

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในบริบทประเทศไทย

อักษรา นินนานนท์*

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรม การเรียน ความสัมพันธ์ทางสังคม ความร่วมมือในการรักษา และคุณภาพชีวิต แม้ว่าความก้าวหน้าของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนยาวและมีสุขภาพกายที่ดีขึ้น แต่ปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นความท้าทายสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี และนำเสนอแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในบริบทประเทศไทย โดยครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แนวทางการประเมิน ตลอดจนบทบาทของครอบครัว โรงเรียน บุคลากรสุขภาพ และชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยหลายมิติที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพและการรักษา การตีตราทางสังคม สภาพแวดล้อม ครอบครัวและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ขณะเดียวกันหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทางกาย การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม และความร่วมมือในการรักษา ร่วมกับ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน โรงเรียน บุคลากรสุขภาพ และชุมชน มีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยควรดำเนินการแบบบูรณาการผ่านความร่วมมือระหว่างครอบครัว โรงเรียน บุคลากรสุขภาพ และชุมชน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ลดการตีตรา ส่งเสริมการดูแลตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นอย่างยั่งยืนในบริบทประเทศไทย

คำสำคัญ: การป้องกันภาวะซึมเศร้า/ เอชไอวี/ เด็กและวัยรุ่น/ พฤติกรรมสุขภาพ/ สุขภาพจิต

Promoting Health Behaviors and Social Support for Depression Prevention among Children and Adolescents Living with HIV in the Thai Context

Aksara Ninnanon*

*Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

Depression is a common mental health problem among children and adolescents living with HIV and adversely affects emotional well-being, behavior, academic performance, social relationships, treatment adherence, and overall quality of life. Although advances in antiretroviral therapy (ART) have significantly improved life expectancy and physical health outcomes, mental health problems remain a major challenge requiring continuous attention. This academic article aims to synthesize current knowledge on depression among children and adolescents living with HIV and to present approaches for promoting health behaviors and social support to prevent depression in the Thai context. The article encompasses associated risk factors, assessment approaches, and the roles of families, schools, healthcare professionals, and communities in promoting mental health and preventing depression. A review of the literature indicates that depression in children and adolescents living with HIV results from multiple interacting factors, including biological and treatment-related factors, HIV-related stigma, family environment, and access to healthcare services. Evidence also suggests that health behavior promotion—including regular physical activity, adequate sleep, healthy nutrition, stress management, appropriate digital media use, and treatment adherence—together with social support from families, peers, schools, healthcare professionals, and communities, plays a crucial role in reducing the risk of depression, strengthening psychological resilience, and improving quality of life.

Therefore, promoting health behaviors in conjunction with strengthening social support represents a key strategy for preventing depression and enhancing mental health among children and adolescents living with HIV. Such efforts should be implemented through an integrated, multidisciplinary approach involving families, schools, healthcare professionals, and communities to create supportive environments, reduce HIV-related stigma, promote self-care, and improve long-term quality of life in the Thai context.

Keywords: Depression prevention/ HIV/ Children and adolescents/ Health behaviors/ Mental health

*Corresponding author: Aksara Ninnanon, email: aksara.n@nrru.ac.th

Received: June 15, 2026/ Revised: August 6, 2026/ Accepted: August 7, 2026

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) แม้ว่าความก้าวหน้าของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) จะช่วยให้เด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนยาวขึ้นและมีสุขภาพกายที่ดีขึ้น⁽¹⁻²⁾ แต่สุขภาพจิตยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์⁽³⁻⁵⁾ โดยเฉพาะในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการสร้างอัตลักษณ์ ส่งผลให้มีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าช่วงวัยอื่น⁽⁴⁻⁵⁾

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและความพิการในวัยรุ่นทั่วโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุ 15-29 ปี⁽⁴⁻⁵⁾ สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักรายงานว่าความชุกของภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันตามบริบท ประเทศ และเครื่องมือที่ใช้ประเมิน โดยมีค่าความชุกตั้งแต่ร้อยละ 11.4 – 45.8 ขณะที่การวิเคราะห์ห่อถักล่าสุดรายงานความชุกเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 24.6 (95% CI 21.1 – 28.2)⁽⁶⁻⁷⁾ ในประเทศไทย แม้ข้อมูลระดับประเทศยังมีจำกัด แต่การศึกษาหลายฉบับรายงานว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าและความทุกข์ทางจิตใจพบได้อย่างต่อเนื่องในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัส ความร่วมมือในการรักษา และคุณภาพชีวิต⁽⁸⁻⁹⁾ จึงสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบองค์รวมในบริบทประเทศไทย^(2,10)

เด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ทั้งผลกระทบจากโรคและการรักษา การตีตรา และการเลือกปฏิบัติ ความรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน ความกังวลเกี่ยวกับอนาคต สภาพแวดล้อมในครอบครัว และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการปรับตัวทางจิตใจและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า^(6,8,11-13) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งล้วนมีผลต่อผลลัพธ์การรักษาและคุณภาพชีวิตในระยะยาว^(10,12)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors) เป็นปัจจัยคุ้มครองที่ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี^(4,6,14-15) โดยครอบคลุมพฤติกรรมหลายมิติ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม และความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน โรงเรียน บุคลากรสุขภาพ และชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological resilience) ลดการตีตรา ส่งเสริมการดูแลตนเอง และลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า⁽¹¹⁻¹²⁾ แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม^(10,16)

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุ้มครอง พร้อมนำเสนอแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในบริบทประเทศไทย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพ ครู ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับนโยบายในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

1. ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยทั่วโลก โดยมีลักษณะสำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกเศร้า สูญเสียความสนใจหรือ

ความเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านการนอนหลับ ความอยากอาหาร ระดับพลังงาน สมาธิ และการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ การทำงาน ความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁵⁾ คู่มือการวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 ฉบับปรับปรุงข้อความ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision: DSM-5-TR) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ระบุว่า การวินิจฉัย โรคซึมเศร้าต้องอาศัยการประเมินอาการสำคัญหลายด้าน เช่น อารมณ์เศร้า ความสนใจในกิจกรรมลดลง การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวหรือความอยากอาหาร ความผิดปกติของการนอนหลับ อ่อนเพลีย สมาธิลดลง ความรู้สึกไร้คุณค่า หรือความคิดเกี่ยวกับการตาย โดยอาการดังกล่าวต้องส่งผลกระทบต่อการทำงานและชีวิตประจำวันและหน้าที่ของบุคคล อย่างชัดเจน⁽¹⁷⁾ สำหรับเด็กและวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้ามักแสดงออกแตกต่างจากผู้ใหญ่ โดยอาจไม่ได้แสดงความรู้สึกเศร้าอย่างชัดเจน แต่ปรากฏในรูปของความหงุดหงิดง่าย พฤติกรรมก้าวร้าว การแยกตัวจากสังคม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง หรือ การสูญเสียความสนใจในกิจกรรมที่เคยชื่นชอบ ดังนั้น การประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นจึงจำเป็นต้องคำนึงถึง พัฒนาการตามวัยและบริบททางสังคมร่วมด้วย เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้ง⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยกว่าประชากรทั่วไป เนื่องจากต้องเผชิญกับผลกระทบจากโรค การรักษา ความกังวลเกี่ยวกับอนาคต และการตีตราทางสังคม ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และคุณภาพชีวิตในระยะยาว^(6,8,11) ด้วยเหตุนี้ แนวทางการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันจึงให้ความสำคัญกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการสร้างปัจจัยคุ้มครอง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว^(4,10,16)

1.2 การประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

การประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นควรดำเนินการอย่างครอบคลุม ทั้งด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การเรียน ความสัมพันธ์ทางสังคม และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากอาการอาจแสดงออกแตกต่างจากผู้ใหญ่และสัมพันธ์กับพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ เครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Patient Health Questionnaire-Adolescent (PHQ-A) และ Children's Depression Inventory (CDI) ซึ่งสามารถใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁹⁻²²⁾ สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การประเมินควรครอบคลุมปัจจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตร่วมกับโรค ได้แก่ ความร่วมมือในการรับประทายาต้านไวรัส การมาตรวจตามนัด การสนับสนุนจากครอบครัว การตีตราและการเลือกปฏิบัติ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและความสัมพันธ์กับเพื่อน เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพจิตและผลลัพธ์ของการรักษา^(6,10,12) นอกจากนี้ บุคลากรสุขภาพควรประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายทุกครั้ง เมื่อสงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นที่มีอาการรุนแรง มีประวัติการทำร้ายตนเอง หรือมีเหตุการณ์ความเครียดสำคัญในชีวิต เพื่อให้สามารถส่งต่อและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันทั่วทั้ง^(17-18,23)

โดยสรุป ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ของการรักษา การคัดกรองและประเมินอย่างครอบคลุมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงเป็นขั้นตอนสำคัญในการวางแผนการดูแล อย่างไรก็ตาม การป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการตรวจพบอาการเท่านั้น แต่จำเป็นต้องทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุ้มครองที่เกี่ยวข้องในหลายระดับ เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีต่อไป

2. ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุ้มครองที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ระบบบริการสุขภาพ และบริบททางสังคม ซึ่งมีความเชื่อมโยงและส่งผลต่อกันอย่างซับซ้อน การทำความเข้าใจภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรนี้จึงควรอาศัยกรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (Ecological framework) ที่อธิบายปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล (Individual) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) ชุมชนและองค์กร (Community and organizational) ไปจนถึงระดับนโยบายและสังคม (Policy and societal level) ซึ่งมีอิทธิพลร่วมกันต่อพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาพจิต และผลลัพธ์ด้านการรักษาของเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี⁽²⁴⁾

2.1 ปัจจัยระดับบุคคล (Individual level)

ระดับบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เด็กและวัยรุ่นกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรัง การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด และความกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาในระยะยาว ความรับผิดชอบดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ความเหนื่อยล้าจากการรักษา (Treatment fatigue) และส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา ซึ่งล้วนสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า^(2,6,8,10) นอกจากปัจจัยด้านโรคแล้ว ปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ความนับถือตนเองต่ำ การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความสามารถในการจัดการอารมณ์ และความหวังต่ออนาคต ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการปรับตัวของวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เด็กและวัยรุ่นที่สามารถปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตร่วมกับโรค มีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological resilience) มักมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ขาดปัจจัยคุ้มครองดังกล่าว^(6,11) นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพยังเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างชัดเจน หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม และความร่วมมือในการรักษา มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพทางจิตในเด็กและวัยรุ่น^(14-15,25-28)

2.2 ปัจจัยระดับครอบครัว (Family level)

ครอบครัวเป็นบริบททางสังคมที่ใกล้ชิดที่สุดและมีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการ สุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น โดยความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดระหว่างเด็กกับผู้ปกครองหรือผู้ดูแล การสื่อสารภายในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ล้วนเป็นปัจจัยคุ้มครองที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัว ลดความเครียด และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในทางกลับกันความขัดแย้งภายในครอบครัว การขาดผู้ดูแล หรือการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอ อาจเพิ่มความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี^(6,8,11) ในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล การสื่อสารภายในครอบครัวที่เปิดกว้าง การมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลรักษา เป็นปัจจัยคุ้มครองที่ช่วยลดความเครียด ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในทางตรงกันข้ามความขัดแย้งภายในครอบครัว การสูญเสียบุคคลสำคัญ การขาดผู้ดูแล หรือปัญหาทางเศรษฐกิจ ล้วนสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า^(6,8)

2.3 ปัจจัยระดับโรงเรียนและเพื่อน (School and peer level)

ในช่วงวัยรุ่น โรงเรียนและกลุ่มเพื่อนเป็นบริบทสำคัญของการพัฒนาทางสังคม การได้รับการยอมรับจากเพื่อน การมีความสัมพันธ์ที่ดีในโรงเรียน และการได้รับการสนับสนุนจากครู เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเปราะบางต่อภาวะซึมเศร้า ในทางกลับกันการถูกรังแก การถูกตีตรา หรือการเลือกปฏิบัติจากสถานะการติดเชื้อเอชไอวี อาจนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดคุณค่าในตนเอง และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า^(6,12)

โดยสรุป ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุ้มครองที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและผลลัพธ์ของการรักษา แม้ว่าปัจจัยบางประการจะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่พฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมและพัฒนาได้ ดังนั้น การทำความเข้าใจกรอบแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบแนวทางส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ

3. กรอบแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และคงไว้ซึ่งสุขภาพะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁽²⁹⁾ สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญมากกว่าการควบคุมโรค เนื่องจากยังส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัว สุขภาพจิต ความร่วมมือในการรักษา และคุณภาพชีวิตในระยะยาว^(6,24) หลักฐานจากการศึกษาหลายฉบับพบว่า การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ การนอนหลับที่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ล้วนมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและการส่งเสริมสุขภาพทางจิตในเด็กและวัยรุ่น^(14-15,25,27-28) เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ Health Promotion Model (HPM) ของ Pender เป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างแพร่หลาย โดยอธิบายว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะเฉพาะของบุคคล ประสบการณ์เดิม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรม ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) อิทธิพลระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการตัดสินใจและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ⁽²⁹⁾ เมื่อประยุกต์ใช้กับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี กรอบแนวคิดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กหรือวัยรุ่นเพียงลำพัง แต่ควรส่งเสริมความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ควบคู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน โรงเรียน และบุคลากรสุขภาพ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว^(6,24,29)

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรม การดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

4. องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้ว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายระดับ ทั้งด้านชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม^(6,24) แต่ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable factors) โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors) มีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้า⁽²⁹⁾ เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ การควบคุมการอักเสบของร่างกาย ความสามารถในการกำกับการอารมณ์ การเผชิญปัญหาและความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological resilience)^(14-15,25,27-28) ตลอดจนส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและคุณภาพชีวิตในระยะยาว^(6,24) เมื่อสังเคราะห์หลักฐานจากงานวิจัยและแนวปฏิบัติในปัจจุบัน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าไม่ได้เกิดขึ้นจากพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหลายด้านร่วมกัน ซึ่งแต่ละองค์ประกอบส่งเสริมและเกื้อหนุนกัน ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยองค์ประกอบที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนอย่างชัดเจน ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ

การนอนหลับอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม ความร่วมมือในการรักษา และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แม้แต่องค์ประกอบจะมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน แต่ล้วนมีเป้าหมายร่วมกันคือการเสริมสร้างสุขภาพทางจิต ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มศักยภาพในการปรับตัวของเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี^(14-15,24,29) ทั้งนี้ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควรดำเนินการอย่างบูรณาการ โดยคำนึงถึงบริบทของเด็ก ครอบครัว โรงเรียน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต^(24,29)

จากการสังเคราะห์องค์ความรู้ จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพไม่ควรถูกมองเป็นเพียงกิจกรรมเสริมของการรักษาโรคเอชไอวี แต่ควรได้รับการพิจารณาเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และส่งผลต่อทั้งมิติทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม การพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจึงควรมุ่งเน้นการส่งเสริมองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพอย่างครอบคลุม โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล

4.1 การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ (Regular physical activity)

การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นได้ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้เด็กและวัยรุ่นอายุ 5 - 17 ปี มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักอย่างน้อย 60 นาทีต่อวัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การมีกิจกรรมทางกายยังช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกาย คุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมทางสังคม^(6,15) หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ถ้อยแถลงพบว่าการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง โดยมีกลไกสำคัญ ได้แก่ การกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท การเพิ่มระดับ Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) การลดการอักเสบ และการปรับสมดุลการตอบสนองต่อความเครียด นอกจากนี้ ยังช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า⁽¹⁵⁾

จากการสังเคราะห์หลักฐาน จะเห็นได้ว่า การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากส่งผลต่อทั้งมิติทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

4.2 การนอนหลับอย่างเพียงพอและมีคุณภาพ (Adequate and quality sleep)

การนอนหลับเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโต การทำงานของสมอง และการควบคุมอารมณ์ในเด็กและวัยรุ่น องค์การอนามัยโลกและผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การนอนหลับแนะนำให้เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมีระยะเวลาการนอนหลับที่เหมาะสมตามช่วงวัย เนื่องจากการนอนหลับที่เพียงพอช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ ความจำ และสุขภาพทางจิต ขณะที่การนอนหลับไม่เพียงพอหรือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และปัญหาพฤติกรรมในวัยรุ่น⁽³⁰⁻³¹⁾ หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการนอนหลับที่มีคุณภาพช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า โดยมีกลไกสำคัญ ได้แก่ การรักษาสมดุลของสารสื่อประสาท การควบคุมการทำงานของแกน Hypothalamic–Pituitary–Adrenal (HPA) axis การลดการอักเสบของร่างกาย และการส่งเสริมการทำงานของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกำกับอารมณ์⁽³⁰⁻³¹⁾ สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ปัญหาการนอนหลับอาจเกิดจากความเครียด ผลข้างเคียงของยา หรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและลดคุณภาพชีวิต⁽⁶⁾

การส่งเสริมสุขอนามัยการนอน (Sleep hygiene) เช่น การเข้านอนและตื่นนอนให้เป็นเวลา ลดการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ก่อนนอน และจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการนอน เป็นแนวทางที่ช่วยพัฒนาคุณภาพการนอนและสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นได้⁽³⁰⁻³¹⁾

จากการสังเคราะห์หลักฐาน จะเห็นได้ว่า การนอนหลับอย่างเพียงพอและมีคุณภาพเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากส่งผลต่อทั้งการทำงานของสมอง การควบคุมอารมณ์ และความสามารถในการเผชิญความเครียด จึงควรเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

4.3 การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการ (Healthy nutrition)

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่สมองและระบบประสาทยังคงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ เช่น การบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี ปลา และอาหารที่อุดมด้วยกรดไขมันโอเมกา-3 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ขณะที่การบริโภคอาหารแปรรูปและอาหารที่มีน้ำตาลหรือไขมันอิ่มตัวสูงสัมพันธ์กับความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น⁽³²⁾ กลไกที่อธิบายความสัมพันธ์ดังกล่าว ได้แก่ การได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการสังเคราะห์สารสื่อประสาท เช่น เซโรโทนินและโดปามีน การลดภาวะอักเสบและภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative stress) รวมทั้งการส่งเสริมสมดุลของจุลินทรีย์ในลำไส้ (Gut microbiota) ซึ่งมีบทบาทต่อการทำงานของแกนลำไส้-สมอง (Gut-brain axis) และการควบคุมอารมณ์⁽³²⁾ สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การได้รับโภชนาการที่เหมาะสมมีความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากช่วยสนับสนุนการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน การเจริญเติบโต และการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อีกทั้งยังอาจช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากการสังเคราะห์หลักฐาน ผู้เขียนเห็นว่า การส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีคุณภาพควรเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยควรมุ่งเน้นการส่งเสริมรูปแบบการบริโภคอาหารที่สมดุลและเหมาะสมกับวัย ควบคู่กับการดูแลด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

4.4 การจัดการความเครียดและการกำกับอารมณ์ (Stress management and emotional regulation)

การจัดการความเครียดและการกำกับอารมณ์เป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น เนื่องจากเป็นทักษะที่ช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ ประเมิน และตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม ลดการสะสมของความเครียดและอารมณ์เชิงลบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีซึ่งต้องเผชิญกับความเครียดจากการเจ็บป่วย การรับประทานยาต่อเนื่อง และการตีตราทางสังคม⁽⁶⁾ หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถักพบว่าการส่งเสริมการจัดการความเครียดและการกำกับอารมณ์สามารถลดระดับความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลไกสำคัญคือการพัฒนาความสามารถในการกำกับอารมณ์ (Emotion regulation) การปรับมุมมองต่อสถานการณ์ (Cognitive reappraisal) และการใช้ทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Adaptive coping) ซึ่งช่วยลดการตอบสนองต่อความเครียดและส่งเสริมความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological resilience)⁽³³⁾ แนวทางที่เหมาะสมสำหรับเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ การฝึกสติ (Mindfulness) การฝึกผ่อนคลาย การฝึกหายใจ การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และการฝึกทักษะการกำกับอารมณ์ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทั้งในครอบครัว โรงเรียน และสถานบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์และลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า⁽³⁴⁾

จากการสังเคราะห์หลักฐาน จะเห็นได้ว่า การจัดการความเครียดและการกำกับอารมณ์เป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากช่วยเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ลดผลกระทบของอารมณ์เชิงลบ และส่งเสริมสุขภาวะทางจิต ดังนั้น การพัฒนาทักษะดังกล่าวควรเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

4.5 การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม (Healthy digital media use)

การใช้สื่อดิจิทัลเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตเด็กและวัยรุ่นในปัจจุบัน และมีทั้งประโยชน์และผลกระทบต่อสุขภาพจิต ขึ้นอยู่กับระยะเวลา วัตถุประสงค์ และรูปแบบการใช้งาน หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การใช้สื่อดิจิทัลหรือสื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป โดยเฉพาะการใช้งานที่มีลักษณะเสพติด การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น หรือการได้รับเนื้อหาเชิงลบ มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และสุขภาวะทางจิตที่ลดลงในเด็กและวัยรุ่น⁽³⁵⁾ ความสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดผ่านหลายกลไก ได้แก่ การรบกวนคุณภาพการนอนหลับ การลดกิจกรรมทางกาย การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น (Social comparison) การแสวงหาการยอมรับจากผู้อื่น (Feedback seeking) และการถูกกลั่นแกล้งทางออนไลน์ (Cyberbullying) ซึ่งส่งผลต่อการกำกับอารมณ์และเพิ่มความเปราะบางต่อภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม การใช้สื่อดิจิทัลเพื่อการเรียนรู้ การติดต่อสื่อสาร และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสมสามารถส่งเสริมสุขภาวะทางจิตและลดความรู้สึกโดดเดี่ยวได้เช่นกัน⁽³⁵⁾ สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสมอาจเป็นช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การติดตามการรักษา และการได้รับกำลังใจจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายกัน อย่างไรก็ตาม ควรส่งเสริมการใช้สื่ออย่างสมดุล โดยจำกัดระยะเวลาการใช้งานที่ไม่จำเป็น เลือกเนื้อหาที่เหมาะสม และส่งเสริมกิจกรรมออฟไลน์ควบคู่กัน เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต⁽³⁶⁾

จากการสังเคราะห์หลักฐาน ผู้เขียนเห็นว่า การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยควรมุ่งเน้นการใช้สื่ออย่างมีคุณภาพและสมดุล มากกว่าการจำกัดระยะเวลาการใช้งานเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ การส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล (Digital literacy) และการกำกับดูแลที่เหมาะสมจากครอบครัว โรงเรียน และบุคลากรสุขภาพ จะช่วยให้เด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีสามารถใช้สื่อดิจิทัลได้อย่างปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพจิต

4.6 ความร่วมมือในการรักษาและการดูแลตนเอง (Treatment adherence and self-care)

ความร่วมมือในการรักษาและการดูแลตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การมาตรวจตามนัด และการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ช่วยควบคุมปริมาณเชื้อ ลดการดำเนินของโรค และส่งเสริมคุณภาพชีวิต^(2,10) นอกจากนี้ การปฏิบัติตามแผน การรักษาอย่างต่อเนื่องยังสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ขณะที่ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามักมีแนวโน้มไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่า ทำให้เกิดวงจรที่ส่งผลเสียทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต⁽³⁷⁾ หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิमानพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัว ขณะที่ภาวะซึมเศร้า การติตราทางสังคม ผลข้างเคียงของยา และการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาสไม่ปฏิบัติตามการรักษาประมาณ 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า⁽³⁷⁾

จากการสังเคราะห์หลักฐาน ผู้เขียนเห็นว่า ความร่วมมือในการรักษาและการดูแลตนเองไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยที่ช่วยควบคุมโรคเอชไอวี แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การส่งเสริม

ความร่วมมือในการรักษาควรดำเนินควบคู่กับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลตนเอง รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาและคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

4.7 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน โรงเรียน และบุคลากรสุขภาพ ช่วยให้เด็กและวัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตร่วมกับโรค ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ลดการตีตราทางสังคม และเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตและความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น^(6,24) หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอมีความสัมพันธ์กับการลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological resilience) ในวัยรุ่น โดยเฉพาะการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียน (School belonging) และการได้รับการยอมรับจากเพื่อน ซึ่งช่วยลดผลกระทบของความเครียดและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁸⁾ สำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยลดผลกระทบจากการตีตรา (HIV-related stigma) ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า^(12,37)

จากการสังเคราะห์หลักฐาน จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากช่วยลดผลกระทบของความเครียด เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โรงเรียน บุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายเพื่อน ควรเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้อย่างยั่งยืน

โดยสรุป จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับที่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งล้วนส่งเสริมสุขภาพจิต ลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น การนำองค์ประกอบเหล่านี้ไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน จึงมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

5. แนวทางการประยุกต์ใช้สำหรับบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

การป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เนื่องจากสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมหลายระดับ^(6,16,24) การดำเนินงานอย่างบูรณาการจึงมีความสำคัญต่อการสร้างปัจจัยคุ้มครองและลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า^(12,16,24)

5.1 แนวทางการประยุกต์ใช้สำหรับบุคลากรสุขภาพ

บุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสู่การปฏิบัติ โดยควรบูรณาการการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การประเมินปัจจัยเสี่ยง และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับที่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด

การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ควบคู่กับการดูแลรักษาโรคเอชไอวี^(16,23) โดยควรดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและประเมินปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมอย่างสม่ำเสมอ⁽²³⁾ รวมทั้งให้คำปรึกษาและติดตามภาวะสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง^(16,23) การสื่อสารที่ไม่ดีตรา การรักษาความลับ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับเด็กและวัยรุ่น จะช่วยส่งเสริมความไว้วางใจและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต นอกจากนี้ บุคลากรสุขภาพควรมีบทบาทในการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม^(14-15,29) และประสานการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเมื่อพบปัญหาที่ซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง⁽²³⁾

5.2 แนวทางการประยุกต์ใช้สำหรับครอบครัว

ครอบครัวเป็นปัจจัยคุ้มครองที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งต่อสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี^(6,16,24) การได้รับความรัก ความเข้าใจ และการยอมรับจากผู้ดูแลช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ความภาคภูมิใจในตนเอง และความสามารถในการเผชิญปัญหา^(16,24) ผู้ดูแลควรเปิดโอกาสให้เด็กและวัยรุ่นสามารถสื่อสารความรู้สึก ความกังวล และปัญหาต่างๆ ได้อย่างอิสระโดยไม่ถูกตำหนิหรือกล่าวโทษ^(16,23) รวมทั้งสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การนอนหลับที่เพียงพอ การออกกำลังกาย และการเข้ารับบริการตามนัด การเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพจิตจึงเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะยาว^(16,24,29)

5.3 แนวทางการประยุกต์ใช้สำหรับโรงเรียน

โรงเรียนเป็นสภาพแวดล้อมที่เด็กและวัยรุ่นใช้เวลาอยู่เป็นส่วนใหญ่ จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและลดการตีตราที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี^(16,24,38) โรงเรียนควรส่งเสริมบรรยากาศแห่งความปลอดภัย ความเท่าเทียม และการเคารพในความแตกต่างของบุคคล พร้อมทั้งมีมาตรการป้องกันการกลั่นแกล้งและการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ⁽²⁵⁾ ครูและบุคลากรทางการศึกษาควรมีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้า⁽²³⁾ สามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม และผลการเรียนของนักเรียนได้อย่างเหมาะสม^(17,23) รวมทั้งสนับสนุนการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือทางจิตสังคมเมื่อจำเป็น⁽¹⁶⁾

5.4 แนวทางการประยุกต์ใช้สำหรับชุมชน

ชุมชนมีบทบาทในการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะการลดการตีตราและสร้างการยอมรับในสังคม^(12,16,24) การพัฒนาเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต และกลุ่มช่วยเหลือทางสังคม สามารถช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มโอกาสในการมีส่วนร่วมของเด็กและวัยรุ่นในชุมชนได้^(16,24) ชุมชนที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวีและสุขภาพจิตสามารถทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ช่วยให้เด็กและวัยรุ่นรู้สึกมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่^(16,24)

โดยสรุป การป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีควรอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปราศจากการตีตรา และส่งเสริมการมีสุขภาพทางจิตที่ดี การใช้ภาษาที่เคารพศักดิ์ศรี การรับฟังอย่างไม่ตัดสิน และการรักษาความลับของผู้รับบริการ เป็นหลักการพื้นฐานที่ควรได้รับการส่งเสริมในทุกระดับของการดูแล เพื่อให้เด็กและวัยรุ่นสามารถเติบโตและดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและศักดิ์ศรีในสังคม

สรุป

ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา สังคม และพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าการเป็นผลจากการติดเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียว จากการสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable factor) และมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การนอนหลับที่เพียงพอ โภชนาการที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การใช้สื่อดิจิทัล

อย่างเหมาะสม ความร่วมมือในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ล้วนมีส่วนช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมสุขภาพทางจิตของเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

จะเห็นว่า การป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการคัดกรองหรือรักษาผู้ที่มีอาการเท่านั้น แต่ควรปรับแนวคิด ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างปัจจัยคุ้มครองทางจิตสังคมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยบูรณาการการดำเนินงาน ร่วมกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพจิตและ คุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ยังควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติและกำหนด นโยบายด้านสุขภาพจิตสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการประยุกต์ใช้

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และมีบทบาทสำคัญ ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ดังนั้น การนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ควรมุ่งเน้น การบูรณาการการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเข้ากับระบบบริการสุขภาพและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ดังนี้

1.1 คลินิกเอชไอวีและหน่วยบริการสุขภาพ ควรบูรณาการการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อ การทำร้ายตนเองเข้ากับการติดตามรักษาตามปกติ พร้อมทั้งประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ โภชนาการ การจัดการความเครียด และความร่วมมือในการรักษา เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลและ ให้คำปรึกษาได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

1.2 บุคลากรสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุน โดยบูรณาการการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การนอนหลับที่เพียงพอ โภชนาการที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การใช้สื่อดิจิทัลอย่างเหมาะสม การสนับสนุนทางสังคม และการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากองค์ประกอบเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ จึงควรออกแบบให้เหมาะสมกับ ช่วงวัยและบริบททางสังคมวัฒนธรรมของเด็กและวัยรุ่นไทย

1.3 ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ควรมีบทบาทร่วมกันในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและปราศจาก การตีตรา ส่งเสริมการยอมรับความแตกต่าง สนับสนุนการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง บริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างปัจจัยคุ้มครองและลดความเปราะบางทางจิตสังคมของเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในบริบทประเทศไทยค่อนข้างจำกัด ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงติดตาม (Longitudinal study) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าในระยะยาว รวมทั้งการวิจัย เปรียบเทียบหรือกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของ ประเทศไทย โดยประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านภาวะซึมเศร้า ความร่วมมือในการรักษา คุณภาพชีวิต และความยืดหยุ่นทางจิตใจ เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและนโยบายด้านสุขภาพจิตสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS update 2024: the urgency of now [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2024 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024>
2. Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of Children Living with HIV. Special considerations for antiretroviral therapy use in adolescents with HIV [Internet]. Bethesda (MD): Clinicalinfo.HIV.gov; 2025 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv/specific-considerations-antiretroviral-therapy-use-adolescents-hiv>
3. UNICEF. HIV and adolescents: global overview [Internet]. New York: UNICEF; 2024 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people/>
4. World Health Organization. Adolescent mental health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
5. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Zhan S, Ouyang F, Zhai W, Yang H. Prevalence of mental disorders among young people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2024;12:1392872. doi:10.3389/fpubh.2024.1392872.
7. Ayano G, Demelash S, Abraha M, Tsegay L. The prevalence of depression among adolescents with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Res Ther*. 2021;18:23. doi:10.1186/s12981-021-00351-1
8. Chantaratin S, Trimetha K, Werarak P, Lapphra K, Maleesatharn A, Rungmaitree S, et al. Depression and anxiety in youth and young adults living with HIV: frequency and associated factors in Thai setting. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2022;21:23259582221101811. doi:10.1177/23259582221101811.
9. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี พ.ศ. 2567 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=17055
10. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Adherence to the continuum of care [Internet]. Bethesda (MD): Clinicalinfo.HIV.gov; 2024 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/adherence-continuum-care>
11. Dessauvage AS, Jörens-Presentati A, Napp AK, Stein DJ, Jonker D, Breet E, et al. The prevalence of mental health problems in sub-Saharan adolescents living with HIV: a systematic review. *Glob Ment Health (Camb)*. 2020;7:e29. doi:10.1017/gmh.2020.18.
12. Mugo C, Pao M, Lee S, Kay ES, Gwadz M, Kapogiannis B, et al. Effect of HIV stigma on depressive symptoms, treatment adherence, and viral suppression among youth with HIV. *AIDS*. 2023;37(5):813-21. doi:10.1097/QAD.0000000000003473.
13. Robinson A, Cooney A, Fassbender C, McGovern DP. Examining the relationship between HIV-related stigma and the health and wellbeing of children and adolescents living with HIV: a systematic review. *AIDS Behav*. 2023;27(9):3133-49. doi:10.1007/s10461-023-04034-y.

14. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
15. Biddle SJH, Ciacconni S, Thomas G, Vergeer I. Physical activity and mental health in children and adolescents: an updated review of reviews and an analysis of causality. *Psychol Sport Exerc.* 2019;42:146-55. doi:10.1016/j.psychsport.2018.08.011.
16. World Health Organization. Integrating psychosocial interventions and support into HIV services for adolescents and young adults [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071476>
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
18. National Institute of Mental Health. Depression [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Mental Health; 2024 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
19. Fonseca-Pedrero E, Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Al-Halabí S, Lucas-Molina B, Debbané M. Youth screening depression: validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. *Psychiatry Res.* 2023;328:115486. doi:10.1016/j.psychres.2023.115486.
20. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry.* 2008;8:46. doi:10.1186/1471-244X-8-46.
21. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadukul R. Validation of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) in adolescent psychiatric patients. *International journal of child development and mental health.* 2020;8(1):30-40.
22. Cho Y, Lee EH, Hong SH, Joung YS, Kim JH. Reliability and validity of the Korean version of the Children's Depression Inventory 2 Short Version as a screening tool: a comparison with the standard 28-item version. *Psychiatry Investig.* 2022;19(1):54-60. doi:10.30773/pi.2021.0296.
23. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics.* 2018;141(3):e20174081. doi:10.1542/peds.2017-4081.
24. Denison JA, Willis K, DeLong SM, Bandeen-Roche K, Duncombe C, Nsakala B, et al. Advancing adolescent and young adult HIV prevention and care and treatment through use of multi-level theories and frameworks: a scoping review and adapted HIV ecological framework. *AIDS Behav.* 2024;28(5):1694-707. doi:10.1007/s10461-023-04255-1.
25. Office of the Surgeon General (US). Social media and youth mental health: the U.S. Surgeon General's advisory [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2023 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/youth-mental-health/social-media/index.html>
26. Lehtimäki S, Martic J, Wahl B, Foster KT, Schwalbe N. Evidence on digital mental health interventions for adolescents and young people: systematic overview. *JMIR Ment Health.* 2021;8(4):e25847. doi:10.2196/25847.

-
27. Chai R, Bian W-J. Adolescent sleep and its disruption in depression and anxiety. *Front Neurosci.* 2024;18:1479420. doi:10.3389/fnins.2024.1479420.
 28. Bacaro V, Miletic K, Crocetti E. A meta-analysis of longitudinal studies on the interplay between sleep, mental health, and positive well-being in adolescents. *Int J Clin Health Psychol.* 2024;24(1):100424. doi:10.1016/j.ijchp.2023.100424.
 29. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice.* 8th ed. Hoboken (NJ): Pearson; 2022.
 30. Morales-Muñoz I, Gregory AM. Sleep and mental health problems in children and adolescents. *Sleep Med Clin.* 2023;18(2):245–54. doi:10.1016/j.jsmc.2023.01.006.
 31. Lam LT, Lam MK. Sleep disorders in early childhood and the development of mental health problems in adolescents: a systematic review of longitudinal and prospective studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(22):11782. doi:10.3390/ijerph182211782.
 32. Campisi SC, Zasowski C, Shah S, Bradley-Ridout G, Madigan S, Szatmari P, Korczak DJ. Do healthy dietary interventions improve pediatric depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Adv Nutr.* 2021;12(6):2495–507. doi:10.1093/advances/nmab088.
 33. Ng TJ, Ling J, Robbins LB, Kao TSA. Stress management interventions among U.S. high school adolescents: a meta-analysis. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2024;30(2):252–78. doi:10.1177/10783903231161608.
 34. Binder F, Mehl R, Resch F, Kaess M, Koenig J. Interventions based on acceptance and commitment therapy for stress reduction in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychopathology.* 2024;57(3):202–18. doi:10.1159/000535048.
 35. Saleem N, Young P, Yousuf S. Exploring the relationship between social media use and symptoms of depression and anxiety among children and adolescents: a systematic narrative review. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2024;27(11):771–97. doi:10.1089/cyber.2023.0456.
 36. Alfredson QD, Garimella A, Kerr B, Moreno MA. Systematic review of studies measuring social media use and depression, anxiety, and psychological distress in adolescents: 2018–2020. *WMJ.* 2024;123(6):578–88.
 37. Saenjun P, Vongsirimas N, Klainin-Yobas P. Factors influencing antiretroviral therapy adherence among youth living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2025;25:4213. doi:10.1186/s12889-025-25357-6.
 38. Hysaj M, Crone MR, Kieft JC, Vermeiren RRJM. Social factors that promote resilience in adolescents with depression: a systematic review. *Eur J Public Health.* 2024;34(Suppl 3):ckae144.2238. doi:10.1093/eurpub/ckae144.2238.