



รายงานเบื้องต้น : ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี

ทงูะว้ฏฐ์ พิลีภควัต, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี

วัสดุและวิธีการ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยอายุ 10-18 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช จำนวน 77 ราย ทำการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม ๒๕๕๖ ถึงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๖ โดยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประวัติทางด้านจิตสังคม และแบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และพหุคูณถอยของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

ผล ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.2 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ช่วงอายุ 14-18 ปี ($OR=3.2$) มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ($OR=3.5$) และสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว ($OR=9.7$)

สรุป ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีของแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ร้อยละ 18.2 และมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยในช่วงอายุ 14-18 ปี การมีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา และสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว

คำสำคัญ : เด็กและวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้า เอชไอวี

โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช



Preliminary report :

Prevalence of depression and factors correlated among children and adolescent patients with HIV infection

Thatawat Pilukpakawat, M.D.

Abstract

Objective To determine the prevalence of depression in children and adolescent patients with HIV infection at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, and the factors associated with depression.

Materials and methods The descriptive study was done in 77 adolescent patients age of 10-18 years old with HIV infection at the child outpatient department of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital during August and November 2013. The Thai version of Children's Depression Inventory (CDI-Thai), and the questionnaire about demographic data were administered. Descriptive statistics was analyzed. Multivariate regression was calculated to determine significant association factors with depression.

Results The prevalence of depression was 18.2%. The factors associated with depression were range of ages, 14-18 years old (OR=3.2), having psycho-traumatic event in last year (OR=3.5), and having poor relationship in family (OR=9.7).

Conclusion The prevalence of depression in 10-18 years old with HIV infection in child outpatient department of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital was 18.2%. Range of ages, 14-18 years old, having psycho-traumatic event in last year, and having poor relationship in family were associated with depression.

Key words : child and adolescent, depression, HIV

Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยในปัจจุบัน ประมาณการมีผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ 1.2 ล้านคน เป็นผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๒๗ ทั้งสิ้น 276,947 ราย¹ เป็นเด็กและวัยรุ่น 20,018 ราย²

เด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพทางจิตใจ สูงกว่าในกลุ่มประชากรเด็กทั่วไป เช่น ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยพบอัตราความชุกประมาณร้อยละ 20-50 ซึ่งสูงกว่าประชากรเด็กและวัยรุ่นทั่วไป และมักไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งปัญหาการนอน สมาธิในการเรียน การรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึงและคุณภาพชีวิตที่แย่งลง³⁻⁶

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทนต่อการข้างเคียงต่อยาต้านไวรัสได้ระดับ CD4 count ที่ลดลง⁷ มีปัญหาทางการเงินในครอบครัว พ่อแม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁸ การประสบเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ⁹ และระดับของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง สัมพันธ์กับการมีแรงสนับสนุนทางสังคมเชิงบวก⁸

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้เพื่อสำรวจความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีรวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้อง เพื่อการ

เฝ้าระวังและวางแผนการดูแลผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจแบบองค์รวม และพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในหน่วยงาน ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาแบบตัดขวางระยะ 3 เดือน ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๖ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยอายุ 10-18 ปี ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเป็นผู้ป่วยที่สมัครใจและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยชอบธรรม และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ เช่น ไม่สามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียน ตามปกติ หรือมีภาวะสติปัญญาบกพร่อง

เครื่องมือคือ แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 ข้อได้แก่ เรื่องเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา เรื่องการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคม คือ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ มีคนรอบข้าง หน่วยงานหรือชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้หรือไม่ ความลำบากกับการทนอาการข้างเคียงจากยา คือ รู้สึกลำบากที่ต้องทนอาการข้างเคียงจากยาที่ใช้หรือไม่ และการประเมินด้านสัมพันธภาพในครอบครัว คือ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างไร มีตัวเลือกกว่ารักใคร่กันดี/ทะเลาะกันบ้างนานๆ ครั้ง กับทะเลาะกันบ่อยๆ คำถามเหล่านี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาให้ผู้ป่วยตอบตามการรับรู้ของตัวเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ แบบวัดภาวะซึมเศร้า Children's

Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย มี 27 ข้อ ข้อละ 3 ตัวเลือก reliability coefficient (alpha) =0.83 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าใช้ค่าคะแนน CDI ที่ 15 ขึ้นไป ความไว ความจำเพาะร้อยละ 78.7 และ 91.3 ตามลำดับ^{10,11}

หลังจากชี้แจงรายละเอียด ขอความร่วมมือ และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองแล้ว ผู้ป่วยจะทำแบบสอบถามและแบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจะชี้แจงเพิ่มเติมกรณีมีข้อสงสัยจากการตอบแบบสอบถาม รวบรวมข้อมูลเรื่องรายละเอียดของโรคและการรักษา ได้แก่ ระดับ CD4 count (Cluster of Differentiation 4 T-lymphocytes เป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวที่บอกถึงระดับภูมิคุ้มกันการติดเชื้อเอชไอวี), CD4%, viral load (ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีที่อยู่ในเลือด) ซึ่งใช้ผลครั้งล่าสุดที่เคยตรวจไม่เกินหกเดือน, ระยะเวลาที่รักษา, ชนิดของยาต้านไวรัสที่ใช้ จากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่ทำแยกมาโดยเฉพาะเพื่อรักษาความลับ โดยกระบวนการดังกล่าวได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม นครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๖ เรียบร้อยแล้ว

วิเคราะห์ข้อมูลความชุกด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้วยสถิติ Chi square, Odds ratio, Fisher's exact test และ Pearson correlation ระดับนัยทางสถิติ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 77 ราย เป็นเพศหญิง 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.6 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 14 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 2.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษาต่อ ร้อยละ 19.5 ผลการเรียนรู้

เทอมล่าสุด เกณฑ์อยู่ระหว่าง 2.00-2.49 ร้อยละ 27.3 มีระดับ CD4 count ล่าสุด เฉลี่ยเท่ากับ 645.3 cells/mm³ ระดับ CD4% เฉลี่ยเท่ากับ 24.6% ระดับ viral load น้อยกว่า 20 copies/ml คิดเป็นร้อยละ 58.4 ไข้ยาด้านไวรัส GPO vir Z ร้อยละ 24.7 มีระยะเวลาในการรักษามานานเฉลี่ย 48.3 เดือน ไม่รู้สึกลำบากจากอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัส ร้อยละ 98.7 ไม่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา ร้อยละ 87 สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ รักใคร่สัมพันธ์กันดี ร้อยละ 63.6 รายได้ของครอบครัว อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 50.6 ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคม ร้อยละ 88.3

กลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดภาวะซึมเศร้า (CDI) ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 9.8 คะแนน (SD=5.6)

จากตารางที่ 1-2 ผู้ป่วยกลุ่มอายุ 14-18 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า เป็น 3.2 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มอายุ 10-13 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยกลุ่มที่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.5 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา และผู้ป่วยกลุ่มที่สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวทะเลาะกันบ่อยๆ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 9.7 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มที่สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่สัมพันธ์กันดี หรือทะเลาะกันนานๆ ครั้ง

จากตารางที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient พบว่าระดับ CD4 count, CD4%, viral load ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (n = 77)

ปัจจัยที่มีผลต่อ ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ภาวะซึมเศร้า (n = 14)		Crude OR (95% CI)
		จำนวน	ร้อยละ	
เพศ				
หญิง	39	9	23.1	2 (0.6, 6.6)
ชาย	38	5	13.2	1
อายุ (ปี)				
14 – 18	45	12	26.7	5.2 (1.1, 26.4) ^a
10 – 13	32	2	6.4	1
ความรู้สึกลำบากต่ออาการข้างเคียงจากยา ต้านไวรัส				
มี	2	1	50	0.2 (0.01, 3.6) ^a
ไม่มี	75	13	17.3	1
เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ				
มี	11	5	45.5	5.3 (1.3, 21) ^a
ไม่มี	66	9	13.6	1
สัมพันธภาพครอบครัว				
ทะเลาะกันบ่อยๆ	4	3	75	16.9 (1.6, 177.7) ^a
รักใคร่กันดี/ทะเลาะกันนานๆครั้ง	73	11	15.1	1
การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคม				
มี	68	11	16.2	2.6 (0.6, 12) ^a
ไม่มี	9	3	33.3	1

* p<.05, a Fisher's exact test

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วย multiple regression

ปัจจัย	adjusted OR (95%CI)	p-value
ช่วงอายุ 10-14 ปี	3.2 (1.1, 21.3)	<.01
มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา	3.5 (1.2, 18.6)	<.01
สัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว	9.2 (1.5, 121.7)	<.01

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับระดับ CD4 count, CD4%, และ viral load

	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ภาวะซึมเศร้า	p-value
ระดับ CD4 count	- 0.10	0.44
ระดับ CD4%	- 0.08	0.46
ระดับ viral load	0.15	0.20

วิจารณ์

เพศหญิงมีจำนวนการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าเพศชายเล็กน้อย อัตราส่วน 2 ต่อ 1 ซึ่งต่างกับอัตราส่วนของประเทศไทยในกลุ่มอายุ 10-19 ปี เพศหญิงต่อเพศชายที่ 1 ต่อ 1.3¹² เนื่องจากการศึกษานี้เป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีบางส่วนไม่ได้เข้าเกณฑ์คัดเข้า จำนวนจึงอาจคลาดเคลื่อนจากความจริง และมีอัตราส่วนระหว่างเพศที่ต่างกับของประเทศได้

พบความชุกภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.2 ซึ่งต่ำกว่าความชุกของการศึกษาอื่นๆ เช่น Maryland พบความชุกร้อยละ 44³, Misdrabi พบความชุกร้อยละ 39.9⁵ เนื่องจากผู้ป่วยในคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี ของแผนกกุมารเวชกรรม ผ่านกระบวนการดูแล

ต่อเนื่องมายาวนาน มีระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 48.3 เดือน ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ Maryland ที่มีระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 41.9 เดือน³ ระยะเวลาในการติดตามการรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความเข้าใจในทักษะการดูแลตัวเองที่มากขึ้น

สภาวะความเจ็บป่วยในกลุ่มตัวอย่างมีระดับ CD4 count ล่าสุด เฉลี่ยเท่ากับ 645.3 cells/mm³ ระดับ CD4% เฉลี่ยเท่ากับ 24.6% ระดับ viral load น้อยกว่า 20 copies/ml คิดเป็นร้อยละ 58.4 ซึ่งบ่งบอกถึงสภาวะที่ไม่มีอาการ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นส่วนใหญ่ ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะปรับตัวและทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้เป็นปกติได้ดีกว่ากลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน¹³ น่าจะมีผลทำให้ความชุกภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีช่วง 14-18 ปี ($OR=3.2$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งไม่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า^{8,9,14} เนื่องจากงานวิจัยนี้เปรียบเทียบกับช่วงอายุ 10-13 ปี กับอายุ 14-18 ปี ซึ่งคาบเกี่ยวกับอายุช่วงวัยรุ่น วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นมากกว่าช่วงวัยเด็ก^{15,16} การเจ็บป่วยเป็นความเครียดอย่างหนึ่งและส่งผลต่อสภาพลักษณะแห่งตน โดยโรคติดเชื้อเอชไอวี มีผลกระทบต่อสภาพลักษณะของวัยรุ่นอย่างมาก ดังนั้นจึงยังมีโอกาสที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าช่วงวัยเด็ก

มีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($OR=3.5$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Guaghan และคณะพบว่า การประสบเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี และพบได้มากกว่า 3 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ⁹ ตัวอย่างเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจในการศึกษานี้ เช่น มีคนในครอบครัวเสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rotheram และคณะ พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่พ่อแม่เพิ่งเสียชีวิตไป มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าปกติ¹³ การที่เหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเดิมที่ผู้ป่วยมีความตึงเครียดสะสมอยู่เดิมจากความเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง และเป็นโรคที่มีผลต่อสภาพลักษณะของตัวผู้ป่วย ซึ่งมีความโน้มเอียงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การที่มีปัจจัยมากระตุ้นให้

เกิดความเครียดเพิ่มเติม โดยเฉพาะการที่มีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต ตามวัฒนธรรมครอบครัวคนไทยที่มีความใกล้ชิดและพึ่งพิงกันสูง เมื่อมีการตายจากจึงยิ่งสั่นคลอนความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัยให้กับผู้ป่วย มีผลต่อการปรับตัวทางจิตใจและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ง่ายมากกว่าเดิม

สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ดี สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($OR=9.2$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy และคณะ พบว่าภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13-19 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี สัมพันธ์กับการใช้เครื่องตีแอลกอฮอล์ของพ่อแม่⁸ ซึ่งการใช้เครื่องตีแอลกอฮอล์ของพ่อแม่ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของครอบครัว ซึ่งรวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัว¹⁷ เพราะทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ง่ายกว่าปกติ และสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี มีผลเสียอย่างมากต่อสภาพลักษณะของตนเองและภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย กลายเป็นคนที่มองตนเองในทางลบ เช่น เกิดความรู้สึกไร้ค่า ไม่เป็นที่ต้องการ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราชเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างในบริบทอื่น ทำให้การศึกษานี้ อาจจะไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมดได้ และเครื่องมือที่ใช้ประเมินสัมพันธภาพครอบครัวเป็นข้อคำถามเพียงข้อเดียว

ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้คือ ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเด็กและวัยรุ่นที่หลากหลายขึ้น

เช่น ในบริบทผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เก็บข้อมูลในสถานพยาบาลอื่นๆ ร่วมด้วย จะทำให้ผลการศึกษาแม่นยำมากยิ่งขึ้น และศึกษาผลข้างเคียงของยาที่อาจจะมีผลต่อภาวะซึมเศร้า

สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยอายุ 10-18 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร้อยละ 18.2 และมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยในช่วงอายุ 14-18 ปี การมีเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา และลัทธิทัศนคติที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการเฝ้าระวังและวางแผนพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งทางร่างกายและจิตใจแบบองค์รวม จะเป็นแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีได้

References

1. Division of developmental surveillance system for AIDS, tuberculosis and sexually transmitted diseases. Situation reports on AIDS and HIV infection of Thailand. 2012. Available from file:///D:/C%208/review/3.Epidemiology,%20Thailand.htm. [15 May 2013]
2. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control Ministry of Public Health. Situation reports on AIDS and HIV infection of Thailand. 2012. Available from http://www.boe.moph.go.th/files/report/20111206_35941163.pdf. [15 May 2013]
3. Maryland P, Maureen LO, Lawrence JD, Wendy BS, Tisha TN, David AM. Psychiatric diagnoses in adolescents seropositive for the Human Immunodeficiency Virus. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:240-4.
4. Larry KB and Kevin JL. Children and adolescents living with HIV and AIDS: A review. J Child Psychol Psychiatry 2000;41:81-96.
5. Misdrhi D, Vila G, Funk-Brentano I, Tardieu M, Blanche S, Mouren-Simeoni MC. DSM-IV mental disorders and neurological complications in children and adolescents with human immunodeficiency virus type 1 infection (HIV-1). Eur Psychiatry 2004;19:182-4.
6. Vakkai I, Dash P. Depression among patients attending HIV/AIDS Clinic in Nigeria. GHF2012.
7. Shehu S, Muktar GA. Prevalence and factors associated with depression in HIV/AIDS patients aged 15–25 years at Aminu Kano teaching hospital, Nigeria. J Child & Adolesc Mental Health 2008;20:95–9.
8. Murphy DA, Moscicki AB, Vermund SH, Muenz LR. Psychological distress among HIV(+) adolescents in the REACH study: effects of life stress, social support, and coping. The adolescent medicine HIV/AIDS research network. J Adolesc Health 2000;27:391-8.
9. Gaughan DM, Hughes MD, Oleske JM, Malee K, Gore CA, Nachman S. Psychiatric hospitalizations among children and youths with human immunodeficiency virus infection. Pediatrics 2004;113:544-51.
10. Trangkasombat U, Likapichitkul D. Depression in junior high school students in the Bangkok metropolis. J Psych Assoc Thai 1996;41:162-73.
11. Trangkasombat U, Likapichitkul D. Children's Depression Inventory (CDI) as a screen for depression in Thai Children. J Med Assoc Thai 1997;80:491-99.
12. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control Ministry of Public Health. Situation reports on AIDS and HIV infection of Thailand. 2012. Available from http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110302_59064030.pdf. [15 May 2013]
13. Robert AM, Karen JO, Kathryn W, Jean A. Psychosocial aspect of HIV/AIDS. In: Andres Martin, editor. Lewis's child and adolescent psychiatry. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.946-955.

14. Rotheram-Borus, MJ, Murphy DA, Miller S, Draimin BH. An intervention for adolescents whose parents are living with AIDS. Clin Child Psychol Psychiatry 1997;2:201-19.
15. Brent DA, Birmaher B. Adolescent depression. N Engl J Med 2002;347:667-71.
16. Martin A, Volkmar FR. Mood disorders. In: Andres Martin, editor. Lewis's child and adolescent psychiatry. 4th ed. 2007. p.503-510.
17. Shanta RD, Robert FA, Vincent JF, Janet BC, Valerie JE, Wayne HG. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. Child Abuse & Neglect 2001;25:1627-40.