



ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของมารดาผู้ป่วยสมาธิสั้น

Factors Affecting Mental Health of Mothers of Patients with Attention-Deficit Hyperactive Disorder (ADHD)

อารีรัตน์ สิริพงษ์พันธ์*, สุวรรณณี พุทธิศรี**

Areerat Siripongpan*, Suwannee Putthisri**

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาผู้ป่วยโรคเด็กสมาธิสั้น
วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือ กลุ่มมารดาผู้ป่วยโรคเด็กสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2558 จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมาธิสั้น แบบสอบถามดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยสมาธิสั้น (Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว (univariate analysis) และวิเคราะห์ตามด้วยวิธี binary logistic regression analysis

ผลการศึกษา พบมารดามีสุขภาพจิตอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป (fair) ร้อยละ 43.3 มารดามีสุขภาพจิตที่อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป (poor) ร้อยละ 56.7 และไม่พบมารดามีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป (good) ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป คือ โรคประจำตัวของมารดา ($p=0.004$) ไม่พบว่ามียปัจจัยจากผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดาในทุกๆ กลุ่ม

สรุป ภาวะสุขภาพจิตของมารดาที่อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป มีปัจจัยมาจากโรคประจำตัวของมารดา ในขณะที่ปัจจัยจากผู้ป่วยไม่มีผลต่อสุขภาพจิตมารดาในทุกกลุ่มที่ศึกษา

คำสำคัญ สุขภาพจิตมารดา สมาธิสั้น

Corresponding author: สุวรรณณี พุทธิศรี

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(3): 205-216

ABSTRACT

Objective : To identify factors that affecting mental health of mothers of patients attention deficit hyperactive disorder (ADHD).

Method : Samples consisted of 100 mothers of patients with ADHD who received treatment from psychiatric out-patient department at Ramathibodi Hospital from February to August 2015. The instruments comprised the designed questionnaire for collecting demographic data of mothers and her children, the Thai Mental Health Indicators (TMHI 66), and Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) for evaluating patient behavior. Data analysis was computed by univariate analysis and binary logistic regression analysis to determine factors that affecting mental health of mothers.

Result : 43.3 percent of mothers of patients with ADHD had a level of mental health as general population's (fair), 56.7 percent of mothers had a level of mental health lower than the general population's (poor) and no mother had a level of mental health above the general population's (good). Factors affecting the lower level of maternal mental health was only mother with underlying disease ($p = 0.004$). Factors from patient were not affected all types of mothers' mental health.

Conclusion : Factors affecting fair and poor mental health mothers of patients with ADHD were mothers with underlying disease while no factors from patients was affected all types of mother's mental health.

Keywords : mental health of mothers, ADHD

Corresponding author: Suwannee Putthisri

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(3): 205-216

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคในเด็ก ที่มีความเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อชีวิตในหลายๆ ด้าน เช่น ความยากลำบากในการเรียน ปัญหาด้านการอยู่ร่วมกันในสังคม¹ และปัญหาในด้านความสัมพันธ์กับผู้ดูแล² ความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 8.1³ การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าร้อยละ 30-60 ของผู้ป่วยสมาธิสั้นจะคงความผิดปกติจนถึงวัยผู้ใหญ่และก่อให้เกิดผลเสียระยะยาว⁴ เช่น โอกาสในการศึกษาต่ำกว่าที่ควรจะเป็นและการว่างงาน⁵ โรคสมาธิสั้นไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อเด็ก แต่ยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดา และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว รวมทั้งก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว ในการทำงาน และในชีวิตสมรส⁶

Hechtman⁷ กล่าวว่าครอบครัวของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าครอบครัวเด็กปกติ แต่อย่างไรก็ตามปัญหาจะดีขึ้นเมื่อเด็กได้รับการรักษาด้วยยาหรือเด็กเติบโตขึ้น และปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยสมาธิสั้นก่อให้เกิดความเครียดในมารดาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมากกว่ามารดาของเด็กปกติ⁸

Mesh และ Johnston⁹ พบว่ามารดาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีความเครียดในการเลี้ยงดูลูกสูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาของเด็กก่อนวัยเรียน และยังมารดาที่มีความเครียดในการเลี้ยงดูผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมากเท่าไร ก็ยิ่งส่งผลกระทบต่ออาการเลี้ยงดูเด็กมากเท่านั้น ดังเช่นในการศึกษาของ Yousefia¹⁰ พบว่ามารดาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เครียดมากจะใช้วิธีการลงโทษที่รุนแรง และส่งผลให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมตามมา

ในการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กนั้น นอกจากการใช้ยาแล้ว การปรับพฤติกรรมก็มีความสำคัญเช่นกัน การปรับพฤติกรรมต้องอาศัยการยอมรับและความ

เข้าใจของคนในครอบครัว และหากผู้รักษาสามารถให้การป้องกัน และแก้ไขข้อจำกัดในการดูแลเด็ก จะสามารถลดความรุนแรงของปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของมารดาผู้ป่วยสมาธิสั้น เพื่อจะสามารถป้องกันและให้ความช่วยเหลือก่อนที่จะเกิดปัญหาอันมาจากการเลี้ยงดูของมารดาที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา

การศึกษารุ่นนี้เป็นแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนสิงหาคม 2558 จากมารดาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 100 ราย โดยมารดาผู้ป่วยให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของตนเอง ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น แบบสอบถามดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ในส่วนรายละเอียดของโรคและการรักษาแพทย์ผู้รักษาเป็นผู้ประเมิน

เครื่องมือในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส จำนวนบุตร บุตรที่มีโรคทางกาย บุตรที่มีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์ เรื่องเครียดจนกระทบการดำรงชีวิตประจำวัน

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ระดับการศึกษา โรคที่พบร่วม โรคประจำตัว ผลการเรียน ชนิดของ

โรคสมาธิสั้น ปัญหาที่โรงเรียน

2. แบบสอบถามดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicators-TMHI 66) โดยอภิชาติ มงคล และคณะ¹¹ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของคนไทย สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค มีค่าความเชื่อมั่นจำแนกตามด้านต่างๆ ดังนี้ สภาพจิตใจ 0.86 สมรรถภาพของจิตใจ 0.83 คุณภาพของจิตใจ 0.77 และปัจจัยสนับสนุน 0.80 คำถามประกอบด้วยข้อคำถาม 66 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 198 คะแนน โดยรวมคะแนนทุกข้อ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 143-198 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good)

คะแนน 122-142 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair)

คะแนน 121 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยสมาธิสั้น Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย แปลโดยณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร¹² เพื่อคัดกรองโรคสมาธิสั้นและโรคติดต่อต้าน สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.93 คำถามประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แยกเป็น 3 กลุ่มคำถาม โดยข้อ 1-9 เป็นคำถามเพื่อประเมินอาการ inattention ข้อ 10-18 เป็นคำถามเพื่อประเมินอาการ hyperactivity/impulsivity และข้อ 19-26 เป็นคำถามเพื่อประเมินอาการ oppositional defiant แต่ละข้อคิดคะแนนเป็น 4 ระดับ (0='ไม่เคย'; 1='เล็กน้อย'; 2='ค่อนข้างมาก'; 3='มาก') แล้วรวมคะแนนของแต่ละกลุ่มคำถาม โดยมีจุดตัดของกลุ่ม inattention, hyperactivity/impulsivity และ oppositional defiant อยู่ที่ 16, 14 และ 12 คะแนนตามลำดับ

สถิติวิเคราะห์

ข้อมูลทั่วไปถูกนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลของบุตรและมารดาที่มีผลต่อสุขภาพจิตของมารดา วิเคราะห์โดย univariate analysis ใช้สถิติ chi-square หรือ Fisher's exact test จากนั้นนำปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของมารดามาวิเคราะห์ต่อด้วยวิธี binary logistic regression analysis โดยใช้ค่า p-value ที่น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม 2558 จำนวน 100 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 77 อายุอยู่ระหว่าง 4-28 ปี (เฉลี่ย 11 ปี ± 3.54) ระยะเวลาที่วินิจฉัยโรคน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 76) อยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72) ไม่มีภาวะโรคร่วม (ร้อยละ 62) มีโรคทางกาย (ร้อยละ 12) ผลการเรียน > 3.00 (ร้อยละ 44) เป็นโรคสมาธิสั้นชนิดผสม (ร้อยละ 49) (ตารางที่ 1) กลุ่มมารดาผู้ป่วยสมาธิสั้น จำนวน 100 ราย มีอายุระหว่าง 28-59 ปี (เฉลี่ย 42 ปี ± 7.1) รายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 68 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 38 สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 62 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 38 มีโรคประจำตัวร้อยละ 30 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 79 มีจำนวนบุตรมากกว่า 1 คนร้อยละ 58 มีบุตรที่มีโรคทางกายร้อยละ 2 มีบุตรที่มีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์ร้อยละ 2 มีเรื่องเครียดจนกระทบการดำรงชีวิตประจำวันร้อยละ 20 (ตารางที่ 2) และผลการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มารดาเป็นผู้ประเมินพบอาการชุนวามมากที่สุดร้อยละ 83 รองลงมาคือสมาธิสั้นร้อยละ 44 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมาธิสั้น

ลักษณะ	ร้อยละ
เพศ	
ชาย	77
หญิง	23
ช่วงอายุ (ปี)	
3-7	7
7-12	49
12 ปี ขึ้นไป	44
ระดับการศึกษา	
อนุบาล	1
ประถมศึกษาตอนต้น	37
ประถมศึกษาตอนปลาย	34
มัธยมศึกษาตอนต้น	21
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย	
น้อยกว่า 10 ปี	76
มากกว่า 10 ปี	24
การพบโรคร่วม	
ไม่พบโรคร่วม	62
พบโรคร่วม 1 โรค	35
พบโรคร่วมมากกว่า 1 โรค	3
มีโรคทางกาย	12
ชนิดของโรคสมาธิสั้น	
Hyperactive/impulsive	32
Inattentive	19
Combined	49
ผลการเรียน	
น้อยกว่า 2.00	28
2.00-3.00	28
มากกว่า 3.00	44
มีปัญหาที่โรงเรียน	6

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของมารดาผู้ป่วยสมาธิสั้น

ลักษณะ	ร้อยละ
อายุ (ปี)	
ช่วงอายุ 18-35	14
ช่วงอายุ 35-60	86
รายได้ (บาทต่อเดือน)	
น้อยกว่า 5,000	2
5,001-20,000	30
มากกว่า 20,001	68
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา	2
ประถมศึกษา	7
มัธยม ปวช. ปวส. อนุปริญญา	29
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	62
ศาสนา	
พุทธ	93
อิสลาม	5
คริสต์	2
อื่นๆ	0
อาชีพ	
ข้าราชการ	25
ธุรกิจ	23
รับจ้าง	38
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14
มีโรคประจำตัว	30
สถานภาพสมรส	
อยู่ด้วยกัน	79
หย่าร้าง	9
คู่สมรสเสียชีวิต	4
แยกกันอยู่	8
จำนวนบุตร	
1 คน	42
มากกว่า 1 คน	58
มีบุตรที่มีโรคทางกาย	2
มีบุตรที่มีปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์	2
มีเรื่องเครียดจนกระทบการดำรงชีวิตประจำวัน	20

ตารางที่ 3 ผลการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มารดาเป็นผู้ระเเมน (SNAP-IV)

ลักษณะ	ร้อยละ
Inattention	44
Hyperactivity/impulsivity	83
Oppositional defiant	28

โรคที่พบร่วมในผู้ป่วยสมาธิสั้นมีดังนี้ โรคบกพร่องด้านการเรียนรู้ (learning disability) จำนวน 30 ราย โรคดื้อต่อต้าน (oppositional defiant disorder) จำนวน 8 ราย โรค Tourette's disorder จำนวน 2 ราย และโรคซึมเศร้า (depressive disorder) จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวทางกายจำนวน 12 ราย โรคที่พบได้แก่ โรคภูมิแพ้ จำนวน 4 ราย โรคหอบหืด จำนวน 2 ราย โรคอ้วน จำนวน 2 ราย มีผู้ป่วยที่มีทั้งโรคอ้วนและโรคนอนกรน จำนวน 1 ราย โรค G6PD จำนวน 1 ราย โรคโลหิตจาง จำนวน 1 ราย และโรคลมชัก จำนวน 1 ราย และมีผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีปัญหาที่โรงเรียนจำนวน 6 รายซึ่งปัญหาที่พบได้แก่ ความยากลำบากในการเรียนจำนวน 4 ราย การไม่เข้าเรียนจำนวน 1 ราย และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนจำนวน 1 ราย

พบมารดาที่มีโรคประจำตัวจำนวน 30 ราย ได้แก่ systemic lupus erythematosus (SLE) โรคไทรอยด์เป็นพิษ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ โรคไมเกรน โรคหอบหืด โรคมะเร็งเต้านม โรคโลหิตจาง และโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบมารดาที่มีเรื่องเครียดจนกระทบการดำรงชีวิตประจำวันจำนวน 20 ราย ซึ่งความเครียดของมารดา ได้แก่ เรื่องการงาน การเงิน การเลี้ยงดูบุตร ความไม่ตั้งใจเรียนของบุตรโรคประจำตัวของตัวมารดาเอง และความคิดเห็นของคนในครอบครัวไม่ตรงกัน

ข้อมูลจากแบบสอบถามดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทย (Thai Mental Health Indicators-TMHI 66)

พบว่า มารดามีค่าคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 43.3) อยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor) จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 56.7) ไม่พบมารดาที่มีคะแนนอยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good) และไม่สามารถแปลผลข้อมูลได้ (missing data) จำนวน 3 ราย

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตมารดา ไม่พบปัจจัยจากผู้ป่วยสมาธิสั้นที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตมารดาในทุกๆ รูปแบบ (ตารางที่ 4) ส่วนปัจจัยจากตัวมารดาเองที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดาที่อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของมารดา โรคประจำตัวของมารดา และเรื่องเครียดในชีวิตประจำวันของมารดา (ตารางที่ 5)

เมื่อทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อควบคุมปัจจัยกวน (confounding factor) โดยใช้ binary logistic regression analysis ซึ่งปัจจัยกวนได้แก่ เพศผู้ป่วยโรคทางกายของผู้ป่วย ปัญหาที่โรงเรียน อายุมารดา รายได้ โรคประจำตัวของมารดา มารดามีเรื่องเครียด พฤติกรรมของผู้ป่วยด้าน inattention hyperactivity/impulsivity และ oppositional defiant พบว่า ปัจจัยโรคประจำตัวของมารดามีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของมารดา โดยมารดาที่มีโรคประจำตัวจะมีสุขภาพจิตต่ำกว่ามารดาที่ไม่โรคประจำตัว 7.7 เท่า (1.923,31.231) ที่ระดับนัยสำคัญ $p=0.004$ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตมารดา

ปัจจัยจากผู้ป่วย	Fair จำนวน (ร้อยละ)	Poor จำนวน (ร้อยละ)	P
เพศ			0.226
ชาย	30 (71.4)	45 (81.8)	
หญิง	12 (28.6)	10 (18.2)	
การศึกษา			0.076
อนุบาล	0 (0)	1 (1.8)	
ประถมศึกษาตอนต้น	22 (52.4)	14 (25.5)	
ประถมศึกษาตอนปลาย	12 (28.6)	22 (40.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (14.3)	13 (23.6)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2 (4.8)	5 (9.1)	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย (ปี)			0.932
น้อยกว่า 10	12 (28.6)	15 (27.8)	
มากกว่า 10	30 (71.4)	39 (72.2)	
ชนิดโรคร่วมที่พบ			
Learning disorder	9 (21.4)	20 (36.4)	0.111
Oppositional defiant disorder	4 (9.5)	4 (7.3)	0.724
Depressive disorder	0 (0)	1 (1.8)	1.000
Tourette's disorder	2 (4.8)	0 (0)	0.185
การพบโรคร่วม			0.688
ไม่พบโรคร่วม	28 (66.7)	32 (58.2)	
พบโรคร่วม 1 โรค	13 (31)	21 (38.2)	
พบโรคร่วมมากกว่า 1 โรค	1 (2.3)	2 (3.6)	
มีโรคทางกาย	3 (7.1)	9 (16.4)	0.172
ชนิดของโรคสมาธิสั้น			0.848
Hyperactive/impulsive	14 (33.3)	17 (30.9)	
Inattentive	9 (21.4)	10 (18.2)	
Combined	19 (45.2)	28 (50.9)	
ผลการเรียน			0.709
น้อยกว่า 2.00	12 (28.6)	14 (25.9)	
2.00-3.00	10 (23.8)	17 (31.5)	
มากกว่า 3.00	20 (47.6)	23 (42.6)	
มีปัญหาที่โรงเรียน	3 (7.1)	3 (5.5)	1.000
พฤติกรรมของผู้ป่วยสมาธิสั้น			
Inattention	16 (38.1)	26 (47.3)	0.366
Hyperactivity/impulsivity	14 (33.3)	26 (47.3)	0.167
Oppositional defiant	11 (26.2)	15 (27.3)	0.905

*p < 0.05

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตมารดา

ปัจจัยจากมารดา	Fair จำนวน (ร้อยละ)	Poor จำนวน (ร้อยละ)	P
อายุ (ปี)			0.022*
ช่วงอายุ 18-35 ปี	10 (23.8)	4 (7.3)	
ช่วงอายุ 35-60 ปี	32 (76.2)	51 (92.7)	
ระดับการศึกษา			0.766
ไม่ได้ศึกษา	1 (2.4)	1 (1.8)	
ประถมศึกษา	2 (4.8)	5 (9.1)	
มัธยม ปวช. ปวส. อนุปริญญา	13 (31)	13 (23.6)	
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	26 (61.9)	36 (69.5)	
ศาสนา			0.473
พุทธ	39 (92.9)	51 (92.7)	
อิสลาม	3 (7.1)	2 (3.6)	
คริสต์	0 (0)	2 (3.6)	
อาชีพ			0.999
ข้าราชการ	11 (26.2)	14 (25.5)	
ธุรกิจ	10 (23.8)	13 (23.6)	
รับจ้าง	16 (38.1)	21 (38.2)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (11.9)	7 (12.7)	
มีโรคประจำตัว	3 (10.3)	26 (89.7)	< 0.001*
สถานภาพสมรส			1.000
อยู่ด้วยกัน	33 (78.6)	44 (80)	
หย่าร้าง	4 (9.5)	5 (9.1)	
คู่สมรสเสียชีวิต	2 (4.8)	2 (3.6)	
แยกกันอยู่	3 (7.1)	4 (7.3)	
จำนวนบุตร			0.755
1 คน	17 (40.5)	24 (43.6)	
มากกว่า 1 คน	25 (59.5)	31 (56.4)	
มีเรื่องเครียดในชีวิตประจำวัน	3 (7.1)	16 (29.1)	0.007*

*p < 0.05

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของมารดาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นแบบต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

ปัจจัย	OR	95%CI	p-value
เพศผู้ป่วย	1.326	(0.417,4.221)	0.632
โรคทางกายของผู้ป่วย	1.763	(0.344,9.052)	0.497
ปัญหาที่โรงเรียน	0.821	(0.130,5.184)	0.834
อายุมารดา	3.262	(0.911,19.795)	0.109
รายได้	0.556	(0.190,1.625)	0.283
โรคประจำตัวมารดา	7.749	(1.923,31.231)	0.004*
มารดามีเรื่องเครียด	4.246	(0.911,19.795)	0.066
พฤติกรรมของผู้ป่วยด้าน inattention	0.910	(0.315,2.632)	0.862
พฤติกรรมของผู้ป่วยด้าน hyperactivity/impulsivity	1.933	(0.602,6.206)	0.268
พฤติกรรมของผู้ป่วยด้าน oppositional defiant	0.511	(0.144,1.807)	0.297

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตมารดาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น โดยมีข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่ามารดาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีความเครียดมากกว่ามารดาที่ไม่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษากลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบ เพราะเคยมีการศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับความเครียดของมารดาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นแล้วพบว่ามารดาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นมีความเครียดมากกว่ามารดาที่ไม่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้น จากการศึกษาของ Cussen ซึ่งศึกษาในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น มีคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่แย่กว่าครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นจะได้รับผลกระทบในด้านอารมณ์ด้านระยะเวลาที่ต้องสูญเสียไปในการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น และส่งผลให้กิจกรรมในครอบครัวลดลง¹³

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตมารดาผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยแบ่งปัจจัยที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกคือปัจจัยจากผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น และกลุ่มที่สองคือปัจจัยจากมารดา จากสมมติฐาน

ของผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยจากผู้ป่วยสมาธิสั้นจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของมารดา

ผลการศึกษานี้พบว่า ไม่มีมารดาคนใดที่มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป นอกจากนั้นไม่พบปัจจัยจากผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาทั้งในระดับเท่ากับและระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ไม่ว่าจะเป็น เพศ (p=0.226) การศึกษา (p=0.076) โรคประจำตัวของผู้ป่วย (p=0.172) ชนิดของโรคสมาธิสั้น (p=0.848) และปัญหาที่โรงเรียน (p=1.000) มีการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความเครียดในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น¹⁴ พบว่ามารดาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเพศหญิงมีความเครียดน้อยกว่ามารดาของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเพศชาย ลักษณะอาการสมาธิสั้นแบบ inattentive มีผลต่อความเครียดแต่น้อยกว่าลักษณะอาการสมาธิสั้นแบบ hyperactivity / impulsivity ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว อาจเป็นเพราะจำนวนประชากรไม่เพียงพอในการจำแนก นอกจากนี้การศึกษาของ Hinojosa ทำการศึกษาข้อมูลในปี ค.ศ. 2007 จาก National Survey of Children's Health (NSCH)¹⁵ พบว่า โรคความประพฤติ

ผิดปกติ (conduct disorder) และการขาดการช่วยเหลือจากสังคม (social support) มีผลต่อสุขภาพจิตมารดา แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้อง เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาไม่พบโรคความประพฤติผิดปกติร่วม

ผลการศึกษาปัจจัยจากมารดาพบว่า มี 3 ประเด็นที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาที่อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป คือ อายุมารดาในช่วง 35-60 ปี ($p = 0.022$) การมีโรคประจำตัว ($p < 0.001$) และความเครียดอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน ($p = 0.007$) เมื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติเพิ่มเติมโดยใช้วิธี binary logistic regression พบว่าปัจจัยในเรื่องอายุของมารดาไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาที่อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตมารดาที่อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไปคือ การมีโรคประจำตัว ($p=0.004$) อย่างไรก็ตาม เรื่องเครียดของมารดามีแนวโน้มเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ถึงแม้จะไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.066$) และไม่พบการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาปัจจัยในเรื่องอายุมารดา และการมีโรคประจำตัว ว่าส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดาผู้ป่วยสมาธิสั้นแต่อย่างไร การศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีโรคประจำตัวของมารดาและการมีเรื่องเครียด ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตมารดาที่อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป โดยเรื่องเครียดที่พบในมารดา ได้แก่ เรื่องการงาน การเงิน การเลี้ยงดูบุตร ความไม่ตั้งใจเรียนของบุตร และความคิดเห็นของคนในครอบครัวไม่ตรงกัน ดังนั้นในการศึกษาต่อไปในอนาคตจึงควรทำการศึกษาเพื่อประเมินชนิดของเรื่องเครียดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตมารดาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ซึ่งอาจนำไปสู่การป้องกันและการช่วยเหลือเบื้องต้นในมารดาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

ข้อจำกัดในการศึกษาคั้งนี้คือ มีจำนวนประชากรที่เข้าร่วมในการศึกษาจำนวนน้อยและส่งผลให้ประชากรที่มีโรคร่วมมีจำนวนน้อยด้วยเช่นกัน

จึงทำให้ไม่เพียงพอที่จะสรุปหาความสัมพันธ์ของโรคร่วมในผู้ป่วยสมาธิสั้นกับภาวะสุขภาพจิตของมารดา และนอกจากนั้นยังมีปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของมารดา ที่ผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษา เช่น ความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นในผู้ป่วย ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่ไม่เข้ากับเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และความสัมพันธ์ของบิดามารดา เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มขนาดประชากร และเพิ่มปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง

สรุป

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตมารดาผู้ป่วยสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป คือ ปัจจัยจากตัวมารดาเอง ที่มีโรคประจำตัว ส่วนปัจจัยมาจากผู้ป่วยสมาธิสั้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของมารดา

เอกสารอ้างอิง

1. Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE, Hoza B. ADHD and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1285-92.
2. Johnston C, Mash EJ. Families of children with ADHD: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001; 4: 183-207.
3. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013;21(2): 66-75.

4. Weiss, Gabrielle, Hechtman, Lily T. Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults. 2nd ed. New York: Guildford; 1993.
5. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys Educational achievement, occupational rank and psychiatric status. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 565-76.
6. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Arch Dis Child 2005; 90 (Suppl 1): i2-7.
7. Hechtman L. Family of children with ADHD: a review. Can J Psychiatry 1996; 41: 350-60.
8. Samiei M, Daneshmand R, Keramatfar R, Khooshabi K, Amiri N, Farhadi Y, et al. Attention Deficit Hyper Activity Disorder (ADHD) and Stress: A Mutual Relationship between Children and Mothers. Basic Clin Neurosci 2015; 6: 113-21.
9. Mash EJ, Johnston C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. J Consul Clin Psychol 1983; 51: 86-99.
10. Yousefia S, Farb AS, Abdolahian E. Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2011; 30: 1666-71.
11. Mongkol A, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chalookul W, Punyoyai L, Suvanashiep S. The study to develop Thai mental health indicator. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2001; 46: 209-25.
12. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD Screening Properties of the Thai Version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2014; 59: 97-110.
13. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. Eur J Paediatr 2012; 171: 271-80.
14. Theule J, Wiener J, Tannock R, Jenkins JM. Parenting Stress in Families of Children with ADHD: A Meta-Analysis. Journal of Emotional and Behavioral Disorders 2012; 21: 3-17.
15. Hinojosa MS, Hinojosa R, Fernandez-Beca D, Knapp C, Thompson LA. Parental strain, parental health, and community characteristics among children with attention deficit-hyperactivity disorder. Acad Pediatr 2012; 12: 502-8.