ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

นพรัตน์ ศรีขาว พ.บ.ว.ว.(กุมารเวชศาสตร์)

บทคัดย่อ

วัตุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ดำเนินการในคลินิกเด็กโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น โดยเก็บข้อมูลวิจัยในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 30 เมษายน พ.ศ.2564 จำนวน 147 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในเด็ก แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินและคัดกรองพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็ก ข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และนำเสนออัตราความชุกภาวะซึมเศร้าด้วยสัดส่วนที่พบในกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นด้วยค่า Odd Ratio (95% Confidence Interval)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 5-13 ปี อายุเฉลี่ย 9.03 ปี(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.69) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.5 กำลังศึกษาตั้งแต่ชั้นอนุบาลจนถึงมัธยมศึกษาปีที่ 1 อัตราความชุกภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นสัดส่วน ร้อยละ 63.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ไม่พอใจผลการเรียนที่ผ่านมา(OR=2.81, 95%CI=1.07-7.40) ถูกกดดันจากผู้ปกครองโดยคาดหวังผลการเรียนที่ดี(OR=2.63, 95%CI=1.05-6.57) มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน (OR=4.27, 95%CI=1.53-11.87) ถูกเพื่อนแกล้ง/รังแก(OR=5.14, 95%CI= 2.43-10.84) ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง/จิตใจ/ถูกทอดทิ้งโดยบิดามารดาหรือคนเลี้ยงดู(OR=9.46, 95%CI=1.21-74.11) ถูกกดดันจากเพื่อนนักเรียน(OR=3.40, 95%CI=1.37-8.40) ซึ่งเด็กโรคสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนค่อนข้างสูง

สรุป: เด็กโรคสมาธิสั้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน ผู้ปกครอง และผลการเรียน เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีระบบเฝ้าระวังเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าของเด็กโรคสมาธิสั้นเมื่อมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข

คำสำคัญ ความชุก ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยง เด็กโรคสมาธิสั้น

สถานที่ทำงาน: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

The prevalence and factors associated with depression in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) receiving health services from Loengnoktha Crown Prince Hospital, Yasothon province

Nopparat Srikhao, M.D. Dip., Thai Board of Pediatrics

Abstract

Objectives: were to examine the prevalence rate and factors associated with depression in children with ADHD receiving health services from Loengnoktha Crown Prince Hospital, Yasothon province**.**

Methods: This study was a cross-sectional analytic study and was conducted in a pediatric clinic of Loengnoktha Crown Prince Hospital, Yasothon province**.** The subjects were 147 children who had been diagnosed to be ADHD by a pediatrist, and child and adolescent psychiatrists. Data collection was carried out from 1 February to 30 April 2021. Instruments were a questionnaire, a Thai version of the Children's Depression Inventory (CDI), and the Strengths and Difficulties Questionaire(SDQ). Data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, percentage. The prevalence rate was the proportion in participants and factors associated with depression in children with ADHD used to Odd Ratio(95% Confidence Interval).

Results: The participants were aged between 5-13 years old and the aged average was 9.03 years old(S.D.=1.69). The majority of participants were male accounted for 87.5. They were studying kindergarten to junior high school. The prevalence rate of depression in children with ADHD was 63.2 percent in the proportion of the sample. The factors associated with depression in this group were disappointed with the outcomes of their study(OR=2.81, 95%CI =1.07-7.40), an expectation of the outcomes of study from their parents(OR=2.63, 95%CI=1.05-6.57), the problem of relationship with their friends(OR=4.27, 95%CI=1.53-11.87), the bully from their friends(OR=5.14, 95%CI= 2.43-10.84), abused from their parents and caregivers(OR= 9.46, 95%CI=1.21-74.11), pressured from their friends(OR=3.40, 95%CI=1.37-8.40. They had behavioral problems, namely, hyperactivity, less concentration, and relationship with their friends.

Conclusions: Children with ADHD had a greater risk of depression. The factors associated with depression in this group were relationships with their friends and parents including the outcomes of their study. Therefore, the health service system should be a surveillance system for screening depression in children with ADHD.

Keywords: prevalence rate, depression, risk factors, children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

Workplace: Loengnoktha Crown Prince Hospital, Loengnoktha district, Yasothon province

บทนำ

โรคสมาธิสั้น หรือ Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นปัญหาทางพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในเด็กวัยเรียนและเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนวิฐารณ บุญสิทธิ [1, 2] และทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน ด้านภาพพจน์ของตนเอง ด้านครอบครัว และการปรับตัวในสังคม รวมทั้งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงอันตราย อุบัติเหตุในการขับขี่ยานพาหนะ ความล้มเหลวในการประกอบอาชีพ และปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ[1] ความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียนทั่วโลกอยู่ระหว่างร้อยละ 2-7 โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 5[3] ความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยพบได้ประมาณ ร้อยละ 8.1 เพศชายร้อยละ 12 และเพศหญิง ร้อยละ 4.2 มีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 3:1 พบมากที่สุดในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 9.7 โดยพบความชุกโรคสมาธิสั้นสูงสุดในภาคใต้ ร้อยละ 11.7 และต่ำสุดที่ภาคเหนือ ร้อยละ 5.1[4]

กลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น มีโอกาสพบป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณร้อยละ 12-50[5-7] โดยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้ามากถึง 5.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กและวัยรุ่นที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น[7] ในกรณีที่เด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและมีโรคซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย อาจเป็นสาเหตุทำให้อาการหลักของโรคสมาธิสั้นรุนแรงขึ้นได้[8] รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้[7, 9] นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านพฤติกรรมมากกว่าเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นหรือโรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว[9] ซึ่งส่งผลทำให้เด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้มีปัญหาในการเรียนรู้มากขึ้น ทักษะทางสังคมจะแย่ลง ทำให้การอยู่ร่วมกับเด็กปกติจะมีปัญหาเพิ่มขึ้น ตลอดจนมีผลกับการเรียน จนอาจทำให้เด็กไม่มีความสุขและไม่อยากไปโรงเรียนมากขึ้น[8]

ดังนั้นถ้ากลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นถูกละเลยในการตรวจคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย หรือไม่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลกระทบส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้มีความรู้สึกด้อยค่าหรือแยกตัว ทั้งต่ออาการของโรค เช่น ปัญหาทางอารมณ์อาจเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น หากคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กสมาธิสั้นและให้การรักษาได้อย่างรวดเร็ว จะช่วยลดผลกระทบดังกล่าวได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามการประเมิน คัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นยังถูกละเลยจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เด็กทั่วไปในโรงพยาบาลทั่วไป[8] รวมทั้งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นนั้น ส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งระบบบริการสาธารณสุขและลักษณะของภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นของต่างประเทศและประเทศไทยอาจมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยในฐานะกุมารแพทย์ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการประเมิน คัดกรอง วินิจฉัย บำบัดรักษาเด็กและวัยรุ่นที่ปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยพบว่ามีเด็ก

โรคสมาธิสั้นที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ในระหว่างปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า มีจำนวนมากเกือบถึง 200 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ทราบขนาดของปัญหาเกี่ยวกับอัตราความชุกภาวะซึมเศร้าและทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ซึ่งจะนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังคัดกรองและป้องกันตลอดจนสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการรักษาที่เหมาะสมในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) ดำเนินการในคลินิกเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น จากวินิจฉัยของจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และกุมารแพทย์ โดยเก็บข้อมูลวิจัยในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 30 เมษายน พ.ศ.2564

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และกุมารแพทย์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร มีทั้งหมดจำนวน 192 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป OpenEpi[10] โดยใช้การประมาณความชุกของภาวะซึมเศร้าที่พบร่วมกับเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น จากการศึกษาของ Chronis-Tuscano, Molina [5] พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น อยู่ระหว่างร้อยละ 12-50 เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นโดยใช้เครื่องมือคัดกรอง Children's Depression Inventory (CDI) มาก่อน ผู้วิจัยจึงคาดการณ์ความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นคิดเป็นร้อยละ 25 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาเดิม ดังนั้นถ้าการศึกษานี้ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกินร้อยละ 5 จะต้องใช้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 111 ราย การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จังหวัดยโสธร และในระหว่างการศึกษาวิจัย พบว่า มีเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นมารับบริการและสามารถติดต่อเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าจำนวน 147 ราย ดังนั้นจึงดำเนินการศึกษาวิจัยทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เด็กอายุระหว่าง 5-13 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น
2. เด็กและผู้ปกครองสามารถอ่านออกเขียนหรือพูดภาษาไทยได้
3. เด็กและผู้ปกครองให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และลงชื่อในใบยินยอม

เกณฑ์การอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เด็กและผู้ปกครองที่มีปัญหาการได้ยิน ไม่สามารถสื่อสารได้

2. เด็กที่ไม่มีผู้ปกครอง

3. เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในเด็ก เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในเด็ก ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 24 ข้อ เป็นแบบตัวเลือกและระบุข้อมูลเพิ่มเติม

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย สร้างขึ้นโดย เริ่มต้นพัฒนามาจากภาษาอังกฤษโดย Kovacs, M. (1992) ซึ่งดัดแปลงจาก Beck Depression Inventory ต่อมาได้มีการแปลและทดสอบคุณภาพเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล[11] เป็นเครื่องมือที่ให้เด็กตอบเอง (self-report instrument) ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ แต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก เพื่อบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรงของอาการตั้งแต่ คะแนน 0-3 คะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0 ถึง 54 โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 15 ขึ้นไป จากการคัดกรองถือว่ามีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

3. แบบประเมินและคัดกรองพัฒนาการและสุขภาพจิตเด็ก (The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ))[12] สำหรับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และข้อความที่เป็นปัญหา โดยแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Conduct Problems), พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity), มีปัญหาทางอารมณ์ (Emotional Problem), พฤติกรรมสัมพันธภาพทางสังคม (Prosocial Behavior) ซึ่งแสดงถึงด้านดีของเด็ก

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า และผลการประเมินพฤติกรรมจุดแข็งและจุดอ่อน วิเคราะห์หาอัตราความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรสของบิดามารดา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง ผลการเรียน ความสัมพันธ์กับครูและเพื่อนนักเรียน โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาความเสี่ยงนำเสนอผลด้วยค่า Odd Ratio และ (95% Confidence Interval)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น โดยเสนอโครงร่างวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน(ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอรับการพิจารณารับรองว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยตามเอกสารหมายเลข HE 6401 ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยพร้อมทั้งให้เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย ซึ่งมีการขอความ

ยินยอมทั้งโดยวาจาและลายลักษณ์อักษร จากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง โดยสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาและไม่มีผลต่อการรับบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเด็กโรคสมาธิสั้นทั้งหมด จำนวน 147 ราย แต่มีแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 3 ฉบับ ดังนั้นจึงมีแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 144 ราย พบว่า เด็กโรคสมาธิสั้นที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 5 - 13 ปี อายุเฉลี่ย 9.03 ปี(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=1.69) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.5 กำลังศึกษาในระดับชั้นอนุบาลจนถึงมัธยมศึกษาปีที่ 1 ซึ่งกำลังเรียนในระดับประถมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 22.9 และอาศัยอยู่กับบิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 47.2

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กโดยใช้เครื่องมือ Children’s Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย พบว่า อัตราความชุกภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นสัดส่วน ร้อยละ 63.2 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้น

การคัดกรองภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	53	36.8
มีภาวะซึมเศร้า	91	63.2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ไม่พอใจผลการเรียน ที่ผ่านมา(OR=2.81, 95%CI=1.07-7.40) ถูกกดดันจากผู้ปกครองโดยคาดหวังผลการเรียนที่ดี (OR=2.63, 95%CI=1.05-6.57) มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน(OR=4.27, 95%CI=1.53-11.87) ถูกเพื่อนแกล้ง/รังแก(OR=5.14, 95%CI= 2.43-10.84) ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง/จิตใจ/ถูกทอดทิ้งโดยบิดามารดาหรือคนเลี้ยงดู(OR=9.46, 95%CI=1.21-74.11) ถูกกดดันจากเพื่อนนักเรียน(OR=3.40, 95%CI=1.37-8.40) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้น

ชนิดปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	Odd Ratio (95%CI)
เพศ			
ชาย	82(90.1)	44(83.0)	0.54(0.20-1.45)
หญิง	9(9.9)	9(17.0)	
สถานภาพสมรสของบิดามารดา			
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	51(56.0)	31(60.8)	1.22(0.61-2.44)
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	40(44.0)	20(39.2)	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน			
พอมีพอกิน	81(89.0)	47(88.7)	0.97(0.33-2.83)
ขัดสนไม่เพียงพอ	10(11.0)	6(11.3)	
โรคประจำตัว			
มี	10(11.0)	5(9.4)	1.19(0.38-3.67)
ไม่มี	81(89.0)	48(90.6)	
ผลการเรียนที่ผ่านมา			
ไม่พอใจ	24(26.4)	6(11.3)	2.81(1.07-7.40)*
พอใจ	67(73.6)	47(88.7)	
มีปัญหาการเรียน			
เคย	66(72.5)	37(69.8)	1.14(0.54-2.41)
ไม่เคย	25(27.5)	16(30.2)	
เคยถูกให้พักการเรียน/ให้ออกจากโรงเรียน			
เคย	3(3.3)	2(3.8)	0.87(0.14-5.38)
ไม่เคย	88(96.7)	51(96.2)	
ถูกกดดันจากผู้ปกครองโดยคาดหวังผลการเรียนที่ดี			
เคย	26(28.6)	7(13.2)	2.63(1.05-6.57)*
ไม่เคย	65(71.4)	46(86.8)	
มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน			
มี	28(30.8)	5(9.4)	4.27(1.53-11.87)*
ไม่มี	63(69.2)	48(90.6)	

*P<0.05

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้น

ชนิดปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน(ร้อยละ)	Odd Ratio (95%CI)
ถูกเพื่อนแกล้ง/รังแก			
เคย	59(64.8)	14(26.4)	5.14(2.43-10.84)*
ไม่เคย	32(35.2)	39(73.6)	
ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง/จิตใจ/ ถูกทอดทิ้งโดยบิดามารดาหรือ คนเลี้ยงดู			
เคย	14(15.4)	1(1.9)	9.46(1.21-74.11)*
ไม่เคย	77(84.6)	52(98.1)	
ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง/จิตใจ โดยคนอื่น			
เคย	5(5.5)	2(3.8)	1.48(0.28-7.92)
ไม่เคย	86(94.5)	51(96.2)	
ถูกกดดันจากเพื่อนนักเรียน			
เคย	31(34.1)	7(13.2)	3.40(1.37-8.40)*
ไม่เคย	60(65.9)	46(86.8)	
ถูกกดดันจากคุณครู			
เคย	14(15.4)	4(7.5)	2.23(0.69-7.16)
ไม่เคย	77(84.6)	49(92.5)	

*P<0.05

ผลการประเมินพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น พบว่า พฤติกรรมด้านที่มีปัญหา ได้แก่ ด้านอารมณ์และพฤติกรรมเกเร ส่วนใหญ่ปกติ ร้อยละ 79.9 และ 86.8 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้นมีปัญหาสูงถึงร้อยละ 35.4 และเสี่ยงจะมีปัญหา ร้อยละ 16.7 รวมทั้งพบว่า พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน พบว่า มีปัญหา ร้อยละ 25.7 และมีความเสี่ยงจะมีปัญหา ร้อยละ 21.5 ในขณะที่พฤติกรรมดีด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่เด็กโรคสมาธิสั้นมีจุดแข็งสูงถึงร้อยละ 94.4 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนพฤติกรรมเด็กด้านต่างๆ

พฤติกรรม	ปกติ		เสี่ยง		มีปัญหา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมที่มีปัญหา						
1. พฤติกรรมด้านอารมณ์	115	79.9	15	10.4	14	9.7
2 พฤติกรรมเกเร	125	86.8	5	3.5	14	9.7
3. พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น	69	47.9	24	16.7	51	35.4
4. พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน	76	52.8	31	21.5	37	25.7
พฤติกรรมด้านดี	**มีจุดแข็ง**		**ไม่มีจุดแข็ง**			
	จำนวน(ร้อยละ)		**จำนวน(ร้อยละ)**			
5. พฤติกรรมดีด้านสัมพันธภาพทางสังคม	136	94.4	8	5.6		

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นสัดส่วนค่อนข้างสูง ถึงร้อยละ 63.2 ซึ่งมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่า กลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสพบป่วยเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประมาณร้อยละ 12-50[5-7] โดยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้ามากถึง 5.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กและวัยรุ่นที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น[7] ส่วนการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วไปที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นของประเทศไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร เพียงร้อยละ 3.8[13] ทั้งนี้อาจเนื่องจากการวิจัยนี้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นซึ่งมีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าร่วมด้วยมากกว่าเด็กทั่วไป ถึงแม้ว่าจะใช้แบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทยเหมือนกัน โดยศึกษาวิจัยในครั้งนี้เนื่องจากเด็กโรคสมาธิสั้นบางคนยังไม่สามารถอ่านออก ผู้วิจัยจึงให้นักวิจัยภาคสนามซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับโครงการวิจัยและการใช้เครื่องมือเป็นคนอ่านแบบประเมินและให้เด็กประเมินตัวเองตามข้อคำถาม ซึ่งเด็กโรคสมาธิสั้นมีอายุตั้งแต่ 5-13 ปี ความเข้าใจในแต่ละข้อคำถามอาจแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเพื่อเป็นการยืนยันผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้น เมื่อพบว่าเด็กโรคสมาธิสั้นมีภาวะซึมเศร้า จึงจำควรส่งต่อเพื่อให้เด็กโรคสมาธิสั้นกลุ่มดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากแพทย์ เพื่อให้การบำบัดรักษาและให้การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าต่อไป นอกจากนี้ในระบบการรักษาทั่วไปของเด็กโรคสมาธิสั้นทุกคนเมื่อมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อให้การบำบัดรักษาและดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจตามมาเมื่อเด็กโรคสมาธิสั้นมีโรคร่วมด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งโรคซึมเศร้าอาจเป็นสาเหตุทำให้

อาการหลักของโรคสมาธิสั้นรุนแรงขึ้นได้[8] รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น[7, 9]

การศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ความไม่พอใจผลการเรียนที่ผ่านมา ถูกกดดันจากผู้ปกครองโดยคาดหวังผลการเรียนที่ดี มีปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน ถูกเพื่อนแกล้ง/รังแก ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรง/จิตใจ/ถูกทอดทิ้งโดยบิดามารดาหรือคนเลี้ยงดู ถูกกดดันจากเพื่อนนักเรียน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้นและมีปัญหาพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่า พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นร่วมกับโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านพฤติกรรมมากกว่าเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นหรือ โรคซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว[9] ซึ่งส่งผลทำให้เด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้มีปัญหาในการเรียนรู้มากขึ้น ทักษะทางสังคมจะแย่ลง ทำให้การอยู่ร่วมกับเด็กปกติจะมีปัญหาเพิ่มขึ้น ตลอดจนมีผลกับการเรียน จนอาจทำให้เด็กไม่มีความสุขและไม่อยากไปโรงเรียนมากขึ้น[8] ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ มีความสัมพันธ์กับการมองตนเองไม่ดี ความไม่พอใจในผลการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบิดามารดาไม่ดี รายได้ครอบครัวที่ต่ำ[13] ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ของไทย ได้แก่ ประวัติถูกทารุณกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม[14]

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นในครั้งนี้ เนื่องจากใช้รูปแบบการวิจัยแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (A cross-sectional analytic study) จึงมีข้อจำกัดการวิจัย ได้แก่ ประเมินภาวะซึมเศร้าเพียงครั้งเดียวในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จึงอาจทำให้มีผลคลาดเคลื่อนได้ ถ้าช่วงที่เก็บข้อมูลมีปัจจัยด้านสังคมจิตใจของกลุ่มตัวอย่างเข้ามากระทบกับอารมณ์และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างในขณะนั้น และเป็นการศึกษาวิจัยเพียงโรงพยาบาลเดียวในจังหวัดยโสธร การอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้จึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับขนาดตัวอย่างของเด็กโรคสมาธิสั้นและจังหวัดที่ศึกษา การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคสมาธิสั้นในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์เพียงแต่ละตัวแปรเชิงเดี่ยว ไม่ได้วิเคราะห์เพื่อควบคุมตัวแปรด้วยสถิติแบบ logistic regression analysis ซึ่งอาจให้ผลการวิจัยแตกต่างกันได้ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางในการเฝ้าระวังคัดกรองและป้องกัน ตลอดจนสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการรักษาที่เหมาะสมในเด็กโรคสมาธิสั้นและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

เด็กโรคสมาธิสั้นมีโอกาสเกิดโรคร่วมที่สำคัญ คือ โรคซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงควรมีระบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าของเด็กโรคสมาธิสั้นเมื่อมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน ผู้ปกครอง และผลการเรียน ในกรณีเมื่อพบเด็กโรคสมาธิสั้นมีภาวะซึมเศร้าควรส่งให้แพทย์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า

เพื่อให้การบำบัดรักษาและให้การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าต่อไป เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจตามมาเมื่อเด็กโรคสมาธิสั้นมีโรคร่วมเป็นโรคซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา ที่สนับสนุนการดำเนินงานและบุคลากรในกลุ่มงานเด็กที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนขอบคุณผู้ปกครองเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิฐารณ บุญสิทธิ. โรคสมาธิสั้น: การวินิจฉัยและรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555;57(4):373-86.
2. สถาบันราชานุกูล. โรคสมาธิสั้น (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder). In: กรมสุขภาพจิต , editor. กรุงเทพ: สถาบันราชานุกูล; 2561.
3. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. Lancet Psychiatry. 2018;5(2):175-86.
4. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินทร์ อรุณเรือง, ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2556;21(2):66-75.
5. Chronis-Tuscano A, Molina BSG, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, et al. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Archives of General Psychiatry. 2010;67(10):1044-51.
6. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. J Nerv Ment Dis. 2002;190(3):147-57.
7. Daviss WB. A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiology, phenomenology, and treatment. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2008;18(6):565-71.
8. Davidsson M, Hult N, Gillberg C, Särneö C, Gillberg C, Billstedt E. Anxiety and depression in adolescents with ADHD and autism spectrum disorders; correlation between parent- and self-reports and with attention and adaptive functioning. Nord J Psychiatry. 2017;71(8):614-20.
9. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, Mc CM, 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):426-34.

10. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open source epidemiologic statistics for public health, version. 2013 updated 2013/04/06. Available from: www.OpenEpi.com.

11. อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventories. . วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539;41(4):221-34.

12. Woerner W, Nuanmanee S, Becker A, Wongpiromsarn Y, Mongkol A. Normative data and psychometric properties of Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). J Ment Health Thai. 2011;19:42-57.

13. ฐิตวี แก้วพรสวรรค์, เบญจพร ตันตสูติ. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(4):395-402.

14. ประยูรศรี ศรีจันทร์, พวงเพชร เกษรสมุทร, วารีรัตน์ ถาน้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์. Nursing Science Journal of Thailand. 2563;38(1):86-98.