นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

วันรับ : 24 สิงหาคม 2566
วันแก้ไข : 20 พฤศจิกายน 2566
วันตอบรับ : 22 พฤศจิกายน 2566

เนติลักษณ์ ศิลาอุดมกิจ, พ.บ., รัตติยากร ผุยมาตย์, พย.บ.
โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์

วิธีการ : การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านเชื้อไวรัสในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย ในเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 สัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ Khon Kaen university - depression inventory (KKU-DI) วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและค้นหาตัวแบบของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์ multivariate logistic regression

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ (AOR = 3.45, 95% CI = 1.49 - 8.00) เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (AOR = 4.82, 95% CI = 1.89 - 12.28) สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบกระเทือนแก่จิตใจ (AOR = 3.92, 95% CI = 1.24 - 12.41) การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (AOR = 4.33, 95% CI = 1.12 - 16.72) และการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (AOR = 4.27, 95% CI = 1.68 - 10.86)

สรุป : ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมและการเจ็บป่วยที่รุนแรงส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการส่งเสริมดูแลทางจิตสังคมอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, เอดส์

ติดต่อผู้นิพนธ์ : เนติลักษณ์ ศิลาอุดมกิจ; e-mail: silaudomkit.netiluck2023@gmail.com

Original Article

Prevalence and associated factors of depression among AIDS patients visiting AIDS clinic at Erawan hospital, Loei province

Received : 24 August 2023
Revised : 20 November 2023
Accepted : 22 November 2023

Netiluck Silaudomkit, M.D., Ruttiyakorn Phuymat, B.N.S.
Erawan Hospital, Loei Province

Abstract

Objective: To study the prevalence and associated factors of depression in AIDS patients visiting the AIDS clinic.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted among AIDS patients receiving antiretroviral therapy at AIDS clinics in Erawan hospital, Loei province during February and July 2023. Questionnaires included personal information, clinical data, and depression screening using the Khon Kean University - Depression Inventory (KKU-DI). Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression analysis.

Results: Of a total of 120 participants, 29.2% met criteria for depression. The factors significantly increasing risk of depression included inadequate come (AOR = 3.45, 95% CI = 1.49 - 8.00), experience of severe traumatic event in the past year (AOR = 4.82, 95% CI = 1.89 - 12.28), poor family relationships affecting the mental health (AOR = 3.92, 95% CI = 1.24 - 12.41), having opportunistic infections (AOR = 4.33, 95% CI = 1.12 - 16.72), and having illness requiring hospitalization in the past year (AOR = 4.27, 95% CI = 1.68 - 10.86).

Conclusion: Several socioeconomic issues and severe HIV-related illnesses affect depression in AIDS patients. They should therefore be targeted for prevention and treatment of depression according to their specific needs.

Keywords: AIDS, depression, prevalence

Corresponding author: Netiluck Silaudomkit; e-mail: silaudomkit.netiluck2023@gmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง

ความรู้ใหม่ : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย พบร้อยละ 29.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบกระเทือนแก่จิตใจ การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชและการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ป่วยเอดส์

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 39 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ 630,000 คน นอกจากนี้มีผู้เข้ารับการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี 29.8 ล้านคน โดยเฉพาะประเทศในแถบทวีปแอฟริกาและทวีปเอเชียที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 6.5 ล้านคน[1] ความชุกของเอชไอวีในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 - 49 ปี) ร้อยละ 0.7 ในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศร้อยละ 2.5 ในกลุ่มชายรักร่วมเพศและชายอื่น ๆ ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 7.7 ในกลุ่มผู้ที่ฉีดยาร้อยละ 5.0 ในหมู่คนข้ามเพศร้อยละ 10.3 และในหมู่คนในเรือนจำร้อยละ 1.4[2] สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย ณ สิ้นปี พ.ศ. 2564 มีการประมาณการว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 6,485 คน โดยมีผู้ที่เสียชีวิตจำนวน 9,322 คนและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 520,345 คน ซึ่งร้อยละ 97 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน และร้อยละ 3 ติดเชื้อจากการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่ไม่สะอาดร่วมกัน[3] แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจจากการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์และค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษาพยาบาล

โรคเอดส์เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตและพบร่วมกับภาวะซึมเศร้าได้สูง การศึกษาในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 9.6 ของผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้า[4] ในประเทศเกาหลีใต้พบร้อยละ 21.0[5] ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์พบร้อยละ 28.7[6] และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบถึงร้อยละ 46.0 - 48.0[7,8] การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงรายพบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติส่วนตัว ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี รายได้ไม่เพียงพอ มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า และอายุไม่เกิน 40 ปีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า[4] การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้และสวิตเซอร์แลนด์พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านประวัติส่วนตัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง อายุน้อยกว่า 55 ปี ความบกพร่องในการทำกิจวัตรด้วยตนเอง การขาดผู้ดูแล การว่างงาน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการมีโรคทางกายร่วม และปัจจัยเสี่ยงด้านคลินิก ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีร่วม การมีค่า CD4 ต่ำสุดน้อยกว่า 200 cells/μL และความล้มเหลวในการกดเชื้อไวรัสเอดส์ (viral load ≥50 copies/mL)[5,6] นอกจากภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้ว ยังส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสซึ่งทำให้อาการของโรคแย่ลง[9,10] ในด้านสังคมภาวะซึมเศร้ายังส่งผลต่อปัญหาจากการกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม และการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้ติดเชื้อ[11]

โรงพยาบาลเอราวัณมีการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์แบบครบวงจร มีผู้ป่วยโรคเอดส์มารับบริการในปัจจุบัน (นับถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566) ทั้งหมด 145 คน พบว่าผู้ป่วยบางคนมีอาการของภาวะซึมเศร้า แต่เนื่องจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้ายังไม่เป็นระบบจึงส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย

อีกทั้งผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้มารับยาหรือมารับยาไม่ต่อเนื่อง บางคนอาจมีปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า การศึกษาความชุกและปัจจัยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์จึงมีความสำคัญต่อการรักษาภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเพิ่มความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสและทำให้ผลการรักษาโรคเอดส์ดีขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณความชุกและสำรวจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์ เพื่อประกอบการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยเอดส์ในการป้องกัน ค้นหา และรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม

วิธีการ

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ดำเนินการตั้งแต่ 25 กุมภาพันธ์ ถึง 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยในระยะเอดส์ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา 145 คน เลือกทุกคนที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ อายุ 20 ปี ขึ้นไปและได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน และเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ย้ายออกจากพื้นที่อำเภอเอราวัณหรือเสียชีวิต การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 00002/2566 ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามชนิดสัมภาษณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาแสดงในตารางที่ 1

2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Khon Kean university - depression inventory (KKU-DI) ฉบับปรับปรุง

ตารางที่ 1 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

	หน่วยของผลลัพธ์	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
ตัวแปรต้น		
ข้อมูลส่วนบุคคล		
เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า (วินิจฉัยจากแพทย์) ประวัติการสูญเสียบุคคลในครอบครัวสายตรงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา การมีบุตรที่ยังต้องดูแลในปัจจุบัน การมีญาติหรือผู้ป่วยในครอบครัวที่ยังต้องดูแลในปัจจุบัน การมีผู้ดูแล (caregiver) การแบ่งแยกกีดกันจากชุมชน การปกปิดผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลในครอบครัว เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบกระเทือนแก่จิตใจ การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม	nominal scale	การสัมภาษณ์
ระดับการศึกษาสูงสุด	ordinal scale	การสัมภาษณ์
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	interval scale	การสัมภาษณ์
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน อายุ ระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล (นาที)	ratio scale	การสัมภาษณ์
ข้อมูลทางคลินิก		
โรคประจำตัวอื่น ๆ การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา สูตรยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสจนต้องใช้ยาบรรเทาอาการ (ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี)	nominal scale	medical records
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอ (adherence) ของการกินยาต้านไวรัส	interval scale	medical records
น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า CD4 ตั้งต้น ค่า CD4 ต่ำสุดตั้งแต่ได้รับการรักษา ค่า viral load ภายในระยะเวลา 1 ปี	ratio scale	medical records
ตัวแปรตาม		
ภาวะซึมเศร้า	ordinal scale	การสัมภาษณ์

พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล และคณะ[12] ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมภาวะซึมเศร้าในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา มีความไวร้อยละ 92 ความจำเพาะร้อยละ 63 จุดตัดแยกระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้า ดังนี้ ระดับเล็กน้อย 5 - 12 คะแนนในเพศชายและ 6 - 12 คะแนนในเพศหญิง ระดับปานกลาง 13 - 14 คะแนน และระดับรุนแรง 15 คะแนนขึ้นไปทั้งสองเพศ การศึกษานี้กำหนดจุดตัดของภาวะซึมเศร้าในเพศชายตั้งแต่ 5 คะแนนและหญิงตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย univariate binary logistic regression analysis นำเสนอความสัมพันธ์ด้วย crude odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) จากนั้นนำตัวแปรที่ให้ค่า p-value ต่ำกว่า .20 เข้าวิเคราะห์เพื่อหาตัวแบบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ด้วย stepwise multivariate binary logistic regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นำเสนอความสัมพันธ์ด้วย adjusted odds ratio (AOR) และ 95% CI หลังจากนั้นทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองด้วยสถิติ Hosmer and Lemeshow โดยค่า p-value ที่มากกว่า .05 หมายถึง การปฏิเสธสมมติฐานรอง หรือแบบจำลองมีความเหมาะสมในการทำนาย

ผล

จากผู้ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 140 คน มีผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 120 คน เป็นเพศหญิงและชายจำนวนเท่ากัน ส่วนใหญ่อายุ 40 - 59 ปี สถานภาพแต่งงาน/คู่ นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม หรือธุรกิจส่วนตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 20,000 บาท แหล่งรายได้มาจากการหารายได้เอง และมีรายได้เพียงพอค่าใช้จ่าย มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3 - 4 คนมากที่สุด ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตรหลาน ครอบครัวไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้า (วินิจฉัยจากแพทย์) ไม่มีประวัติการสูญเสียบุคคลในครอบครัวสายตรงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และไม่มีบุตรหรือญาติที่ต้องดูแลในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแล มีระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล 11 - 20 นาทีมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันจากชุมชน ไม่มีการปกปิดผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลในครอบครัว ไม่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว และได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ดังตารางที่ 2

ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีน้ำหนัก 56 - 75 กก. ส่วนสูง 141 - 160 ซม. ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) อยู่ระหว่าง 14 - 25 กก./ม^2 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ฟันไม่ครบ 20 ซี่ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 1 - 120 เดือน ไม่มีการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ใช้สูตรยาต้านไวรัส TLD (DTG + 3TC + TDF) ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสจนต้องใช้ยาบรรเทาอาการ (ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการกินยาต้านไวรัสอยู่ที่ร้อยละ 80 - 100 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่มีค่า CD4 ตั้งต้น 0 - 300 cells/mcL ค่า CD4 ต่ำสุดตั้งแต่ได้รับการรักษา 0 - 200 cells/mcL และค่า viral load ภายในระยะเวลา 1 ปี 0 – 19 copies/ml ดังตารางที่ 3

พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า 35 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 29.2 แบ่งเป็นระดับเล็กน้อย 23 คนหรือร้อยละ 19.17 ระดับปานกลาง 3 คนหรือร้อยละ 2.5 และระดับรุนแรง 9 คนหรือร้อยละ 7.5 การวิเคราะห์ multivariate logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอกับชีวิตประจำวัน เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า

	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		OR (95% CI)	p-value
		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	60 (50.0)	43 (71.7)	17 (28.3)	1.00	
หญิง	60 (50.0)	42 (70.0)	18 (30.0)	1.08 (0.49 - 2.38)	.841
อายุ					
20 - 39 ปี	18 (15.00)	9 (50.00)	9 (50.00)	1.00	
40 - 59 ปี	90 (75.00)	70 (77.78)	20 (22.22)	0.29 (0.10 - 0.82)	.019
60 - 79 ปี	11 (9.17)	5 (45.45)	6 (54.55)	1.20 (0.27 - 5.40)	.812
80 - 99 ปี	1 (0.83)	1 (100.00)	0 (0.00)	0.00 (0.00)	1.000
สถานภาพสมรส					
โสด	36 (30.0)	23 (63.9)	13 (36.1)	1.00	
แต่งงาน/คู่	59 (49.2)	46 (78.0)	13 (22.0)	0.50 (0.20 - 1.25)	.139
หม้าย	13 (10.8)	6 (46.2)	7 (53.8)	2.10 (0.57 - 7.50)	.269
แยกกันอยู่	11 (9.2)	9 (81.8)	2 (18.2)	0.40 (0.07 - 2.10)	.275
ไม่ทราบ	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00)	1.000
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ไม่ได้เรียน	4 (3.3)	2 (50.0)	2 (50.0)	1.00	
ประถมศึกษา	81 (67.5)	60 (74.1)	21 (25.9)	0.35 (0.05 - 2.64)	.309
มัธยมศึกษา	27 (22.5)	19 (70.3)	8 (29.6)	0.42 (0.05 - 3.53)	.425
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	7 (5.8)	3 (42.9)	4 (57.1)	1.33 (0.11 - 15.70)	.819
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.00 (0..00)	1.000
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (12.5)	10 (66.7)	5 (33.3)	1.00	
รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรม ธุรกิจส่วนตัว	98 (81.67)	71 (72.45)	27 (27.55)	0.76 (0.24 - 2.43)	.644
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (3.3)	2 (50.0)	2 (50.0)	2.00 (0.21 - 18.69)	.543
นักเรียน/นักศึกษา พระภิกษุ/นักบวช	2 (1.67)	1 (50.00)	1 (50.00)	2.00 (0.10 - 39.08)	.648
ไม่ทราบ	1 (0.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00)	1.000
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
ต่ำกว่า 5,000 บาท	34 (28.33)	22 (64.71)	12 (35.29)	1.00	
5,000 - 20,000 บาท	72 (60.00)	50 (69.44)	22 (30.56)	0.81 (0.34 -1.91)	.626
20,001 - 40,000 บาท	12 (10.00)	11 (91.67)	1 (8.33)	0.17 (0.20 - 1.45)	.105
40,001 - 100,000 บาท	2 (1.67)	2 (100.00)	0 (0.00)	0.00 (0.00)	.999
แหล่งรายได้					
หารายได้เอง	97 (80.8)	69 (71.1)	28 (28.9)	1.00	
บุตรหลาน/คู่สมรส	18 (15.0)	13 (72.2)	5 (27.8)	0.95 (0.31 - 2.91)	.925
รับการช่วยเหลือจากรัฐบาล/องค์กรท้องถิ่น	4 (3.3)	2 (50.0)	2 (50.0)	2.46 (0.33 - 18.37)	.379
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	65 (54.2)	53 (81.5)	12 (18.5)	1.00	
ไม่เพียงพอ	50 (41.7)	28 (56.0)	22 (44.0)	3.47 (1.50 - 8.03)	.004
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน					
1 - 2 คน	21 (17.5)	18 (85.7)	3 (14.3)	1.00	
3 - 4 คน	47 (39.2)	27 (57.5)	20 (42.5)	4.44 (1.15 - 17.18)	.031
5 - 6 คน	36 (30.0)	30 (83.3)	6 (16.7)	1.20 (0.27 - 5.40)	.812
มากกว่า 6 คน ขึ้นไป	16 (13.3)	10 (62.5)	6 (37.5)	3.00 (0.59 - 15.26)	.186

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		OR (95% CI)	p-value
		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)		
ลักษณะการอยู่อาศัย					
อยู่คนเดียว	13 (10.8)	8 (61.5)	5 (38.5)	1.00	.712
อยู่กับคู่สมรส/บุตรหลาน	77 (64.2)	56 (72.7)	21 (27.3)	0.60 (0.18 - 2.04)	.414
อยู่กับญาติ	30 (25.0)	21 (70.0)	9 (30.0)	0.69 (0.18 - 2.68)	.587
ประวัติในครอบครัว มีภาวะซึมเศร้า (วินิจฉัยจากแพทย์)					
ไม่มี	114 (95.0)	83 (72.8)	31 (27.2)	1.00	
มี	6 (5.0)	2 (33.3)	4 (66.7)	5.36 (0.93 - 30.72)	.060
ประวัติการสูญเสียบุคคลในครอบครัวสายตรงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่มี	102 (85.0)	72 (70.6)	30 (29.4)	1.00	
มี	17 (14.2)	13 (76.5)	4 (23.5)	0.74 (0.22 - 2.45)	.620
การมีบุตรที่ยังต้องดูแลในปัจจุบัน					
ไม่มี	71 (59.2)	48 (67.6)	23 (32.4)	1.00	
มี	49 (40.8)	37 (75.5)	12 (24.5)	0.68 (0.30 - 1.54)	.350
การมีญาติหรือผู้ป่วยในครอบครัวที่ยังต้องดูแลในปัจจุบัน					
ไม่มี	75 (62.5)	49 (65.3)	26 (34.7)	1.00	
มี	44 (36.7)	35 (79.5)	9 (20.5)	0.49 (0.20 - 1.16)	.104
การมีผู้ดูแล (caregiver)					
ไม่มี	48 (40.0)	34 (70.8)	14 (29.2)	1.00	
มี	72 (60.0)	51 (70.8)	21 (29.2)	1.00 (0.45 - 2.23)	1.000
ระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล					
0 - 10 นาที	25 (20.8)	16 (64.0)	9 (36.0)	1.00	
11 - 20 นาที	41 (34.2)	28 (68.3)	13 (31.7)	0.83 (0.29 - 2.36)	.720
21 - 30 นาที	31 (25.8)	23 (74.2)	8 (25.8)	0.62 (0.20 - 1.95)	.411
31 - 60 นาที	13 (10.8)	12 (92.3)	1 (7.7)	0.15 (0.02 - 1.33)	.089
มากกว่า 60 นาที	10 (8.3)	6 (60.0)	4 (40.0)	1.19 (0.26 - 5.34)	.825
การแบ่งแยกกีดกันจากชุมชน					
ไม่มี	114 (95.0)	81 (71.1)	33 (28.9)	1.00	
มี	6 (5.0)	4 (66.7)	2 (33.3)	1.23 (0.21 - 7.03)	.818
การปกปิดผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลในครอบครัว					
ไม่มี	78 (65.0)	55 (70.5)	23 (29.5)	1.00	
มี	42 (35.0)	30 (71.4)	12 (28.6)	0.96 (0.42 - 2.19)	.916
เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่มี	88 (73.3)	70 (79.5)	18 (20.5)	1.00	
มี	28 (23.3)	13 (46.4)	15 (53.6)	4.49 (1.81 - 11.10)	.001
สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบกระเทือนแก่จิตใจ					
ไม่มี	106 (88.3)	79 (74.5)	27 (25.5)	1.00	
มี	14 (11.7)	6 (42.9)	8 (57.1)	3.90 (1.24 - 12.26)	.020
การได้รับความช่วยเหลือจากสังคม					
ไม่มี	46 (38.3)	34 (73.9)	12 (26.1)	1.00	
มี	74 (61.7)	51 (68.9)	23 (31.1)	1.28 (0.56 - 2.90)	.559

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า

	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		OR (95% CI)	p-value
		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)		
น้ำหนัก (กก.)					
36 - 55	46 (39.32)	26 (56.52)	20 (43.48)	1.00	
56 - 75	63 (53.85)	53 (84.13)	10 (15.87)	0.24 (0.10 - 0.58)	.001
76 - 105	8 (6.84)	4 (50.00)	4 (50.00)	1.29 (0.29 - 5.75)	.742
ส่วนสูง (ซม.)					
141 - 160	63 (52.50)	45 (71.43)	18 (28.57)	1.00	
161 - 190	57 (47.50)	40 (70.18)	17 (29.82)	1.10 (0.48 - 2.34)	.880
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) (กก./ม.^{2})					
14 - 25	96 (80.00)	67 (69.79)	29 (30.21)	1.00	
26 - 40	24 (20.00)	18 (75.00)	6 (25.00)	0.77 (0.28 - 2.14)	.616
โรคประจำตัว					
ความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	98 (81.7)	69 (70.4)	29 (29.6)	1.00	
มี	22 (18.3)	16 (72.7)	6 (27.3)	0.89 (0.32 - 2.51)	.829
เบาหวาน					
ไม่มี	108 (90.0)	79 (73.2)	29 (26.9)	1.00	
มี	12 (10.0)	6 (50.0)	6 (50.0)	2.72 (0.81 - 9.13)	.104
มะเร็ง					
ไม่มี	118 (98.3)	84 (71.2)	34 (28.8)	1.00	
มี	2 (1.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	2.47 (0.15 - 40.64)	.527
โรคไต					
ไม่มี	117 (97.5)	84 (71.8)	33 (28.2)	1.00	
มี	3 (2.5)	1 (33.3)	2 (66.7)	5.09 (0.45 - 58.06)	.190
ไขมันในเลือดสูง					
ไม่มี	102 (85.0)	70 (68.6)	32 (31.4)	1.00	
มี	18 (15.0)	15 (83.3)	3 (16.7)	0.44 (0.12 - 1.62)	.216
โรคไทรอยด์					
ไม่มี	118 (98.3)	84 (71.2)	34 (28.8)	1.00	
มี	2 (1.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	2.47 (0.15 - 40.64)	.527
โรคหลอดเลือดสมอง					
ไม่มี	117 (97.5)	83 (70.9)	34 (29.1)	1.00	
มี	3 (2.5)	2 (66.7)	1 (33.3)	1.22 (0.11 - 13.91)	.872
โรคโลหิตจาง					
ไม่มี	111 (92.5)	79 (71.2)	32 (28.8)	1.00	
มี	9 (7.5)	6 (66.7)	3 (33.3)	1.23 (0.29 - 5.24)	.775
ฟันไม่ครบ 20 ซี่					
ไม่มี	49 (40.8)	32 (65.3)	17 (34.7)	1.00	
มี	71(59.2)	53 (74.7)	18 (25.3)	0.64 (0.29 - 1.42)	.270
การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส					
ไม่มี	108 (90.0)	79 (73.2)	29 (26.8)	1.00	
มี	10 (8.33)	4 (40.0)	6 (60.0)	4.09 (1.08 - 15.53)	.039

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		OR (95% CI)	p-value
		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ)		
การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (แบ่งตามประเภท)					
วัณโรคปอด	2 (1.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	2.72 (0.17 - 44.90)	.484
วัณโรคนอกปอด	1 (0.8)	1 (100.0)	0 (0.0)	0.00 (0.00)	1.000
PCP	5 (4.2)	1 (20.0)	4 (80.0)	10.90 (1.17 - 101.56)	.036
Cryptococcosis	2 (1.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	2.72 (0.17 - 44.99)	.484
ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	108 (90.0)	79 (73.2)	29 (26.3)	1.00	
ระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน (เดือน)					
1 - 120	52 (43.33)	34 (40.00)	18 (51.43)	1.00	
121 - 240	46 (38.33)	33 (71.74)	13 (28.26)	0.74 (0.32 - 1.76)	.500
241 - 360	22 (18.33)	18 (81.82)	4 (18.18)	0.42 (0.12 - 1.43)	.165
การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา					
ไม่มี	87 (72.5)	67 (77.0)	20 (23.0)	1.00	
มี	25 (20.8)	11 (44.0)	14 (56.0)	4.26 (1.68 - 10.85)	.002
สูตรยาต้านไวรัส					
TLD (DTG + 3TC + TDF)	102 (87.18)	75 (73.53)	27 (26.47)	1.00	
Teevir	9 (7.69)	5 (55.56)	4 (44.44)	2.37 (0.59 - 9.51)	.224
กลุ่มอื่น ๆ	6 (5.13)	5 (83.33)	1 (16.67)	1.48 (0.34 - 6.36)	.598
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสจนต้องใช้ยาบรรเทาอาการ (ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อเอชไอวี)					
ไม่มี	111 (92.5)	80 (72.1)	31 (27.9)	1.00	
มี	8 (6.7)	5 (62.5)	3 (37.5)	1.55 (0.35 - 6.87)	.565
ความต่อเนื่องสม่ำเสมอของการกินยาต้านไวรัส					
ร้อยละ 80 - 100	116 (96.7)	83 (71.5)	33 (28.5)	1.00	
น้อยกว่าร้อยละ 80	2 (1.7)	1 (50.0)	1 (50.0)	1.26 (0.63 - 2.54)	.519
ค่า CD4 ตั้งต้น (cells/mcL)					
0 - 300	69 (61.61)	53 (76.81)	16 (23.19)	1.00	
301 - 600	33 (29.46)	22 (66.67)	11 (33.33)	1.66 (0.66 -4.13)	.280
601 - 900	10 (8.93)	8 (80.00)	2 (20.00)	0.95 (0.18-5.02)	.948
ค่า CD4 ต่ำสุด ตั้งแต่ได้รับการรักษา (cells/mcL)					
0 - 200	61 (54.95)	48 (78.9)	13 (21.31)	1.00	
201 - 400	39 (35.14)	25 (64.10)	14 (35.90)	2.10 (0.84-5.10)	.112
401 - 800	11 (9.91)	9 (81.82)	2 (18.18)	0.82 (0.16 - 4.27)	.814
ค่า viral load ภายในระยะเวลา 1 ปี (copies/ml)					
0 - 19	92 (76.7)	68 (73.9)	24 (26.1)	1.00	
20 - 100	15 (12.5)	11 (73.3)	4 (26.7)	1.03 (0.30 - 3.54)	.962
มากกว่า 100	13 (10.8)	6 (46.1)	7 (53.9)	3.31 (1.01 - 10.82)	.048

BMI = body mass index

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบกระเทือนแก่จิตใจ การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ดังตารางที่ 4

การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองด้วยสถิติ Hosmer and Lemeshow พบว่า แบบจำลองมีค่า chi-square เท่ากับ 2.793 df เท่ากับ 4 และ p-value เท่ากับ .593 ซึ่งมากกว่า .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานรอง กล่าวคือแบบจำลองนี้มีความเหมาะสมในทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

วิจารณ์

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบร่วมได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเอดส์ หากไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลรักษาอย่างเหมาะสมอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและผลการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการรับยาต้านเชื้อเอชไอวี เพื่อเฝ้าระวังภาวะและค้นหาผู้มีความเสี่ยงซึมเศร้าภายใต้ข้อมูลความชุกของพื้นที่และประชากรเป้าหมาย พบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์ร้อยละ 29.2 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในประเทศบราซิลที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 42.3[13] แต่สูงกว่าการศึกษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงรายที่พบความชุกร้อยละ 9.6[4] และสูงกว่าการศึกษาในประเทศไนจีเรียที่พบความชุกร้อยละ 11.2[14] อาจเป็นเพราะลักษณะเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาในจังหวัดเชียงรายเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบสอบถามสองขั้นตอน ได้แก่ 2Q และ 9Q โดยกำหนดจุดตัดภาวะซึมเศร้าที่ 7 คะแนนขึ้นไป ซึ่งแตกต่างจากการวิจัยในครั้งนี้ที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยระยะเอดส์เท่านั้นซึ่งมักมีอาการของโรครุนแรงกว่า และกำหนดภาวะซึมเศร้าจากเครื่องมือ KKU-DI ที่ระดับเล็กน้อยเป็นต้นไป จึงมีโอกาสพบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบกระเทือนแก่จิตใจ การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คล้ายคลึงกับการศึกษาในจังหวัดเชียงราย[4,15] การศึกษานี้พบว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.45 เท่าของกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีรายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายจากการเป็นหนี้สินนอกระบบ การเป็นหนี้พนันออนไลน์ การเป็นหนี้เพื่อการศึกษาบุตร และการเป็นหนี้สินเชื่อธนาคาร และจำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลมีจำนวนมาก (ครอบครัวขยาย)[16] ผู้ที่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.82 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคเอดส์ที่วัดและโรงพยาบาล 2 แห่งในประเทศไทยที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์ด้วย multivariate logistic regression

ปัจจัย	AOR (95% CI)	p-value
รายได้ไม่เพียงพอกับชีวิตประจำวัน	3.45 (1.49 - 8.00)	.004
เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	4.82 (1.89 - 12.28)	.001
สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบกระเทือนแก่จิตใจ	3.92 (1.24 - 12.41)	.020
การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	4.33 (1.12 - 16.72)	.034
การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	4.27 (1.68 - 10.86)	.002

ในผู้ป่วยเอดส์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีพื้นฐานบุคลิกภาพหวั่นไหวง่าย (neuroticism)[17-19] อาจเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มักมีความตึงเครียดสะสมเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีแนวโน้มมองตัวเองในแง่ลบ เช่น ความรู้สึกแปลกแยกแตกต่าง การประสบเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดซ้ำเติมจึงส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย จนเกิดปัญหาการปรับตัวและภาวะซึมเศร้า และผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบกระเทือนแก่จิตใจมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.92 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไนจีเรียและที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่พบว่าการมีสมาชิกในครอบครัวทะเลาะกันบ่อยครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยเอชไอวีรู้สึกเศร้าและคิดเรื่องไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่สำคัญ และมีความรู้สึกเศร้าและสิ้นหวัง[14,18] สอดคล้องกับการศึกษาในสาธารณรัฐประชาชนจีนที่พบว่าการเข้ากันได้ดีและความใกล้ชิดกับสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องของการเกิดภาวะซึมเศร้า[20]

สำหรับปัจจัยทางคลินิก การศึกษานี้พบว่าผู้ที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.33 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศปากีสถาน[21] อาจเป็นเพราะผู้ที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสถูกแยกจากสังคม และได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ผลข้างเคียงจากยาและความเครียดจากการรักษา จึงอาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และผู้ที่มีการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.27 เท่าของผู้ที่ไม่ได้นอนโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแทนซาเนีย เคนยา เวียดนาม และอินโดนีเซีย ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ต้องนอนในโรงพยาบาลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น[22-25] เนื่องจากผู้ที่มีผลกระทบทางร่างกายรุนแรงและเรื้อรังอาจเกิดความกังวลและความรู้สึกทุกข์ใจเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้ รูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบภาคตัดขวางทำให้ไม่สามารถอธิบายในเชิงเหตุผลได้อย่างชัดเจนว่าปัจจัยดังกล่าวนั้นเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยในระยะเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีติดต่อกันอย่างน้อย 1 เดือน ผลการศึกษาจึงอาจไม่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเอชไอวีระยะอื่น รวมถึงผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ร่วมมือหรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยา นอกจากนี้การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์มีการสอบถามรายละเอียดที่อาจเป็นประเด็นอ่อนไหว เช่น ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลและการปกปิดผลเลือดเอชไอวี ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลไม่ตรงกับความจริง

สรุป

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย ร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่อยู่ระดับเล็กน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัวจนส่งผลกระทบกระเทือนแก่จิตใจ การมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation AIDS. Global HIV & AIDS statistics. Geneva: Fact sheet; 2023.
2. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2566 - 2569 [The plan to end the AIDS problem in Thailand, fiscal year 2023 - 2026]. นนทบุรี: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด; 2566.
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์เอชไอวีประเทศไทย ปี 2564 [The HIV/AIDS situation in Thailand in the year 2021] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 ก.ค. 2565] จาก: https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/RRTTR/Factsheet_HIV_2564_TH_V2.pdf

4. มาลัย ใจสุดา, ฐาปกรณ์ เรือนใจ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย [Prevalence of depressive mood and related factors among HIV/AIDS patients at Somdej Phrayanasangworn hospital, Chiangrai]. ลำปางเวชสาร. 2560;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. doi:10.3947/ic.2013.45.2.211.
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 (SHCS). PLoS One. 2015;10(10):e0140943. doi:10.1371/journal.pone.0140943.
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. doi:10.1017/s0033291796004552.
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. doi:10.1001/archpsyc.58.8.721.
9. de Pinho CSN, Santana RD, Campos EM, Pires Neto RDJ. Prevalence and factors associated with depression in people living with HIV/AIDS in a Brazilian metropolitan region. AIDS Care. 2022;34(12):1580-5. doi:10.1080/09540121.2022.2100866.
10. Mohamud AK, Ahmed OA, Mohamud AA, Dirie NI. Prevalence of and factors associated with depression among adult patients living with HIV/AIDs undergoing ART unit in Banadir hospital, Mogadishu Somalia. BMC Psychiatry. 2023;23(1):232. doi:10.1186/s12888-023-04723-x.
11. Abdisa E, Tolesa T, Abadiga M. Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among people living with HIV attending public hospitals of Nekemte town, Western Ethiopia, 2021. Behav Neurol. 2021;2021:8854791. doi:10.1155/2021/8854791.
12. สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล, พุนศรี รังสีขจี, นิรมล พัจนสุนทร, สุรพล วีระศิริ, สุชาติ พหลภาคย์, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ Khon Kaen University Depression Inventory (KKU-DI) สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [Development of Khon Kaen university depression inventory (KKU-DI) as a depressive measurement for northeastern Thai population]. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549;51(4):330-48.
13. 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. doi: 10.17711/sm.0185-3325.2017.008.
14. 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 Arch Med. 2019;1(1):8-15. doi:10.33515/iamms/2019.002/2.
15. รัฐกานต์ ปาระมี. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลแม่สาย [The prevalence and risk factors of depression among AIDS patients in Mae Sai hospital]. เชียงรายเวชสาร. 2563;12(1):31-43.
16. Mumang AA, Liaury K, Syamsuddin S, Maria IL, Tanra AJ, Ishida T, et al. Socio-economic-demographic determinants of depression in Indonesia: a hospital-based study. PLoS One. 2020;15(12):e0244108. doi:10.1371/journal.pone.0244108.

17. เตือนใจ ห่วงสายทอง. ความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี [Prevalence of depression, anxiety and factors correlated among patients with AIDS at Phrabat Nampu temple Lopburi province] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
18. ทฏัะวัฏร์ พิลึกภควัต. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี [Prevalence of depression and factors correlated among children and adolescent patients with HIV infection]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2557;22(3): 186-94.
19. สาวิตรี วิษณุโยธิน, นชพร อิทธิวิศวกุล. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า [The clinical practice guideline for depressive disorder]. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2553;16(1):5-22.
20. 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 Outcomes. 2018;16(1):190. doi:10.1186/s12955-018-1020-x.
21. Junaid K, Ali H, Khan AA, Khan TA, Khan AM, Khan A, et al. Prevalence and associated factors of depression among patients with HIV/AIDS in Lahore, Pakistan: cross-sectional study. Psychol Res Behav Manag. 2021;14:77-84. doi:10.2147/PRBM.S268099.
22. Madundo K, Knettel BA, Knippler E, Mbwambo J. Prevalence, severity, and associated factors of depression in newly diagnosed people living with HIV in Kilimanjaro, Tanzania: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2023;23(1):83. doi:10.1186/s12888-022-04496-9.
23. Nyongesa MK, Mwangi P, Wanjala SW, Mutua AM, Newton CRJC, Abubakar A. Prevalence and correlates of depressive symptoms among adults living with HIV in rural Kilifi, Kenya. BMC Psychiatry. 2019;19(1):333. doi:10.1186/s12888-019-2339-5.
24. Thai TT, Jones MK, Harris LM, Heard RC, Hills NK, Lindan CP. Symptoms of depression in people living with HIV in Ho Chi Minh city, Vietnam: prevalence and associated factors. AIDS Behav. 2018;22(Suppl 1):76-84. doi:10.1007/s10461-017-1946-8.
25. Yunihastuti E, Lestari Agusin R, Sari V, Jhariah Hidayah A, Wulunggono W, Pramukti H, et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among people living with HIV on antiretroviral therapy in Jakarta, Indonesia. Trop Med Int Health. 2021;26(8):908-15. doi:10.1111/tmi.13597.