



รายงานเบื้องต้น ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่บิดามารดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์

นุจรี ไชยมงคล, ปร.ด.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่บิดามารดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์ วัตถุประสงค์และวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 11-18 ปี ที่บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเสียชีวิตหรือเสียชีวิตทั้งคู่จากโรคเอดส์ จำนวน 74 คน สัมภาษณ์โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D; Center for Epidemiologic Studies - Depression scale) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผล กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.6 วัยรุ่นชายมีจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากหญิง

สรุป ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มีความชุกใกล้เคียงกับวัยรุ่นทั่วไป

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า โรคเอดส์ วัยรุ่น

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



Preliminary report

Depression in adolescents whose parents died from AIDS

*Nujjaree Chaimongkol, Ph.D.**

Abstract

Objective To determine prevalence of depression in adolescent whose parents died from AIDS

Materials and methods The convenience sample of this study included 74 adolescents aged 11-18 years old who were at least one biological parent died from AIDS. Depression was measured using the Center for Epidemiologic Studies - Depression scale (CES-D) Thai version. Descriptive statistics was used to analyze data.

Results The prevalence of depression in Thai adolescents whose parent died from AIDS was 17.6%. The cut-off score of CES-D > 22 is recommended as a criterion to indicate significant depression. In addition, there was no significant difference between male and female among the sample.

Conclusion Prevalence of depression in adolescents whose parent died from AIDS was similar to those in general adolescents.

Key words : adolescent, AIDS, depression

* Faculty of Nursing, Burapha University

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2549 มีเด็กที่แม่เสียชีวิตจากเอดส์จำนวน 34,372 ราย (ร้อยละ 6.7) มีเด็กที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี¹ ถึงแม้ว่าเด็กเหล่านี้จะเป็นเด็กที่ไม่ติดเชื้อโรคเอดส์ แต่ก็ได้รับผลกระทบทางจิตใจอย่างมาก เช่น สังคมตราบาปวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวที่บิดามารดาเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์² ซึ่งแตกต่างจากวัยรุ่นที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่นๆ เช่น การเสียชีวิตด้วยการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ โดยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว การเจ็บป่วยและ/หรือสูญเสียบิดามารดา รวมถึงความไม่เข้าใจต่อปฏิกิริยาของคนรอบข้าง ถูกรังเกียจจากคนในชุมชน ไม่มีเพื่อน ทำให้กลายเป็นคนที่เก็บตัว พุดน้อยลง ไม่อยากพบใคร เครียด และมีภาวะซึมเศร้า

ในต่างประเทศพบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมีความชุกระหว่างร้อยละ 8-30 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการศึกษาและลักษณะของประชากร³⁻⁶ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเศร้าโศกเสียใจและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นคือการเจ็บป่วยเรื้อรังของบิดามารดา โดยเฉพาะการติดเชื้อโรคเอดส์ หรือการเสียชีวิต⁷⁻⁹ อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนี้ยังไม่มีรายงานในประเทศไทยมาก่อน ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ซึ่งจะประโยชน์ในการจัดลำดับความสำคัญของ

ปัญหาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนี้ รวมทั้งผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่นจะสามารถใช้ผลการวิจัยนี้ในการเตรียม พัฒนา และวางแผนให้การดูแล ส่งเสริม และสนับสนุน รวมทั้งให้คำปรึกษาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบสำรวจระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2548 ข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาศานการณเด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบจากเอช ไอ วี/ เอดส์ในประเทศไทย และรูปแบบความช่วยเหลือ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียง² สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเด็กอายุระหว่าง 11-18 ปี มีผลเลือดเป็นลบต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี โดยที่กลุ่มตัวอย่างมีบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งเสียชีวิตหรือเสียชีวิตทั้งคู่จากโรคเอดส์ อาศัยอยู่กับครอบครัวผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักในจังหวัดชลบุรี

เครื่องมือ คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปใช้รวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลัก และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies - Depression scale; CES-D) ฉบับภาษาไทย¹⁰ เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามมี 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมินค่า 0-3 ตามระดับความถี่ของอาการ คือ ไม่เลย บางครั้ง บ่อยๆ และตลอดเวลา คะแนนรวม 0-60 คะแนน โดยใช้จุดตัดคะแนนที่ 22 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี มีบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งหรือทั้งคู่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จำนวนทั้งสิ้น 74 คน เพศหญิงร้อยละ 54.1 อายุระหว่าง 11-18 ปี เฉลี่ย 13.7 ปี (SD = 1.9) กำลังศึกษาอยู่ร้อยละ 86.5 และมีภาวะสุขภาพปกติร้อยละ 79.9

ผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิงร้อยละ 75.7 ความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นมารดา ร้อยละ 43.2 รองลงไปเป็นญาติผู้ใหญ่ ได้แก่ ปู่/ย่า, ตา/ยาย, ป้า, น้า หรือ อา ร้อยละ 39.1 มีอายุระหว่าง 27-79 ปี เฉลี่ย 45.1 ปี (SD = 12.4) จบการศึกษาประถมต้นร้อยละ 68.9 อาชีพรับจ้างร้อยละ 45.9 รองลงไปว่างงานหรืออาชีพไม่แน่นอนร้อยละ 29.7 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 4,452 บาทต่อเดือน (SD = 2128.1) และร้อยละ 74.3 มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวน 2-13 คน ผู้ดูแลหลักมีสุขภาพทั่วไปปกติร้อยละ 54.1 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อยและข้อเสื่อม ร้อยละ 45.9 ทั้งกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลักมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาล จังหวัดชลบุรี

ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 14.9 (SD = 7.0) ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.6 กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากเพศหญิง ทั้งในส่วน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และเพศ และข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว และภาวะสุขภาพ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

วิจารณ์

ความชุกภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างจากวัยรุ่นกลุ่มอื่นๆ ทั้งๆ ที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ และญาติที่จะรับเด็กมาอุปการะอาจจะเกิดความลังเล กลัวเพื่อนบ้านรังเกียจ หรือถ้ายังมีบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวเป็นผู้ดูแลหลัก เด็กหลายคนมักจะมีบิดาหรือมารดาเลี้ยงอยู่ในครอบครัวด้วย^{12,13} อาจเนื่องจากรู้เพียงว่าบิดามารดาของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างนี้เสียชีวิต แต่ไม่ทราบว่าจะเสียชีวิตจากสาเหตุใด อีกทั้งในโรงเรียน และชุมชนในเขตเทศบาลในจังหวัดชลบุรี มีกลุ่มเครือข่ายเพื่อนกลุ่มช่วยเหลือครอบครัวที่บิดามารดาเสียชีวิต และกลุ่มเอ็นจีโอ ที่จัดกิจกรรมต่างๆ เป็นประจำ ได้แก่ ฝึกอบรมวิชาชีพ เข้าค่ายเยาวชน และโครงการบรรยายธรรมหรือฝึกจิตสมาธิ รวมทั้งมีการให้ทุนการศึกษาสำหรับนักเรียนที่บิดาหรือมารดาเสียชีวิตด้วย² ซึ่งกิจกรรมหรือปัจจัยต่างๆ นั้นอาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของภาวะซึมเศร้าไม่สูงมากเมื่อเทียบกับวัยรุ่นทั่วไป ส่วนที่พบว่าวัยรุ่นชายและหญิงที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มีจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่าง

ต่างกันนั้นไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรนาถ บุญชู และ Cyranowski^{16,17} ซึ่งเป็นไปได้ว่า มีความคล้ายคลึงกันในลักษณะครอบครัว ที่ ส่วนใหญ่มีมารดาหรือบิดาเพียงคนเดียวเป็นผู้ดูแลหลัก รายได้ครอบครัว อายุเฉลี่ย การศึกษา และปฏิภพที่รับจากสังคม สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าปัจจัย การเห็นคุณค่าในตนเองและความผูกพันใน ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของ วัยรุ่น¹⁵ ซึ่งในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรที่จะ ศึกษาความแตกต่างของปัจจัยทั้งสอง

อย่างไรก็ดีถึงแม้ว่าผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกับ วัยรุ่นทั่วไป แต่วัยรุ่นที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วย โรคเอดส์นี้อยู่ในครอบครัวที่ขาดความพร้อม มี ฐานะยากจน ถูกเพื่อนล้อเลียน และสังคมรังเกียจ ซึ่งล้วนเป็นสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล ให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นผล กระทบที่เกิดขึ้นยังมีต่อวัยรุ่นที่บิดามารดา ติดเชื้อไวรัสเอดส์และยังมีชีวิตอยู่ ดังนั้นจึงควร ศึกษา ความเครียด การปรับตัว การใช้อารมณ์ พฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นปัญหา ได้แก่ การใช้สาร เสพติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศ ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังและ/หรือ เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ของบิดามารดาเป็นปัจจัย สำคัญที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในบุตรวัยรุ่น⁷⁻⁹ มี ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นในบริบทที่ต่างกันนี้มีการ ปรับตัวต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และการแก้ ปัญหาไม่แตกต่างกัน ยกเว้นวัยรุ่นที่บิดามารดา

เสียชีวิตมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าวัยรุ่นที่ บิดามารดายังมีชีวิตอยู่⁷ จึงจำเป็นที่จะต้อง ให้การช่วยเหลือสนับสนุนทั้งในด้านความรู้และ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงโดยเฉพาะเรื่องเพศ ให้แก่วัยรุ่นแต่เนิ่นๆตั้งแต่บิดามารดายังมีชีวิตอยู่ โดยวางแผนร่วมกับครอบครัวในการค้นหา ปัญหาและแนวทางการดูแลและช่วยเหลือทั้งวัย- รุ่นและครอบครัวก่อนที่บิดามารดาของวัยรุ่นนี้ จะเสียชีวิตลงและจะส่งผลกระทบต่อในทางลบอื่นๆ ตามมา การช่วยเหลือวัยรุ่นและครอบครัวที่มี การติดเชื้อเอดส์สามารถเข้าถึงได้โดยการ ประสานงานผ่านองค์กรเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่อยู่ในชุมชน หน่วยให้คำปรึกษาและให้ยาด้าน ไวรัสในโรงพยาบาล หรือฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลเรื่องทุนการศึกษาในโรงเรียนโดยเฉพาะ ในส่วนการให้ความช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่น กำพร้าหรือยากจน ซึ่งต้องให้ความสำคัญเป็น ลำดับต้นๆ เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้มักจะมีเพื่อน และญาติไม่มากนัก และมักจะถูกรังเกียจจาก บุคคลต่างๆ เหล่านี้ด้วย การศึกษาครั้ง ต่อไปควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่ม จะช่วยให้ได้กลุ่ม ตัวอย่างที่มากเพียงพอและเป็นตัวแทนที่ดีของ ประชากร ซึ่งจะช่วยให้อธิบายความชุกของภาวะ ซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้ชัดเจนมากขึ้น และ ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นกำพร้าที่ ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในบริบทอื่นๆ ของ ประเทศไทย รวมทั้งศึกษาเพิ่มเติมการใช้จุดตัด คะแนนเพื่อแยกภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมใน

วัยรุ่นไทย จากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะหลากหลาย และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากพอ

สรุป

วัยรุ่นที่บิดามารดาเสียชีวิตรด้วยโรคเอดส์ มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.6 เพศชายและหญิงมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเอดส์. เข้าถึงได้ที่ <http://www.aidsthai.org/sathana.html>[2005 Jan 21].
2. นุจรี ไชยมงคล, ยุพิน ชินสงวนเกียรติ, มานพ เชื้อมทอง. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาสถานการณ์เด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบจากเอช ไอ วี / เอดส์ ในประเทศไทย และรูปแบบความช่วยเหลือ : กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงใต้ จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา; 2549.
3. Trangkasombat U, Larbboonsarp V. Psychopathology of incarcerated delinquents. Paper presented at the 10th world Congress of psychiatry; 1996 Aug 23-28; Madrid, Spain; 1996.
4. Trangkasombat U, Nukhew O. Psychopathology of suicidal adolescents. Paper presented at the 2nd Annual Sumer Institute, Family Research Consortium; 1995 Jun 8-11; Ogunquit, Maine, USA.; 1995.
5. Angold A. Childhood and adolescent depression: epidemiological and etiological aspects. Br J Psychiatry 1988; 152:601-17.
6. Kaplan L, Hong G, Weinhold C. Epidemiology in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1984; 23:91-8.
7. Rotheram-Borus MJ, Weiss R, Alber S, Lester P. Adolescent adjustment before and after HIV-related parental death. J Consult Clin Psychol 2005; 73:221-8.
8. Wilfert C, Aronson JE, Beck DT, Fleischman AR, Kline MW, Mofenson LM et al. Planning for children whose parents are dying of HIV/AIDS: American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric AIDS, 1998-1999. Pediatrics 1999;103:509-11.

9. Kirwin KM, Hamrin V. Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2005; 18:62-78.
10. อูมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2540; 42:2-13.
11. รัชณีกรณ ศักดิ์ศรีวัฒนา. เปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าในนักเรียนวัยรุ่นที่มาจากครอบครัวหย่าร้างกับครอบครัวปกติ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
12. Kusimba J, Ndinya-Achola JO, Olenja JK, Moses S, Nyange P, Fish D. et al. The impact of HIV-I infected/AIDS on family structure in Kenya. 8th ed. Amsterdam: Int Conf AIDS; 1992.
13. Atwinea B, Cantor-Graae E, Bajunirwe F. Psychological distress among AIDS orphans in rural Uganda. *Soc Sci Med* 2005;61:555-64.
14. อูมาพร ตรังคสมบัติ. ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539;41:162-73.
15. อิงอร แก้วแหวน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
16. ภัทรนาฏ บุญชู. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
17. Cyranowski MJ. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:21-6.