25	36.23
Anxiety	11	15.95
Intellectual disability	4	5.8
Psychotic	3	4.35
รักษาโดยใช้ยาต้านเศร้า (N = 69)		
ไม่ได้ใช้	7	10.14
ใช้ยา 1 ชนิด	61	88.41
ใช้ยามากกว่า 1 ชนิด	1	1.45

*Depression NOS = depression disorder not otherwise specified;

CDI score = children's depression inventory score; *ADHD = attention deficit hyperactivity disorder

ซึ่งถือว่าต่ำกว่าความชุกที่พบในงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยจากการศึกษาของ Lai และ Hudson ที่ทำการศึกษาแบบ systematic และ meta-analysis รายงานความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติกที่ร้อยละ 11 และ 12.3 ตามลำดับ^{5,6} และจากการศึกษาความชุกในประเทศไทยของพรทิพย์ โดยการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นออทิสติก ร้อยละ 8.6 มีระดับคะแนนเข้าเกณฑ์โรคซึมเศร้า⁷ การที่ค่าความชุกต่ำกว่านั้นอาจเนื่องมาจากการศึกษานี้ใช้เกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ ไม่ใช่จากแบบคัดกรองเหมือนการศึกษาอื่น^{1,4} อย่างไรก็ตาม ค่าความชุกของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM criteria ที่มีค่าความชุกอยู่ที่ร้อยละ 1.4⁸

จากการศึกษาในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม พบว่าการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียดในกลุ่มศึกษานี้มีปัจจัยกระตุ้นความเครียดถึงร้อยละ 89.71 โดยมีปัญหาความเครียดจากเพื่อน (ร้อยละ 47.83) ครอบครัว (ร้อยละ 33.33) และการเรียน (ร้อยละ 24.64) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ชี้ว่า การมีความเครียดและประสบการณ์ทางอารมณ์ในชีวิตประจำวันมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นการเกิดภาวะซึมเศร้า^{1,4,9} เช่นเดียวกับโรคซึมเศร้าในกลุ่มประชากรเด็กและวัยรุ่นทั่วไปสามารถถูกกระตุ้นได้จากประสบการณ์ความเครียดและความบาดเจ็บทางจิตใจในชีวิตได้ 60 - 70%¹⁰

จากการศึกษานี้พบว่าการมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (suicidality) ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วมพบได้ถึงร้อยละ 66.67 สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่า ความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (suicidality) ในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม มีความชุกมากกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไปที่เป็นโรคซึมเศร้าซึ่งพบได้ ร้อยละ 16.7^{11,12} ร้อยละ 62.33 ของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบร่วม สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สามารถพบโรคร่วมทางจิตเวชได้ ร้อยละ 40 - 90¹³

การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกพบว่า ร้อยละ 89.86 ได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นจำนวนมากกว่าการรักษาโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นทั่วไปที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร้อยละ 70^{14,15} ซึ่งมักจะแนะนำให้รักษาแบบผสมผสานอันประกอบไปด้วยการให้การปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาประคับประคองด้านจิตใจ การรักษาโรคที่พบร่วม การรักษาด้วยยาและจิตบำบัด ทั้งนี้การพิจารณาการรักษาขึ้นอยู่กับระดับ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและลักษณะร่วมของกลุ่มออทิสติก และกลุ่มออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้า

ข้อมูลประชากรทั่วไป	ไม่มีโรคซึมเศร้าร่วม (N = 71)	มีโรคซึมเศร้าร่วม (N = 69)	p
เพศ			< 0.001*
ชาย	60 (84.5)	39 (56.5)	
หญิง	11 (15.5)	30 (43.5)	
อายุ (mean, SD)	10.41 (3.62)	17.46 (3.19)	< 0.001*
รูปแบบการศึกษา			< 0.001*
แผนการศึกษาเฉพาะบุคคล	14 (19.7)	3 (4.3)	
การศึกษาปกติ	47 (65.8)	64 (92.8)	
ไม่ได้เรียน	10 (14.5)	2 (2.9)	
ความสามารถในการเรียน			.002*
เรียนตามเกณฑ์	52 (75.4)	66 (95.7)	
ต่ำกว่าเกณฑ์	7 (10.1)	1 (1.4)	
ไม่ได้เรียน	10 (14.5)	2 (2.9)	
พัฒนาการทางภาษา			.006*
มีภาษาพูดก่อนหรือเท่ากับอายุ 5 ปี	59 (83.1)	67 (97.1)	
มีภาษาพูดหลังอายุ 5 ปี	12 (16.9)	2 (2.9)	
โรคร่วมทางกาย	14 (19.7)	7 (10.1)	0.113
การแพ้อาหาร			.019*
พ่อและแม่	53 (74.6)	37 (53.6)	
พ่อหรือแม่	14 (19.7)	28 (40.6)	
อื่นๆ	4 (5.6)	4 (5.8)	
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว			
โรคทางอารมณ์	2 (2.9)	22 (33.8)	< 0.001*
การฆ่าตัวตาย	0	3 (4.6)	.111
โรคจิตเภท	2 (2.9)	4 (6.3)	.427
การใช้สารเสพติด	4 (5.8)	3 (4.6)	1.000
พัฒนาการล่าช้า	19 (27.5)	11 (16.9)	.141
โรคทางจิตเวชอื่นๆ	5 (7.2)	1 (1.5)	.209
รายได้ครอบครัว (median, IQR)	30000 (250000)	30000 (44500)	.862
มีปัจจัยกระตุ้นความเครียด	3 (4.2)	61 (89.7)	< 0.001*
CGIS** (mean, SD)	3.07 (0.43)	3.17 (0.65)	0.328

*p-value < 0.05; **CGIS = clinical global impression severity of illness

ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าซึ่งได้แก่ กรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาการไม่รุนแรงอาจให้การรักษาแบบประคับประคอง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปานกลางถึงรุนแรง ควรให้การรักษาด้วยยาหรือใช้ยาร่วมกับจิตบำบัด^{16,17} ในกรณีของผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม การให้ยากลุ่ม SSRI (selective

serotonin reuptake inhibitors) พบว่าเป็นแนวทางการรักษาหลักในกลุ่มนี้ จุดประสงค์ของการให้ยาดังกล่าวอาจไม่เพียงมุ่งหวังผลในการรักษาโรคซึมเศร้าเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการลดพฤติกรรมซ้ำๆ (repetitive behaviors)⁴ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของออทิสติก นอกจากนี้ การทำจิตบำบัดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังค่อนข้างท้าทาย

ตารางที่ 3 ลักษณะร่วมที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในเด็กออทิสติก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression)

ตัวแปร	Odds ratio	Standard error	(95% CI)	p-value
เพศ	8.11	10.81	(0.60, 11.06)	0.116
อายุ	2.05	0.47	(1.31, 3.23)	0.002*
รูปแบบการศึกษา	0.13	0.20	(0.01, 2.56)	0.180
ความสามารถในการเรียน	0.09	0.26	(0.00, 27.48)	0.406
พัฒนาการทางด้านภาษา	2.79	4.32	(0.13, 58.09)	0.507
การพักอาศัย	14.11	21.64	(0.70, 285.39)	0.085
ประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว	55.08	104.67	(1.33, 2283.17)	0.035*
มีปัจจัยกระตุ้นความเครียด	73.61	95.41	(5.08, 933.79)	0.001*

*p-value < 0.05

เนื่องจากข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการตอบสนองต่อการบำบัด ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีอัตราการเข้ายาที่สูงเมื่อเทียบกับแนวทางรักษาแบบทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าและไม่มีโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามีปัจจัยกระตุ้นความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่ไม่มีโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) บ่งชี้ว่าการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติก อันเกิดจากการที่ผู้ป่วยออทิสติกไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่มั่นคงกับเพื่อนหรือคนรอบข้างได้ ทำให้เกิดความเครียดสะสมและนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้^{1,4,18-20}

การเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปและลักษณะร่วมของ ผู้ป่วยออทิสติกที่มีและไม่มีโรคซึมเศร้านั้น พบว่าในกลุ่มที่มีโรคซึมเศร้ามักร่วมมีอัตราส่วนของเพศหญิงสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าเพศหญิง มักมีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชายในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป^{16,21,22} รวมถึงผู้ป่วยออทิสติกที่อยู่ในระดับ high function²⁰

จากผลการศึกษานี้พบว่า อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.58 ปี สอดคล้องกับการศึกษาโรคซึมเศร้าในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นทั่วไปที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในช่วงเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น^{16,23} และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามักร่วมมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า ความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยออทิสติกวัยรุ่นและวัยรุ่นใหญ่ที่มีการทำงานสูง (high-functioning ASD) เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความรู้ทางสังคมที่ชัดเจนขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกแปลกแยก เครียด และส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าสูงขึ้น จากการศึกษาของ DeFilippis พบว่าเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นมากกว่าในเด็ก¹ นอกจากนี้การศึกษาของ Myriam de-la-Iglesia กล่าวว่า การรับรู้ถึงความแตกต่างและข้อบกพร่องของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีอายุสูงขึ้น เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า²⁴

พัฒนาการทางภาษาและรูปแบบในการเรียนจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามักร่วมมีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาการทางภาษาที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Greenlee ที่พบว่า ผู้ป่วยออทิสติกที่มีระดับสติปัญญาที่สูง มักจะตระหนักถึงข้อจำกัดทางสังคมของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวที่นำไปสู่โรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามักร่วมมีพัฒนาการทางภาษาที่ดีกว่า เนื่องจากการสื่อสารที่ดีขึ้นและความสามารถในการรับรู้ทางสังคมที่สูงขึ้น แต่อาจไม่เพียงพอต่อการปรับตัวต่อสถานการณ์ทางสังคม ทำให้เกิดความคาดหวังในตัวเองและในสังคมสูงขึ้นตามลำดับ²⁰ เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถทำตามความคาดหวังนั้นได้ ก็จะเกิดความเครียดและรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา²⁴

ในด้านการพักอาศัยพบว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม (social support) มากกว่า ($p < 0.001$) อันอาจเกิดจากความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่มั่นคงหรือมีปัญหาภายในครอบครัว ส่งผลต่อปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งจากผลการศึกษานี้พบว่าปัจจัยกระตุ้นความเครียดจากปัญหาด้านครอบครัวถึงร้อยละ 33 ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยออทิสติกในวัยผู้ใหญ่ที่มีการช่วยเหลือและการยอมรับทางสังคมที่ดีจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ ขณะเดียวกันการช่วยเหลือและการยอมรับทางสังคมที่ต่ำ มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้า ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ตลอดช่วงชีวิต²⁵

ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าเป็นโรคร่วม มีประวัติโรคจิตเวชทางอารมณ์ในครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghaziuddin พบว่า 77% ของผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้ามีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ซึ่งอาจมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม หรือปัจจัยของบริบทแวดล้อมในครอบครัวที่มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติก¹⁹ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วไป และการศึกษาของ Magnuson ยังพบว่าการมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว นอกจากจะเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กออทิสติกแล้ว ยังมีโอกาสที่จะพัฒนาอาการทางจิตเวชอื่นๆ ได้สูงกว่าเด็กที่ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว¹⁸

เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติก พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่เข้ารับการรักษานี้ ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้แก่ อายุปัจจุบัน การมีประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว (family mood history) และการมีความเครียด (stressor) มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Odds ratio เท่ากับ 2.05 (p -value = 0.002), 55.08 (p -value = 0.035) และ 73.61 (p -value = 0.001) ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไป

ในขณะที่ความสามารถทางสติปัญญาที่สูง (high cognitive function) ได้แก่ ความสามารถในการเรียนรู้ที่ดี และระดับพัฒนาการทางด้านภาษาที่ดี มักถูกกล่าวถึงว่าเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติก แต่ในการศึกษานี้เมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ กลับไม่พบความสัมพันธ์

ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างรูปแบบการศึกษา ความสามารถในการเรียน และพัฒนาการทางภาษากับการเกิดโรคซึมเศร้า (ตารางที่ 3) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Myriam de-la-Iglesia ที่ชี้ให้เห็นว่าเด็กออทิสติกที่มีความสามารถทางสติปัญญาสูง (high-functioning ASD) มักมีความเสี่ยงสูงกว่าในการเกิดโรคซึมเศร้า²⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจำนวนประชากรที่ไม่มากพอทำให้อำนาจในการประเมินความสัมพันธ์มีขีดจำกัด และการเก็บข้อมูลเรื่องระดับความสามารถทางสติปัญญา เป็นเพียงการเก็บจากรูปแบบการศึกษาความสามารถในการเรียนและพัฒนาการทางภาษา โดยไม่ได้ใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐานในการประเมินระดับสติปัญญา

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากเวชระเบียนย้อนหลัง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในด้านความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลเป็นการศึกษานี้เน้นเฉพาะผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่เข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านออทิสติก ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจไม่ใช่ตัวแทนกลุ่มเด็กและวัยรุ่นออทิสติกทั้งหมด และจำนวนประชากรศึกษามีไม่มากพอ ทำให้อำนาจในการประเมินความสัมพันธ์มีขีดจำกัด นอกจากนี้การสุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมในการศึกษานี้ไม่ได้มีการจับคู่ (matching) ตัวแปรในด้านของเพศหรืออายุ เนื่องจากว่าเป็นตัวแปรที่สนใจในการศึกษา จึงอาจส่งผลให้มีความแตกต่างอย่างมากระหว่างกลุ่มประชากรรวมทั้งการศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น สภาพเศรษฐกิจ สังคม และการสนับสนุนจากครอบครัวในระยะยาว ซึ่งอาจมีผลต่อความทุกข์และลักษณะของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติก การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกต (observational study) ซึ่งสามารถระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และการเกิดโรคซึมเศร้า แต่ไม่สามารถสรุปเชิงสาเหตุได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การวิจัยในอนาคตควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมประชากรออทิสติกที่หลากหลาย ควรศึกษาข้อมูลในระยะยาว และควรมีเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้แพทย์ผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้สามารถติดตามกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างใกล้ชิด รวมถึง

วางแผนการป้องกันและดูแลรักษาที่เหมาะสม จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยออทิสติกในทุกช่วงวัย และเสริมสร้างประสิทธิภาพในการให้บริการทางการแพทย์ในระยะยาว

สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลัง เกี่ยวกับความชุกและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ผลการศึกษาพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างมีค่า 1.37 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าการศึกษาในต่างประเทศอย่างมีนัยสำคัญ โดยอาจสะท้อนความแตกต่างทางบริบทหรือข้อจำกัดทางระเบียบวิธี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า คือ อายุที่มากขึ้น ประวัติโรคทางอารมณ์ในครอบครัว และการมีปัจจัยกระตุ้นความเครียด การวิจัยนี้จึงเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้าได้อย่างทันท่วงที และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ที่อนุญาตให้คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่จำเป็นในงานวิจัย เจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการให้คำปรึกษาด้านวิจัย และด้านการติดต่อประสานงาน งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ทั้งนี้การศึกษานี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งใด

ผลประโยชน์ขัดกัน

คณะผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กัญจนพร ชันคำนันต์: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; สุวรรณี พุทธิศรี: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การตรวจสอบแก้ไขบทความ; มขฐา ทองปาน: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบแก้ไข

บทความ; บุรณาด รุ่งลักษณะศิริ: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล; วรามิศร์ โอสถานนท์: การเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Defilippis M. Depression in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Children (Basel)* 2018; 5(9): 112.
2. Bitsko RH, Holbrook JR, Ghandour RM, Blumberg SJ, Visser SN, Perou R, et al. Epidemiology and impact of health care provider-diagnosed anxiety and depression among US children. *J Dev Behav Pediatr* 2018; 39(5): 395-403.
3. Hossain MM, Khan N, Sultana A, Ma P, Mckyer EL, Ahmed HU, et al. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res* 2020; 287: 112922.
4. Pezzimenti F, Han GT, Vasa RA, Gotham K. Depression in youth with autism spectrum disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2019; 28(3): 397-409.
5. Lai MC, Kasseh C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2019; 6(10): 819-29.
6. Hudson CC, Hall L, Harkness KL. Prevalence of depressive disorders in individuals with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2019; 47(1): 165-75.
7. Thammawong P, Srikosai S, Wongkhiao P. The development of a psychosocial nursing program for autistic adolescents with depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021; 35(2): 113-34.
8. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(8):921-9.
9. Taylor JL, Gotham KO. Cumulative life events, traumatic experiences, and psychiatric symptomatology in transition-aged youth with autism spectrum disorder. *J Neurodev Disord* 2016; 8(1): 28.
10. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician* 2007; 75(1): 73-80.
11. Cassidy S, Rodgers J. Understanding and prevention of suicide in autism. *Lancet Psychiatry* 2017;4(6):e11.
12. Cassidy S, Bradley P, Robinson J, Allison C, McHugh M, Baron-Cohen S. Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *Lancet Psychiatry* 2014;1(2):142-7.
13. Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(11): 1503-26.
14. Houghton R, Liu C, Bolognani F. Psychiatric comorbidities and psychotropic medication use in autism: a matched cohort study with ADHD and general population comparator groups in the United Kingdom. *Autism Res* 2018;11(12):1690-700.

15. Kaur N, Doege C, Kostev K. Prevalence of antidepressant prescription in adolescents newly diagnosed with depression in Germany. *Children (Basel)* 2024;11(10):1382.
16. Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG, Diamond J, Keable H, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2023; 62(5): 479-502.
17. Royal College of Pediatricians of Thailand, Child and Adolescent Psychiatric Association of Thailand, Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute. Clinical practice guideline for adolescents with depression. Bangkok: 2018.
18. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22(1): 35-40.
19. Ghaziuddin M, Greden J. Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study. *J Autism Dev Disord* 1998; 28(2): 111-5.
20. Greenlee JL, Mosley AS, Shui AM, Veenstra-VanderWeele J, Gotham KO. Medical and behavioral correlates of depression history in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Pediatrics* 2016; 137(Suppl 2): S105-14.
21. Maughan B, Collishaw S, Stringaris A. Depression in childhood and adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(1):35-40.
22. Kapornai K, Vetro A. Depression in children. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21(1): 1-7.
23. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33(6): 809-18.
24. De-la-Iglesia M, Olivar JS. Risk factors for depression in children and adolescents with high functioning autism spectrum disorders. *ScientificWorldJournal* 2015; 2015:127853.
25. Hedley D, Uljarevic M, Foley KR, Richdale A, Trollor JN. Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in autism spectrum disorder. *Depress Anxiety* 2018; 35(7): 648-57.

ภาคผนวก 1 ตารางเปรียบเทียบการรักษาด้วยยา นอกเหนือจากยาด้านเศร้าในกลุ่มออทิสติก และกลุ่มออทิสติกที่มีโรคซึมเศร้า

ประเภทของยา	ไม่มีโรคซึมเศร้าร่วม (N=71)	มีโรคซึมเศร้าร่วม (N=69)	p
Antipsychotic	48 (67.6)	45 (65.2)	.765
Anticonvulsant	10 (14.1)	6 (8.7)	.316
Psychostimulant	10 (14.1)	16 (23.2)	.166
Benzodiazepine	4 (5.6)	12 (17.4)	.029*