



ภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้น

สุวรรณีย์ พุทธิศรี พบ.*, พัชรี พรรณพานิช พบ.*, ธนิตา ปานทั้งทอง พบ.*,
มนัส สูงประสิทธิ์ พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาที่มีบุตรสมาธิสั้น

วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือ กลุ่มมารดาของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ช่วงเดือน มิถุนายน 2544 - มกราคม 2545 ทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ จำนวน 50 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็ก แบบสอบถาม Thai Depression Inventory (TDI) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในมารดา และแบบสอบถาม Children Depression Inventory (CDI) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดา โดยใช้ multiple logistic regression analysis

ผลการศึกษา พบภาวะซึมเศร้าในกลุ่มมารดาจำนวน 17 คน (ร้อยละ34.70) แบ่งเป็นระดับซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลาง 15 คน (ร้อยละ30.62) ระดับซึมเศร้ารุนแรง 2 คน (ร้อยละ4.08) และพบ 2 ปัจจัยที่มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของมารดา คือ ระยะเวลาหลังจากที่บุตรได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นนานกว่า12 เดือน (OR=3.34, p=0.09) และสถานภาพสมรสของมารดาที่เป็นแบบแยกกันอยู่และหย่าร้าง (OR = 7.33, p=0.10)

สรุป ควรพิจารณาเรื่องการคัดกรอง ป้องกันและรักษาภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้นตั้งแต่เริ่มแรก โดยเฉพาะในมารดาที่มีสถานภาพสมรสแบบแยกกันอยู่และหย่าร้างและมีบุตรที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนานกว่า 12 เดือน

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า, สมาธิสั้น

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(3): 213-223.

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10400



A Depression in Mothers of Children with ADHD

Suwannee Puttisri MD., Patcharee Punpanivh MD.*,
Tanita Pantungtong MD.*, Manus Sunprasit, MD.*.*

Abstract

Objective: To assess the prevalence of depression in mothers of children with ADHD and to explore the factors affecting depression in these mothers.

Method: Samples consisted of 50 mothers of children who were diagnosed ADHD by DSM-IV criteria and treated at psychiatric out-patient unit at Ramathibodi Hospital from June 2001 to January 2002. The instruments used comprised the designed questionnaire for collecting demographic data of mothers and their children, the Thai Depression Inventory (TDI) and the Children Depression Inventory (CDI) for assessing depression in mothers and their children. Data analysis was computed by multiple logistic regression to determine the relationship between depression in mothers of children with ADHD and the factors associated with depression.

Result: The findings revealed that 17 mothers (34.70%) had depression. In this group 15 mothers (30.62%) had mild and moderate depression and 2 mothers (4.08%) had severe depression. Two factors relating to maternal depression were the duration after child being diagnosed more than 12 months (OR=3.34, p=0.09) and the marital status of mothers which were separation and widowhood (OR = 7.33, p=0.10).

Conclusion: routine screening for maternal depression and early intervention in mothers of children with ADHD need to be considered especially the duration after being diagnosed (more than 12 months) and the marital status of mothers (separation and widowhood).

Key words: maternal depression, ADHD

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 51(3): 213-223.

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University Bangkok, Thailand 10400

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังทางจิตเวช เด็กที่พบได้บ่อยและก่อให้เกิดปัญหาและภาระในการเลี้ยงดูเป็นอย่างมาก ทั้งจากอาการของโรคเองและโรคที่เกิดร่วม ปัญหาที่เกิดขึ้นมีทั้งโดยตรงกับเด็กไม่ว่าจะเป็นปัญหาอารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อเด็กในทุกๆ ด้าน ทั้งการเรียน กิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ฯลฯ และที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะมารดา ปัญหาพฤติกรรมในเด็กกลุ่มนี้จะมีผลต่อสภาพจิตของบิดามารดา¹ ซึ่งทำให้เห็นปัญหาที่มีอยู่เดิมปรากฏชัดเจนนยิ่งขึ้น เพราะรู้สึกว่าครอบครัวของตนเองอยู่ภายใต้ความเครียดและความสามารถในการจัดการปัญหาต่อยกกว่าครอบครัวอื่น^{2,4} นอกจากนี้ Hechtman⁵ รายงานไว้ในปี 1996 ว่าครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นมีโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าครอบครัวของเด็กปกติ แต่อย่างไรก็ตามปัญหาจะดีขึ้นเมื่อเด็กได้รับการรักษาด้วยยาหรือเด็กเติบโตขึ้นและออกจากครอบครัวไป ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในมารดาของเด็กสมาธิสั้นไม่ได้ทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และแยกตัวจากสังคม ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมของลูก อีกส่วนมาจากการที่ถูกดูถูกรจากกาวินิจฉัย⁶ มีหลายการศึกษา^{7,8} ที่พบว่ามารดาของเด็กสมาธิสั้นมีคะแนนภาวะซึมเศร้าและความชุกของการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่ามารดาของเด็กปกติ

ภาวะซึมเศร้าในมารดานั้นส่งผลกระทบต่อเด็กมากมาย Elgar และคณะ⁹ รายงานการศึกษาในปี 2004 ว่าภาวะซึมเศร้าในมารดาจะไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมในเด็กทั้งที่เป็นผลจากพันธุกรรม การเลี้ยงดู และความช่วยเหลือที่จะได้รับจากสังคมภายนอก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมที่ดีขึ้นของเด็กที่มารดามีภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะซึมเศร้าของมารดาที่ดีขึ้น¹⁰ Gurian¹¹ กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าในมารดามีผลกับเด็ก

เนื่องจากขณะที่มารดามีภาวะซึมเศร้า จะมีการตอบสนองต่อปฏิสัมพันธ์กับเด็กช้า มีการตำหนิเด็กอย่างรุนแรง ไม่ได้ให้การสนับสนุนพัฒนาการทางภาษา มีความจำกัดในการกำหนดกฎเกณฑ์และการสร้างวินัย มีการกระตุ้นที่เหมาะสมน้อยเกินไป และเป็นแบบอย่างทางอารมณ์ที่เด็กจะเลียนแบบ

ในการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กนั้นนอกจากการใช้ยาแล้วการปรับพฤติกรรมทั้งที่เกิดขึ้นที่บ้านและโรงเรียนก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ดังนั้นบทบาทของการเป็นมารดาที่ยอมรับ เข้าใจ ให้โอกาส และให้กำลังใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้รักษาสามารถให้การประเมินและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็ก รวมทั้งให้การป้องกันแก้ไขได้ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก ปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดตามมาในเด็กก็จะลดความรุนแรงลงและผลการรักษาจะดีขึ้น คุณภาพชีวิตของเด็กที่เจ็บป่วย และครอบครัวก็จะกลับมาสู่ภาวะสมดุลดั้งเดิม ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาของเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ มารดาของเด็กสมาธิสั้นและอยู่ไม่นิ่ง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามธิบดี ทั้งกรณีที่เป็นผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าจำนวน 50 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2544 - มกราคม 2545

เครื่องมือในการศึกษา ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - 1.1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ลำดับที่บุตร จำนวนพี่น้อง ผลการเรียน

1.2 ข้อมูลเบื้องต้นของมารดา ได้แก่ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา รายได้ ต่อเดือนของครอบครัว

2. แบบสอบถามปัจจัยที่อาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาซึ่งได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่มารดาใช้ต่อวันในการดูแลผู้ป่วย สารเสพติดที่มารดาเคยใช้ใน ช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา การรักษาทางจิตเวชของมารดาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ของมารดา ระยะเวลาที่บุตรได้รับการวินิจฉัยและโรคทางจิตเวชอื่นที่พบร่วมด้วย

3. แบบสอบถาม Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล¹² เพื่อวัดภาวะซึมเศร้าของเด็กสมาธิสั้น ได้เคยมีการศึกษาในเด็กไทย พบว่ามีความตรงในการจำแนก (discriminate validity) สูง คำถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 27 ข้อ เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ค่าคะแนนคิดตามความรุนแรงของอาการ โดยที่คะแนน 15 ขึ้นไปบ่งบอกถึงภาวะซึมเศร้า

4. แบบสอบถาม Thai Depression Inventory (TDI) ฉบับภาษาไทย โดยมานิต หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขคณินชัย^{13, 14} เป็นแบบประเมินเพื่อใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะอารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ วัดระดับอาการซึมเศร้าในด้านอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด การปรับตัว และความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ เพื่อบอกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มมารดาของเด็กสมาธิสั้น และให้มารดาทำแบบสอบถาม TDI ส่วนในเด็กให้ตอบแบบสอบถาม CDI ถ้าในเด็กที่มีปัญหาการอ่าน ผู้ทำการสัมภาษณ์จะอ่านให้ฟังแล้วให้เด็กตอบ

สถิติวิเคราะห์

ข้อมูลถูกนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลของบุตรและมารดาที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดา วิเคราะห์โดย univariate analysis และ 95% confident interval จากนั้นนำปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาจาก univariate analysis มาวิเคราะห์ต่อด้วยวิธี multiple logistic regression analysis โดยค่า p value ที่น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วงเดือนมิถุนายน 2544 - มกราคม 2545 เป็นผู้ป่วยเก่า 35 คน (ร้อยละ 70) ผู้ป่วยใหม่ 15 คน (ร้อยละ 30) เพศชาย 47 คน (ร้อยละ 94) เพศหญิง 3 คน (ร้อยละ 6) อายุอยู่ระหว่าง 5-14 ปี (เฉลี่ย 9.12 ปี) (ตารางที่ 1) กลุ่มมารดาของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 50 คน มีอายุ 29-50 ปี (เฉลี่ย 38.7 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 48 คน (ร้อยละ 96) เชื้อชาติไทย 49 คน (ร้อยละ 98) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n =50)		
ชาย/หญิง	47/3	94/6
เป็นบุตรลำดับที่(n =50)		
1	32	64
2	14	28
3	2	4
4	2	4
ชนิดของโรคสมาธิสั้น(n =50)		
Inattentive type	20	40
Hyperactive type	16	32
Mixed type	14	28
โรคที่พบร่วม (n =50)	35	70
depressive disorder	7	14
oppositional defiant disorder	9	18
depressive ,conduct disorder	1	2
depressive ,oppositional defiant disorder	14	28
conduct, oppositional defiant disorder	3	6
depressive, conduct and oppositional defiant disorder	1	2
เกรดเฉลี่ยการเรียน(n=42)		
เกรด < 2	16	38.1
เกรด 2-3	19	45.2
เกรด 3-4	7	16.7
ค่าคะแนน CDI (n=44)		
<15	20	45.46
≥15	24	54.54

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n =50)		
ชาย/หญิง	47/3	94/6
ศาสนา (n = 50)		
พุทธ /อื่นๆ	48/2	96/4
สถานภาพสมรส (n=50)		
สมรส,อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้จดทะเบียน	44	88
แยกกันอยู่ หม้าย	6	12
อาชีพ (n= 48)		
รับจ้าง	17	35.42
ค้าขาย	9	18.75
แม่บ้าน	12	25
ข้าราชการ	10	20.83
การศึกษาสูงสุด (n=50)		
ประถมศึกษา	9	48
มัธยมศึกษา	7	14
ป.ว.ช ป.ว.ส	17	34
ปริญญาตรีและสูงกว่า	17	34
รายได้รอบครัว (n=49)		
<5,000	5	10.21
5,001-20,000	23	46.94
20,001-50,000	17	34.69
>50,000	4	8.16
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย (n=45)		
<12 ชั่วโมง/12 ชั่วโมงขึ้นไป	40/5	88.89/11.11
สารเสพติดที่เคยใช้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (n=50)		
ใช้/ไม่ใช้	2/48	4/96
ได้รับการรักษาด้วยแผนกจิตเวชในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (n=49)		
ได้รับ/ไม่ได้รับ	9/40	18.37/81.63
ความช่วยเหลือที่ได้รับ (n=49)		
ได้รับ/ไม่ได้รับ	35/14	71.43/28.57
มารดาเข้าใจอาการป่วยของเด็กสมาธิสั้น (n=49)		
ทราบ/ไม่ทราบ	44/3	93.62/6.38

ข้อมูลจากแบบสอบถาม CDI และ TDI พบว่าเด็กที่มีค่าคะแนน CDI เท่ากับ 15 ขึ้นไป มีจำนวน 24 คน (ร้อยละ 54.54) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย CDI เท่ากับ 25.04 ในกลุ่มของมารดาพบภาวะซึมเศร้าจำนวน 17 คน (ร้อยละ 34.70) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย TDI เท่ากับ 25.24 ไม่มีภาวะซึมเศร้าเป็นจำนวน 32 คน (ร้อยละ 65.31) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย TDI เท่ากับ 9.56 ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย ระดับซึมเศร้าเล็กน้อย 8 คน (ร้อยละ 16.33) ระดับซึมเศร้าปานกลาง 7 คน (ร้อยละ 14.29) ระดับซึมเศร้ารุนแรง 2 คน (ร้อยละ 4.08)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในมารดาโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว (univariate analysis) คำนวณค่า Odds ratio และ Chi-square พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ศาสนาอื่นๆ สถานภาพสมรสที่เป็นแบบแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย ระยะเวลาหลังจากการวินิจฉัยที่มากกว่า 12 เดือน และการมีโรคซึมเศร้าและเกร็ดอันตรายเป็นโรคร่วมที่เกิดในเด็ก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในมารดา

ปัจจัยเสี่ยง	Depression(n)	Non depression(n)	OR	95%CI
ด้านมารดา				
ศาสนา				
อื่นๆ	2	0	3.2*	(2.103,4.686)*
พุทธ	15	33		
จำนวนบุตร				
1 คน	8	9	2.370	(.698,8.047)
>1 คน	9	24		
สถานภาพ				
แยก หม้าย	5	2	6.458*	(1.100,37.918)*
สมรส	12	31		
อาชีพ				
มีงาน	14	22	2.333	(.552,9.866)
ไม่มีงาน	3	11		
การศึกษา				
ปริญญาตรีและสูงกว่า	7	10	1.610	(.476,5.444)
อื่นๆ	10			
รายได้				
< 5000	3	2	3.321	(.498,22.146)
> 5000	14			
ใช้สารเสพติด				
ใช่	1	1	2.000	(.117,34.096)
ไม่ใช่	16	32		
ได้รับความช่วยเหลือ				
ได้	13	22	1.477	(.384,5.682)
ไม่ได้	4	10		
เวลาในการดูแลลูก				
6 ชั่วโมงขึ้นไป	9	15	1.350	(.418,4.364)
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	8	18		
ด้านผู้ป่วย				
เป็นบุตรลำดับที่				
คนแรก	12	20	1.56	(0.445,5.474)
คนถัดไป	5	13		
อายุ				
12 ปีขึ้นไป	5	6	1.875	(0.477,7.363)
น้อยกว่า 12 ปี	12	27		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในมารดา (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	Depression(n)	Non depression(n)	OR	95%CI
ระยะเวลาหลังจากทราบการวินิจฉัย				
12 เดือนขึ้นไป	10	7	4.898*	(1.360,17.639)*
น้อยกว่า 12 เดือน	7	24		
โรคที่พบร่วม				
มี	15	26	2.019	(0.371,10.999)
ไม่มี	2	7		
ชนิดของโรคที่พบร่วม				
depressive disorder	10	13	2.198	(0.667,7.238)
อื่นๆ	7	20		
conduct disorder	3	2	3.321	(0.498,22.146)
อื่นๆ	14	31		
depressive, conduct	1	0	3.063*	(2.049,4.578)*
อื่นๆ	16	33		
ค่าคะแนน CDI				
≥ 15	11	14	1.702	(0.488,5.934)
< 15	6	13		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาจากการวิเคราะห์หึ่งเดียว univariate analysis มาทำการวิเคราะห์ต่อกันด้วย multiple logistic regression analysis เพื่อตัดการรบกวนซึ่งกันและกันของปัจจัยทั้งไป พบว่า ปัจจัยในเรื่อง สถานภาพสมรสที่เป็นแบบแยก

กันอยู่ หย่าร้าง หม้าย ระยะเวลาหลังจากการวินิจฉัย ที่มากกว่า 12 เดือนมีแนวโน้มจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดาเด็กสมาธิสั้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.10, p=0.09) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดา

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value
ระยะเวลาหลังจากทราบการวินิจฉัยโรค	3.336	(0.84,13.21)	0.086
สถานภาพสมรสของมารดา	7.328	(0.74,76.86)	0.097

วิจารณ์

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้นและอยู่ไม่นิ่ง เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า และหาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาจำนวน 50 คน ในครั้งนี้ พบว่า

มารดาที่มีภาวะซึมเศร้า 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.70 และมีระดับซึมเศร้ารุนแรง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.08 ระดับซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง 15 คน

คิดเป็นร้อยละ 30.62 ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ¹⁵ ในปี 2547 พบว่าอัตราความชุกโรคซึมเศร้า ในประชากรไทย คิดเป็นร้อยละ 3.2 และมีรายงานในปี 1995 ของ Louise¹⁶ พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงในมารดาเด็กสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 17.9 และความซึมเศร้าไม่รุนแรงคิดเป็นร้อยละ 20.5 ส่วนการศึกษาคั้งนี้

ภาวะซึมเศร้าของมารดาที่มีระดับรุนแรง พบน้อยกว่า รายงานอื่นๆ ส่วนใหญ่เป็นระดับซึมเศร้าเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย TDI = 25.24) อาจเป็นเพราะ 1) ระบบสังคมไทยมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้องที่คอยช่วยเหลือระดับประคองทางด้านเศรษฐกิจด้านจิตใจ 2) แบบสอบถามเป็นการประเมินระดับภาวะซึมเศร้า ไม่ใช่เกณฑ์ในการวินิจฉัย และไม่มีการสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัย 3) เด็กที่มาได้รับการรักษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยในช่วงไม่เกิน 12 เดือน ดังนั้นความเครียดที่เกิดจากภาวะเรื้อรังของปัญหาที่มีมายาวนานจึงมีน้อย 4) โรคที่พบร่วมที่รุนแรง เช่น ปัญหาพฤติกรรมอันธพาลพบน้อย มีเพียง 2 ราย และไม่ได้มีการประเมินความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น และโรคที่พบร่วม 5) เป็นเพียงการศึกษานำร่อง ดังนั้นจำนวนประชากรที่ทำการศึกษาลดลงน้อยกว่าที่จะสรุปว่าเป็น ตัวแทนของประชากรทั้งหมด

เมื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดา พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้นอยู่ 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) สถานภาพสมรสที่เป็นแบบแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย 2) ระยะเวลาหลังจากบุตรได้รับการวินิจฉัย ที่มากกว่า 12 เดือน 3) ศาสนาอื่นๆ ที่ไม่ใช่ศาสนาพุทธ 4) การมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับเกเรอันธพาลในเด็ก ปัจจัยอื่นที่ไม่นำมาร่วมวิเคราะห์พหุสัมพันธ์ เนื่องจากไม่พบในกลุ่มตัวอย่างมี 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) มารดานับถือศาสนาอื่นและไม่ภาวะซึมเศร้า 2) มารดาของเด็กที่มีสมาธิสั้นร่วมกับภาวะซึมเศร้าและเกเรอันธพาลและไม่ภาวะซึมเศร้า

สำหรับปัจจัยด้านระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นมานานกว่า 12 เดือน มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาประมาณ 4 เท่า คาดว่าการเผชิญกับความเครียดจากการที่มารดาต้องดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นเวลานานๆ และการถูกตีตราจากการวินิจฉัยว่าลูกเป็นโรคสมาธิสั้นทำให้เกิดซึมเศร้าได้

ส่วนปัจจัยเรื่องสถานภาพสมรสของมารดาที่มีการหย่าร้างหรือหม้ายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดา มากกว่าครอบครัวที่อยู่กันครบทั้งบิดามารดาถึง 7 เท่า ทำให้เห็นได้ว่าภายใต้ภาวะกดดันจากภาวะของลูกที่มีปัญหา การมีบิดาอยู่ในครอบครัวสามารถช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในมารดาได้ มีการศึกษา¹⁷ สนับสนุนว่าปัญหาในชีวิตสมรสมีผลต่อทั้งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในเด็กและการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในบิดาและมารดา สำหรับการมีชีวิตสมรสที่อยู่ด้วยกันแล้วมีผลลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอาจเป็นผลจากการช่วยเหลือทางจิตใจ ทางภาระงาน หรือทางเศรษฐกิจซึ่งกันและกันเป็นเรื่องที่น่าจะทำการวิจัยต่อไป

เมื่อนำปัจจัยทั้ง 2 มาทำการวิเคราะห์หาค่าแล้วพบว่าปัจจัยทั้ง 2 มีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในมารดา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากจำนวนประชากรที่นำมาศึกษาน้อยเกินไป น่าจะมีการศึกษาต่อไปเช่นกัน

เป็นที่ทราบกันดีว่าภาวะซึมเศร้าของมารดา (maternal depression) มีผลต่อเด็ก ทั้งในด้านความรู้สึกผูกพันที่มั่นคง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การจัดการอารมณ์ การเกิดปัญหาพฤติกรรมต่างๆ และส่งผลต่อบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการเลี้ยงดูลูก¹⁸ พบว่าในมารดาที่มีภาวะซึมเศร้า จะทำให้ความผูกพันกับเด็กเป็นแบบไม่มั่นคง¹⁹ ตลอดจนจนกระทบถึงความผูกพันระหว่างบิดามารดากับเด็ก (parent-child bonding) และหน้าที่ของระบบครอบครัว (family functioning) บกพร่องลง²⁰ และพบว่าพฤติกรรมก้าวร้าวอันธพาลพบในเด็กที่มีมารดาซึมเศร้ามากกว่าในเด็กที่มีมารดาปกติ²¹

อย่างไรก็ตามถึงแม้การศึกษานี้จะแสดงให้เห็นเพียงแนวโน้มของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เด็กได้รับการวินิจฉัยมานานกว่า 12 เดือน และสถานภาพสมรสของมารดาที่มีการหย่าร้าง แยกทางกัน หรือหม้าย กับภาวะซึมเศร้าของมารดาเด็กสมาธิสั้น แต่การรักษา

โรคสมาธิสั้นในเด็กนั้นเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดาต้องมีความพร้อมที่จะช่วยปรับพฤติกรรมต่างๆ ในเด็กควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ดังนั้น การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในมารดาของเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยมานานกว่า 12 เดือน และสถานภาพสมรสของมารดาที่มีการหย่าร้าง แยกทางกัน หรือหม้าย เป็นสิ่งที่น่าสนใจเพื่อเฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลือรักษาตั้งแต่ต้นจะเกิดผลดีต่อทั้งเด็กและครอบครัว

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ จำนวนประชากรตัวอย่างที่มีเพียง 50 คนนั้นน้อยเกินกว่าจะเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรทั่วไปและมีผลต่อการคำนวณทางสถิติ รวมทั้งข้อมูลที่ได้มานั้นไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เช่นไม่มีการประเมินความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น ความรุนแรงของโรคที่พบร่วม ฯลฯ จึงทำให้ไม่พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในมารดาอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษานี้จะช่วยก่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองกลุ่มมารดาที่มีเด็กสมาธิสั้นวินิจฉัยมานานกว่า 12 เดือน และในกลุ่มมารดาที่มีสถานภาพสมรสของมารดาที่มีการหย่าร้าง แยกทางกันหรือหม้าย ที่มารับบริการทางการแพทย์ ว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ แล้วนำมากำหนดวิธีการช่วยเหลือในขั้นต่อไป เช่น การเข้ากลุ่มเรียนรู้จัดการตนเอง ถ้ามีอาการเข้าได้กับโรคซึมเศร้าก็ควรจะได้รับรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือให้คำแนะนำและแนวคิดในการเขียนงานวิจัยจาก รศ.นพ.มาโนช หล่อตระกูล และการสนับสนุนทางด้านสถิติจาก รศ.นพ.ดร.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

- Harrison C, Sofronoff K. ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavior characteristic, and parental cognition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:703-11.
- Brown RT, Pacini JN. Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *J Learn Disabil* 1989; 22: 581-7
- Johnston C. Parent characteristic and parent-child interaction in family of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1996; 24:85-104.
- Mash EJ, Johnston C. Parental perception of child behavior problems, parenting self-esteem, and mother reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 86-99.
- Hechtman L. Family of children with ADHD: a review. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 350-60.
- Norvilitis JM, Scime M, Lee JS. Courtesy stigma in mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a preliminary investigation. *J Atten Disord* 2002; 6:61-8.
- Cunningham CE, Boyle MH. Preschoolers at risk of attention deficit/ hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting and behavioral correlates. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 555-69.
- McCormick LH. Depression in mothers of children with ADHD. *Fam Med* 1995; 27: 175-9.
- Elgar FJ, McGrath PJ, Waschbusch DA, Stewart SH, Curtis LJ. Mutual influences on maternal

- depression and child adjustment problems. Clin Psychol Rev 2004; 24: 441-59.
10. Modell JD, Modell JG, Wallander J, Hodgins B, Duke L, et al. Maternal rating of child behavior improve with treatment of maternal depression. Fam Med 2001; 33: 691-5.
 11. Gurian A. Mother blues- child blues howmaternal depression affects children. Letter Child Study Center 2003; 7: 1-5.
 12. Trangkrasombat U, LimKampichikul D. The Children's Depression Inventory as a screen for depression in Thai children. J Med Assoc Thai 1997; 80: 491-6.
 13. Lotrakul M, Sukanich P. Development of the Thai Depression Inventory. J Med Assoc Thai 1999; 82: 1200-7
 14. มาโนช หล่อตระกูล. เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. คู่มือการดูแลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์ (ฉบับปรับปรุง 2544) กรมสุขภาพจิต 2544: 299-319.
 15. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, อัจฉรา จรัสสิงห์. ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 2547; 12; 177-88
 16. Louis HM. Depression in mother of children with attention deficit hyperactivity disorder. Fam Med 1995; 27: 176-9.
 17. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. Psychol Bull 1990; 108:50-76.
 18. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Newman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2000; 20: 561-92.
 19. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Maternal depressive disorder contextual risk: contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. Dev Psychopathol 1998; 10: 283-300.
 20. Stein D, Williamson DE, Birmaher B, Brent DA, Kaufman J, Dehl R et al. Parent-child bonding and family functioning in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39: 1387-95.
 21. Beck CT. Maternal depression and behavior problem: a meta-analysis. J Adv Nurs 1999; 29: 623-9.