

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กและวัยรุ่นออทิสติก

วันรับ : 11 พฤษภาคม 2569

วันแก้ไข : 28 กรกฎาคม 2569

วันตอบรับ : 3 สิงหาคม 2569

แพรว ไตลังคะ, พ.บ., สุนทรี ศรีโกไสย, พย.ด.,

นพวรรณ บัวทอง, พย.ม., อัสนีย์พร กุนแจ, วท.ม.

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จังหวัดเชียงใหม่

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประมาณสัดส่วนภาวะซึมเศร้าและระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ

วิธีการ : การศึกษาแบบภาคตัดขวางในเด็กและวัยรุ่นอายุ 10 - 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติก (autism spectrum disorder) และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาภาวะซึมเศร้า เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การเรียน การศึกษา และประวัติครอบครัว แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Brief Family Relationship Scale: BFRS) และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale: RSES) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ และการถดถอยพหุโลจิสติก

ผล : ผู้เข้าร่วมการศึกษา 153 คน โดยมีข้อมูล 9Q สมบูรณ์ 146 คน และมีข้อมูล BFRS และ RSES สมบูรณ์ 142 คน พบสัดส่วนของภาวะซึมเศร้า ($9Q \geq 7$ คะแนน) ร้อยละ 27.4 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสัมพันธภาพในครอบครัว ($r = -.325, p < .001$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = -.294, p < .001$) โดยการถดถอยพหุคูณพบว่า ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการได้รับยา sodium valproate สัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง นอกจากนี้ โอกาสการมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นยังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการได้รับ sodium valproate (AOR = 3.54, 95% CI = 1.40 - 8.95) และการศึกษาในโรงเรียนเอกชน (AOR = 2.73, 95% CI = 1.23 - 6.03)

สรุป : ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุก การส่งเสริมปัจจัยปกป้องทางจิตสังคมที่มุ่งเน้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ตลอดจนการทบทวนความเหมาะสมของการประเมินทางคลินิกและการใช้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมในประชากรกลุ่มนี้

คำสำคัญ : ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, เด็กและวัยรุ่น, ภาวะซึมเศร้า, สัมพันธภาพในครอบครัว, ออทิสติก

ติดต่อผู้นิพนธ์ : แพรว ไตลังคะ ; e-mail: praewjang@gmail.com

Original article

Undiagnosed depression and associated factors in children and adolescents with autism spectrum disorder

Received : 11 May 2026

Revised : 28 July 2026

Accepted : 3 August 2026

Praew Tailangkha, M.D., Soontaree Srikosai, Ph.D.,

Noppawan Buathong, M.Ns., Asaneepond Kunjae, M.Sc.

Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health,
Chiang Mai Province, Thailand

Abstract

Objective: To determine the proportion and examine associated factors of depression among children and adolescents with autism spectrum disorder (ASD) in a tertiary setting.

Methods: A cross-sectional study was conducted among children and adolescents aged 10 - 18 years with ASD and without a prior diagnosis or treatment for depression. Data were collected using questionnaires on demographic, academic, clinical, and family characteristics, the 9-Question Depression Rating Scale (9Q), the Brief Family Relationship Scale (BFRS), and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Associations were analyzed using chi-square tests, Pearson correlation, multiple linear regression, and multiple logistic regression.

Results: Of the 153 participants, 146 had complete 9Q data, while 142 had complete data for the analyses involving BFRS and RSES. The proportion of depression ($9Q \geq 7$) among participants was 27.4%. The severity of depressive symptoms was significantly and negatively correlated with family relationships ($r = -.325$, $p < .001$) and self-esteem scores ($r = -.294$, $p < .001$). In multiple regression analyses, greater severity of depressive symptoms was significantly associated with receiving sodium valproate, poorer family relationships, and lower self-esteem. In addition, a higher likelihood of having depression was significantly associated with receiving sodium valproate (AOR = 3.54, 95% CI = 1.40 - 8.95) and attending private schools (AOR = 2.73, 95% CI = 1.23 - 6.03).

Conclusion: The findings highlight the importance of proactive screening for depression, promoting psychosocial protective factors that foster self-esteem and positive family relationships, as well as reviewing the appropriateness of clinical assessment and pharmacological treatment in this population.

Keywords: autism, child and adolescent, depression, family relationships, self-esteem

Corresponding author: Praew Tailangka; e-mail: praewjang@gmail.com

ความรู้เดิม : เด็กและวัยรุ่นออทิสติกมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กและวัยรุ่นทั่วไป และมักได้รับการวินิจฉัยล่าช้าเนื่องจากข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ ขณะที่ข้อมูลภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชากรกลุ่มนี้ในบริบทสถานพยาบาลของประเทศไทยยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : พบสัดส่วนภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิร้อยละ 27.4 โดยความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะการสนับสนุนช่วยเหลือกันและการไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว นอกจากนี้ การมีภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์กับการได้รับ sodium valproate และประเภทโรงเรียน สะท้อนถึงช่องว่างของการวินิจฉัย การประเมินอาการและพฤติกรรม และการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมในประชากรกลุ่มนี้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายและพัฒนาแนวทางการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุก การประเมินติดตามหลังการรักษา และการบำบัดทางจิตสังคมที่เน้นเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นออทิสติก

บทนำ

โรคออทิสติก (autism spectrum disorder: ASD) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาทที่ส่งผลกระทบต่อทักษะทางสังคม การสื่อสาร และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก¹ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ผู้ป่วยออทิสติกมักเผชิญกับความกดดันจากการถูกตีตราทางสังคม (social stigma) และการพยายามพรางตัวทางสังคม (social camouflaging) เพื่อให้ตนเองเป็นที่ยอมรับ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำและเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการทำตัวตาย^{2,3} โดยทั่วโลกพบภาวะซึมเศร้าในปัจจุบัน (pooled current prevalence) ในผู้ป่วยออทิสติกร้อยละ 12.3 และในบางการศึกษาพบได้สูงถึงร้อยละ 25.9⁴

สำหรับประเทศไทย แม้เด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติกส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาจากผู้เชี่ยวชาญในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ

แต่การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยออทิสติกยังอาจต่ำกว่าความเป็นจริง ข้อมูลจากสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์พบว่า แม้มีเด็กและวัยรุ่นออทิสติกมารับบริการ 1,600 - 1,700 รายต่อปี แต่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศราร่วมด้วยกลับมีเพียง 6 - 11 รายต่อปี ซึ่งอาจสะท้อนถึงระบบการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าที่ยังขาดความชัดเจนและความต่อเนื่อง และส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการรับรู้อารมณ์ตนเองที่บกพร่อง (alexithymia) ที่ทำให้ไม่สามารถแสดงออกถึงความเศร้าได้อย่างชัดเจน ซึ่งความบกพร่องนี้พบได้สูงในผู้ป่วยออทิสติกและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า⁵ นอกจากนี้ บางรายอาจแสดงอาการเศร้าออกมาเป็นอาการหงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ส่งผลให้มักได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการดังกล่าว เช่น ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) และยาปรับอารมณ์ (mood stabilizers) โดยเฉพาะ sodium valproate⁶ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจึงอาจถูกบดบังและไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

นอกจากผลกระทบจากลักษณะของโรคและความท้าทายในการปรับตัวทางสังคมแล้ว บริบททางครอบครัวและการศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาวะทางอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่นออทิสติก โดยตามแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว (family resilience) สัมพันธภาพในครอบครัวมีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ความเกาะเกี่ยวผูกพันและการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (cohesion) การเปิดกว้างในการสื่อสารแสดงความคิดเห็น (expressiveness) และความขัดแย้งภายในครอบครัว (conflict) พบว่าบรรยากาศครอบครัวที่มีความอบอุ่น เกื้อกูล และมีความขัดแย้งต่ำ เป็นปัจจัยปกป้องทางจิตใจที่ช่วยลดความเครียดและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในทางตรงกันข้าม ความขัดแย้งในครอบครัวที่สูงเพิ่มความเปราะบางและกระตุ้นให้อาการซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นมีความรุนแรงขึ้น^{7,8} นอกจากนี้ พื้นฐานในครอบครัว เช่น ประวัติโรคจิตเวชและการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัวยังเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงความเสี่ยงทางพันธุกรรมและความตึงเครียดภายในบ้าน⁹ สำหรับบริบททางการศึกษา พบว่าสภาพแวดล้อมในสถานศึกษา การแกล้งและความกดดันทางวิชาการและความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นออทิสติกเช่นกัน^{10, 11}

ช่องว่างและความซับซ้อนในการประเมินและการดูแลภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกของประเทศไทย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายด้านดังที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาขนาดของปัญหาภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการพัฒนาแนวทางการป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้าในประชากรกลุ่มนี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการสัดส่วนและสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยของเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในสถานพยาบาลตติยภูมิ

วิธีการ

การศึกษากวภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต (เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.COA 008/2565 รหัสโครงการวิจัย DMH.IRB 046/2564 BRm_Ful) เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคออทิสติกตามเกณฑ์ DSM-5 ที่มารับบริการ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 10 - 18 ปี 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) มีผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่สามารถให้ข้อมูลของเด็กและวัยรุ่นได้ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เคยได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ามาก่อน 2) อยู่ระหว่างการบำบัดทางจิตสังคมหรือรับการรักษาภาวะซึมเศร้าอื่น ๆ รวมถึงยาด้านเศร้า (antidepressants) หรือ 3) มีความเสี่ยงหรือเข้าเกณฑ์การติดเชื้อโควิด 19

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรประมาณสัดส่วนของ Cochran¹² โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และสัดส่วนที่อ้างอิงค่าขอบล่างของช่วงความเชื่อมั่นของความชุกภาวะซึมเศร้าจากการประเมินตนเองในผู้ป่วยออทิสติก เท่ากับ 0.17⁴ คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 216 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูลหรือกรณีผู้เข้าร่วมปฏิเสธการตอบแบบสอบถามรวมเป็น 259 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยแบ่งชั้นภูมิ (strata) จำแนกตามเพศและช่วงอายุ (10 - 12 ปี, 13 - 15 ปี และ 16 - 18 ปี) รวมเป็น 6 ชั้นภูมิ ตามสัดส่วนประชากรที่มารับบริการจริงในแต่ละกลุ่ม แต่ละชั้นภูมิเลือกเด็กและวัยรุ่นแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การศึกษา

เครื่องมือ

ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก รวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ผู้ปกครองร่วมกับการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วย ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางการศึกษา ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลครอบครัว รวม 21 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นเรียน ประเภทสถานศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและโรคร่วมทางจิตเวช ประวัติการรักษาด้วยยาทางจิตเวชในปัจจุบัน (ชนิดและกลุ่มยา) ประวัติโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัว และการใช้สารเสพติดของสมาชิกในครอบครัว

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฉบับปรับปรุงภาษากลาง¹³ เป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) เพื่อประเมินความถี่ของอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่มีเลย 1 มีเป็นบางวัน (1 - 7 วัน) 2 มีบ่อย (มากกว่า 7 วัน) และ 3 มีทุกวัน คะแนนรวม 0 - 27 คะแนน แปลผลความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 - 6 ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย 13 - 18 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และ ≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง แบบประเมินมีความสอดคล้องภายในจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.764 โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์จุดตัด ≥ 7 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Brief Family Relationship Scale: BFRS) ฉบับภาษาไทย สำหรับเยาวชนอายุ 11 - 18 ปี⁸ ซึ่งได้รับการพัฒนามาจากแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว (family resilience) ของ Fok และคณะ¹⁴ เพื่อประเมินการทำหน้าที่และสัมพันธภาพในครอบครัวผ่านการประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเกื้อกูลช่วยเหลือกัน (cohesion) จำนวน 7 ข้อ ประเมินระดับ

ความผูกพัน ความอบอุ่น และการพึ่งพาอาศัยกัน 2) การแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก (expressiveness) จำนวน 5 ข้อ ประเมินความเปิดกว้างและเสรีภาพในการสื่อสารอารมณ์ความรู้สึก และ 3) ความขัดแย้งในครอบครัว (conflict) จำนวน 7 ข้อ ประเมินการทะเลาะเบาะแว้งและความตึงเครียดภายในบ้าน ข้อคำถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่จริง 1 จริงบางครั้ง และ 2 จริงเสมอ โดยในด้านความขัดแย้งในครอบครัวมีการกลับค่าคะแนน (reverse scoring) เพื่อให้คะแนนรวมสะท้อนถึงสัมพันธภาพทางบวก (การไม่มีความขัดแย้ง) คะแนนรวม 0 - 38 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.817

4. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg Self-Esteem Scale: RSES) ฉบับภาษาไทย¹⁵ ซึ่งได้รับการพัฒนาจากแนวคิดการประเมินการยอมรับและความพึงพอใจในตนเองในภาพรวม (global self-worth) ของ Rosenberg¹⁶ เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 5 ข้อ และข้อความเชิงลบ 5 ข้อ ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีการกลับค่าคะแนนในข้อความเชิงลบ คะแนนรวม 10 - 40 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สูง แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.829

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการคัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ป่วยตามเกณฑ์จากแฟ้มเวชระเบียน จากนั้นติดต่อเด็กและวัยรุ่นและผู้ปกครองที่เข้าเกณฑ์การศึกษา เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัยและนัดหมายวันและเวลาเพื่อเก็บข้อมูล แผนกผู้ป่วยนอก โดยอาจเป็นวันที่มารับบริการตามนัดหมายหรือวันที่เด็กและวัยรุ่นและผู้ปกครองสะดวก ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบเด็กและวัยรุ่นและผู้ปกครอง ณ พื้นที่รับรองเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ปกครองลงนามในหนังสือยินยอม (informed consent form) และเด็กและวัยรุ่นลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย (assent form) จึงเริ่มกระบวนการประเมินในห้องตรวจที่เป็นสัดส่วนและเงียบสงบ โดยผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติครอบครัว และข้อมูลทางคลินิก ใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นเด็กและวัยรุ่นตอบแบบประเมิน 9Q, BFRS และ RSES ด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยคอยอำนวยความสะดวก ชี้แจงข้อคำถามอย่างเป็นกลางโดยไม่ชี้นำ และช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านการอ่าน ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที รวมระยะเวลาเก็บข้อมูลต่อรายประมาณ 30 - 40 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละประเด็นพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลของตัวแปรที่เกี่ยวข้องครบถ้วน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปร (bivariate analysis) ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิก และสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และ 3) สถิติเชิงอนุมานพหุตัวแปร (multivariate analysis) ได้แก่ การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) เพื่อวิเคราะห์อำนาจการพยากรณ์ปัจจัยต่าง ๆ ต่อระดับคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (คะแนน 9Q) และการถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า ($9Q \geq 7$ คะแนน) โดยนำเสนอเป็นค่า adjusted odds ratio (AOR) และ 95% confidence interval (CI)

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (statistical assumptions) ของสถิติพารามิเตอร์ ได้แก่ การทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (normality) ของตัวแปรต่อเนื่องด้วยค่าความเบ้ (skewness)

และความโด่ง (kurtosis) ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามด้วยแผนภาพการกระจาย (scatter plots) และตรวจสอบภาวะความแปรปรวนของเศษเหลือคงที่ (homoscedasticity) นอกจากนี้ ในการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ได้ตรวจสอบภาวะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) พบว่าค่าดัชนี variance inflation factor (VIF) มีค่าน้อยกว่า 5 และค่า tolerance สูงกว่า 0.2 ทุกตัวแปร ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมด สำหรับการเกณฑ์การคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลพหุคูณ ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ระดับสองตัวแปรที่มีระดับ $p < .05$ ร่วมกับตัวแปรที่มีความสำคัญทางคลินิกตามการทบทวนวรรณกรรม โดยนำเข้าสู่สมการด้วยวิธี enter method

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 153 คน เป็นเพศชายร้อยละ 83.7 เพศหญิงร้อยละ 16.3 มีอายุเฉลี่ย 12.35 ปี ($SD = 2.71$) กำลังศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.3 และศึกษาในโรงเรียนรัฐบาลร้อยละ 70.6 ด้านประวัติการเจ็บป่วยทางกาย กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 77.8 มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 22.2 โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 11.1) โรคลมชัก (ร้อยละ 2.6) และภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD (ร้อยละ 2.6) ด้านประวัติครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวชร้อยละ 22.2 และมีการใช้สารเสพติดร้อยละ 34.6 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการออทิสติกอย่างน้อย 1 ชนิด ได้แก่ risperidone, aripiprazole, methylphenidate หรือ sodium valproate

การวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่างที่มีชุดข้อมูลแบบประเมินอาการซึมเศร้า (9Q) สมบูรณ์จำนวน 146 คน พบสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.4 จำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็นระดับน้อยร้อยละ 13.7 ระดับปานกลางร้อยละ 6.8 และระดับรุนแรงร้อยละ 6.8 อาการซึมเศร้าที่กลุ่มตัวอย่างรายงานความถี่สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ รู้สึกแย่กับตัวเอง ล้มเหลว หรือเป็นภาระ (ร้อยละ 85.0) ไม่สบายใจ เศร้า ท้อแท้ (ร้อยละ 75.0) และเบื่อ ไม่อยาก

ทำอะไร (ร้อยละ 67.5)

การเปรียบเทียบสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิกด้วยการทดสอบไคสแควร์พบว่า กลุ่มที่ได้รับ sodium valproate มีสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนเอกชน มีสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างของสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าในตัวแปรเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา การได้รับยาชนิดอื่น และประวัติโรคจิตเวช และการใช้สารเสพติดในครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 1

จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด มี 11 คนที่ไม่สามารถตอบแบบประเมิน BFRS และ RSES ได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากข้อจำกัดทางคลินิกด้านการสื่อสารและการเข้าใจภาษาขั้นรุนแรง จึงคงเหลือกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สันจำนวน 142 คน พบว่า คะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว และการสนับสนุนช่วยเหลือกันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ด้านการแสดงความคิดเห็นไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ โดยใช้คะแนนรวม 9Q เป็นตัวแปรตาม พบว่า การได้รับ sodium valproate สัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ไม่ดี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 19.9 ดังแสดงในตารางที่ 3

การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก โดยใช้การมีภาวะซึมเศร้า ($9Q \geq 7$ คะแนน) เป็นตัวแปรตาม พบว่า โอกาสการมีภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการได้รับ sodium valproate และประเภทโรงเรียนอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบสัดส่วนการมีภาวะซึมเศร้าจำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 146)

	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 106) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n = 40) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เพศ			0.083	.773
ชาย	88 (72.1)	34 (27.9)		
หญิง	18 (75.0)	6 (25.0)		
อายุ			0.934	.626
10 - 12 ปี	62 (75.6)	20 (24.4)		
13 - 15 ปี	27 (67.5)	13 (32.5)		
16 - 18 ปี	17 (70.8)	7 (29.2)		
ระดับการศึกษา			0.777	.378
ประถมศึกษา	59 (75.6)	19 (24.4)		
มัธยมศึกษา	47 (69.1)	21 (30.9)		
ประเภทโรงเรียน			5.194	.020
รัฐบาล	79 (78.2)	22 (21.8)		
เอกชน	27 (60.0)	18 (40.0)		
การได้รับ sodium valproate			6.437	.010
ไม่ได้รับ	93 (76.9)	28 (23.1)		
ได้รับ	13 (52.0)	12 (48.0)		
การได้รับ risperidone			1.045	.306
ไม่ได้รับ	28 (66.7)	14 (33.3)		
ได้รับ	78 (75.0)	26 (25.0)		
การได้รับ methylphenidate			0.383	.535
ไม่ได้รับ	34 (69.4)	15 (30.6)		
ได้รับ	72 (74.2)	25 (25.8)		
การใช้อื่น/อาหารเสริม			1.662	.197
ไม่มี	93 (71.0)	38 (29.0)		
มี	13 (86.7)	2 (13.3)		
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว			1.033	.309
ไม่มี	79 (70.5)	33 (29.5)		
มี	27 (79.4)	7 (20.6)		
ประวัติการใช้สารเสพติดในครอบครัว			2.988	.083
ไม่มี	72 (77.4)	21 (22.6)		
มี	34 (64.2)	19 (35.8)		

ตารางที่ 2 สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation) ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n = 142)

	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว (BFRS)	-0.325	< .001
การสนับสนุนช่วยเหลือกัน	-0.289	< .001
การแสดงความคิดเห็น	-0.092	.274
การไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว	-0.315	< .001
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (RSES)	-0.294	< .001

BFRS = Brief Family Relationship Scale, RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale

ทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับยามีโอกาสมีภาวะซึมเศร้า 3.54 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้รับยา และกลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนเอกชนมีภาวะซึมเศร้า 2.73 เท่าของกลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาล ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้พบสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยสูงในกลุ่มตัวอย่างเด็กและวัยรุ่นออทิสติกที่มารับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิสูงถึงร้อยละ 27.4 ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกในปัจจุบันที่เป็นการประเมินตนเองของผู้ป่วยจากการวิเคราะห้อมิแกนของ Hudson และคณะ⁴ ที่พบร้อยละ 25.9 ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการคัดกรองอาการแสดงในจุดเวลาปัจจุบัน (point prevalence) ผ่านแบบประเมินตนเองในบริบทของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยมักมีความซับซ้อนของโรคและมีความเปราะบางทางอารมณ์สูงกว่าผู้ป่วยในบริบทอื่น ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคเชิงระบบ (systemic barriers) ในการให้บริการสุขภาพจิต แม้ในบริบทของสถานพยาบาลตติยภูมิที่มีความพร้อมของผู้เชี่ยวชาญก็ตาม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านภาระงานและเวลาของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยออทิสติกมักมุ่งเน้นไปที่การจัดการอาการแกนหลักของโรค (core autistic traits) พฤติกรรมก่อกวนหรือปัญหาพัฒนาการที่เร่งด่วนเป็นสำคัญ อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์อาจมีความคุ้นเคยกับการใช้แบบคัดกรอง 9Q

ในกลุ่มประชากรทั่วไปมากกว่า และอาจมีสมมติฐานว่าผู้ป่วยออทิสติกไม่สามารถตอบแบบประเมินตนเองได้ จึงทำให้ไม่ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเชิงรุก ตามมาตรฐานประจำวันสำหรับผู้ป่วยออทิสติกทุกราย^{17,18}

สำหรับปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยเมื่อพิจารณารายด้าน การไม่มีความขัดแย้งในครอบครัวและการสนับสนุนช่วยเหลือกันเป็นด้านที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว โดยการที่บรรยากาศในบ้านมีความขัดแย้งต่ำช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติและความเครียดเรื้อรัง (allostatic load) ของเด็กและวัยรุ่นออทิสติก ที่มักมีความเปราะบางต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์อยู่แล้ว ส่วนการเกื้อกูลช่วยเหลือกันช่วยสร้างความอบอุ่นในครอบครัว ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) และเป็นพื้นที่ปลอดภัย (safe haven) ที่ช่วยลดความตึงเครียดสะสมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย⁷ ขณะที่สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการแสดงความคิดเห็นไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งอาจอธิบายได้จากข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการทำความเข้าใจภาษา (pragmatic language deficits) ที่เป็นลักษณะแกนหลักของโรคออทิสติก ทำให้การแสดงออกทางวาจาหรือการแลกเปลี่ยนความรู้สึก

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณของความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (คะแนน 9Q) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 142)

	B	SE	Beta	t	p-value
การได้รับ sodium valproate	5.902	1.811	.250	3.258	.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	-0.223	0.086	-.217	-2.590	.011
ความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง	-0.431	0.191	-.188	-2.258	.026
ค่าคงที่	29.891	5.836		5.121	< .001

หมายเหตุ : R = .446, R² = .199, Adjusted R² = 0.182, F = 11.431, p < .001

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกของการมีภาวะซึมเศร้า (9Q ≥ 7 คะแนน) ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 142)

	B	SE	Wald	p-value	AOR (95% CI)
การได้รับ sodium valproate : ได้รับ	1.265	0.473	7.158	.007	3.54 (1.40 - 8.95)
ประเภทโรงเรียน : เอกชน	1.002	0.405	6.129	.013	2.73 (1.23 - 6.03)
ค่าคงที่	-1.581	0.282	31.338	< .001	

หมายเหตุ : -2 Log likelihood = 159.378, Cox & Snell R² = .044, Nagelkerke R² = .070

ภายในบ้านอาจไม่ใช่ช่องทางหลักในการระบายอารมณ์หรือลดทอนความทุกข์สำหรับผู้ป่วย ทั้งนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอาจมีลักษณะสองทิศทาง (bidirectional relationship) กล่าวคือ เด็กและวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือมีความหงุดหงิดสูง อาจส่งผลกระทบย้อนกลับทำให้เกิดความตึงเครียดและความขัดแย้งในครอบครัวเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน^{19,20}

สำหรับปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองความเปราะบาง (vulnerability model of low self-esteem)²¹ โดยบุคคลที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักมีกระบวนการคิดเชิงลบต่อตนเอง (negative self-evaluations) รู้สึกไร้ความสามารถ และมองตนเองเป็นภาระ¹⁶ ซึ่งเป็นอาการที่พบมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ ในทางตรงกันข้าม การมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นเกราะป้องกันทางจิตใจ (psychological buffer) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวและรับมือกับความผิดหวังในชีวิตได้ดีขึ้น¹⁶ ทั้งนี้ อาการซึมเศร้าเรื้อรังอาจส่งผลบั่นทอนความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยได้เช่นกัน หรืออาจมีปัจจัยแทรกซ้อนภายนอก เช่น ปัญหาความสัมพันธ์หรือความกดดันที่โรงเรียน ซึ่งส่งผลกระทบทางลบต่อทั้งระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและกระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้นพร้อมกัน²²

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ sodium valproate มีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 3.5 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้รับยา ทั้งนี้ ในทางคลินิก ยาชนิดนี้มักถูกสั่งจ่ายเพื่อควบคุมอาการหงุดหงิดและพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง⁶ ผลการศึกษาดังกล่าวจึงอาจสะท้อนให้เห็นถึงปรากฏการณ์การบดบังทางารวินิจฉัย (diagnostic overshadowing)²³ ที่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นออทิสติกถูกบดบังด้วยพฤติกรรมภายนอก เช่น อาการก้าวร้าว อาละวาด หรือดื้อต่อต้าน ทั้งที่เป็นลักษณะแกนหลักของโรค (depressive symptoms obscured by core traits or irritability)¹⁸ และที่เป็นอาการแสดงในผู้ป่วยบางรายที่ไม่สามารถสื่อสารอารมณ์เศร้าได้โดยตรง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์จึงควรทบทวนและประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับยาปรับอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ

โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ในบริบททางการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนเอกชนมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 2.7 เท่าของกลุ่มที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาล ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับแรงกดดันด้านการแข่งขันทางวิชาการ ความคาดหวังของครอบครัว หรือความยืดหยุ่นของระบบการดูแลเด็กพิเศษที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่สำรวจบริบททางการศึกษาในเชิงลึก เช่น การกลั่นแกล้ง (bullying) ในโรงเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและครู เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่รอบด้านยิ่งขึ้น^{10,11,22} ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุและระดับการศึกษากับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในประชากรวัยรุ่นทั่วไปที่มักพบภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามวัย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยออทิสติกต้องเผชิญกับความยากลำบากในการปรับตัวทางสังคมและพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในทุกช่วงวัย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าระหว่างช่วงวัย โดยเฉพาะบทบาทของการสนับสนุนและความสามารถในการปรับตัวเพื่อนำไปสู่การออกแบบแนวทางการป้องกันและดูแลผู้ป่วยออทิสติกที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างของการวินิจฉัยและการดูแลภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติก รวมทั้งสนับสนุนการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุก การส่งเสริมปัจจัยปกป้องทางจิตสังคมที่มุ่งเน้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว การพัฒนาแนวทางการดูแลที่คำนึงถึงบริบทของครอบครัวและสถานศึกษา การช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และการประเมินติดตามต่อเนื่องในประชากรกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณาก่อนการนำผลไปประยุกต์ใช้ ได้แก่ 1) รูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง จึงมีข้อจำกัดในการสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship) ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ 2) การศึกษานี้ประเมินอาการซึมเศร้าด้วย 9Q ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นที่อาศัยการรายงานตนเองของผู้ตอบ โดยไม่ได้ใช้การประเมินจากผู้ปกครองหรือการตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานทางคลินิก จึงอาจมีความคลาดเคลื่อน

จากอคติจากการรายงานตนเอง (self-report bias) 3) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่รวบรวมได้จริงน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดเนื่องจากข้อจำกัดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล และข้อจำกัดด้านการสื่อสารและการเข้าใจภาษาขั้นรุนแรงของผู้ป่วยออทิสติกบางราย จึงอาจส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ (statistical power) และ 4) การศึกษาดำเนินการในบริบทของสถานพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความซับซ้อนของอาการทางคลินิกสูง จึงอาจจำกัดความสามารถในการนำผลการศึกษาไปสรุปอ้างอิง (generalizability) ยังประชากรเด็กและวัยรุ่นออทิสติกในชุมชนหรือบริบทอื่น

การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มความแม่นยำในกระบวนการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า โดยอาจพิจารณาใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน เช่น Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) และ Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-Kid) ร่วมกับการตรวจประเมินโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นที่เป็นอิสระ (blinded clinical evaluation) หรือพิจารณาเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง (multi-informant approach) ทั้งจากตัวผู้ป่วย ผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลที่โรงเรียน และมีการติดตามระยะยาวไปข้างหน้า (prospective longitudinal study) เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการในช่วงเวลาต่าง ๆ ตลอดจนสำรวจปัจจัยแวดล้อมทางการศึกษาในเชิงลึกดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการคัดกรอง การป้องกัน และการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าที่จำเพาะเจาะจงกับเด็กและวัยรุ่นออทิสติกต่อไป

สรุป

การศึกษานี้พบสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นออทิสติกสูงถึงร้อยละ 27.4 โดยความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัว การมีภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์กับการได้รับ sodium valproate และประเภทของโรงเรียน ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงช่องว่างของการวินิจฉัยและการดูแลภาวะซึมเศร้า แม้ในบริบทของสถานพยาบาลตติยภูมิ ตลอดจนปัญหาความเหมาะสมของ

การประเมินทางคลินิกและการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการและพฤติกรรมในประชากรกลุ่มนี้ ดังนั้น การเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าเชิงรุก การทบทวนการวินิจฉัยร่วมและความเหมาะสมของการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัว จึงอาจช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมและทันทั่วถึง ตลอดจนเสริมสร้างเกราะป้องกันทางจิตใจและแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นออทิสติก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรจากสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านสถานที่และสนับสนุนกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การมีส่วนร่วมของผู้มีพันธ

แพรว ไตลิ่งคะ : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและปรับปรุงบทความต้นฉบับ ; สุนทรี ศรีโกสย : ออกแบบการวิจัย ทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูล ปรับปรุงบทความต้นฉบับ ; นพวรรณ บัวทอง : เก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานการวิจัย ตรวจสอบบทความต้นฉบับ ; อัสนีย์พร กุนแจ : เก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานการวิจัย ตรวจสอบบทความต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. Le Couteur A, Szatmari P. Autism spectrum disorder. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, editors. Rutter's child and adolescent psychiatry. 6th ed. West Sussex: John Wiley & Sons; 2015. p. 665-82.
2. Hull L, Petrides KV, Allison C, Smith P, Baron-Cohen S, Lai MC, et al. "Putting on my best normal": social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. J Autism Dev Disord. 2017;47(8):2519-34. doi:10.1007/s10803-017-3166-5.
3. Richa S, Fahed M, Khoury E, Mishara B. Suicide in autism spectrum disorders. Arch Suicide Res. 2014;18(4):327-39. doi:10.1080/13811118.2013.824834.
4. 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. doi:10.1007/s10802-018-0402-1.

5. Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia K. Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2019;55:80-9. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.09.004.
6. Hollander E, Chaplin W, Soorya L, Wasserman S, Novotny S, Rusoff J, et al. Divalproex sodium vs placebo for the treatment of irritability in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(4):990-8. doi:10.1038/npp.2009.202.
7. Halstead E, Ekas N, Hastings RP, Griffith GM. Associations between resilience and the well-being of mothers of children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *J Autism Dev Disord*. 2018;48(4):1108-21. doi:10.1007/s10803-017-3447-z.
8. Srikosai S, Khamfou C, Thakham A, Wongmueang N, Wongpothi U, Katearnkul P, et al. The validity and reliability of the brief family relationship scale (BFRS) for applying in Thai youth. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2022;67(4):329-41. (in Thai)
9. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2012;200(4):290-9. doi:10.1192/bjp.bp.111.101253.
10. De-la-Iglesia M, Olivar J. Risk factors for depression in children and adolescents with high functioning autism spectrum disorders. *ScientificWorldJournal*. 2015; 2015:127853. doi:10.1155/2015/127853.
11. Hedley D, Uljarević M, Foley KR, Richdale A, Trollor J. Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in autism spectrum disorder. *Depress Anxiety*. 2018;35(7):648-57. doi:10.1002/da.22759.
12. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
13. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(4):321-34. (in Thai)
14. Fok CC, Allen J, Henry D, Team PA. The brief family relationship scale: a brief measure of the relationship dimension in family functioning. *Assessment*. 2014;21(1): 67-72. doi: 10.1177/107319111425856.
15. Piyavhatkul N, Aroonpongpaisal S, Patjanasoonorn N, Rongbuttsri S, Maneeganondh S, Pimpanit W. Validity and reliability of the Rosenberg Self-Esteem Scale-Thai version as compared to the Self-Esteem Visual Analog Scale. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(7):857-62.
16. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
17. Gledhill J, Hodes M. Depression and suicidal behaviour in children and adolescents. In: Gledhill J, Hodes M, editors. *Child psychology and psychiatry: frameworks for practice*. 2nd ed. United Kingdom: Wiley Blackwell; 2011. p. 187-92.
18. Boonsithi W. Autism spectrum disorder. In: Boonsithi W, editor. *Child and adolescent psychiatry in clinical practice*. Bangkok: P.A. Living; 2021. p. 61-84, 299-319. (in Thai)
19. Chen P, Harris KM. Association of positive family relationships with mental health trajectories from adolescence to midlife. *JAMA Pediatr*. 2019;173(12): e193336. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.3336.
20. Ozturk Y, Onat M, Ozyurt G, Mutlu C, Tufan AE, Akay AP. Relationships between family functioning, parenting and peer victimization in adolescent depression: a cross-sectional study. *North Clin Istanb*. 2021;8(3):212-21. doi:10.14744/nci.2020.36744.
21. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2013;139(1): 213-40. doi:10.1037/a0028931.
22. Cappadocia MC, Weiss JA, Pepler D. Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2012;42(2): 266-77. doi:10.1007/s10803-011-1241-x.
23. Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J. Depression in persons with autism: implications for research and clinical care. *J Autism Dev Disord*. 2002;32(4):299-306. doi:10.1023/a:1016330802348.