

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย

มาลัย ใจสุตา ป.พ.ส.*, ฐาปนกรณ์ เรือนใจ วท.ม.**

*โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จ.เชียงราย,

**สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ในปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ยังมีอยู่จำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อค้นหาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อายุมากกว่า 18 ปี ที่มารับยาต้านไวรัสที่ รพ.สมเด็จพระญาณสังวร ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 250 ราย แบบสอบถามที่ใช้ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลด้านลักษณะประชากร, เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย, แบบประเมินความช่วยเหลือทางสังคม, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทยและแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ด้วย Chi-square test, Fisher's exact test และ multiple logistic regression

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 44.5 ± 8.4 ปี (พิสัย 19-80 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.0) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 118 ราย (ร้อยละ 47.2) และผู้ป่วยเอดส์ 132 ราย (ร้อยละ 52.8) พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี (OR=8.12; 95% CI=1.46-45.18) รายได้ไม่เพียงพอ (OR=5.97; 95% CI=1.27-27.16) ประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า (OR=4.06; 95% CI=1.14-14.44) และอายุไม่เกิน 40 ปี (OR=3.37; 95% CI=1.23-9.26)

สรุป: ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ใน รพ.สมเด็จพระญาณสังวร พบความชุกร้อยละ 9.6 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี, รายได้ไม่เพียงพอ, มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าและอายุไม่เกิน 40 ปีเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรมและคัดกรองผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ติดต่อบทความ : มาลัย ใจสุตา กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม รพ.สมเด็จพระญาณสังวร 263 ม.3 ต.เวียงชัย อ.เวียงชัย จ.เชียงราย 57210 E-mail: malaitoy@yahoo.co.th

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการสูญเสียปีสุขภาวะ⁽¹⁾ นอกจากพยาธิสภาพทางร่างกายที่คุกคามและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแล้ว ผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบทางจิตใจได้แก่ ภาวะซึมเศร้า รู้สึกเบื่อหน่ายกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง วิตกกังวลถึงความไม่ปลอดภัยในชีวิต⁽²⁾ ความผิดปกติในการปรับตัวความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่างๆ และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด⁽³⁾

อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงรายมีความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ค่อนข้างสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร เล็งเห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนงานและจัดโครงการทางด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัสที่ รพ.สมเด็จพะญาณสังวร ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2559 เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุมากกว่า 18 ปี สัญชาติไทย อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงรายอย่างน้อย 1 ปี สื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวชที่รุนแรง (เช่น โรคจิตเภท, ภาวะสมองเสื่อม, เครียดเรื้อรัง) ไม่ประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรงหรือความสูญเสียภายในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา เกณฑ์คัดออกคือ หญิงตั้งครรภ์และตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของประชากร

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁽⁴⁾ ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความช่วยเหลือทางสังคม เพื่อประเมินการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และสังคม⁽⁵⁾

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย⁽⁶⁾

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (8Q)⁽⁷⁾

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับผู้ป่วย 30 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 มีความเชื่อมั่น 0.93, 0.90 และ 0.86 ตามลำดับ

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรไม่ทราบจำนวนประชากร⁽⁸⁾ กำหนดค่า p แทนความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการศึกษาของเกษรา อุ่นใจ เท่ากับร้อยละ 16.1⁽⁹⁾ ค่า d แทนค่าความคลาดเคลื่อนความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 5 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้ขนาดตัวอย่าง 206 ราย แล้วเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 ดังนั้นจึงใช้ขนาดตัวอย่าง 250 ราย และสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือปัจจัยต่างๆ ด้วย Chi-square test, Fisher's exact test และ multiple logistic regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติค่า $p=0.05$

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
วิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
หมายเลขรับรอง 10/2559

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี 118 ราย
(ร้อยละ 47.2) และผู้ป่วยเอดส์ 132 ราย (ร้อยละ
52.8) มีผู้ที่ได้คะแนนจากแบบประเมิน PHQ-9

มากกว่า 7 คะแนน 24 ราย คิดเป็นความชุกของ
ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.6 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้า
ระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง ร้อยละ 7.6, 1.6
และ 0.4 ตามลำดับ เมื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย
(8Q) พบว่า มีแนวโน้มต่ำ 22 ราย (ร้อยละ 91.6)
ปานกลาง 1 ราย (ร้อยละ 4.2) และรุนแรง 1 ราย
(ร้อยละ 4.2)

กลุ่มตัวอย่าง 250 ราย (ตารางที่ 1) มีอายุ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n=250)

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		ค่า p
		มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
ชาย	115 (46.0)	10 (8.7)	105 (91.3)	0.674
หญิง	135 (54.0)	14 (10.4)	121 (89.6)	
อายุ				
≤40ปี	65 (26.0)	12 (18.5)	53 (81.5)	0.007
>40ปี	185 (74.0)	12 (6.5)	173 (93.5)	
สถานภาพสมรส				
โสด	52 (20.8)	6 (11.5)	46 (88.5)	0.852
สมรส	139 (55.6)	13 (9.4)	126 (90.6)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	59 (23.6)	5 (8.5)	54 (91.5)	
ศาสนา				
พุทธ	244 (97.6)	23 (6.4)	221 (90.6)	0.552
คริสต์	6 (2.4)	1 (16.7)	5 (83.3)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6 (2.4)	0 (0.0)	6 (100)	0.047
ประถมศึกษา	163 (65.2)	11 (6.7)	152 (93.3)	
มัธยมหรือสูงกว่า	81 (32.4)	13 (16.0)	68 (84.0)	
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	12 (4.8)	4 (33.3)	8 (66.7)	0.019
ทำงาน	238 (95.2)	20 (8.4)	218 (91.6)	
รายได้				
ไม่เพียงพอ	164 (65.6)	22 (13.4)	142 (86.6)	0.005
เพียงพอ	86 (34.4)	2 (2.3)	84 (97.7)	

เฉลี่ย 44.5 ± 8.4 ปี (พิสัย 19-80 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.0) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.6) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.6) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.2) ประกอบอาชีพอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 95.2) แต่รายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 65.6) และระดับ CD4 ≥ 200 cells/μL (ร้อยละ 90)

ส่วนใหญ่ติดเชื้อมานาน 1-5 ปี (ร้อยละ 57.2) เกือบทั้งหมดยังได้รับยาต้านไวรัส (ร้อยละ 94.0) มีเพียงร้อยละ 8.0 ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า กึ่งหนึ่งมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 50.4) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.2) ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n=250)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		ค่า p
		มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับ CD4 (n=249)				
≥200 cells/μL	225 (90.4)	21 (9.3)	204 (90.7)	0.713
<200 cells/μL	24 (9.6)	3 (12.5)	21 (87.5)	
ระยะเวลาที่ติดเชื้อ				
1-5 ปี	143 (57.2)	17 (11.9)	126 (88.1)	0.156
>5 ปี	107 (42.8)	7 (6.5)	100 (93.5)	
การใช้ยาต้านไวรัส				
ใช้	235 (94.0)	22 (9.4)	213 (90.6)	0.643
ไม่ใช้	15 (6.0)	2 (13.3)	13 (86.7)	
โรคประจำตัว				
มี	77 (30.8)	9 (11.7)	68 (88.3)	0.455
ไม่มี	173 (69.2)	15 (8.7)	158 (91.3)	
ประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า				
มี	20 (8.0)	18 (7.8)	212 (92.2)	0.006
ไม่มี	230 (92.0)	18 (7.8)	212 (92.2)	
การสูบบุหรี่				
สูบ	33 (13.2)	5 (15.2)	28 (84.8)	0.335
ไม่สูบ	217 (86.8)	19 (8.8)	198 (91.2)	
การดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	73 (29.2)	8 (11.0)	65 (89.0)	0.640
ไม่ดื่ม	177 (70.8)	16 (9.0)	161 (91.0)	
การออกกำลังกาย				
ปฏิบัติเพียงพอ	87 (34.8)	7 (8.0)	80 (92.0)	0.820
ปฏิบัติไม่เพียงพอ	111 (44.4)	12 (10.8)	99 (89.2)	
ไม่ปฏิบัติ	52 (20.8)	5 (9.6)	47 (90.4)	

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Chi-square test และ การศึกษา รายได้ ประวัติญาติครอบครัวเป็นโรค Fisher's exact test พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ชีมีเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตด้าน ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ ระดับ ร่างกายจิตใจและคุณภาพชีวิตโดยรวม (ตารางที่ 2-3)

ตารางที่ 3 แรงสนับสนุน คุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ (n=250)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะซึมเศร้า		ค่า p
		มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	
แรงสนับสนุนทางสังคม				
น้อย	7 (2.8)	1 (14.3)	6 (85.7)	0.040
ปานกลาง	110 (44.0)	16 (14.5)	94 (85.5)	
สูง	133 (53.2)	7 (5.3)	126 (94.7)	
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย				
ดี	69 (27.6)	3 (4.3)	66 (95.7)	0.014
ปานกลาง	173 (69.2)	18 (10.4)	155 (89.6)	
ไม่ดี	8 (3.2)	3 (37.5)	5 (62.5)	
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ				
ดี	121 (48.4)	2 (1.7)	119 (98.3)	<0.001
ปานกลาง	125 (50.0)	20 (16.0)	105 (84.0)	
ไม่ดี	4 (1.6)	2 (50.0)	2 (50.0)	
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม				
ดี	90 (36.0)	5 (5.6)	85 (94.4)	0.297
ปานกลาง	135 (54.0)	16 (11.9)	119 (88.1)	
ไม่ดี	25 (10.0)	3 (12.0)	22 (88.0)	
คุณภาพชีวิตด้านด้านสิ่งแวดล้อม				
ดี	120 (48.0)	8 (6.7)	112 (93.3)	0.250
ปานกลาง	118 (47.2)	14 (11.9)	104 (88.1)	
ไม่ดี	12 (4.8)	2 (16.7)	10 (83.3)	
คุณภาพชีวิตโดยรวม				
ดี	126 (50.4)	5 (4.0)	121 (96.0)	0.009
ปานกลาง	115 (46.0)	17 (14.8)	98 (85.2)	
ไม่ดี	9 (3.6)	2 (22.2)	7 (77.8)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เมื่อวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression

ปัจจัย	Adjusted Odds Ratio (95%CI)	ค่า p
อายุ ≤ 40 ปี	3.37 (1.23-9.26)	0.018
รายได้ไม่เพียงพอ	5.97 (1.27-27.16)	0.024
มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า	4.06 (1.14-14.44)	0.035
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตปานกลาง/ไม่ดี	8.12 (1.46-45.18)	0.017

เมื่อวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุไม่เกิน 40 ปี (OR=3.37; 95% CI=1.23-9.26), รายได้ไม่เพียงพอ (OR=5.97; 95% CI=1.27-27.16) ประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า (OR=4.06; 95% CI=1.14-14.44) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี (OR=8.12; 95% CI=1.46-45.18) ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ใน รพ.สมเด็จพระญาณสังวร ร้อยละ 9.6 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ที่พบร้อยละ 5.9⁽¹⁰⁾ แต่น้อยกว่าการศึกษาของทงวี่วัวร์ พิลิกภควัต⁽¹¹⁾ ในผู้ป่วยอายุ 10-18 ปี ที่แผนกกุมารเวชกรรม รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช ด้วยแบบสอบถาม Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย พบความชุกร้อยละ 18.2 เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาในต่างประเทศพบว่า มีความชุกสูงกว่าการศึกษาครั้งนี้ กล่าวคือ ในประเทศจีน⁽¹²⁾ ทำการคัดกรองด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตและให้จิตแพทย์ตรวจวินิจฉัยโรคซึมเศร้า พบความชุกร้อยละ 18.3 สำหรับประเทศอื่นๆ เช่น สหรัฐอเมริกา⁽¹³⁾ พบความชุก

ร้อยละ 36, อินเดียพบความชุกร้อยละ 58.8 โดยใช้แบบทดสอบ Center for Epidemiologic Studies - Depression: CES-D⁽¹⁴⁾

สาเหตุที่การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ อาจเนื่องมาจาก รพ.สมเด็จพระญาณสังวร ได้ดำเนินงานโปรแกรมให้คำปรึกษา (self-help group) สำหรับการดูแลสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมรอบข้างให้แก่ผู้ติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ศูนย์องค์รวมซึ่งเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ในศึกษาภาวะซึมเศร่าก็แตกต่างกัน โดยทั่วไปแล้ว เราสามารถจำแนกเครื่องมือที่ใช้ศึกษาภาวะซึมเศร่าเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ เครื่องมือที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร่าทางคลินิกตามระบบ International Statistical Classification of Disease (ICD) หรือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) เครื่องมืออีกประเภท ใช้สำหรับคัดกรองผู้ที่อาจจะป่วยเพื่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาต่อไป ไม่สามารถระบุได้แน่นอนว่าเป็นโรคหรือไม่ และไม่สามารถบอกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร่าได้ เช่น แบบคัดกรอง Thai-HADS, Thai version of the Beck Depression Inventory (BDI), แบบคัดกรองภาวะซึมเศร่าในวัยรุ่น CES-D และแบบประเมิน

ภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (PHQ-9) เป็นต้น ซึ่งความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ศึกษาจะขึ้นอยู่กับความไวและค่าความจำเพาะของเครื่องมือ นั้น ลักษณะโครงสร้างประชากร สังคม วัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่แตกต่างกันอาจทำให้พบความชุกที่แตกต่างได้⁽¹⁵⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ใน รพ.สมเด็จพะญาณสังวร มากที่สุดคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตปานกลาง/ไม่ดี รองลงมา ได้แก่ รายได้ไม่เพียงพอ, มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า และอายุไม่เกิน 40 ปี การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี อาจเนื่องมาจากความวิตกกังวล ไม่กล้าเปิดเผยตนเองแก่ชุมชนและสังคมว่าตนเองติดเชื้อหรือเจ็บป่วย กลัวถูกตีตราจากสังคมรอบข้าง⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และความมั่นใจในตนเอง ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นตามมาได้⁽¹⁷⁾

รายได้ไม่เพียงพอ เนื่องมาจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนในอดีต ย่อมกระทบถึงปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวันและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้⁽¹⁸⁾ นอกจากนี้ โรคซึมเศร้าสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ โดยพบว่าผู้ที่มีญาติสายตรง เช่น พ่อแม่ พี่น้องมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีโอกาสป่วยมากกว่าคนปกติทั่วไป 1-3 เท่า⁽¹⁹⁾ สำหรับ

ผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน 40 ปี จัดอยู่ในกลุ่มวัยกลางคน ซึ่งจะมีการคิดทบทวนชีวิตของตนเองที่ผ่านมา เช่นการทำงาน ครอบครัว สังคมรอบข้างและการเสื่อมของร่างกาย ซึ่งการคิดทบทวนนี้มักถูกกระตุ้นจากการตระหนักว่า ชีวิตนี้เหลือเวลาอีกไม่มากแล้ว ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าตามมาได้⁽²⁰⁾

ข้อจำกัดสำหรับการศึกษานี้ได้แก่ การวัดภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบ PHQ-9 ทำให้ทราบเพียงผู้ที่น่าจะมีภาวะซึมเศร้าเท่านั้น ต้องได้รับการตรวจยืนยันจากจิตแพทย์ต่อไป นอกจากนี้รูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถอธิบายในเชิงเหตุผลได้อย่างชัดเจนว่า ปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้จริง จึงควรมีการศึกษาแบบ case-control หรือ cohort study ต่อไป

สรุป

ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ใน รพ.สมเด็จพะญาณสังวร พบความชุกร้อยละ 9.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี, รายได้ไม่เพียงพอ, มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า และอายุไม่เกิน 40 ปี หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรมและคัดกรองผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2-chapter8\(10\).pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro2-chapter8(10).pdf)
2. ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน. การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าชมรมผู้ติดเชื้อ. นนทบุรี: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
3. สมภพ เรืองตระกูล. ดำรงจิตเวชสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป: อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
4. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
5. รัตน์กุล โพธิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพของสมาชิกที่อยู่ร่วมกันในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์: ศึกษาเฉพาะกรณี โครงการบ้านนิจจานุเคราะห์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
6. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry 2008;8:46.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2552.
8. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. England: John Wiley & Sons; 1990.
9. เกษรา อุ่นใจ. ผลของการดูแลรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์. ใน: ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, จิรวัฒน์ อุปรรัตน์, บรรณาธิการ. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 13. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2554. หน้า 156.
10. ไชยยันต์ ต้นปาลี. Prevalence of depression among HIV/AIDS patients in Chiang Mai Province [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
11. ทวีวุฒิ ฟิลิกภักดิ์. รายงานเบื้องต้น: ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2557;22:186-94.
12. Jiang Y, Wang M, Wei XQ, He JM, Guo TS, Huang GQ, et al. Prevalence of depression and related factors in 180 HIV/AIDS patients receiving highly active antiretroviral therapy. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2016;37:638-42.

13. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. Arch Gen Psychiatry 2001;58:721-8.
14. Bhatia MS, Munjal S. Prevalence of depression in people living with HIV/AIDS undergoing ART and factors associated with it. J Clin Diagn Res 2014;8:WC01-4.
15. ธรรมนาถ เจริญบุญ. แบบประเมินและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย: ข้อควรพิจารณาในการเลือกใช้. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2554;11:667-76.
16. เปรมจิตร ตันบุญยืน, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2558;29:80-97.
17. Palmer AK, Duncan KC, Ayalew B, Zhang W, Tzemis D, Lima V, et al. "The way I see it": the effect of stigma and depression on self-perceived body image among HIV-positive individuals on treatment in British Columbia, Canada. AIDS Care 2011;23:1456-66.
18. พรชัย เรือนสิทธิ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
19. Vornanen M, Konttinen H, Kaariainen H, Mannisto S, Salomaa V, Perola M, et al. Family history and perceived risk of diabetes, cardiovascular disease, cancer, and depression. Prev Med 2016;90:177-83.
20. Arboleda-Florez J, Wade TJ. Childhood and adult victimization as risk factor for major depression. Int J Law Psychiatry 2001;24:357-70.

Prevalence of Depressive Mood and Related Factors among HIV/AIDS Patients at Somdej Phrayanasangworn Hospital, Chiang Rai

Malai Jaisuda Dip.N.Sc.*, Thapakorn Ruanjai M.Sc.**

*Somdej Phrayanasangworn Hospital

**Public Health Program, School of Health Science, Mae Fah Luang University
Chiang Rai, Thailand

Lampang Med J 2017; 38(2): 39-48

Abstract

Background: Depressive mood is one of the public health problems. Information about depressive mood among HIV/AIDS patients is limited.

Objective: To estimate the prevalence of and factors related to depressive mood among HIV/AIDS patients at Somdej Phrayanasangworn Hospital.

Materials and method: A cross-sectional study was conducted among 250 adult HIV/AIDS patients attending the HIV clinic of this hospital from May to August 2016. The research questionnaire consisted of 5 parts: socio-demographic data, the WHO Quality of Life Assessment in Thai (WHOQOL-BREF-THAI), social support factors, the Personal Health Questionnaire 9 (PHQ-9) and suicidal ideation (8Q). The data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test and multiple logistic regression.

Results: The mean age was 44.5 ± 8.4 years (range, 19-80). Fifty-four percent were female. The prevalence of depressive mood was 9.6%. The significant factors related to depressive mood among HIV/AIDS patients were poor mental health quality (OR=8.12; 95% CI=1.46-45.18), inadequate income (OR=5.97; 95% CI=1.27-27.16), family history of depression (OR=4.06; 95% CI=1.14-14.44) and age <40 year (OR=3.37; 95% CI=1.23-9.26)

Conclusion: The prevalence of depressive mood among HIV/AIDS patients was 9.6% in this hospital. Poor mental health quality, inadequate income, family history of depression and age <40 year were significant related factors. The necessity to integrate mental health interventions into routine clinical care and appropriate mental support should be emphasized.

Keywords: Prevalence, depressive mood, HIV/AIDS patients