

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น

อารียา สมบูรณ์เกื้อ พ.บ.

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลชลบุรี

Corresponding author, Email: aung_areeya@hotmail.com

(วันรับบทความ : 30 มีนาคม 2569, วันแก้ไขบทความ : 8 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ : 25 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคสมาธิสั้นเป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า การทำความเข้าใจความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบสนับสนุนทางจิตสังคมที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลชลบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในผู้ดูแลหลัก 152 ราย ของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Logistic regression

ผลการศึกษา : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเท่ากับร้อยละ 25.00 (95% CI: 18.1–31.9) โดยร้อยละ 7.89 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง การวิเคราะห์พหุตัวแปรพบว่าจำนวนเด็กที่ต้องดูแลเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบเด็กตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 2.36 เท่าของผู้ที่ดูแลเด็กเพียง 1 คน (Adjusted OR = 2.36, 95% CI: 1.02–5.46, p = 0.044) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยการต้องดูแลเด็กหลายคนพร้อมกันเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ จึงควรพัฒนาระบบคัดกรองและโปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมสำหรับผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โรคสมาธิสั้น ความชุก PHQ-9

Prevalence and Associated Factors of Depressive Symptoms Among Caregivers of Children and Adolescents with Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)

Areeya Somboonkear M.D.

Department of Psychiatry and Drug Dependence, Chonburi Hospital

Abstract

Background: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder is a common neurodevelopmental disorder in children and adolescents. Caregivers of affected individuals face persistent challenges in providing care, which may predispose them to mental health problems, particularly depression. Understanding the prevalence and associated factors of depression among caregivers is therefore essential for developing appropriate psychosocial support systems.

Objective: To determine the prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of children and adolescents diagnosed with ADHD at Chonburi Hospital.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted among 152 primary caregivers of children and adolescents with ADHD attending the Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Department, Chonburi Hospital, between April 2024 and October 2024. Data were collected using a general information questionnaire and the Thai version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Statistical analyses included descriptive statistics, Chi-square test, and logistic regression.

Results: The prevalence of depression among caregivers was 25.00% (95% CI: 18.1–31.9), with 7.89% exhibiting moderate-to-severe Depression. Multivariable analysis identified the number of children under care as the only statistically significant factor; caregivers responsible for two or more children had 2.36 times higher odds of developing depression compared to those caring for a single child (Adjusted OR = 2.36, 95% CI: 1.02–5.46, $p = 0.044$). No other factors demonstrated statistically significant associations.

Conclusions: Caregivers of children and adolescents with ADHD have a markedly higher prevalence of depression than the general population, with caring for multiple children simultaneously identified as a key risk factor. Systematic depression screening and tailored psychosocial support programs targeting high-risk caregivers should be developed and implemented to improve the quality of life of both caregivers and patients.

Keywords: Depression, ADHD caregivers, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Prevalence, PHQ-9

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทในวัยเด็กที่มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การขาดความสามารถในการจดจ่อต่อเนื่อง ภาวะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวมากเกินไป และการขาดการควบคุมแรงกระตุ้นตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และพัฒนาการโดยรวมของผู้ป่วย⁽¹⁾ โรคนี้มักเป็นความผิดปกติทางจิตเวชในวัยเด็กที่พบได้บ่อยที่สุด มีความชุกเฉลี่ยในระดับสากลอยู่ที่ร้อยละ 5.29⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยพบความชุกในเด็กวัยเรียนร้อยละ 5–10 และคาดว่าจะมีเด็กไทยที่ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นประมาณ 500,000–1,000,000 คน⁽¹⁾

เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาอย่างเหมาะสมมักประสบปัญหาหลายด้าน ทั้งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และความเชื่อมั่นในตนเอง เมื่อเติบโตขึ้นยังมีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยง อุบัติเหตุ ความล้มเหลวในการประกอบอาชีพ และการเกิดโรคทางจิตเวชร่วมอื่นๆ⁽³⁾ ด้วยเหตุนี้การรักษาโรคสมาธิสั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การประสานงานกับสถานศึกษา และการใช้ยา⁽⁴⁾

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการรักษา ทั้งการพาผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด การกำกับการใช้ยา การฝึกพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน และการจัดการกับอาการต่างๆ บ่อยครั้งพบว่าผู้ดูแลต้องปรับลดเวลาการทำงานหรือสละโอกาสทางอาชีพเพื่อทุ่มเทดูแลผู้ป่วย

ภาระความรับผิดชอบที่สะสมเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น⁽⁵⁾

การศึกษาในต่างประเทศรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่หลากหลาย ตั้งแต่ร้อยละ 41.6 ในซาอุดีอาระเบีย⁽⁶⁾ ร้อยละ 56.7 ในเอธิโอเปีย⁽³⁾ และสูงถึงร้อยละ 65⁽⁷⁾ ในโอมาน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ได้แก่ รายได้น้อย การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ชนิดของโรคสมาธิสั้นแบบผสม ระดับความรุนแรงของอาการ และภาวะสิ้นหวังของผู้ดูแล^(4,8) ส่วนในบริบทของประเทศไทย การศึกษาที่ผ่านมารายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นอยู่ระหว่างร้อยละ 16.2⁽⁹⁾ ถึงร้อยละ 29⁽⁵⁾ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญาในผู้ป่วย ผลการเรียนรู้ของผู้ป่วย ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว และความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ดูแล

อย่างไรก็ตาม ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นอาจมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เนื่องจากความหลากหลายทางด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม ระบบสาธารณสุข และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ทั้งนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจสำคัญของประเทศ งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนเฝ้าระวัง วินิจฉัย และพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางจิตสังคมที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลชลบุรี

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย และรับผิดชอบการดูแลชีวิตประจำวัน การติดตามอาการ การจัดการด้านการรับประทานยา และการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากรจำกัด (finite population proportion) ดังนี้

$$n = N \times Z^2 \times p \times q / [d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q]$$

โดย $N = 250$ (ขนาดประชากร), $Z = 1.96$ (ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95), $p = 0.50$ (สัดส่วนที่คาดว่าจะเกิดภาวะซึมเศร้า), $q = 1-p = 0.50$, $d = 0.05$ (ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5) แทนค่าในสูตร ได้ $n = 250 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 /$

$[(0.05)^2 \times (249) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5] = 240.10 / 1.5829 \approx 152$ ราย โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจนครบตามที่กำหนด

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ใช้เวลาในการดูแลมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ เป็นผู้มีประวัติโรคทางจิตเวชหรือมีปัญหาด้านการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม และผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือแจ้งขอลถอนตัวจากการวิจัย

3. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ครอบคลุมข้อมูลประชากรศาสตร์และข้อมูลทางคลินิกของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการวินิจฉัยและรักษา วิธีการรักษา และโรคร่วม โดยรวบรวมจากเวชระเบียนบางส่วน ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 9 ข้อคำถามตามเกณฑ์ DSM-IV คะแนนรวม 0-27 คะแนน แปลผลเป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6) ระดับน้อย (7-12) ระดับปานกลาง (13-17) และระดับรุนแรง (18 ขึ้นไป) แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.80-1.00

4.การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชลบุรี เลขรับรอง 19/67/S/h3 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนความเสี่ยง และประโยชน์จากการวิจัยก่อนลงนามในเอกสารยินยอม ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ

5.การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยใช้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สำหรับอธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและคำนวณความชุกของภาวะซึมเศร้า 2) การวิเคราะห์เชิงอนุมานใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ และ Unpaired t-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และ 3) การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร โดยคัดเลือกตัวแปรที่มี $p < 0.25$ จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวเข้าสู่โมเดล รายงานผลเป็นค่า Adjusted Odds Ratio พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษา

1.ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.53) อยู่ในช่วงอายุ 41–50 ปี (ร้อยละ 35.53) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา (ร้อยละ

67.11) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.08) ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 34.87) ด้านอาชีพ พบผู้ดูแลที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 27.63) รองลงมาคือพนักงานเอกชน (ร้อยละ 25.00) โดยมีผู้ดูแลที่ว่างงานถึงร้อยละ 19.08 ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,001–20,000 บาท (ร้อยละ 39.47) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีผู้ช่วยดูแล (ร้อยละ 61.18) และต้องรับผิดชอบดูแลเด็กในครอบครัวรวม 1 คน (ร้อยละ 75.66)

สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.26) อยู่ในช่วงอายุ 6–12 ปี (ร้อยละ 58.55) กำลังศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.08) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยและรักษามาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน โดยส่วนใหญ่รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 55.26) และรักษาร่วมกับการฝึกพฤติกรรม (ร้อยละ 42.76) แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมทางกาย (ร้อยละ 92.76) แต่พบโรคร่วมทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 56.58 โดยพบภาวะบกพร่องทางสติปัญญามากที่สุด (ร้อยละ 19.08) รองลงมาคือภาวะบกพร่องด้านการอ่าน (ร้อยละ 11.19) และกลุ่มอาการแอสเพอร์เกอร์ (ร้อยละ 4.61) ตามลำดับ

2.ความชุกและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

การประเมินด้วย PHQ-9 (จุดตัด ≥ 7 คะแนน) พบว่าผู้ดูแล 1 ใน 4 (ร้อยละ 25.00, 95% CI: 18.1–31.9) มีภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น (n=152)

ภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 $\geq$ 7)	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
ไม่มี	114	75.00	68.1 – 81.9
มี	38	25.00	18.1 – 31.9
รวม	152	100.00	

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 17.11, PHQ-9 = 8.81 ± 1.55) โดยมีผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 7.89 (12 ราย)

ซึ่งมีคะแนน PHQ-9 ค่อนข้างสูง (14.67–20.00 คะแนน) บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการรับการรักษาทางคลินิก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (n=152)

ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย PHQ-9 ($\pm$ SD)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	114	75.00	2.24 ± 2.07
มีภาวะซึมเล็กน้อย	26	17.11	8.81 ± 1.55
มีภาวะซึมปานกลาง	9	5.92	14.67 ± 1.50
มีภาวะซึมรุนแรง	3	1.97	20.00 ± 2.65
รวม	152	100.00	4.45 ± 4.67

การวิเคราะห์กลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า (n=38) มีคะแนนอาการทุกมิติสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งอาการด้านร่างกาย (1.57 ± 0.63 เทียบกับ 0.37 ± 0.40) อาการด้านอารมณ์ (1.33 ± 0.82 เทียบ

กับ 0.29 ± 0.42) อาการด้านความคิด (1.03 ± 0.73 เทียบกับ 0.16 ± 0.31) และความคิดทำร้ายตนเอง (0.63 ± 0.91 เทียบกับ 0.08 ± 0.27 , $p = 0.001$) แม้ระดับความคิดทำร้ายตนเองจะค่อนข้างต่ำ แต่ควรได้รับการติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กลุ่มอาการที่พบจำแนกตามภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (n=152)

กลุ่มอาการ	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=114)	มีภาวะซึมเศร้า (n=38)	t	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
อาการด้านอารมณ์	0.29 $\pm$ 0.42	1.33 $\pm$ 0.82	-7.57	<0.001*
อาการด้านร่างกาย	0.37 $\pm$ 0.40	1.57 $\pm$ 0.63	-11.06	<0.001*
อาการด้านความคิด	0.16 $\pm$ 0.31	1.03 $\pm$ 0.73	-7.07	<0.001*
ความคิดทำร้ายตนเอง	0.08 $\pm$ 0.27	0.63 $\pm$ 0.91	-3.68	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล พบว่า จำนวนเด็กที่ต้องดูแลเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่ต้องดูแลเด็กตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 2.31 เท่า (95% CI: 1.04–

5.15, $p = 0.038$) เมื่อเทียบกับผู้ดูแลเด็กเพียง 1 คน นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มที่น่าสนใจแม้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านประสบการณ์การดูแล ($p = 0.093$) และปัจจัยด้านระดับการศึกษา ($p = 0.186$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบปัจจัยสำคัญระหว่างผู้ดูแลที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	Crude OR	95% CI	p- value
	(n=38)	(n=114)			
	n (%)	n (%)			
เพศ					
ชาย	4 (10.53)	17 (14.91)	1.00	Ref.	0.497
หญิง	34 (89.47)	97 (85.09)	1.49	0.47 - 4.74	
อายุ					
ไม่เกิน 40 ปี	16 (42.11)	47 (41.23)	1.00	Ref.	0.708
41 - 50 ปี	15 (39.47)	39 (34.21)	1.13	0.50 - 2.57	
มากกว่า 50 ปี	7 (18.42)	28 (24.56)	0.73	0.27 - 2.00	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	29 (76.32)	85 (74.56)	1.00	Ref.	0.829
มี	9 (23.68)	29 (25.44)	0.91	0.39 - 2.15	

ปัจจัย	มีภาวะซึมเศร้า (n=38) n (%)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=114) n (%)	Crude OR	95% CI	p- value
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
บิดา/มารดา	29 (76.32)	89 (78.07)	1.00	Ref.	0.822
ญาติ/อื่นๆ	9 (23.68)	25 (21.93)	1.11	0.46 - 2.64	
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	26 (68.42)	90 (78.95)	1.00	Ref.	0.186
ปริญญาตรีขึ้นไป	12 (31.58)	24 (21.05)	1.73	0.76 - 3.93	
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน	9 (23.68)	20 (17.54)	1.00	Ref.	0.404
มีงานทำ	29 (76.32)	94 (82.46)	0.69	0.28 - 1.67	
รายได้ครอบครัว					
น้อยกว่า 15,000 บาท	13 (34.21)	35 (30.70)	1.00	Ref.	0.687
ตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป	25 (65.79)	79 (69.30)	0.85	0.39 - 1.86	
ไป					0.112
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอและเหลือเก็บ	9 (23.68)	19 (16.67)	1.00	Ref	
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	9 (23.68)	49 (42.98)	0.39	0.13 - 1.13	
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	20 (52.63)	46 (40.35)	0.92	0.36 - 2.38	
สถานภาพสมรส					
โสด/หย่า/หม้าย	9 (23.68)	38 (33.33)	1.00	Ref.	0.265
สมรส	29 (76.32)	76 (66.67)	1.61	0.69 - 3.74	
จำนวนเด็กที่ดูแล					
1 คน	24 (63.16)	91 (79.82)	1.00	Ref.	0.038*
ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป	14 (36.84)	23 (20.18)	2.31	1.04 - 5.15	
ประสบการณ์ในการดูแล					
ไม่เคย	38 (100.00)	106 (92.98)	1.00	Ref.	0.093
เคย	0 (0.00)	8 (7.02)	0.74	0.67 - 0.81	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร โดยนำตัวแปรที่มี $p < 0.25$ จากการวิเคราะห์เบื้องต้น ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนเด็กที่ต้องดูแล เข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ พบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว จำนวนเด็กที่ต้องดูแล (≥ 2 คน) เป็นปัจจัย

เดียวที่ยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR = 2.36, 95% CI: 1.02–5.46, $p = 0.044$) โมเดลมีความเหมาะสมในการทำนาย (Hosmer-Lemeshow test: $p = 0.336$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 10.2 (Nagelkerke $R^2 = 0.102$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร

ปัจจัย	Adjusted OR (95% CI)	p-value
การศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป)	0.46 (0.18-1.15)	0.097
ความเพียงพอของรายได้		0.116
- เพียงพอและเหลือเก็บ	1.00 (Reference)	
- เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	0.52 (0.17-1.56)	0.243
- ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน	1.37 (0.48-3.93)	0.553
จำนวนเด็กที่ต้องดูแล (≥ 2 คน)	2.36 (1.02-5.46)	0.044*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, Nagelkerke $R^2 = 0.102$, Hosmer-Lemeshow test: $p = 0.336$

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 25.00 ซึ่งสูงกว่าความชุกในประชากรทั่วไปของประเทศไทยที่อยู่ประมาณร้อยละ 3–5⁽¹²⁾ อย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาก่อนหน้า⁽⁴⁻¹⁰⁾ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและพัฒนาการมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าประชากรทั่วไป

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ ความชุกในการศึกษานี้ต่ำกว่าอย่างชัดเจน ได้แก่ การศึกษาในชาวอิตาลี (ร้อยละ 41.6)⁽⁶⁾

เอธิโอเปีย (ร้อยละ 56.7)⁽³⁾ และโอมาน (ร้อยละ 65.0)⁽⁷⁾ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ระบบสนับสนุนทางสังคม ระบบสาธารณสุข รวมถึงความแตกต่างของเครื่องมือและเกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้ในแต่ละการศึกษา อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับบริบทไทย ความชุกที่พบมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของภระวี ชโลธร⁽⁹⁾ (ร้อยละ 16.2) ซึ่งประเมินด้วย PHQ-9 เช่นเดียวกัน และปิยัญญ์ สุวรรณโณ⁽¹¹⁾ (ร้อยละ 17.6) ซึ่งประเมินด้วย PHQ-9 ฉบับภาษาไทยเช่นเดียวกัน แต่ใช้จุดตัดที่ ≥ 9 คะแนน ต่างจากการศึกษาปัจจุบันที่ใช้จุดตัด ≥ 7 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงความคล้ายคลึงกันของบริบทสังคมและระบบบริการสุขภาพในประเทศ อย่างไรก็ตาม ควรสังเกตว่าการศึกษาของปิยัญญ์ สุวรรณโณ⁽¹¹⁾

ศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยรวม (ซึ่งมีผู้ป่วยสมาธิสั้นร้อยละ 89.0) โดยมีได้ รายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าเฉพาะในวงเล็บ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นแยกออกมา ดังนั้น การเปรียบเทียบโดยตรงจึงควรกระทำด้วยความ ระมัดระวัง

น่าสนใจว่าแม้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.00) ไม่มีอาการซึมเศร้า แต่ผู้ดูแลกลุ่มที่มีภาวะ ซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (ร้อยละ 7.89) มี คะแนน PHQ-9 สูงชัดเจน บ่งชี้ถึงความรุนแรงใน ระดับที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางคลินิก สอดคล้องกับการศึกษาของ Penuelas-Calvo และคณะ⁽⁸⁾ ที่รายงานว่า การดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น ส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแล

ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์พหุ ตัวแปร พบว่า จำนวนเด็กที่ต้องดูแล (≥ 2 คน) เป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR = 2.36) ผลการศึกษานี้สอดคล้อง กับแนวคิดเรื่องภาระการดูแล (caregiver burden) ที่ยังมีจำนวนผู้ที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ความเครียดสะสมและภาระงานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจก็ยิ่งเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจึงมีเวลาและพลังงาน ในการดูแลตนเองน้อยลง เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา สุขภาพจิตมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีของเด็กที่ต้อง ดูแลมีโรคร่วมหรือความต้องการพิเศษซับซ้อน

ปัจจัยด้านระดับการศึกษาแสดงแนวโน้ม ที่น่าสนใจ แม้ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแล ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีโอกาสเกิด ภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า (Adjusted OR = 0.46) ซึ่ง อาจสะท้อนถึงความสามารถด้าน health literacy ที่ดีกว่า ทั้งการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรค การเข้าใจ กระบวนการรักษา และทักษะในการจัดการปัญหา

ข้อมูลนี้เปิดโอกาสสำหรับการพัฒนาโปรแกรมให้ ความรู้แก่ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำโดยเฉพาะ

สำหรับความเพียงพอของรายได้ ที่น่า แปลกใจคือไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่ง แตกต่างจากการศึกษาของ AL-Balushi และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่ารายได้น้อยเป็นปัจจัยทำนายการเกิด ภาวะซึมเศร้า ผลที่ได้อาจสะท้อนถึงประสิทธิภาพ ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยที่ ครอบคลุมค่ารักษาโรคสมาธิสั้น ทำให้ภาระ ค่าใช้จ่ายโดยตรงไม่ใช่ปัจจัยกดดันหลักใน การศึกษานี้ แต่กลับพบว่าผู้ดูแลกลุ่มที่มีรายได้ไม่ เพียงพอและมีหนี้สินมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า สูงกว่า (Adjusted OR = 1.37) แม้ไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะขนาดกลุ่มตัวอย่างยังไม่ เพียงพอในการตรวจสอบผลกระทบนี้

การที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วม ทางจิตเวชของผู้ป่วย (ร้อยละ 56.58) กับภาวะ ซึมเศร้าในผู้ดูแลเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจาก โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมักต้องการการดูแลที่ ซับซ้อนมากขึ้น ผลนี้อาจบ่งชี้ว่าการสนับสนุนทาง การแพทย์ที่ครอบคลุมของโรงพยาบาลและ บทบาทของทีมนสหวิชาชีพช่วยบรรเทาภาระในการ ดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ แตกต่างจากการศึกษาของพร้อมพร วงศ์วัฒนฤกษ์ และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบมี ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิ สั้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยทางจิตสังคมภายในตัว ผู้ดูแลเองอาจมีบทบาทสำคัญที่ไม่ได้ถูกวัดใน การศึกษานี้

ข้อจำกัดสำคัญของการศึกษา นี้ ประกอบด้วย การเป็นการศึกษาภาคตัดขวางซึ่งไม่ สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ กลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล

ชลบุรีเพียงแห่งเดียวซึ่งอาจไม่เป็นตัวแทนของ
ผู้ดูแลทั่วประเทศ การใช้ PHQ-9 ซึ่งเป็นแบบคัด
กรองมิใช่การวินิจฉัยทางคลินิก และการไม่ได้
ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมสำคัญ เช่น การรับรู้ภาวะ
ในการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบ
ความคิดอัตโนมัติของผู้ดูแล ซึ่งได้รับการยืนยันจาก
การศึกษาก่อนหน้านี้ว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซึมเศร้าในบริบทไทย

สรุป

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้า
ในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นที่
โรงพยาบาลชลบุรีร้อยละ 25.00 ซึ่งสูงกว่าความ
ชุกในประชากรทั่วไปอย่างชัดเจน โดยการต้องดูแล
เด็กตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มี
ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผล
การศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นของการพัฒนาระบบ
คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างเป็น

ระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง พร้อมทั้ง
พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมที่
ครอบคลุม การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล และส่งเสริม
ทักษะการจัดการความเครียด เพื่อป้องกันและ
จัดการภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต
ของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยในระยะยาว นอกจากนี้ควร
ดำเนินการศึกษาติดตามระยะยาวและศึกษาปัจจัย
ทางจิตสังคมเชิงลึกเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาแนว
ทางการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชลบุรีที่อนุมัติการ
วิจัย ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานกลุ่มงานจิตเวช
และยาเสพติดรวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่ให้การ
ช่วยเหลือจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และ
เหนืออื่นใดขอขอบคุณผู้ดูแลทุกท่านที่สละเวลาเข้า
ร่วมการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Boon-yasidhi V. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. J Psychiatr Assoc Thailand. 2012;57(4):373-86.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author; 2013.
3. Minichil W, Birhanu Z, Reta Y, Welu B, Workneh T, Fekadu H, et al. Depression and associated factors among primary caregivers of children and adolescents with mental illness in Addis Ababa, Ethiopia. BMC Psychiatry. 2019; 19:249.
4. Liu TL, Hsiao RC, Chou WJ, Yen CF, Wang PW. Hopelessness in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Associations with depression and anxiety and multidimensionally related factors. Journal of the Formosan Medical Association. 2023; 122:1158-64.

5. พร้อมพร วงศ์วัฒนฤกษ์, ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์, ธีรพร ตังจิตติพร. ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44(3):93-9.
6. Elhadad AA. Case-control study of depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Egyptian Journal of Psychiatry*. 2018; 39:100-4.
7. AL-Balushi N, Rahman MS, Al-Adawi S, Balushi AS, Al-Sibani N, AlHinai F, et al. Prevalence and predictors of depressive symptoms among caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder attending a tertiary care facility: a cross-sectional analytical study from Muscat, Oman. *Early Child Development and Care*. 2017.
8. Penuelas-Calvo I, Palomar-Ciria N, Porras-Segovia A, Gomez E, Garcia-Rapp R, Diaz-Bodegas D, et al. Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *The European Journal of Psychiatry*. 2021; 35:166-2.
9. ภาระวี ชโลธร. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองของผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มารักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2564;40(3):429-38.
10. Chou WJ, Hsiao RC, Chang CC, Yen CF. Predictors of Depressive Symptoms in Caregivers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A One-Year Follow-Up Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18:8835.
11. ปิยณัฐ สุวรรณโณ. ภาวะซึมเศร้าในผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสงขลา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563;65(3):289-300.
12. เอกพลากร ไวจิตรประสาน, บรรณาธิการ. บทสรุปผู้บริหาร. ใน: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559. หน้า 1-10.