

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลแม่สาย

รัฐกานต์ ปาระมี, พ.บ.*

* โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตแฝงเร้นที่สำคัญ การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2555 พบร้อยละ 42.05 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและร้อยละ 44.70 ในผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการรักษาโรค ภาวะซึมเศร้าอาจจะมี ความรุนแรงมากขึ้น และส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายได้หากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม การค้นหาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในมาตรการป้องกันโรค

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัสเอชไอวี ช่วงเวลาตั้งแต่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2563 ภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (1) กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองและให้ผลลบต่อแบบประเมิน 2 ข้อคำถาม (2Q=negative) (2) กลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่า 7 จากการประเมินด้วยแบบประเมิน 9 ข้อคำถาม (9Q) และ (3) กลุ่มที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไปจากการประเมิน 9Q วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วยสถิติ univariable และ stepwise multivariable ordinal logistic regression นำเสนอด้วย adjusted odds ratio (adjusted OR) และ 95% confidence interval (CI) หาความสามารถในการทำนายด้วย พื้นที่ใต้โค้ง receiver operating characteristic curve (ROC).

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 161 ราย พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.80 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศหญิง (adjusted OR=2.37; 95%CI 1.22-4.59, p=0.011) การมีผู้ดูแล (adjusted OR=3.54; 95%CI 1.07-11.72, p=0.038) การมีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง (adjusted OR= 2.27; 95%CI 1.08-4.75, p=0.029) ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปี เมื่อเทียบกับ 1-5 ปี (adjusted OR=0.42; 95%CI 0.20-0.87, p=0.020) ความสามารถในการทำนายจากพื้นที่ใต้โค้ง (ROC) ร้อยละ 74.60

สรุปและข้อเสนอแนะ: การศึกษานี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 11.80 พบปัจจัยเสี่ยง คือ เพศหญิง การมีผู้ดูแล การมีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง และปัจจัยที่เกิดภาวะซึมเศร้า น้อยกว่า คือ ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปี เมื่อเทียบกับ 1-5 ปี จึงควรใช้ปัจจัยเหล่านี้ ในการจัดกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมในการติดตามเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: ความชุก ปัจจัยเสี่ยง ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเอดส์

THE PREVALENCE AND RISK FACTORS OF DEPRESSION AMONG AIDS PATIENTS
IN MAESAI HOSPITAL

Rattakarn Paramee, M.D.*

*Maesai hospital, Chiangrai province.

ABSTRACT

BACKGROUND: Depression is the major silence mental health problem. The depression study in Srinagarind Hospital, Khon Kaen province in 2012 found prevalence 42.05% in the chronic illness group and 44.70% in AIDS patients resulting to poor treatment outcome. Depression may be progress and leading to suicide attempts if no appropriate management is provided. Early detection depression will be the most effective preventive measure.

OBJECTIVE: To investigate the prevalence and risk factors of depression among AIDS patients in Maesai hospital, Chiangrai province.

METHODS: A design was cross-sectional study among AIDS patients at the ART clinic within 1-31 March 2020. Depressive severity from 9 questions depressive score (9Q) was categorized into 3 groups (1) no depression from the negative 2 questions depression screening tool (2Q=negative) (2) <7 points from 9Q (3) ≥7 points from 9Q. The analysis of risk factors associated with depressive disorder used univariable and stepwise multivariable ordinal logistic regression presented with an adjusted odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI). The performance of the model was analyzed using area of receiver operating characteristics curve (ROC).

RESULTS: 161 HIV infected patients, the prevalence of depression was 11.80% According to univariable and stepwise multivariable ordinal logistic regression analysis results, four risk factors that found to have statistical significance, association with depressive disorder were female [adjusted OR=2.37 (95%CI 1.22-4.59, p=0.011)], having care giver [adjusted OR=3.54 (95%CI 1.07-11.72, p=0.038)], major stress in a previous year [adjusted OR=2.27 (95%CI 1.08-4.75, p=0.029)] and duration from HIV infection > 10 years compared with 1-5 years [adjusted OR=0.42 (95%CI 0.20-0.87, p=0.020)]. This model showed a performance with area of ROC at 74.60%.

CONCLUSIONS AND DISCUSSIONS: This study found the prevalence of depression among AIDS patients 11.80%. The risk factors have found namely female, having a care giver, major stress in a previous year, and the inverse relationship of the duration of HIV infection >10 years in comparing with 1-5 years, they should be used as a proper target group to close surveillance for future depression.

KEYWORDS: prevalence, risk factors, depression, AIDS patients

Corresponding Author: Rattakarn Paramee Email: rparamee@gmail.com

Accepted date: 8 March 2020

Revise date: 21 March 2020

Publish date: 30 April 2020

ความเป็นมา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ การศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัด เชียงราย¹ พ.ศ. 2555 พบความชุกร้อยละ 38.89 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 20.00 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 15.00 พบมาก ในเพศหญิง ร้อยละ 66.42 อายุเฉลี่ย 45 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=9.50 ส่วนใหญ่สถานภาพ สมรส ร้อยละ 68.63 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.35 ประวัติดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 25.70 โรคเรื้อรังทางกาย ร้อยละ 15.40 ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน มะเร็ง และโรค ไตวายเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัวยุ และสังคม และยังอาจนำมาซึ่งการสูญเสีย เมื่อผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ

ภาวะซึมเศร้ามีความชุกสูงขึ้นเมื่อมีโรคเรื้อรัง อันเป็นสาเหตุทางกาย จากการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น² พบความชุก ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 42.05 มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 44.70 รองมาเป็น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 43.30 และผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 39.60 พบภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงในผู้ป่วย เอดส์มากที่สุด ร้อยละ 14.11 รองมาเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 6.18 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 1.98 สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าใน ผู้ป่วยเอดส์ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี³ พบร้อยละ 42.02 และการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวกันที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย⁴ ในพ.ศ. 2560 พบร้อยละ 9.60 การศึกษาในประเทศ เกาหลีใต้ และ ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ พบร้อยละ 21.00⁵ 28.70⁶ ตามลำดับ และการศึกษาใน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบได้มากถึงร้อยละ 46.00⁷ และ 48.00⁸

มีการรายงานจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย⁴ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติส่วนตัว ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี รายได้ ไม่เพียงพอ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า และอายุ ไม่เกิน 40 ปี เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้า นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ และ ประเทศสวิสเซอร์แลนด์⁵⁻⁶ ยังพบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้าน ประวัติส่วนตัว ได้แก่ เพศหญิง อายุน้อยกว่า 55 ปี ความบกพร่องในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง การขาด ผู้ดูแล การว่างงาน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การมีโรค ทางกายร่วม และปัจจัยเสี่ยงด้านคลินิก ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การมีค่า CD4 ต่ำสุด น้อยกว่า 200 cells/ μ L และความล้มเหลวในการกด เชื้อไวรัสเอดส์ (viral load ≥ 50 copies/mL) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งใน การศึกษานี้จะนำมาเป็นส่วนหนึ่งของตัวแปรเพื่อ ทดสอบสมมุติฐานต่อไป

ผลกระทบจากการเกิดภาวะซึมเศร้ามักกล่าว หากไม่ได้รับการประเมินและดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อวินัยในการรับประทาน ยาต้านไวรัส เอชไอวี (adherence) กรณีผู้ป่วยสัมผัส ต่อปัจจัยเสี่ยงข้างต้นอย่างต่อเนื่องจะมีการดำเนินของ โรคจากภาวะซึมเศร้า (depression) สู่วิกฤตซึมเศร้า (depressive disorder) และ อาจเกิดการพยายาม ฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด ทำให้การรักษา โรคเอดส์ไม่ประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้เกิดความสูญเสีย ด้านผลิตภาพแก่สังคม เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเอดส์ สะสมที่ต้องให้การดูแลเพิ่มมากขึ้น การศึกษาถึงความ ชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย เอดส์จึงมีความน่าสนใจในการนำไปสู่การกำหนด ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการคัดกรอง และเฝ้าระวังภาวะ ซึมเศร้า ภายใต้ข้อมูลความชุกของพื้นที่ และประชากร เป้าหมาย (key population) ตามปัจจัยเสี่ยง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเคร้าในผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) ในผู้ป่วยเอดส์ และได้รับยาต้านไวรัส เอชไอวี ที่โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ติดต่อกันมาอย่างน้อย 1 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ อายุ ≥ 15 ปี ทุกสายที่สมัครใจ และ ผ่านการอธิบายวิธีการศึกษา เมื่อตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามให้การยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร กรณีอายุน้อยกว่า 18 ปี จะให้มีผู้ปกครองรับฟังวิธีการศึกษาและลงนามอนุญาตร่วมด้วย

เกณฑ์การคัดออก(exclusion criteria) ได้แก่ อายุ < 15 ปี หรือ ไม่มีผู้ปกครองอนุญาต หรือไม่สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่ CRPPHO 5/2563

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

อ้างอิงจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเอดส์ที่มารับในคลินิกยาต้านไวรัส เอชไอวี ที่มีบริบทด้านประชากร และ ระดับการให้บริการใกล้เคียงกันที่ประเทศไนจีเรีย⁹ ที่พบความชุกร้อยละ 11.20 ทำการวิเคราะห์ขนาดตัวอย่างแบบกลุ่มเดียว สูตรสัดส่วนเดียวในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และความผิดพลาดร้อยละ 5.00 ใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 151 ราย ทำการเผื่อจำนวนผู้ป่วยอีกร้อยละ 5.00 รวมเป็นผู้ป่วยทั้งสิ้น 160 ราย ทำการวิเคราะห์ขนาดตัวอย่าง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเคร้าในผู้ติดเชื้อเอดส์ จากการคำนวณสัดส่วนสองสัดส่วน ได้ขนาดตัวอย่างดังนี้ เพศ(n=184) อายุ(n= 146) แรงสั่นบนทางสังคม(n=111) การอยู่อาศัย (n=100) จากการคำนวณ

ตัวอย่างเพื่อวัตถุประสงค์ ดังนั้นการศึกษานี้ จึงวางแผนเก็บข้อมูลในผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษา ตั้งแต่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนจากกลุ่มตัวอย่าง จนครบจำนวน 160 คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

รวบรวมข้อมูลดังนี้ ข้อมูลด้านประวัติส่วนตัว ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม การว่างงาน การมีบุตรที่ยังต้องดูแลในปัจจุบัน ขนาดครอบครัว การมีผู้ดูแล (care giver) ระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล ความเพียงพอของรายได้ การสูญเสียบุคคลในครอบครัวสายตรง การแบ่งแยกกีดกันจากชุมชน การปกปิดผลเลือดแก่บุคคลในครอบครัว เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพที่ไม่ดีภายในครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) การมีโรคทางกายร่วม การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อ เอชไอวี จนถึงปัจจุบัน การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา สูตรยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า CD4 ตั้งต้น, ค่า CD4 ต่ำสุดตั้งแต่ได้รับการรักษา ค่า viral load(VL) ภายในระยะเวลา 1 ปี และ antiHCV และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เพื่อคัดกรองประเมินภาวะซีมเคร้า และประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วยเครื่องมือ 2Q, 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต ตามลำดับ

กระบวนการสัมภาษณ์ดำเนินการโดยแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชนเพียงคนเดียว เพื่อให้เกิดความเที่ยงในการเก็บข้อมูลสำคัญตามแบบสอบถาม เช่น เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา และ สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว จนส่งผลกระทบต่อจิตใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา¹⁰

1. 2Q คือ เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้ 2 คำถาม ถ้าตอบไม่มีความผิดปกติ (2Q=negative) ถือว่าไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าตอบมีข้อใดข้อหนึ่งหรือ ทั้ง 2 ข้อ (2Q=positive) มีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน 9Q

2. 9Q คือ เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าโดยใช้ 9 คำถาม และประเมินคะแนนรวม แปลผลดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน คือ ไม่มีโรคซึมเศร้า คะแนนระหว่าง 7-12 คะแนน คือ เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน คือ เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนนขึ้นไป คือ เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (กรณี 9Q ≥ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย 8Q ต่อ)

3. 8Q คือ เครื่องมือประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายโดยใช้ 8 คำถาม และประเมินคะแนนรวม แปลผลดังนี้ คะแนน 0 คะแนน คือ ไม่มีแนวโน้มคะแนนระหว่าง 1-8 คะแนน คือ มีแนวโน้มระดับน้อย คะแนนระหว่าง 9-16 คะแนน คือ มีแนวโน้มระดับปานกลาง และ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป คือ มีแนวโน้มระดับรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ลักษณะประชากรและทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) หรือมัธยฐานและพิสัยควอไทล์

คำนวณความชุกจากจำนวนประชากรที่พบภาวะซึมเศร้า (กลุ่มที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป จากการประเมินด้วย 9Q)หารจำนวนประชากรในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นำเสนอเป็นร้อยละ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเดียว กับภาวะซึมเศร้าที่แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (1) กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จากการคัดกรองและให้ผลลบ ต่อแบบประเมิน 2Q (2) กลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่า 7 จากการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q และ (3) กลุ่มที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป

จากการประเมินด้วย 9Q ด้วยสถิติ univariable ordinal logistic regression นำเสนอด้วย crude odds ratio (OR) และ 95%CI จากนั้นหากตัวแปรใดให้ค่า p-value ต่ำกว่า 0.200 จะถูกเลือกนำเข้าวิเคราะห์หาตัวแบบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าด้วย stepwise multivariable ordinal logistic regression ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติด้วย brant test (parallel regression assumption) นำเสนอด้วย adjusted OR นำสมการตัวแบบสุดท้ายไปหาความสามารถในการทำนาย และ นำเสนอด้วยพื้นที่ใต้โค้ง receiver operating characteristic curve (ROC) วิเคราะห์ค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง 161 ราย พบว่า มีภาวะซึมเศร้า 19 ราย จึงมีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 11.80 รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q ไม่พบความผิดปกติ จำนวน 90 ราย ร้อยละ 55.90 (2) กลุ่มที่มีคะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q จำนวน 52 ราย ร้อยละ 32.30 และ (3) กลุ่มที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จากการประเมินด้วย 9Q จำนวน 19 ราย ร้อยละ 11.80

กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพทางสังคมเป็นผู้อยู่ในภูมิลำเนา ไม่ว่างงาน มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย มีบุตรที่ยังต้องดูแลอยู่ในปัจจุบัน ลักษณะครอบครัวเดี่ยวอยู่กันเฉพาะพ่อแม่ลูกเท่านั้น มีผู้ดูแล (care giver) ไม่มีการสูญเสียบุคคลสายตรงในครอบครัว ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันจากชุมชน ไม่ได้ปกปิดผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลในครอบครัว ไม่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมตามสิทธิประโยชน์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซีมีเศร่า

ลักษณะ	รวม (n=161)	ไม่มีภาวะซีมีเศร่า 2Q=negative (n=90)	คะแนน 9Q<7 (n=52)	คะแนน 9Q>=7 (n=19)	Crude OR (95%CI)	p-value
เพศ						
ชาย	86(53.40)	55(63.90)	25(29.10)	6(7.00)	1.00	
หญิง	75(46.60)	35(46.70)	27(36.00)	13(17.30)	2.14(1.16-3.95)	0.015
อายุ (ปี)						
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	42.77±10.77	43.64±9.43	41.54±12.28	42.05±12.46	0.98(0.96-1.01)	0.289
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	54.86±10.11	55.86±10.84	54.02±8.44	52.47±10.62	0.98(0.94-1.01)	0.126
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	160.06±8.34	160.67±8.60	159.88±7.53	157.74±9.22	0.09(0.00-3.81)	0.208
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	21.35±3.22	21.56±3.34	21.12±2.98	21.00±3.32	0.95(0.87-1.05)	0.350
สถานภาพสมรส						
โสด	59(36.60)	33(55.90)	18(30.50)	8(13.60)	1.00	
สมรส	84(52.20)	48(57.10)	25(29.80)	11(13.10)	0.95(0.50-1.83)	0.883
หย่า,หม้าย	18(11.20)	9(50.00)	9(50.00)	0(0.00)	0.97(0.36-2.59)	0.954
การศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	41(25.50)	21(51.20)	14(34.20)	6(14.60)	1.00	
ประถมศึกษา	70(43.50)	44(62.90)	21(30.00)	5(7.10)	0.59(0.28-1.26)	0.176
มัธยมศึกษา	42(26.10)	20(47.60)	16(38.10)	6(14.30)	1.11(0.49-2.52)	0.801
อนุ-ปริญญาขึ้นไป	8(4.90)	5(62.50)	1(12.50)	2(25.00)	0.82(0.17-3.96)	0.802
สถานภาพทางสังคม						
ผู้อพยพพลัดถิ่น	6(3.70)	5(83.30)	1(16.70)	0(0.00)	1.00	
ผู้อยู่ในภูมิภาคอื่น	155(96.30)	85(54.80)	51(32.90)	19(12.30)	1.42(0.40-5.08)	0.584
ว่างงาน						
ใช่	53(32.90)	30(56.60)	17(32.10)	6(11.30)	1.00	
ไม่ใช่	108(67.10)	60(55.60)	35(32.40)	13(12.00)	1.05(0.55-1.99)	0.885
ความเพียงพอของรายจ่าย						
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	92(57.10)	49(53.30)	31(33.70)	12(13.00)	1.00	
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	69(42.90)	41(59.40)	21(30.40)	7(10.20)	0.77 (0.42-1.43)	0.412
การมีบุตรที่ยังต้องดูแลในปัจจุบัน						
มี	62(38.50)	40(64.50)	12(19.40)	10(16.10)	1.00	
ไม่มี	99(61.50)	50(50.50)	40(40.40)	9(9.10)	1.44(0.76-2.74)	0.259
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว(เฉพาะพ่อแม่ลูกเท่านั้น)	98(60.90)	60(61.20)	27(27.60)	11(11.20)	1.00	
ครอบครัวขยาย (อยู่ร่วมกับญาติอื่น)	63(39.10)	30(47.60)	25(39.70)	8(12.70)	1.61 (0.87-2.96)	0.129
การมีผู้ดูแล(care giver)						
มี	141(87.60)	74(52.50)	50(35.50)	17(12.00)	1.00	
ไม่มี	20(12.40)	16(80.00)	2(10.00)	2(10.00)	0.30(0.10-0.95)	0.041
การสูญเสียบุคคลสายตรงในครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่, ลูก, สามีภรรยา, พี่น้อง (ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี)						
มี	64(39.80)	35(54.70)	22(34.40)	7(10.90)	1.00	
ไม่มี	97(60.20)	55(56.70)	30(30.90)	12(12.40)	0.96(0.52-1.77)	0.890
การแบ่งแยกกีดกันจากชุมชน						
มี	7(4.40)	3(42.90)	2(28.60)	2(28.60)	1.00	
ไม่มี	154(95.6)	87(56.50)	50(32.50)	17(11.00)	0.46(0.10-2.00)	0.300
การปกปิดผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวี แก่บุคคลในครอบครัว						
มี	31(19.20)	17(54.90)	13(41.90)	1(3.20)	1.00	
ไม่มี	130(80.80)	73(56.20)	39(30.00)	18(13.80)	1.14(0.54-2.40)	0.739
เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา (จากแบบสอบถาม)						
มี	40(24.80)	17(42.50)	13(32.50)	10(25.00)	1.00	
ไม่มี	121(75.20)	73(60.30)	39(32.20)	9(7.40)	0.40(0.20-0.81)	0.011
สัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว จนส่งผลกระทบต่อจิตใจ (ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี) (จากแบบสอบถาม)						
มี	10(6.20)	4(40.00)	3(30.00)	3(30.00)	1.00	
ไม่มี	151(93.80)	86(57.00)	49(32.40)	16(10.60)	0.40(0.11-1.38)	0.146
การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมตามสิทธิประโยชน์						
มี	156(96.90)	85(54.50)	52(33.30)	19(12.20)	1.00	
ไม่มี	5(3.10)	5(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	n/a	n/a
ระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (นาที) มีรถยนต์(ที่ลี้ภัยควอลท์)						
ระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล	20.00(20.00)	20.00(15.00)	20.00(20.00)	20.00(20.00)	1.01(0.99-1.03)	0.196

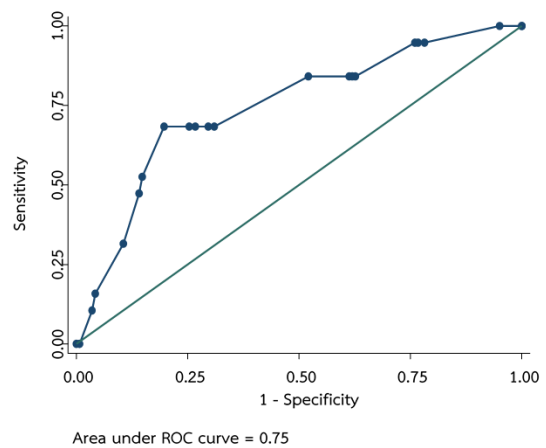
ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง กลุ่มที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังที่พบมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันสูง และโรคเบาหวาน ตามลำดับ ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ วัณโรคปอด โรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสซิโรเวคซี (PCP) และวัณโรคนอกปอด ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปี ไม่เคยมีการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสจนต้องใช้ยาบรรเทาอาการ ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับยาต้านไวรัสสูตรที่มี nevirapine และ 1 ใน 3 ได้รับยาสูตรที่มี efavirenz จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q พบว่า ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่คะแนน 0 มากที่สุด คือ ร้อยละ 90.10 พบจำนวนการมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับน้อย (1-8 คะแนน) ร้อยละ 7.00 มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) ร้อยละ 2.80 ไม่พบแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง

ผลของการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่าเมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติถดถอยอย่างง่าย univariable ordinal logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง มีผู้ดูแล มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปี เมื่อเทียบกับ 1-5 ปี และการมี viral load ที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 2)

ผลของการวิเคราะห์แบบตัวแปรแบบพหุด้วย multivariable ordinal logistic regression พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแบบสุดท้าย จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศหญิง (adjusted OR=2.37; 95%CI 1.22-4.59, p=0.011) การมีผู้ดูแล (adjusted OR=3.54; 95%CI 1.07-11.72, p=0.038) การมีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง (adjusted OR=2.27; 95%CI 1.08-4.75, p=0.029) และปัจจัยที่ทำให้เกิด ภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า

10 ปี เมื่อเทียบกับ 1-5 ปี (adjusted OR=0.42; 95%CI 0.20-0.87, p=0.020) (ตารางที่ 3)

เมื่อทำการวิเคราะห์ ความสามารถในการทำนายจากพื้นที่ใต้โค้ง receiver operating characteristic curve (ROC) เท่ากับ ร้อยละ 74.60 (แผนภูมิที่ 1) ความสัมพันธ์ของเวลาการติดเชื้อเอชไอวีกับภาวะซึมเศร้าเป็นแบบแปรผกผัน โดยกลุ่มที่มีคะแนนระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (9Q) ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ในช่วง 5 ปีแรก มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 13.73 เป็น ร้อยละ 9.41 ในกลุ่มที่มากกว่า 10 ปี และกลุ่มที่มีคะแนน 9Q เป็น 0 ในช่วง 5 ปีแรกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.14 เป็นร้อยละ 62.35 ในกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปี เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยด้านระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มเติม ในผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวี ใน 5 ปีแรกมีจำนวนทั้งสิ้น 51 ราย (ร้อยละ 31.70) พบภาวะซึมเศร้าภายในปีแรกมากที่สุด คือ 16 ราย ร้อยละ 9.90 และพบภาวะซึมเศร้า 9Q มากกว่า 7 คะแนน จำนวน 4 ราย ร้อยละ 25.00 จากจำนวนผู้คัดกรอง 2Q เป็นบวก และพบภาวะซึมเศร่าลดลงเมื่อเวลาผ่านไป (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 1 พื้นที่ใต้โค้ง receiver operating characteristic curve (ROC) ของสมการทำนายภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซีมีเซรุ่ม

ลักษณะ	รวม (n=161)	ไม่มีภาวะซีมีเซรุ่ม 2Q=negative (n=75)	คะแนน 9Q<7 (n=45)	คะแนน 9Q≥7 (n=14)	Crude OR (95%CI)	p-value
การมีโรคเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)						
มี	7(4.40)	31(60.80)	15(29.40)	5(9.80)	1.00	
ไม่มี	154(95.60)	59(53.60)	37(33.60)	14(12.70)	1.34(0.69-2.59)	0.383
การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส						
มี	60(37.30)	33(55.00)	18(30.00)	9(15.00)	1.00	
ไม่มี	101(62.70)	57(56.40)	34(33.70)	10(9.90)	0.87(0.47-1.63)	0.673
โรคฉวยโอกาส (แบ่งตามประเภท)						
วัณโรคปอด	23(14.30)	11(47.80)	8(34.80)	4(17.40)	1.52(0.65-3.54)	0.331
วัณโรคปอดนอกปอด	8(5.00)	4(50.00)	3(37.50)	1(12.50)	1.24(0.32-4.76)	0.757
PCP	17(10.60)	12(75.60)	3(17.60)	2(11.80)	0.54(0.18-1.60)	0.263
Cryptococcosis	7(4.40)	4(57.10)	2(28.60)	1(14.30)	1.00(0.22-4.46)	1.000
Penicilliosis	3(1.90)	0(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	n/a	n/a
Toxoplasmosis	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	n/a	n/a
CMV retinitis	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	n/a	n/a
ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อ เอชไอวี						
1-5 ปี	51 (31.70)	22(43.10)	22(43.10)	7(13.70)	1.00	
6-10 ปี	25(15.50)	15(60.00)	6(24.00)	4(16.00)	0.60(0.24-1.56)	0.298
>10 ปี	85(52.80)	53(62.40)	24(28.20)	8(9.40)	0.50(0.26-0.97)	0.041
มัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	144.00	156.00	102.00	120.00	1.00	0.080
การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา						
มี	34(21.10)	22(64.70)	6(17.60)	6(17.60)	1.00	
ไม่มี	127(78.90)	68(53.50)	46(36.20)	13(10.20)	1.31(0.60-2.87)	0.492
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสจนต้องเข้ายารักษาอาการ(ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี)						
มี	108(67.10)	60(55.60)	36(33.30)	12(11.10)	1.00	
ไม่มี	53(32.90)	30(56.60)	16(30.20)	7(13.20)	1.00(0.52-1.90)	1.000
มีโรคประจำตัวแบ่งตามประเภท						
เบาหวาน	7(4.40)	5(71.40)	2(28.60)	0(0.00)	0.45(0.09-2.32)	0.341
ความดันโลหิตสูง	24(14.90)	16(66.70)	5(20.80)	3(12.50)	0.64(0.26-1.58)	0.334
ไขมันในเลือดสูง	14(8.70)	8(57.10)	3(21.40)	3(21.40)	1.15(0.38-3.47)	0.801
เก๊าท์	2(1.20)	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)	10.01(0.76-131.76)	0.080
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	1(0.60)	0(0.00)	0(0.00)	1(100.00)	n/a	n/a
ไทรอยด์	2(1.20)	0(0.00)	2(100.00)	0(0.00)	3.15(0.35-28.04)	0.303
ถุงลมโป่งพอง	1(0.60)	0(0.00)	0(0.00)	1(100.00)	n/a	n/a
หลอดเลือดสมอง	1(0.60)	0(0.00)	0(0.00)	1(100.00)	n/a	n/a
กระดูกพรุน	1(0.60)	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	3.12(0.14-67.06)	0.468
Psoriasis	1(0.60)	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	3.12(0.14-67.06)	0.468
โลหิตจาง	1(0.60)	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	n/a	n/a
CD4 (ครั้งสุดท้ายย้อนหลังไม่เกิน 1ปี) cells/ mL มัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	406.50 (374.00)	448.00 (311.00)	393.50 (429.50)	264.00 (340.00)	1.00 (0.99-1.00)	0.088
ระดับ CD4% (ครั้งสุดท้ายย้อนหลังไม่เกิน 1 ปี) มัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	20.40 (15.10)	21.90 (12.40)	19.10 (18.00)	18.30 (16.50)	0.97 (0.95-1.00)	0.072
CD4 ต่ำสุดตั้งแต่ได้รับการรักษา cells/mL มัธยฐาน(พิสัยควอไทล์)	149.00 (187.00)	151.00 (184.00)	147.00 (177.00)	149.50 (190.00)	1.00 (0.99-1.00)	0.600
ระดับ CD4% ต่ำสุด มัธยฐาน(พิสัยควอไทล์)	8.50(10.30)	8.00(10.40)	8.60(9.00)	10.40(10.50)	0.99(0.95-1.03)	0.754
Log viral load (ครั้งสุดท้ายย้อนหลังไม่เกิน 2 ปี) copies/ml	1.81±0.74	1.72±0.60	1.82±0.68	2.27±1.29	1.67(1.02-2.74)	0.041
ได้รับยา Nevirapine	88(54.70)	45(51.10)	34(38.60)	9(10.20)	1.35(0.73-2.48)	0.339
ได้รับยา Efavirenz	50(31.10)	33(66.00)	12(24.00)	5(10.00)	0.57(0.29-1.13)	0.107
ได้รับยา LPV/r	19(11.80)	10(52.60)	4(21.00)	5(26.30)	1.54(0.59-4.02)	0.376
คะแนนคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8Q (n=71)						
0 คะแนน	64(90.10)	n/a	52(81.20)	12(18.80)	-	-
1-8 คะแนน	5(7.00)	n/a	0(0.00)	5(100.00)	-	-
9 คะแนนขึ้นไป	2(2.80)	n/a	0(0.00)	2(100.00)	-	-

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ multivariable ordinal logistic regression

ปัจจัย	Adjusted OR (95%CI)	p-value
เพศหญิง	2.37 (1.22-4.59)	0.011
การมีผู้ดูแล	3.54 (1.07-11.72)	0.038
มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา	2.27 (1.08-4.75)	0.029
ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวี (ปี)		
1-5 ปี	1.00	
6-10 ปี	0.65 (0.24-1.74)	0.392
>10 ปี	0.42 (0.20-0.87)	0.020

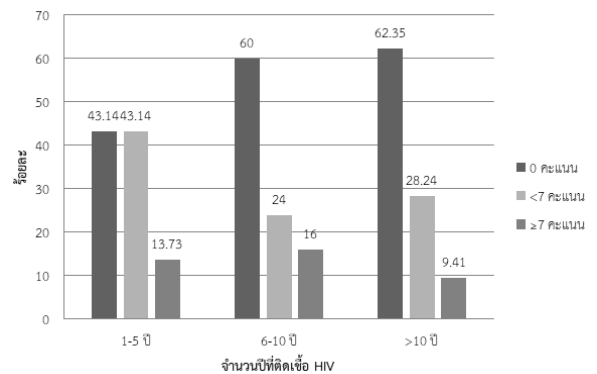
วิจารณ์

การศึกษานี้ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 11.80 สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงใหม่⁴ และไนจีเรีย⁹ ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 9.60 และ 11.20 ตามลำดับ แต่พบความชุกน้อยกว่าการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น² เอธิโอเปีย¹¹ และบราซิล¹² ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 44.70, 44.20 และ 42.30 ตามลำดับ สาเหตุอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน และบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ตลอดจนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ที่ครอบคลุมมากขึ้น และการปรับระบบการให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามีความชุกลดลง

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า จากการประเมิน 9Q ≥ 7 มีอายุเฉลี่ย 42.05 ± 12.46 ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ในเอธิโอเปีย¹¹ พบในช่วงอายุ ≤ 35 ปี ร้อยละ 75.00 และบราซิล¹² ที่พบในช่วงอายุ ≤ 40 ปี ร้อยละ 46.50 การอยู่ในช่วงวัยทำงานต้องเผชิญกับภาวะความเครียดในการหารายได้เลี้ยงชีพ และการมีภาระทางครอบครัว ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรังในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังพบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.90 รองมาได้แก่ ภาวะไขมันสูง ร้อยละ 8.70 และ โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.40 ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ด้านปัจจัยเสี่ยงเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ไม่มีความสำคัญทางสถิติ อาจจะเป็นเนื่องมาจากการมีโรคประจำตัวเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรุนแรง และไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แตกต่างจากการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้⁵ ซึ่งพบว่าการมีโรคประจำตัวเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์

การศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์อย่างมีความสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง การมีผู้ดูแล การมีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง และ ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าอย่างมีความสำคัญทางสถิติคือ ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปี เมื่อเทียบกับ 1-5 ปี



แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามคะแนน 9Q และระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวี

เพศหญิง จากการทบทวนการศึกษาพบความชุกในผู้ป่วยเอดส์ พบเพศหญิงมากกว่าชาย การศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น² โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย⁴ และไนจีเรีย¹³ พบในเพศหญิง ร้อยละ 61.50, 54.00 และ 79.30 ตามลำดับ ในการศึกษาที่ยืนยันถึงการเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเอดส์ของเกาหลีใต้⁵ และ สวิสเซอร์แลนด์⁶ เนื่องมาจากเพศหญิงมีความเก๋กตต่อการแสดงออกทางอารมณ์อันเป็นผลมาจากวัฒนธรรมทางสังคม การมีความเครียดจากภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัว และการมีประสบการณ์ด้านลบจากการถูกกดขี่ทางเพศในช่วงเด็กและวัยรุ่น

การมีผู้ดูแล เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาในไนจีเรีย¹³ และ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช¹⁴ พบว่า การมีผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับผู้ป่วยเอดส์ การทะเลาะเบาะแว้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวมากกว่าปกติ จะส่งผลต่ออาการลักษณะของตนเอง และภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่กลายเป็นคนมองตนเองในทางลบ เกิดความรู้สึกไร้ค่า ไม่เป็นที่ต้องการ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย และการศึกษาในจีน¹⁵ พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว จะเป็นปัจจัยปกป้องต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

การมีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา การเผชิญต่อความเครียดจะส่งผลต่อการปรับตัวทางจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพื้นฐานทางจิตใจเปราะบาง จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยเอดส์ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี³ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเอดส์เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีพื้นฐานบุคลิกภาพหวั่นไหวง่าย (neuroticism) และ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช¹⁴ และ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา¹⁶ พบว่าผู้ป่วยเอดส์

ที่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเดิมผู้ป่วยที่มีความตึงเครียดสะสมเนื่องจากการเจ็บป่วยแบบป่วยเรื้อรัง และเป็นโรคที่มีผลกระทบต่ออาการลักษณะของตัวผู้ป่วยซึ่งมีความโน้มเอียงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การมีปัจจัยมากระตุ้นให้เกิดความเครียดเพิ่มเติม โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลในครอบครัว จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย มีผลต่อการปรับตัวทางจิตใจและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ง่ายมากกว่าเดิม

ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปี เมื่อเทียบกับ 1-5 ปี ในการศึกษาพบภาวะซึมเศร้าภายในปีแรกมากที่สุด คือ ร้อยละ 9.90 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงเวลา 6-10 ปี หลังจากนั้น ในช่วงเวลามากกว่า 10 ปี จะลดลง ซึ่งเมื่อนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกลุ่มช่วงเวลา 1-5 ปี จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันเป็นผลมาจากการปรับตัวด้านจิตใจ และการมีสุขภาพทางกายที่ดีขึ้นหลังมีการการฟื้นตัวของระบบภูมิคุ้มกัน สอดคล้องกับการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น² พบว่าผู้ป่วยเอดส์มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงสุดในช่วงปีแรกหลังติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 43.60 และแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 41.30, 42.60 และ 40.40 ในช่วงเวลา 1-5 ปี, 5-10 ปี และ มากกว่า 10 ปี ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องให้การเฝ้าระวังและติดตามอย่างใกล้ชิดในช่วงเวลาปีแรก มากกว่ากลุ่มอื่น อันจะสอดคล้องกับกลไกการปรับตัวต่อภาวะเครียดในระยะเฉียบพลัน เมื่อได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี และลดความสูญเสียจากการพยายามฆ่าตัวตายต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นภาวะซิมเศร่าระดับน้อย ร้อยละ 10.56 ซึ่งจะส่งผลต่อการประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย พบว่า ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 90.10 แนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 7.00 แนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ร้อยละ 2.80 และไม่พบแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าระดับความรุนแรงของภาวะซิมเศร่าแปรผันตรงกับแนวโน้มการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาในไนจีเรีย¹⁷ มาตรการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเศร่าตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ร่วมกับการมีระบบดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลภาวะซิมเศร่า และป้องกันการฆ่าตัวตายในที่สุด

ในกระบวนการดูแลรักษาโรคเอดส์ สิ่งที่ต้องประเมินนอกเหนือจากสภาวะทางกายที่มีความซับซ้อน ทั้งจากตัวโรคซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ยังต้องคำนึงถึงสภาวะทางจิตใจที่ต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกในการเผชิญต่อการตีตราของสังคมสู่การยอมรับ และสิ่งแวดล้อมภายในที่ต้องเผชิญความเครียดตั้งแต่ทราบผลเลือดสู่การรักษา ซึ่งการตอบสนองปัจจัยเสี่ยงมีความแตกต่างกันไปตามพื้นฐานสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยแต่ละราย หากไม่ได้รับการประเมินเนื่องจากขาดความตระหนักถึงความผิดปกติที่แอบแฝง จะมีการดำเนินของโรคจากภาวะซิมเศร่าสู่โรคซิมเศร่า ตลอดจนการพยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จตามมา ส่งผลให้การรักษาโรคเอดส์ไม่ประสบความสำเร็จ และเกิดความสูญเสีย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดช่วงเวลาเข้มข้นในการเฝ้าระวังคาดการณ์ความพอเพียงของจำนวนกลุ่มเป้าหมายโดยอาศัยข้อมูลความชุกจากการศึกษานี้ ตลอดจนกำหนดประชากรเป้าหมาย (key population) ตามการมีปัจจัยเสี่ยง เพื่อเข้าสู่การคัดกรอง และติดตาม

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง 161 คน พบความชุกของภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 11.80 และพบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศหญิง การมีผู้ดูแล การมีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง และปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซิมเศร่าน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับ 1-5 ปี เมื่อทีมผู้รักษาพบผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงข้างต้น ควรกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมป้องกันภาวะซิมเศร่า ซึ่งจะสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัด

ข้อจำกัดรูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถอธิบายในเชิงเหตุผลได้อย่างชัดเจนว่าถึงความเป็นสาเหตุของตัวแปรที่สนใจ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีอุปสรรคในเรื่องการเปิดเผยรายละเอียดบางเรื่องแก่ผู้วิจัย เช่น ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล การปกปิดผลเลือด HIV อาจจะทำให้ได้ข้อมูลน้อยกว่าความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 ราย ซึ่งเพียงพอครอบคลุมกับการศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของบางปัจจัยที่ศึกษา หากต้องการครอบคลุมความสัมพันธ์ปัจจัยที่มากขึ้น อาจจำเป็นต้องเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาแบบ case control หรือ cohort study เพื่ออธิบายความเป็นสาเหตุของตัวแปรที่สนใจปรับรูปแบบศึกษาแบบสัมภาษณ์ เป็นการตอบผ่านสื่อสารสนเทศ เช่น google form เพื่อลดอุปสรรคด้านการเปิดเผยข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สาย ที่ให้คำแนะนำด้านระเบียบวิธีการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล และเจ้าหน้าที่คลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลแม่สาย ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย

REFERENCES

1. Wongsurapakit S, Santiprasitkul S. Situation of depression in pre-screened risk groups in Muang District, Chiangrai province. *JTNMC* 2012; 27(3): 91-105.
2. Jarassaeng N, Mongkolthawornchai S, Buntakheaw P, Hanlakhon P, Bunjun S, Arunponpaisal S. Depression in chronic illnesses at the OPD section in Srinagarind hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen university. *J psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57(4): 439-46.
3. Hungsaitong T. The prevalence of depressive disorder, anxiety disorder and the risk associated among AIDS patient whom treatment in Wat Prabat Numpu, Lopburi province[dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn university; 2002.
4. Jaisuda M, Ruanjai T. Prevalence of depressive mood and related factors among HIV/AIDS patients at Somdej Phrayanasangworn hospital, Chiangrai. *LMJ* 2017; 38(2): 39-48.
5. Song JY, Lee JS, Seo YB, Kim Is, Noh JY, Baek JH, et al. Depression among HIV-infected patients in Korea: assessment of clinical significance and risk factors. *Infect Chemother* 2013; 45(2): 211-6.
6. Anagnostopoulos A, Ledergerber B, Jaccard R, Shaw SA, Stoeckle M, Bernasconi E, et al. Frequency of and risk factors for depression among participants in the Swiss HIV Cohort Study. *PLoS One* 2015; 10(1): 1-17.
7. Dew MA, Becker JT, Sanchez J, Caldararo R, Lopez OL, Wess L, et al. Prevalence and predictors of depression, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. *Psychol Med* 1997; 27(2): 395-409.
8. Bing EG, Bumam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(8): 721-8.
9. Oko RE, Awosan KJ, Oche MO, Yunusa MA. Prevalence and pattern of depression among HIV positive on treatment at the ART clinic of UDUTH, Sokoto, Nigeria. *Int J Med Med Sci* 2019; 1(1): 8-15.
10. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai Central Dialect. *J Psychiatric Assoc Thailand* 2018; 63(4): 321-34.
11. Beyene GA, Fekede EA. Prevalence and associated factors of depression among HIV patients taking antiretroviral therapy at Zewditu Memorial hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Sci Study* 2016; 3(4): 81-6.
12. Reis RK, Melo ES, Castrighini CD, Galvao MT, Malaguti SE, Gir E. Prevalence and factors associated with depressive symptoms in individuals living with HIV/AIDS. *Salud Ment* 2017; 40(2): 27-31.
13. Chikezie UE, Otakpor AN, Kuteyi OB, James BO. Depression among people living with human immunodeficiency virus infection/ acquired immunodeficiency syndrome in Benin City, Nigeria: a comparative study. *Niger J Clin Pract* 2013;16(2): 238-42.
14. Pilukpakawat T. Prevalence of depression and factors correlated among children and adolescent patients with HIV infection. *J Ment Health Thai* 2014; 22(3): 186-94.

15. Liu H, Zhao M, Ren J, Qi X, Sun H, Qu L, et al. Identifying factors associated with depression among men living with HIV/AIDS and undergoing antiretroviral therapy: a cross sectional study in Heilongjiang, China. *Health Qual Life Outcome* 2018; 16(1): 190-5.
16. Vitsanuyotin S, Itthivitsawakul N. The clinical practice guideline for depressive disorder. *The JBCNM* 2010; 16(1): 5-22.
17. Onyebueke GC, Okwaraji FE. Depression and suicide risk among HIV positive individual attending an out patient HIV/AIDS clinic of a Nigerian Tertiary Health institution. *J Psychiatry* 2014; 18(1): 14-54.