

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV คลินิก ARV โรงพยาบาลจตุรัส

ภก.อรรถเดช ดอนฉิมพลี เกสัชกรชำนาญการ

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลจตุรัส จ.ชัยภูมิ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์

ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่มีความชุกสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-4 เท่า ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสอันเป็นปัจจัยหลักต่อความสำเร็จในการรักษา ระยะยาว การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1.ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV
- 2.เพื่อประเมินความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย HIV

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอก ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 157 คน ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2568 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์พหุตัวแปร

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง ในบริบทการศึกษานี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน อายุเฉลี่ย 49.22 ± 11.12 ปี และอยู่ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระยะยาว ระยะเวลาเริ่มยาต้านไวรัสเฉลี่ย 12.25 ± 5.61 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสดีมาก โดยมี ค่าเฉลี่ยความต่อเนื่อง อยู่ที่ 94.92% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.97) ซึ่งเกือบแตะเกณฑ์มาตรฐานการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (95%)

เมื่อจำแนกตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุด ร้อยละ 71.34 ขณะที่ร้อยละ 28.66 มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง สูง และรุนแรงพบในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ (รวมกันประมาณ 4.46%)

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ($\geq 95\%$) สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึ่มเศร้าน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR = 0.08, $p = 0.006$) การสนับสนุนจากครอบครัว มีผลช่วยปกป้องอย่างชัดเจนที่สุด (Adjusted OR = 0.04, $p = 0.012$) สถานภาพสมรส (มีคู่/สมรส) มีโอกาสเกิดภาวะซึ่มเศร้าน้อยกว่ากลุ่มอื่น (Adjusted OR = 0.29, $p = 0.018$) เมื่อเทียบกับกลุ่ม อ้างอิง (เช่น โสด/หย่าร้าง/หม้าย) การรับรู้การตีตรา เพิ่มความเสี่ยงสูงที่สุดถึง 5.77 เท่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.014$) เพศชาย มีความเสี่ยงเกิดภาวะซึ่มเศร้ามากกว่าเพศหญิง 3.17 เท่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.027$)

สรุปผล

ผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึ่มเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV พบว่ามีความสัมพันธ์แบบสองทิศทาง ที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ($\geq 95\%$) สามารถลดโอกาสเกิดภาวะซึ่มเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 92 ในทางกลับกัน ภาวะซึ่มเศร้าคือตัวแปรหลักที่ทำให้ลายพฤติกรรม การดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ สิ้นหวัง หรือหลงลืม จนนำไปสู่การละเลยการกินยา และยังพบว่าความชุกของภาวะซึ่มเศร้าที่สูงถึง 1 ใน 3 (ร้อยละ 28.66) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป ยืนยันว่าไม่ใช่ปัญหาส่วนบุคคล แต่เป็นปัญหาเชิงระบบสาธารณสุขระดับประเทศที่ต้องแก้ไขไปพร้อมกัน

คำสำคัญ ภาวะซึ่มเศร้า, ยาต้านไวรัส, เอ็ดส์ ,ความร่วมมือในการใช้ยา

Association between Depression and adherence to use of Antiretroviral agents in HIV Patients at the ARV Clinic, Chatturat Hospital.

Attadate Donchimplee, Pharmacist Specialist,
Pharmacy and Consumer Protection Group, Chaturat Hospital, Chaiyaphum Province

Abstract

Objectives: Depression among people living with HIV is a major mental health issue, with a prevalence 2 to 4 times higher than that of the general population. It directly affects adherence to antiretroviral therapy (ART), which is a key determinant of long-term treatment success. This cross-sectional analytical study aimed to:

- 1) investigate the relationship between depression and ART adherence among HIV-infected patients, and
- 2) assess the prevalence of depression within this patient population.

Materials and Methods: A cross-sectional analytical study was conducted among HIV-infected outpatients at the Antiretroviral Clinic of Chatturat Hospital, Chaiyaphum Province. Data were collected from a sample of 157 participants between December 1, 2025, and February 28, 2026. The research instruments consisted of structured interview questionnaires designed to assess depression levels and ART adherence. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate inferential statistics to determine independent associations.

Results: The demographic characteristics of the sample in this study context were predominantly middle-aged, with a mean age of 49.22 ± 11.12 years, and they were on long-term antiretroviral therapy (ART). The mean duration since initiating ART was 12.25 ± 5.61 years. Most participants demonstrated excellent ART adherence, with a mean continuous adherence rate of 94.92% (SD = 6.97), which nearly reached the clinical benchmark for effective treatment (95%).

When categorized by the severity of depression, the majority of the sample did not report severe mental health issues. Patients without depression constituted the largest group at 71.34%,

while 28.66% experienced depression ranging from mild to severe. However, the proportions of moderate, high, and severe depression were relatively low, collectively accounting for approximately 4.46%.

Good ART adherence ($\geq 95\%$) was significantly associated with a lower likelihood of developing depression (Adjusted OR = 0.08, $p = 0.006$). Family support emerged as the most distinct protective factor (Adjusted OR = 0.04, $p = 0.012$). Married individuals or those living with a partner had a lower risk of depression (Adjusted OR = 0.29, $p = 0.018$) compared to the reference group (e.g., single/divorced/widowed). Conversely, perceived stigma significantly increased the risk of depression by the highest margin of 5.77 times ($p = 0.014$). Finally, males were 3.17 times more likely to experience depression than females, a finding that was also statistically significant ($p = 0.027$).

Conclusion: The findings demonstrate a bi-directional relationship between depression and ART adherence, with each significantly impacting the other. Maintaining consistent medication adherence ($\geq 95\%$) can reduce the likelihood of developing depression by up to 92%. On the other hand, depression acts as a primary variable that disrupts self-care behaviors, leading to a loss of motivation, hopelessness, or forgetfulness, which ultimately results in medication non-adherence. Furthermore, the high prevalence of depression, affecting nearly 1 in 3 patients (28.66%), reinforces that this is not merely an individual issue but a systemic public health challenge that requires integrated intervention.

Keywords: Depression, Antiretroviral therapy, HIV/AIDS, Medication adherence

ความสำคัญ

สถานการณ์ปัญหาเอดส์ประเทศไทย การแพร่ระบาดของ HIV ในประเทศไทย ดำเนินมาเป็นระยะเวลานานกว่า 35 ปี นับตั้งแต่พบ ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นชาวไทยรายแรกของประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2527 โดยผ่านช่วงการระบาดสูงสุดในช่วงทศวรรษ พ.ศ. 2531 - 2540 และเริ่มลดลงในปัจจุบัน แต่การติดเชื้อ HIV ยังคงสูงอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีดและประชากรที่มีภาวะเปราะบาง ได้แก่ คู่ของประชากรหลักและผู้ติดเชื้อ HIV ประชากรข้ามชาติที่มีภาวะเสี่ยงสูงและผู้ต้องขัง⁽¹⁾

สำหรับประเทศไทยโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มต้นจัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 เป็นต้นมา ปัจจุบันอยู่ในความดูแลตามสิทธิของผู้ป่วย ข้อมูลจากศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีแห่งประเทศไทย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV INFO HUB)⁽²⁾ ณ สิ้นปี 2567 ระบุว่าผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 565,598 คน กำลังกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ 495,813 คน ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ในปี 2567 จำนวน 9,067 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 8,124 คน โดยระบุว่าผู้ติดเชื้อที่รู้สถานะและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มี 92 % โดยมีผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านเอชไอวีกิดไวรัสสำเร็จ 98 % อีก 2 % ล้มเหลว

สำหรับโรงพยาบาลจตุรรมมีผู้ป่วยในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ณ สิ้นปี 2567 กำลังกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ 200 คน ผู้ป่วยเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ในปี 2567 จำนวน 5 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 2567 จำนวน 11 คน โดยมีผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านเอชไอวีกิดไวรัสสำเร็จ 98 % อีก 2 % ล้มเหลว ในคลินิกมีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและประเมินภาวะซึมเศร้าในคลินิกเป็นประจำ ผู้ป่วยส่วนมากให้ความร่วมมือการใช้ยา แต่ยังพบคนที่ล้มเหลวจากการใช้ยาในจำนวนนี้พบเชื้อดื้อยา โดยปี 2565 จำนวน 2 คน ปี 2566 จำนวน 1 คน ปี 2567 จำนวน 2 คน ต้องปรับสูตรยา ใช้ยาที่มีราคาแพงขึ้น บริหารยากขึ้น แพร่เชื้อได้ ไม่เป็นไปตามหลัก "Undetectable = Untransmittable" และเสี่ยงที่จะล้มเหลวอีกในอนาคต

หนึ่งในสาเหตุของความล้มเหลวของการใช้ยาต้านเอชไอวีกิดไวรัสไม่สำเร็จที่เป็นที่ยอมรับกันคือการใช้ยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ "เกือบสมบูรณ์แบบ" หรือ อย่างน้อยร้อยละ 95 เป็นเกณฑ์มาตรฐานที่มักอ้างถึงเพื่อให้การรักษาได้ผลดีที่สุดและยับยั้งการเพิ่มจำนวนไวรัส แม้ว่ายาต้านไวรัสรุ่นใหม่จะมีประสิทธิภาพมากขึ้นและอาจต้องการระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ต่ำกว่าได้ถึงร้อยละ 80-85 เพื่อยับยั้งไวรัส แต่ระดับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีร้อยละ 95 นั้นสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่า⁽³⁾ และ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ HIV พบมากกว่าคนทั่วไปที่ประมาณ 2-4 เท่า⁽⁴⁾ และมีผลให้พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะลดลง⁽⁵⁾

ดังนั้นคลินิกจึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส เอชไอวี ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร เพื่อนำไปใช้ในการออกแบบระบบบริการผู้ป่วยให้เหมาะสมและคาดหวังในการลดความล้มเหลวในการใช้ยาต้านไวรัสให้เหลือน้อยที่สุด

วิธีการศึกษา

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.แบบสอบถามทั่วไปได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อ การถูกตีตรา การสนับสนุนจากครอบครัว

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) 9 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความเที่ยง (Reliability) และความตรง (Validity) โดยค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) อยู่ที่ประมาณ 0.79 - 0.80 แบบประเมินนี้ถือเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

3. แบบประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บรรจุไว้ในโปรแกรม HIVQUAL-T เพื่อใช้ประเมินความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัส (Drug Adherence) ของผู้ติดเชื้อ

วิธีการประเมิน ใช้รูปแบบการสัมภาษณ์ร่วมกับการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-assessment) โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 เปรียบเทียบจากพฤติกรรมการรับประทานยาที่ผ่านมา ทั้งในแง่ของ "จำนวนเม็ดยา" และ "ความตรงต่อเวลา"

คะแนน 0: หมายถึง ผู้ป่วยไม่ได้มารับประทานยาเลย หรือรับประทานไม่ถูกต้องเลย

คะแนน 100: หมายถึง ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงเวลาทุกครั้ง

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาในแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยให้อายุรแพทย์ประจำคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลจตุรัส จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจทาน

2.ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามทั้งฉบับไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับได้ค่าเท่ากับ 0.6512 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และถือว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่น

2. รูปแบบการศึกษา (Study Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ติดเชื้อ HIV ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

3. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ (Statistical Analysis)

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และความชุกของภาวะซึมเศร้า โดยนำเสนอในรูปของ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate Logistic Regression) ใช้เพื่อวิเคราะห์และหาปัจจัยเดี่ยวที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariable Logistic Regression) ใช้เพื่อวิเคราะห์โอกาสในการเกิดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า โดยทำการควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วย ที่ได้รับการรักษาในคลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลจตุรัส โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับยาต้านไวรัส HIV เป็นระยะเวลา 90 วันขึ้นไป

การคำนวณตัวอย่าง

ด้วยสูตร Cochran (1977)

$$n_0 = (Z^2 \times p \times q) / e^2$$

n_0 = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่า Z-score

p = สัดส่วนประชากร

$q = 1 - p$

e = ความคลาดเคลื่อน

โดย $CL = 95\%$ $Z = 1.96$ $e = 0.05$ $p = 0.5$ $q = 0.5$

$$n_0 = (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5) / 0.05^2$$

$$n_0 = 384.16$$

กรณีทราบจำนวนประชากร (Finite Population Correction)

$$n = n_0 / (1 + ((n_0 - 1) / N))$$

โดย $N=200$

$$n = 384.16 / (1 + (384.16 - 1) / 200) = 131.7511$$

ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 132 คน และเพื่อข้อมูลสูญเสีย 10 % ได้จำนวน ตัวอย่างเท่ากับ 146 คน

หมายเหตุทางวิชาการ สูตร (Finite Population Correction)

ที่ใช้ในโปรแกรมนี้คือสูตรของ Israel (1992) และ Bartlett et al. (2001) ซึ่งใช้ $(n_0-1)/N$ แทนสูตร
ต้นฉบับของ Cochran (1977) ที่ใช้ n_0/N ทั้งสองสูตรยอมรับได้ทางวิชาการและให้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกัน

เก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV

แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส Visual analog scale (VAS) 1 ข้อ

ผลการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV ในคลินิกยาต้าน
ไวรัสเอ็ดส์ โรงพยาบาลจตุรัส ได้ทำการเก็บข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 157 คน จากผู้ป่วยที่มารับ
บริการ โดยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ มีดังนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N = 157)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
อายุ (ปี)	49.22 $\pm$ 11.12
<30 ปี	7 (4.46)
30-39 ปี	26 (16.56)
40-49 ปี	34 (21.66)
50-59 ปี	72 (45.86)
≥ 60 ปี	18 (11.46)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
เพศ	
ชาย	78 (49.68)
หญิง	79 (50.32)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา	1 (0.64)
ประถมศึกษา	22 (14.01)
มัธยมศึกษา	118 (75.16)
อนุปริญญา	2 (1.27)
ปวส./ปวช.	7 (4.46)
ปริญญาตรีขึ้นไป	7 (4.46)
สถานภาพสมรส	
โสด	53 (33.76)
คู่/สมรส	87 (55.41)
หม้าย	5 (3.18)
หย่า	5 (3.18)
แยกกันอยู่	4 (2.55)
อาชีพ	
เกษตรกรรวม	41 (26.11)
ลูกจ้างบริษัท	77 (49.04)
ค้าขาย	15 (9.55)
แม่บ้าน	16 (10.19)
ข้าราชการ	3 (1.91)
อื่น ๆ	5 (3.18)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
<5,000	16 (10.19)
5,000–10,000	44 (28.03)
10,000–30,000	87 (55.41)
>30,000	10 (6.37)
ระยะเวลาหลังเริ่มยาต้านไวรัส (ปี)	12.25 $\pm$ 5.61
การสนับสนุนจากครอบครัว/ชุมชน	
ไม่มี	10 (6.37)
ปานกลาง	82 (52.23)
มาก	65 (41.40)
การรับรู้การตีตรา	
ไม่มี	145 (92.36)
ปานกลาง	10 (6.37)
มาก	2 (1.27)

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 157 ราย พบว่าอายุเฉลี่ย 49.22 ± 11.12 ปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 50–59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.86 รองลงมาคือช่วงอายุ 40–49 ปี (21.66%) และ 30–39 ปี (16.56%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนถึงวัยก่อนสูงอายุ สัดส่วนเพศใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 50.32 และเพศชายร้อยละ 49.68 ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (75.16%) ขณะที่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 4.46 ในด้านสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีคู่หรือสมรส (55.41%) รองลงมาคือโสด (33.76%) อาชีพที่พบมากที่สุดคือลูกจ้างบริษัท (49.04%) และเกษตรกร (26.11%) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000–30,000 บาท (55.41%) ระยะเวลาหลังเริ่มยาต้านไวรัสเฉลี่ย 12.25 ± 5.61 ปี ด้านปัจจัยทางสังคม พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง (52.23%) และร้อยละ 41.40 ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก ขณะที่การรับรู้การตีตราพบในระดับต่ำ โดยร้อยละ 92.36 รายงานว่าไม่มีการรับรู้การตีตรา

ลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง ในบริบทการศึกษานี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน และอยู่ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระยะยาว

ตารางที่ 2 ความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัสและระดับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ) หรือ ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD
ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส (VAS, %)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	94.92 $\pm$ 6.97
<95%	13 (8.28)
$\geq$ 95%	144 (91.72)
ระดับภาวะซึมเศร้า (PHQ-9)	
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	112 (71.34)
ระดับเล็กน้อย	38 (24.20)
ระดับปานกลาง	5 (3.18)
ระดับสูง	1 (0.64)
ระดับรุนแรง	1 (0.64)

จากตารางที่ 2 แสดงผลข้อมูล ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส และ ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส(VAS, %) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสดีมาก โดยมี ค่าเฉลี่ยความต่อเนื่อง อยู่ที่ 94.92% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.97) ซึ่งเกือบแตะเกณฑ์มาตรฐานการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (95%) กลุ่มที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส($\geq$ 95%) มีจำนวนมากที่สุดถึง 144 คน (ร้อยละ 91.72) กลุ่มที่ทานยาไม่สม่ำเสมอ (< 95%): มีจำนวนน้อยเพียง 13 คน (ร้อยละ 8.28)

เมื่อจำแนกตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ไม่มีภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุด มีจำนวน 112 คน (ร้อยละ 71.34) ขณะที่ร้อยละ 28.66 มีภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง สูง และรุนแรงพบในสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ (รวมกันประมาณ 4.46%)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแบบวิเคราะห์ตัวแปรเดียว

(Univariate Logistic Regression)

ตัวแปร	Crude OR	95% CI	p-value
ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ($\geq 95\%$)	0.06	0.01 – 0.22	<0.001*
อายุ ≥ 50 ปี	1.03	0.50 – 2.11	0.942
เพศ (หญิงเทียบชาย)	1.34	0.63 – 2.86	0.405
การศึกษาสูง	0.54	0.15 – 1.99	0.337
คู่/สมรส	0.61	0.30 – 1.25	0.163
รายได้สูง	0.60	0.15 – 2.45	0.517
การสนับสนุนจากครอบครัว	0.08	0.02 – 0.36	0.001*
การรับรู้การตีตรา	5.84	1.74 – 19.60	0.004*

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (Univariate Logistic Regression) เพื่อหา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า กลุ่มที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การรับรู้การตีตรา (Crude OR = 5.84; 95% CI = 1.74 – 19.60; p = 0.004) มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึง 5.84 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่รับรู้หรือรับรู้ต่ำ

กลุ่มที่เป็นลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า คือ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส (95%) (Crude OR = 0.06; 95% CI = 0.01 – 0.22; p < 0.001) ผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสสม่ำเสมอตั้งแต่ 95% ขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลดลงถึง 94% (หรือคิด เป็น 0.06 เท่า) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ และ การสนับสนุนจากครอบครัว (Crude OR = 0.08; 95% CI = 0.02 – 0.36; p = 0.001) ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้ถึง 92% (หรือคิดเป็น 0.08 เท่า)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแบบพหุวิเคราะห์ (Multivariable Logistic Regression)

ตัวแปร	Adjusted OR	95% CI	p-value
อายุ (ต่อปี)	1.03	0.98 – 1.07	0.231
เพศ (ชายเทียบหญิง)	3.17	1.14 – 8.78	0.027*
ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ($\geq 95\%$)	0.08	0.01 – 0.48	0.006*
ระดับการศึกษา	0.63	0.08 – 4.86	0.654

ตัวแปร	Adjusted OR	95% CI	p-value
สถานภาพ คู่/สมรส	0.29	0.11 – 0.81	0.018*
รายได้	0.06	0.00 – 2.71	0.149
การสนับสนุนจากครอบครัว	0.04	0.00 – 0.49	0.012*
การรับรู้การตีตรา	5.77	1.43 – 23.35	0.014*

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multivariable Logistic Regression) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การรับรู้การตีตรา (Adjusted OR = 5.77; 95% CI = 1.43 – 23.35; p = 0.014) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุดอย่างเด่นชัด ผู้ที่มีการรับรู้การตีตรา มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึง 5.77 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่รับรู้หรือรับรู้ต่ำ เพศ (ชายเทียบหญิง) (Adjusted OR = 3.17; 95% CI = 1.14 – 8.78; p = 0.027) เพศชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง 3.17 เท่า

ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การสนับสนุนจากครอบครัว (Adjusted OR = 0.04; 95% CI = 0.00 – 0.49; p = 0.012) การได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากครอบครัวช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้ถึง 96% (เนื่องจากค่า OR อยู่ที่ 0.04 ซึ่งน้อยกว่า 1 อย่างมาก) ถือเป็นปัจจัยปกป้องที่เข้มแข็งที่สุดในตารางนี้ ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ($\geq 95\%$) (Adjusted OR = 0.08; 95% CI = 0.01 – 0.48; p = 0.006) ผู้ที่มีความต่อเนื่องในการทานยาอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 95% ขึ้นไป ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลงได้ถึง 92% (OR = 0.08) สถานภาพ คู่/สมรส (Adjusted OR = 0.29; 95% CI = 0.11 – 0.81; p = 0.018) ผู้ที่มีสถานภาพคู่หรือสมรส มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง 71% (หรือคิดเป็น 0.29 เท่า) เมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิง (เช่น โสด/หย่าร้าง/หม้าย)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ($\geq 95\%$) ขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าอัตราส่วน (Adjusted Odds Ratio: AOR) เท่ากับ 0.08 (95% CI: 0.01–0.48, p = 0.006) หมายความว่า ผู้ติดเชื้อที่มีวินัยและความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส $\geq 95\%$ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลดลงถึงร้อยละ 92 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความต่อเนื่องในการกินยาน้อยกว่า $< 95\%$

ลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าว สอดคล้องทางอ้อมและสนับสนุน งานวิจัยเรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิต และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่งของ กรณีการ์ ดาโลม (4) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและพบว่า ภาวะซึมเศร้า

เป็นตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p < 0.01$) โดยผู้ติดเชื้อที่มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูง จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองในบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ครอบครัวและให้ความสำคัญสูงสุดกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างครบถ้วนและตรงเวลา

ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายตามหลักจิตวิทยาการแพทย์และพยาบาลได้ว่า ภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการกินยามีความสัมพันธ์แบบสองทิศทาง (Bi-directional relationship) ที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน กล่าวคือ

1.ผลของภาวะซึมเศร้าต่อการกินยา (กลไกทางพฤติกรรม) เมื่อผู้ติดเชื้อเริ่มมีภาวะซึมเศร้า จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต (Loss of motivation) และมีภาวะอ่อนเพลียหรือหลงลืม ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองลดลงและละเลยการกินยาต้านไวรัสตามกำหนด กรณีการ ดาโลม (4)

2.ผลของการกินยาต่อภาวะซึมเศร้า (กลไกทางชีวภาพและจิตใจ) ในทางกลับกัน ผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากงานวิจัยชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่า การคงระดับวินัยในการกินยาให้สูงสะท้อนถึง "พลังสุขภาพจิต" และการปรับตัวยอมรับโรคที่ดี เมื่อผู้ป่วยกินยาต่อเนื่องจนสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้สำเร็จ (Viral suppression) สุขภาพร่างกายจะแข็งแรงขึ้น ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และลดการหลั่งสารเคมีในสมองที่ตอบสนองต่อความเครียดเรื้อรัง โอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าจึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($AOR = 0.08$) ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการยืนยันว่าการสร้างเสริมพฤติกรรมรับประทานยาต้านไวรัสที่ต่อเนื่อง ($\geq 95\%$) ไม่เพียงแต่ส่งผลดีต่อทางกายภาพในการยับยั้งเชื้อไวรัสเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factor) ที่สำคัญยิ่งต่อสุขภาวะทางจิต ช่วยปกป้องผู้ติดเชื้อไม่ให้ต้องเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ กรณีการ ดาโลม (4) ที่เน้นย้ำว่าการประเมินและตรวจจรรยาภาวะซึมเศร้า มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการเพิ่มพูนพฤติกรรมดูแลตนเองและการรับประทานยาของผู้ป่วยในระยะยาว

สำหรับความชุกของภาวะซึมเศร้าสำหรับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลจตุรัส มีความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยรวมสูงถึงร้อยละ 28.66 ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงอยู่ในระดับที่ สูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างเห็นได้ชัด โดยทั่วไปอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรไทยภาพรวมจะอยู่ที่ไม่เกินร้อยละ 2-4 ผลลัพธ์นี้สอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยของ เนติลักษณ์ ศิลาอุดมกิจ และ รัตติยากร ผุยมาศย์ (6) ซึ่งศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกันและพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกันอยู่ที่ ร้อยละ 29.20

ตัวเลขความชุกที่สูงเกือบ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการนี้ สามารถอธิบายและอธิบายสาเหตุผ่านปัจจัยร่วมทางด้านจิตสังคม (Biopsychosocial factors) ได้ดังนี้

1.ปัจจัยด้านจิตสังคมและความตึงเครียด (Social Stigma & Psychosocial stress) แม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันจะก้าวหน้าจนสามารถรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีอายุขัยปกติได้ แต่ "ตราบาปในสังคม" (Stigma) และการตีตราตนเอง (Self-stigma) ยังคงเป็นปัจจัยกีดกันที่รุนแรง ผู้ติดเชื้อจำนวนมากยังคงต้องเผชิญกับความวิตกกังวลต่อการถูกเปิดเผยสถานะ การถูกปฏิเสธจากครอบครัว หรือการถูกเลือกปฏิบัติในที่ทำงาน ความเครียดเรื้อรังเหล่านี้เป็นตัวเร่งให้เกิดความเปราะบางทางอารมณ์และพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด

2.ปัจจัยทางชีวภาพและผลกระทบของโรค (Biological mechanism) ตัวโรคเอชไอวีเองมีกลไกที่สามารถข้ามผ่านแนวป้องกันของสมอง (Blood-Brain Barrier) เข้าไปทำลายเซลล์ระบบประสาทส่วนกลางและกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบเรื้อรัง (Neuroinflammation) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองโดยตรง นอกจากนี้ ผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัสบางชนิดในผู้ป่วยบางราย ยังอาจส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและการนอนหลับ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอารมณ์เศร้าหมอง

3.ความสอดคล้องกันของบริบทเชิงระบบ การที่ผลการวิจัยครั้งนี้ (ร้อยละ 28.66) มีค่าใกล้เคียงกับข้อค้นพบของ เนติลักษณ์ ศิลาลุคตมกิจ และ รัตติยากร พุฒมาตย์⁽⁶⁾ (ร้อยละ 29.20) ยืนยันว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ใช่ปัญหาเฉพาะบุคคลหรือเกิดขึ้นเฉพาะคลินิกใดคลินิกหนึ่ง แต่เป็น "ปัญหาเชิงระบบในระดับประเทศ" ที่ผู้ติดเชื้อเกือบ 1 ใน 3 คนในระบบบริการสาธารณสุขกำลังเผชิญอยู่

สรุปผล

ผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อ HIV พบว่ามีความสัมพันธ์แบบสองทิศทาง ที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน โดยสะท้อนผ่านประเด็นสำคัญดังนี้ วงจรบวก (เกราะป้องกันจิตใจ) การกินยาอย่างสม่ำเสมอมาก ($\geq 95\%$) สามารถลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงถึงร้อยละ 92 เนื่องจากร่างกายที่แข็งแรงจากการกดไวรัสได้สำเร็จ จะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และลดกลไกความเครียดในสมอง ในทางกลับกัน วงจรลบ (อุปสรรคการรักษา) ภาวะซึมเศร้าคือตัวแปรหลักที่ทำลายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ สิ้นหวัง หรือหลงลืม จนนำไปสู่การละเลยการกินยา วิกฤตเชิงระบบ ตัวเลขความชุกของภาวะซึมเศร้าที่สูงถึง 1 ใน 3 (ร้อยละ 28.66) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป ยืนยันว่านี่ไม่ใช่ปัญหาส่วนบุคคล แต่เป็นปัญหาเชิงระบบสาธารณสุขระดับประเทศที่ต้องแก้ไขไปพร้อมกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้านนโยบายและการบริหารจัดการระบบบริการ

1.การบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับคลินิกเอชไอวี โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (เช่น การใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q) เป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน

(Standard Guidelines) สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง แทนการตรวจประเมินเฉพาะทางกายเพียงอย่างเดียว

2.การจัดตั้งทีมสหวิชาชีพเชิงรุก ควรมุ่งเน้นการประสานงานร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลคลินิก ยาต้านไวรัส นักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองว่ามีภาวะซึมเศร้า เพื่อการส่งต่อและบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว

3.ด้านการปฏิบัติงานของพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข

ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงกินยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผลวิจัยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 28.66 และผู้ที่กินยาไม่ต่อเนื่อง (<95%) มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นอย่างมาก พยาบาลประจำคลินิก จึงต้องใช้ระบบ "สัญญาณเตือนภัย (Red Flag)" โดยหากพบผู้ป่วยรายใดมีอัตราความต่อเนื่องในการกินยาลดลง ต้องรีบทำการประเมินภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองทันที

การพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจและพลังสุขภาพจิต ควรจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group) หรือการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้ เห็นคุณค่าในตนเอง และสร้างความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ควรทำการศึกษาเชิงลึกด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อทำความเข้าใจถึงสาเหตุเชิงลึก อุปสรรคในการดูแลตนเอง และความต้องการการสนับสนุนที่แท้จริง

2.การขยายกลุ่มตัวอย่าง ควรขยายการศึกษาไปยังคลินิกหรือโรงพยาบาลในบริบทที่แตกต่างกัน (เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ หรือต่างภูมิภาค) เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในภาพรวมของประเทศได้ดียิ่งขึ้น

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ เลขที่หนังสือรับรอง 93/2568 วันที่รองรับ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ญ.ศิริลักษณ์ ใจชื่อ อาจารย์สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยแก่น ผู้ตรวจสอบโครงร่างงานวิจัย ตลอดจนสรุปผล , เภสัชกรวรินทร์ มาศวรรณ โรงพยาบาลเชิงใน ผู้ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกรโรงพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้

บรรณานุกรม

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2566-2569. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566. Available from: http://www.wangmaichan.go.th/news/doc_download/a_130923_092015.pdf
2. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี. นนทบุรี: ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีและโรคร่วม (HIV INFO HUB); 2567. Available from: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php>
3. Byrd KK, Hou JG, Hazen R, Kirkham H, Suzuki S, Clay PG. Antiretroviral adherence level necessary for HIV viral suppression using real-world data. J Acquir Immune Defic Syndr. 2019;82(3):245-51. doi:10.1097/QAI.0000000000002142.
4. Gebru T, Ejara D, Yalew A, Deyessa N. Prevalence of depression and associated factors among HIV/AIDS patients attending antiretroviral therapy clinic at Adama Hospital Medical College, Adama, Central Ethiopia. Sci Rep. 2024;14:1642. doi:10.1038/s41598-024-52142-z.
5. กรรณิการ์ ดาโลตม, อรณุช ภาชีน, ฉวีวรรณ บุญสุยา. แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิกแห่งหนึ่ง. วารสารคุณภาพชีวิตและกฎหมาย. 2562;15(1):124-35.
6. เนติลักษณ์ ศิลาอุตมกิจ, รัตติยากร พุยมัตย์กุล. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย. J Ment Health Thai. 2566;31(4):273-85. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/>