

การศึกษาการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูในผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล

Perceived Parenting Styles of Patients with Anxiety Disorders: A Case-Control Study

เอมอร จิระพันธ์, พ.บ.*, จารุรินทร์ ปีตานูพงศ์, พ.บ.

Aim-orn Jiraphan, M.D.*, Jarurin Pitanupong, M.D.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla 90110, Thailand.

*E-mail: aimornjiraphan@gmail.com

Songkla Med J 2016;34(6):309-319

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูในผู้ป่วย generalized anxiety disorder (GAD) และ panic disorder กับผู้ป่วยโรคทั่วไป และปัจจัยที่สัมพันธ์

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมแบบไม่จับคู่ (unmatched case-control study) เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค panic disorder, GAD และกลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไป ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 จำนวนกลุ่มละ 50 ราย โดยใช้แบบสอบถามแบบตนเอง ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมเพิ่มเติม คือ hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เพื่อคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ multiple logistic regression

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย แบ่งเป็นกลุ่มโรค panic disorder, GAD และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 ราย ทั้งสามกลุ่มมีลักษณะข้อมูลประชากรใกล้เคียงกัน ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากพ่อแม่ และมีบุคคลที่สนิทมากที่สุดในการคบครอง ส่วนใหญ่เป็นแม่กลุ่มผู้ป่วย panic disorder, GAD และกลุ่มควบคุม มีการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูส่วนใหญ่เป็นแบบประชาธิปไตย คือ ร้อยละ 74, 72 และ 86 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการเลี้ยงดูระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มี

ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีงบประมาณ 2558

รับต้นฉบับวันที่ 10 พฤษภาคม 2559 รับลงตีพิมพ์วันที่ 12 กันยายน 2559

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรค panic disorder อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสแล้ว [odds ratio (OR)_{adj} = 3.9, 95% confidence interval (95% CI)= 1.6, 9.7] และผู้ที่อาศัยนอกเขตอำเภอเมือง (OR_{adj} =3.4, 95% CI=1.3, 8.9) และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรค GAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสแล้ว (OR_{adj} = 3.3 , 95% CI=1.3, 8.3) และเพศชาย (OR_{adj} = 3.7, 95% CI=1.3, 10.4)

สรุป: ผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลมีการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับโรคกลุ่มวิตกกังวลคือ สถานภาพสมรส เพศ และถิ่นที่อยู่อาศัย

คำสำคัญ: ผู้ป่วย, โรควิตกกังวล, รูปแบบการเลี้ยงดู

Abstract:

Objective: To compare the perceived parenting styles of patients with panic disorder and with generalized anxiety disorder (GAD), to compare the findings with patients with general medical disorders, and to identify the factors associated with panic disorder and GAD

Material and Method: This was an unmatched case-control study conducted at out-patient clinic, Songklanagarind Hospital, Hat Yai, Songkhla, Thailand, from September 2015 to February 2016. The sample was divided into 3 groups: panic disorder, GAD and the control group. There were 50 members in each group. A self-administered questionnaire was used, consisting of demographic characteristics and a parenting style questionnaire. Anxiety and depression screening using the hospital anxiety and depression scale (Thai HADS) was included. Data were analyzed using descriptive statistics presented in the form of mean, frequency and percentage, and multiple logistic regression.

Results: Fifty patients of each group: panic disorder, GAD and control were sampled. The sociodemographic characteristics were similar in all 3 groups. There were no significant differences in parenting styles between panic disorder, GAD, and the control group. All groups mostly had democratic parenting styles (74%, 72%, and 86% respectively). Compared with control, panic disorder had a statistically significant association with marital status [odds ratio (OR)_{adj} =3.9, 95% confidence interval (95% CI)=1.6, 9.6] and rural resident (OR_{adj} =3.4, 95% CI=1.3, 9.1); GAD had a statistically significant association with marital status (OR_{adj} =3.3, 95% CI=1.3, 8.3) and male sex (OR_{adj} =4.0, 95% CI=1.4, 11.1).

Conclusion: There were no significant differences in parenting styles between panic disorder, GAD, and the control group. Panic disorder had a statistically significant association with marital status and rural resident. GAD had a statistically significant association with marital status and male sex.

Keywords: anxiety disorders, parenting styles, patient

บทนำ

กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) เป็นโรคจิตเวชที่พบบ่อยมีความเรื้อรังและประกอบด้วย 5 โรคหลัก คือ panic disorder, agoraphobia, social phobia, specific phobia และ generalized anxiety disorder (GAD)¹ ในปี พ.ศ. 2548 National Comorbidity Survey Replication พบว่า panic disorder มีความชุกตลอดชีพ ร้อยละ 4.7 และ GAD มีความชุกตลอดชีพ ร้อยละ 5.7² ข้อมูลจาก Global Burden of Disease Study ในปี พ.ศ. 2553 พบว่ากลุ่มโรควิตกกังวลมีภาวะโรค disability-adjusted life years ร้อยละ 14.6 และ years lived with disability ร้อยละ 15.3 ของโรคทางจิตเวช^{3,4} ในประเทศไทย จากการสำรวจโดยกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2551 พบความชุกของโรค panic disorder และ GAD คือ ร้อยละ 0.3 และ 0.9 ตามลำดับ⁵ และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสงขลาครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลมีจำนวนเป็นอันดับสอง (ร้อยละ 12.4) ของผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชทั้งหมด

สาเหตุของกลุ่มโรควิตกกังวลเชื่อว่ามาจากปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตใจ โดยมีแนวคิดว่าความกังวลที่ผิดปกติมีรากฐานมาจากประสบการณ์ช่วงวัยเด็ก (early experience)⁶ การอบรมเลี้ยงดูในรูปแบบต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งทางวาจาและการกระทำ ทำให้เด็กรับรู้ทั้งความรู้สึกและการกระทำดังกล่าวของพ่อแม่⁷⁻⁹ อย่างไรก็ตามรูปแบบการเลี้ยงดูที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะไม่ใช่รูปแบบการเลี้ยงดูจริง¹⁰ ซึ่งก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีการรับรู้ต่อการเลี้ยงดูของพ่อแม่ในรูปแบบปล่อยปละละเลย (rejection) และใช้อำนาจควบคุม (control)¹¹⁻²²

ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ในผู้ป่วยกลุ่มวิตกกังวลมาก่อน ดังนั้นการศึกษาเพื่อให้เข้าใจรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ต่อผู้ป่วยวิตกกังวล จะทำให้มีองค์ความรู้เพื่อพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วย โดยการนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการแนะนำพ่อแม่ผู้ปกครองเกี่ยวกับแนวทางในการอบรมบุตรหลานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูในผู้ป่วยโรค GAD และ panic disorder เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคทั่วไป
2. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค GAD และโรค panic disorder

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว (เลขที่ EC 58-055-03-4)

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมแบบไม่จับคู่ (unmatched case-control study)

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ขนาดตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษารูปแบบการเลี้ยงดูในกลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดประมาณค่าสัดส่วนของการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตยในกลุ่มผู้ป่วย (panic disorder หรือ GAD) เท่ากับร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุมเท่ากับร้อยละ 80 และใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับประมาณค่าสัดส่วนประชากร 2 กลุ่ม (n.for.2p) ด้วยโปรแกรม R version 2.14.2 ซึ่งได้จำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องเก็บในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมอย่างน้อยกลุ่มละ 45 ราย

กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลาครินทร์ และได้รับการวินิจฉัยตาม diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision ว่าเป็นโรค GAD หรือ panic disorder จำนวนกลุ่มละ 50 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ อายุ 18-65 ปี และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจหรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

กลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทั่วไปที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลาครินทร์ จำนวน 50 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) อายุ 18-65 ปี

(2) ผลการคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช หรือมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และมีเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจหรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

1. แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป 23 ข้อคำถาม
2. แบบสำรวจรูปแบบการเลี้ยงดูของ เหนาวินิตย์ มุขสมบัติ²³ 40 ข้อคำถาม ปรับปรุงจากแบบสอบถามรูปแบบการเลี้ยงดู ซึ่ง นุชลดดา โชติประภาพรรณ ได้สร้างและพัฒนาจากแนวคิดของ Schaefer และ Becker แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน คำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าเท่ากับ 0.73 และนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามด้วยสูตรการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ cronbach ได้ค่าเท่ากับ 0.79 โดยแบ่งรูปแบบของการเลี้ยงดูเป็น 4 แบบ คือ (1) แบบประชาธิปไตย (2) แบบปล่อยปละละเลย (3) แบบรักตามใจ และ (4) แบบใช้อำนาจควบคุม

3. แบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า hospital anxiety and depression scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ประกอบด้วย 14 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าอย่างละ 7 ข้อ มีพิสัยของคะแนนแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน แปลผลคะแนน 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8-10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful case) และคะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (case) โดยเมื่อใช้จุดตัดที่ 11 คะแนนขึ้นไป จะมีค่าความไวร้อยละ 100 และค่าความจำเพาะร้อยละ 86²⁴

การเก็บข้อมูลและการสุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2558-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 โดยให้ผู้ป่วยกรอกแบบสอบถาม

แบบตอบเองขณะที่นั่งรอรับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกปฐมภูมิ และจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และเก็บกลับคืนทันทีหลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม สำหรับการเก็บข้อมูลที่แผนกจิตเวชนั้น หากผู้ป่วยไม่สะดวกในการกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้ช่วยวิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นส่วนตัว ผู้ป่วยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามรายละเอียด 10-15 นาที

เนื่องจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโรค panic disorder และ GAD ทุกรายที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชในช่วงระยะเวลาการศึกษาที่ค่อนข้างจำกัด ซึ่งทำให้ได้ผู้ป่วยในช่วงอายุ ดังนั้นในการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม จึงสุ่มผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงใกล้เคียงกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณานำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ chi-square แล้วนำตัวแปรที่สนใจศึกษาและตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์ bivariate analysis มีค่า p-value < 0.2 มาวิเคราะห์ multivariate analysis โดยใช้ logistic regression เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรค panic disorder หรือ GAD ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 150 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยโรค panic disorder จำนวน 50 ราย ผู้ป่วยโรค GAD จำนวน 50 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 50 ราย กลุ่มตัวอย่างโรค panic disorder, GAD และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 50-65 ปี นับถือศาสนาพุทธ ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากพ่อและแม่ โดยบุคคลที่สนิทมากที่สุดใครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นแม่ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรค GAD มีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=50)	Panic disorder (n=50)		GAD (n=50)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Chi 2 P-value	จำนวน (ร้อยละ)	Chi 2 P-value
เพศ			0.227		0.014
ชาย	8 (16.0)	14 (28.0)		20 (40.0)	
หญิง	42 (84.0)	36 (72.0)		30 (60.0)	
อายุ (ปี)			0.207		0.707
18-29	10 (20.0)	4 (8.0)		7 (14.0)	
30-49	14 (28.0)	18 (36.0)		14 (28.0)	
50-65	26 (52.0)	28 (56.0)		29 (58.0)	
เชื้อชาติ			-		-
ไทย	50 (100.0)	50 (100.0)		50 (100.0)	
ศาสนา			0.055		0.160 ^a
อิสลาม	2 (4.0)	9 (18.0)		7 (14.0)	
พุทธ	48 (96.0)	41 (82.0)		43 (86.0)	
สถานภาพสมรส			0.014		0.042
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	26 (52.0)	13 (26.0)		15 (30.0)	
สมรส	24 (48.0)	37 (74.0)		35 (70.0)	
ระดับการศึกษา			0.120		0.527
ประถมศึกษา/ต่ำกว่าประถมศึกษา	11 (22.0)	12 (24.0)		12 (24.0)	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	8 (16.0)	16 (32.0)		12 (24.0)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	31 (62.0)	22 (44.0)		26 (52.0)	
สถานที่อยู่			0.089		0.407
อำเภอเมือง	21 (42.0)	12 (24.0)		16 (32.0)	
ไม่ใช่อำเภอเมือง	29 (58.0)	38 (76.0)		34 (68.0)	
อาชีพ			0.067		0.406
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	17 (34.0)	15 (30.0)		15 (30.0)	
พนักงานบริษัทเอกชน/ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15 (30.0)	11 (22.0)		11 (22.0)	
รับจ้าง/เกษตรกร	5 (10.0)	16 (32.0)		12 (24.0)	
นักเรียน/นักศึกษา	8 (16.0)	3 (6.0)		6 (12.0)	
ไม่ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	5 (10.0)	5 (10.0)		6 (12.0)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.616		0.928
<5,000	11 (22.0)	12 (24.0)		13 (26.0)	
5,001-10,000	10 (20.0)	14 (28.0)		8 (16.0)	
10,001-20,000	14 (28.0)	9 (18.0)		13 (26.0)	
>20,001	15 (30.0)	15 (30.0)		16 (32.0)	
ลำดับการเกิด			0.853		0.784 ^a
ลูกคนเดียว ลูกคนสุดท้อง	12 (24.0)	9 (18.0)		15 (30.0)	
ลูกคนโต	15 (30.0)	14 (28.0)		11 (22.0)	
ลูกคนกลาง	5 (10.0)	6 (12.0)		4 (8.0)	
ลูกลำดับคนอื่น ๆ	18 (36.0)	21 (42.0)		20 (40.0)	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=50)	Panic disorder (n=50)		GAD (n=50)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	Chi 2 P-value	จำนวน (ร้อยละ)	Chi 2 P-value
บุคคลที่ให้การอบรมเลี้ยงดูมาเป็นเวลานานที่สุด			0.030		0.434 ^a
พ่อและแม่	39 (78.0)	28 (56.0)		33 (66.0)	
พ่อหรือแม่	9 (18.0)	13 (26.0)		13 (26.0)	
อื่นๆ (ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา พี่ แม่บุญธรรม หลวงตา)	2 (4.0)	9 (18.0)		4 (8.0)	
คนในครอบครัวที่สนิทมากที่สุด			1 ^a		0.149 ^a
พ่อ	5 (10.0)	6 (12.0)		1 (2.0)	
แม่	26 (52.0)	25 (50.0)		22 (44.0)	
พี่ชาย/พี่สาว น้องชาย/น้องสาว	16 (32.0)	15 (30.0)		19 (38.0)	
อื่นๆ (ได้แก่ ย่า ยาย แม่บุญธรรม สนิทกับทุกราย)	3 (6.0)	4 (8.0)		8 (16.0)	
อาการวิตกกังวลที่ได้รับการวินิจฉัย			<0.001		<0.001
กังวลไปทั่ว	15 (30.0)	29 (58.0)		32 (64.0)	
อื่นๆ (ตื่นตระหนก กังวลไปทั่ว และ ตื่นตระหนก ซึมเศร้า)	7 (14.0)	19 (38.0)		15 (30.0)	
ไม่มี	28 (56.0)	2 (4.0)		3(6.0)	
เคยได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคทางกายมาก่อน			0.423		0.23
ไม่มี	21 (42.0)	26 (52.0)		28 (56.0)	
มี	29 (58.0)	24 (48.0)		22 (44.0)	
ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช			0.552		0.263
ไม่มี	45 (90.0)	42 (84.0)		40 (80.0)	
มี	5 (10.0)	8 (16.0)		10 (20.0)	
ความคิดฆ่าตัวตาย			0.495 ^a		<0.001
ไม่มี	50 (100.0)	48 (96.0)		38 (76.0)	
มี	0 (0.0)	2 (4.0)		12 (24.0)	
ประวัติการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว			-		-
ไม่มี	50 (100.0)	50 (100.0)		50 (100.0)	
การใช้สารเสพติดเป็นประจำของคนในครอบครัว			0.715		0.552
ไม่มี	45 (90.0)	47 (94.0)		42 (84.0)	
มี	5 (10.0)	3 (6.0)		8 (16.0)	
การใช้กำลัง ความรุนแรง ทำร้ายร่างกาย ระหว่างสมาชิกในครอบครัว			1 ^a		0.362a
ไม่มี	49 (98.0)	48 (96.0)		46 (92.0)	
มี	1 (2.0)	2 (4.0)		4 (8.0)	
ถูกล่วงละเมิดทางเพศ			-		-
ไม่มี	50 (100.0)	50 (100.0)		50 (100.0)	
ใช้สารเสพติดเป็นประจำ			0.715 ^a		0.201
ไม่มี	47 (94.0)	45 (90.0)		42 (84.0)	
มี	3 (6.0)	5 (10.0)		8 (16.0)	

^aFisher's exact test

2. การรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุม

กลุ่มผู้ป่วยโรค panic disorder, GAD และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูเป็นแบบประชาธิปไตย คิดเป็นร้อยละ 74, 72 และ 86 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยหรือใช้อำนาจควบคุม คิดเป็นร้อยละ 14, 20 และ 24 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มกับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มโรควิตกกังวลกับปัจจัยส่วนบุคคล และรูปแบบการเลี้ยงดู

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มโรควิตกกังวลกับปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร โดยใช้ multiple logistic regression พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรค panic disorder อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส และสถานที่อยู่ (p-value=0.003 และ 0.011 ตามลำดับ) โดยโรค panic disorder มีความสัมพันธ์กับการมีสถานภาพสมรสแล้ว เป็น 3.9 เท่า (95% CI=1.6, 9.7) เมื่อเทียบกับการมีสถานภาพโสด หม้ายหรือหย่าร้าง นอกจากนี้พบว่าโรค panic disorder มีความสัมพันธ์กับการมีถิ่นที่อยู่อาศัยนอกเขตอำเภอเมือง เป็น 3.4 เท่า (95% CI=1.3, 8.9) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีถิ่นอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ข้อมูลรูปแบบการเลี้ยงดูจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วย

รูปแบบการเลี้ยงดู	กลุ่มควบคุม (n=50)	Panic disorder (n=50)	GAD (n=50)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ) P-value (Fisher's exact test)	จำนวน (ร้อยละ) P-value (Fisher's exact test)
รูปแบบการเลี้ยงดู		0.185	0.122
แบบประชาธิปไตย	43 (86.0)	37 (74.0)	36 (72.0)
แบบปล่อยปละละเลย หรือใช้อำนาจควบคุม	7 (14.0)	10 (20.0)	12 (24.0)
แบบรักตามใจ	0 (0.0)	3 (6.0)	2 (4.0)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับโรค GAD พบว่า เพศ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับโรค GAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.008 และ 0.007 ตามลำดับ) โดยพบว่าโรค GAD สัมพันธ์กับเพศชาย เป็น 3.7 เท่า (95% CI=1.3, 10.4) เมื่อเทียบกับเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มิมีสถานภาพสมรสแล้ว เป็น 3.3 เท่า (95% CI=1.3, 8.3) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้ายหรือหย่าร้าง (ตารางที่ 4)

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มโรควิตกกังวลกับรูปแบบการเลี้ยงดู

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มโรควิตกกังวลกับรูปแบบการเลี้ยงดู พบว่าผู้ที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยหรือใช้อำนาจควบคุม มีโอกาสเป็นโรค panic disorder เป็น 2.1 เท่า (95% CI=0.7, 6.6) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในทำนองเดียวกันพบว่าผู้ที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลยหรือใช้อำนาจควบคุม มีโอกาสเป็นโรค GAD เป็น 2.3 เท่า (95% CI=0.8, 7.1) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูกับโรค panic disorder

ตัวแปร	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	P-value LR-test
สถานภาพสมรส			0.003
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	1	1	
สมรส	3.1 (1.3, 7.2)	3.9 (1.6, 9.7)	
สถานที่อยู่			0.011
อำเภอเมือง	1	1	
ไม่ใช่อำเภอเมือง	2.3 (1.0, 5.4)	3.4 (1.3, 8.9)	
รูปแบบการเลี้ยงดู			0.052
แบบประชาธิปไตย	1	1	
แบบปล่อยปละละเลย หรือใช้อำนาจควบคุม	1.7 (0.6, 4.8)	2.1 (0.7, 6.6)	
แบบรักตามใจ	NA	NA	

NA=not available (ไม่สามารถคำนวณได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูกับโรค GAD

ตัวแปร	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	P-value LR-test
เพศ			0.008
หญิง	1	1	
ชาย	3.5 (1.4, 9.0)	3.7 (1.3, 10.4)	
สถานภาพสมรส			0.007
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	1	1	
สมรส	2.5 (1.1, 5.7)	3.3 (1.3, 8.3)	
รูปแบบการเลี้ยงดู			0.15
แบบประชาธิปไตย	1	1	
แบบปล่อยปละละเลย หรือใช้อำนาจควบคุม	2.0 (0.7, 5.8)	2.3 (0.8, 7.1)	
แบบรักตามใจ	NA	NA	

NA=not available (ไม่สามารถคำนวณได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก)

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรค panic disorder ผู้ป่วยโรค GAD และผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีรูปแบบการเลี้ยงดูเป็นแบบประชาธิปไตยมากที่สุด คือ ร้อยละ 74, 72 และ 86 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับการศึกษารูปแบบการเลี้ยงดูทั่วประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2545²⁵ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบการเลี้ยงดูกับโรคกลุ่มวิตกกังวลนั้นพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าการเก็บข้อมูลการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูเป็นการตอบแบบสอบถามที่ผู้ป่วยอ่านและประเมินเอง การตีความรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีความคาดเคลื่อน และตีความได้ไม่เหมือนกัน และการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง อาจทำให้มีการบิดเบือนการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูจากความจำโดยไม่ได้ตั้งใจ (recall bias)

ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มโรควิตกกังวลกับลักษณะทั่วไปพบว่าโรค panic disorder เกิดในผู้ที่อาศัยนอกเขตอำเภอเมือง เป็น 3.4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่อาศัยในอำเภอเมือง ทั้งนี้อาจเป็นเนื่องมาข้อจำกัดของแบบสอบถามที่ผู้ป่วยที่อยู่ในอำเภอขนาดใหญ่ซึ่งถือว่าเป็นอำเภอที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจะรวมอยู่ในกลุ่มผู้ที่อาศัยนอกเขตอำเภอเมืองด้วย จึงทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษานี้มีความคลาดเคลื่อนได้

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูกับโรค GAD พบว่ามีความสัมพันธ์กับเพศชาย โดยพบว่าผู้ป่วย GAD พบในเพศชายเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงประมาณ 1:2 ซึ่งอาจเกิดเนื่องมาจากผู้ป่วยเพศชายมีความตระหนักถึงปัญหาทางสุขภาพจิตและมาเข้ารับการรักษามากกว่าเพศหญิง โดยการศึกษาหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อปี พ.ศ. 2551²⁶ พบว่าโรคร่วมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเพศชาย คือ โรคเกี่ยวกับการใช้สุราและยาเสพติด ส่วนโรคร่วมที่พบได้บ่อยในเพศหญิง คือ โรคซึมเศร้า

และโรควิตกกังวลอื่นๆ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการแสวงหาการรักษา (treatment-seeking) ระหว่างเพศชายกับเพศหญิงในผู้ป่วยโรค GAD เพียงอย่างเดียว พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย GAD ที่มีโรคร่วมเกี่ยวกับการใช้สุราและยาเสพติด เพศชายมีการแสวงหาการรักษามากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยทั้งโรค panic disorder และ GAD พบในกลุ่มผู้ที่มีสถานภาพสมรสแล้ว เป็น 3.9 เท่า และ 3.3 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผู้ที่โสดหม้ายหรือหย่าร้าง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเกิด anxiety disorders มักสัมพันธ์กับเหตุการณ์กดดันสำคัญในชีวิต (major stressful life events) โดยเฉพาะการหย่าร้าง²⁷

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ทำให้ข้อมูลที่ได้ อาจไม่แสดงถึงกลุ่มประชากรทั้งหมด และเนื่องจากข้อมูลที่เก็บเป็นข้อมูลย้อนหลังในวัยเด็ก อาจทำให้มี recall bias ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกับความจริง นอกจากนี้กลุ่มควบคุมอาจมี confounding factor จาก underdiagnosed psychiatric disorder เนื่องจากไม่ได้คัดกรองโรคทางจิตเวชอื่นๆ นอกเหนือจากอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป คือ อาจทำการศึกษาโดยใช้กลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนกลุ่มประชากรที่ดี รวมทั้งใช้เครื่องมือที่มีความละเอียด เช่น Structured Clinical Interview for DSM-5 หรือใช้รูปแบบการศึกษาแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) นอกจากนี้อาจศึกษาถึงคุณลักษณะของผู้เลี้ยงดู ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ผู้เลี้ยงดูและรูปแบบการเลี้ยงดูที่เป็นประโยชน์ต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยโรคกลุ่มวิตกกังวลมีการรับรู้รูปแบบการเลี้ยงดูไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับโรคกลุ่มวิตกกังวลคือ สถานภาพสมรส เพศ และถิ่นที่อยู่อาศัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณนิศานต์ วีระชาติเทวัญ นักวิชาการสถิติ คุณอารีนา อับดุลเลาะ และคุณเครือวัลย์ จงบรรวิวัฒน์ ผู้ช่วยวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 593 – 602.
- World Health Organization. Global health estimates 2014 summary tables: DALY by cause, age and sex, 2000–2012 [homepage on the Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2014 Dec 6]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GHE_DALY_Global_2000_2012.xls
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013; 382: 1575 – 86.
- Dmh.go.th. Number of mental health patients in Thailand: distribution by province [homepage on the Internet]. Nonthaburi: Mental Health Services [cited 2014 Dec 6]. Available from: www.dmh.go.th/report/patient/diag8-56.xls
- Stein DJ, Hollander E, Rothbaum BO. Textbook of anxiety disorders. 2nd ed. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2009.
- Dharmabovorn N. Family and education. Bangkok: Office of the National Education Commission; 1998.
- Schaefer ES, Bell RQ. Development of parental attitude research instrument. Child Dev 1958; 29: 339–61.
- Becker WC. Consequences of different kinds of parental discipline. In: Hoffman ML, Hoffman LW, editors. Review of child development research. Vol 1. New York: Russell Stage Foundation; 1964; p.169 – 208.
- Parker G. Parental overprotection: a risk factor in psychosocial development. Sydney: Grune & Stratton; 1983.
- Alnaes R, Torgersen S. Parental representation in patients with major depression, anxiety disorder and mixed conditions. Acta Psychiatr Scand 1990; 81: 518 – 22.
- Arbel N, Stravynski A. A retrospective study of separation in the development of adult avoidant personality disorder. Acta Psychiatr Scand 1991; 83: 174 – 8.
- Bogels SM, Melick MV. The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. Pers Individ Dif 2004; 37: 1583 – 96.
- Bruch MA, Heimberg RG. Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized anxiety disorder and nongeneralized social phobics. J Anxiety Disord 1994; 8: 155 – 68.
- Laraia MT, Stuart GW, Frye LH, et al. Childhood environment of women having panic disorder with agoraphobia. J Anxiety Disord 1994; 8: 1 – 17.
- Leon CA, Leon A. Panic disorder and parental bonding. Psychiatric Annals 1990; 20: 503 – 8.
- Lieb R, Wittchen HU, Hofler M, et al. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 859 – 66.
- Parker G. Parental representations of patients with anxiety neurosis. Acta Psychiatr Scand 1981; 63: 33 – 6.
- Reitman D, Asseff J. Parenting practices and their relation to anxiety in young adulthood. J Anxiety Disord 2010; 24: 565 – 72.
- Rapee RM. Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clin Psychol Rev 1997; 17: 47 – 67.
- Silove D. Perceived parental characteristics and reports of early parental deprivation in agoraphobic patients. Aust N Z J Psychiatr 1986; 20: 365 – 9.
- Stravynski A, Elie R, Franche RL. Perception of early parenting by patients diagnosed avoidant personality disorder: a test of the overprotection hypothesis. Acta Psychiatr Scand 1989; 80: 415 – 20.
- Mooksombud N. The opinion of morals and factors correlated among high school students at Nonthaburi province [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002.

24. Nilchaikovit T, Lotrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996; 1: 18 – 30.
25. Kotjarasa S, Yongkittikul C. Relationship between parenting styles and self-directed behaviors of Thai adolescents. *Proceeding of the East-West Psychological Science Research Center* 2002; 2: 47 – 60.
26. Vesga-Lopez O, Schneier FR, Wang S, et al. Gender differences in generalized anxiety disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1606 – 16.
27. Yates WR. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2009; 21: 95 – 102.