คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จิรดา ประสาทพรศิริโชค*, **ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร***, **ณภัทร์ ศิรินิ่มนวลกุล****, **ชญานิษฐ์ พูลวรลักษณ์*****,
ธนภรณ์ ออมทวีทรัพย์*, **ศศิธร พลสิทธิ์******, **นิมมาวดี หิรัญวัฒนะ*******, **ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร***

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
***ฝ่ายจิตเวชศาสตร์และศูนย์นิทราเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย*
****คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยคอลเลจลอนดอน*
*****ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*
******คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565 และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาและผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ที่ผสมผสานระหว่างการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ในส่วนของการสืบค้นประวัติคนไข้จากเวชระเบียนเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า และการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในส่วนของการสำรวจคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา จำนวน 500 ราย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ short-form 36 ฉบับภาษาไทย ใช้สถิติ independent T-Test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่าง 2 กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา

ผลการศึกษา คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาแย่กว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านข้อจำกัดทางร่างกาย (mean difference = -13.581, P <0.001, Cohen's d = -0.380), ด้านสุขภาพทั่วไป (mean difference = -7.070, P = 0.003, Cohen's d = -0.332), ด้านอารมณ์ (mean difference = -14.358, P <0.001, Cohen's d = -0.432), ด้านพละกำลัง (mean difference = -13.479, P <0.001, Cohen's d = -0.858), ด้านสังคม (mean difference = -20.514, P <0.001, Cohen's d = -0.801) และด้านจิตใจ (mean difference = -13.855, P <0.001, Cohen's d = -0.907)

สรุป การศึกษานี้ยืนยันว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาแย่กว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกด้าน ดังนั้นการรักษาทางคลินิกและการเข้าใจเท่าทันภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาจะช่วยส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะยาว

คำสำคัญ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา ภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา ภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ยาต้านเศร้า

Corresponding author: ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
E-mail: drnuttorn@yahoo.com
วันรับ : 20 มีนาคม 2566 วันแก้ไข : 12 พฤษภาคม 2566 วันตอบรับ : 25 มิถุนายน 2566

Health-Related Quality of Life of Outpatients with Depression Treated with Antidepressants at King Chulalongkorn Memorial Hospital

Jirada Prasartpornsirichoke*, Nuttorn Pityaratstian*, Naphat Sirinimnualkul**, Chayanit Poolvoralaks***,
Tanaporn Ormtavesub*, Sasitorn Phonsit****, Nimmavadee Hiranwattana******, Teerayuth Rungnirundorn*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

**Department of Psychiatry and Excellence Center of Sleep Disorders, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok, Thailand

***Faculty of Psychology, University College London, London, United Kingdom

****Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University, Bangkok, Thailand

*****Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

ABSTRACT

Objective: To explore health-releated quality of life (HRQoL) among outpatients with depression treated with antidepressants who visited King Chulalongkorn Memorial Hospital during March - July 2022 and to investigate the difference in health-related quality of life between patients with treatment-resistant depression and patients with treatment-response depression.

Methods: This descriptive study included a cross-sectional survey of 500 depressed patients using the Thai-language short-form 36 health-related quality of life questionnaire and a retrospective review of patient medical records to evaluate if patients responded to depression treatment. The distinction between the two categories of depressed patient's quality of life was examined using an independent T-test.

Results: The health-related quality of life of treatment-resistant depressive patients was significantly worse than that of treatment-response depressive patients in dimensions of role limitations due to physical health (mean difference = -13.581, P <0.001, Cohen's d = -0.380), general health (mean difference = -7.070, P = 0.003, Cohen's d = -0.332), role limitations due to emotional problems (mean difference = -14.358, P <0.001, Cohen's d = -0.432), vitality (mean difference = -13.479, P <0.001, Cohen's d = -0.858), social functioning (mean difference = -20.514, P <0.001, Cohen's d = -0.801), and mental health (mean difference = -13.855, P <0.001, Cohen's d = -0.907).

Conclusion: This study confirmed that the health-related quality of life of treatment-resistant depressive patients was statistically significantly worse than that of treatment-response depressed patients in almost every aspect. Understanding treatment-resistant depression can have a positive impact on long-term quality of life for depressed patients.

Keywords: health-related quality of life, major depressive disorder (MDD), treatment-resistant depression (TRD), treatment-response depression, antidepressants

Corresponding author: Nuttorn Pityaratstian
E-mail: drnuttorn@yahoo.com
Received 20 March 2023 Revised 12 May 2023 Accepted 25 June 2023

บทนำ

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ทั่วไป (common psychiatric disorder) มีลักษณะอาการทางคลินิกด้านอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย มีความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง รู้สึกไร้ค่า จนกระทบกับการทำงาน การเรียน และการใช้ชีวิตประจำวัน โดยอาการเหล่านี้เกิดขึ้นไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์[1] ในปี 2558 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 4.4 โดยพบในผู้หญิงที่ร้อยละ 5.1 มากกว่าผู้ชายที่ร้อยละ 3.6[2] ในประเทศไทยมีการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยในกรุงเทพมหานครในปี 2556 พบว่า ความชุกหนึ่งปีและความชุกตลอดชีพของโรคซึมเศร้าในคนไทยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครเท่ากับร้อยละ 0.4 และ ร้อยละ 1.2 ตามลำดับ[3] อย่างไรก็ดี ความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น จากงานวิจัยก่อนหน้าพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.1 ในปี 2552 มาอยู่ที่ร้อยละ 48.5 ในปี 2559[4] อีกทั้งคนไทยยังมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชมากขึ้นจากสื่อสังคมในรูปแบบต่างๆ

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ยากต่อการประเมินผลกระทบที่แท้จริงเมื่อเทียบกับความเจ็บป่วยทางร่างกาย เนื่องด้วยมีหลายปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมาเกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ผลกระทบของโรคซึมเศร้าจึงมีความซับซ้อน และเป็นระบบเชิงพลวัต (dynamic system)[5] องค์การอนามัยโลกประเมินผลกระทบและภาระของโรคซึมเศร้าและโรคอื่นๆ ในปี 2562 พบว่า โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดปีที่อยู่ร่วมกับความพิการ (year lived with disability: YLD) มากเป็นอันดับ 2 ที่ร้อยละ 5.6 รองจากการบาดเจ็บที่คอและหลัง (back and neck pain) และเป็นสาเหตุอันดับที่ 12 ที่นำไปสู่การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year: DALY)[6] งานวิจัยก่อนหน้าศึกษาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า พบโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีโรคร่วมทางจิตเวชและโรคร่วมทางกายอื่นๆ[7-9] การทำร้ายตนเองและความคิดฆ่าตัวตาย[10-13] มีผลิตภาพการทำงานและผลการเรียนที่แย่ลง รวมถึงการออกจากสถานศึกษากลางคันหรือการตกงาน[14-24] มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง[25-32] รวมไปถึงการส่งผ่านผลกระทบไปยังรุ่นต่อไป (intergenerational transmission) จากปัจจัยทางพันธุกรรม ปัญหาทางอารมณ์ และลักษณะการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้า[33-40]

การตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าที่แตกต่างกันในแต่ละผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อแนวทางการรักษา ระยะเวลาการอยู่กับโรค การพยากรณ์โรค รวมถึงการกลับมาเป็นซ้ำในระยะข้างหน้า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าบางรายตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นอย่างดี (treatment-response depression) ในขณะที่บางรายมีภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา (treatment-resistant depression: TRD) กล่าวคือ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressants) 2 ประเภทขึ้นไป และตอบสนองต่อแบบแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างไม่เหมาะสม (inadequate response) 2 ครั้งขึ้นไป แม้จะได้รับปริมาณยาที่เหมาะสม และยาวนานเพียงพอต่อการรักษาแล้ว[41-44] อย่างไรก็ดี ภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษายังไม่มีคำนิยามและเกณฑ์เงื่อนไขพิจารณาที่เป็นมาตรฐานสากล และยังเป็นที่ถกกันในระดับนานาชาติ เกณฑ์การพิจารณาที่แตกต่างกันเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับความชุกที่แตกต่างกันในแต่ละบริบทการวิจัย นอกจากนี้งานวิจัยก่อนหน้าซึ่งศึกษาความแตกต่างของผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาเทียบกับภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา พบว่าภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาส่งผลกระทบทางลบต่อประสิทธิศักย์ในการรักษาโรค[43] ภาระทางเศรษฐกิจ[45-48] รวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[49-51] มากกว่าภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญสถิติ เนื่องจากระยะเวลาความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษายาวนานกว่าความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ โดยงานวิจัยก่อนหน้าที่ทำการศึกษาตามรุ่น (cohort study) ในสหรัฐอเมริกา พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา (median duration of treatment-resistant depression) อยู่ที่ 891 วัน ในขณะที่ค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา อยู่ที่ 298 วัน[43] สอดคล้องไปกับงานวิจัยในเกาหลีใต้ที่พบค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา อยู่ที่ 623 วัน ในขณะที่ค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา อยู่ที่ 21 วัน[44] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามีโอกาสเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีโอกาสขาดงานและตกงาน มีความรุนแรงในอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล รวมถึงมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย คุณภาพการนอนหลับ และการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยซึมเศร้า

ที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา[43-44,49-51] อย่างไรก็ดี จากการทบทวนวรรณกรรมปริทัศน์พบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีงานศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health-related quality of life: HRQoL) ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ในช่วงเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565 และพิจารณาความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาและผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ที่ผสมผสานระหว่างการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ในส่วนของการสืบค้นประวัติคนไข้จากเวชระเบียนเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า และการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในส่วนของการสำรวจคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของอาสาสมัคร โดยการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสำรวจภาระทางเศรษฐกิจจากโรคซึมเศร้าที่สำคัญในประเทศไทย และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย COA no. 0312/2022 (IRB no. 999/64)

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป้าหมาย (target population) ของการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่มารับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าแบบผู้ป่วยนอก (outpatients with depression treated with antidepressants) ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าสู่โครงการวิจัย (inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD, ICD-10: F32, F33) มาแล้วไม่น้อยกว่า 4 เดือน หรือ 16 สัปดาห์ ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าโดยใช้ยาต้านเศร้า (antidepressant) อย่างน้อย 1 ประเภท รวมถึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (consent form) และมีเกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย (exclusion criteria) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี manic episode หรือมีโรคร่วมกับโรคจิตเภท (psychotic disorder) และโรคทางระบบประสาทที่อาจจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (nonprobability sampling) ใช้วิธีการสุ่มแบบพิจารณา (purposive sampling or judgmental sampling) ตามดุลพินิจของคณะผู้วิจัย โดยเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า ไม่เข้าเกณฑ์การคัดออก และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าสัดส่วนโดยทราบจำนวนประชากรของ Wayne, W.D. (1995) อ้างอิงจำนวนประชากรผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี 2563 เท่ากับ 6,029 คน มีค่าสัดส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาต่อจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 20 กำหนดค่าความผิดพลาด (d) ที่ 0.05 และค่าอัลฟ่า (α) ที่ 0.01 โดยบวกเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 517 คน มีการเก็บข้อมูลอาสาสมัครในช่วงเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ การสืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าและแบบแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้า และส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามโดยให้อาสาสมัครเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง (a self-administered survey) ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศวิถี ช่วงอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษาสูงสุด พฤติกรรมการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ รวมถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วยจากโควิด-19

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ short-form 36 ฉบับภาษาไทย (quality of life assessment: 36-item short form: SF-36) พัฒนาโดย The Medical Outcome Trust แปลเป็นภาษาไทยโดยวัชรี เลอมานกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม ในปี 2543 มีจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ท โดยแบ่งเป็น 8 มิติด้านคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical functioning) จำนวน 10 ข้อ, ด้านข้อจำกัดของร่างกาย (role limitations due to physical health) จำนวน 4 ข้อ, ด้านปัญหาอารมณ์ (role

limitations due to emotional problems) จำนวน 3 ข้อ, ด้านพละกำลัง (vitality/energy/fatigue) จำนวน 4 ข้อ, ด้านจิตใจ (mental health/emotional well-being) จำนวน 5 ข้อ, ด้านสังคม (social functioning) จำนวน 2 ข้อ, ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (bodily pain) จำนวน 2 ข้อ และด้านสุขภาพทั่วไป (general health) จำนวน 6 ข้อ คำนวณคะแนนแบบถ่วงน้ำหนักตามเกณฑ์จำเพาะ มีช่วงคะแนนอยู่ที่ 0 - 100 คะแนน ในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิต ยิ่งค่าคะแนนสูง ยิ่งหมายถึงมีคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ดี คุณภาพแบบประเมิน SF-36 ฉบับภาษาไทย มีค่าความเที่ยงและค่าความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี (convergent validity = 0.91, discriminant validity = 0.96, Cronbach's alpha coefficients = 0.63-0.77)

ตัวแปรสำคัญในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา (treatment-resistant depression: TRD) เนื่องจากยังไม่มีความแน่ชัดในเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา โครงการวิจัยนี้จึงอ้างอิงเกณฑ์การพิจารณาภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาจากงานวิจัยต่างประเทศก่อนหน้า[43-44] โดยผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่จะเข้าเกณฑ์ดื้อต่อการรักษา ก็ต่อเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (ICD-10: F32, F33) จากจิตแพทย์ ไม่น้อยกว่า 4 เดือน หรือ 16 สัปดาห์ ตามระบุในเวชระเบียนของผู้ป่วย (นับจากวันที่เข้าถึงและบันทึกข้อมูล) และได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า (antidepressants) อย่างน้อย 2 ประเภทขึ้นไป ในช่วง 18 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยการรักษาด้วยยาต้านเศร้า 2 ประเภทแรก ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาเท่าที่ควร หรือตอบสนองต่อการรักษาอย่างไม่เหมาะสม (inadequate response) โดยการวิจัยนี้พิจารณาภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา ในช่วง 18 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลวิจัย โดยจิตแพทย์ผู้วิจัย หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลแล้ว ทั้งนี้เพื่อให้การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้ามีความน่าเชื่อถือและอยู่บนมาตรฐานเดียวกัน จึงมีการพิจารณาข้อมูลเวชระเบียนของอาสาสมัครทั้งหมดด้วยจิตแพทย์เพียง 1 ท่าน อย่างไรก็ดีการพิจารณาการตอบสนองต่อการรักษาภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนเวชระเบียนยังมีข้อจำกัดเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากความครบถ้วนในการบันทึกข้อมูลของจิตแพทย์ผู้ทำการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิจัยนี้นำเสนอข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครในรูปแบบจำนวนและร้อยละความถี่ สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างในค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาและกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ P <0.05 และใช้โปรแกรม SPSS version 29.0 ในการวิเคราะห์สถิติ

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565 มีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ทั้งหมด 513 คน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 คน ที่เข้ากับเกณฑ์การคัดเข้าและไม่เข้ากับเกณฑ์การคัดออกของโครงการวิจัยนี้ คิดเป็นร้อยละ 97.5 ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.4) มีช่วงอายุ 18 - 35 ปี (ร้อยละ 62.6) มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) น้อยกว่า 25 หรืออยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยถึงน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 55.4) มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 43.6) ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน (ร้อยละ 82.4) ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 97.6) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.0) หรือไม่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (ร้อยละ 95.6) และมีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า จำนวน 98 คน (ร้อยละ 19.6) เข้าเกณฑ์ดื้อต่อการรักษา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้ง 8 ด้าน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาและกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในด้านข้อจำกัดทางร่างกาย (mean = 25.0) ด้านสุขภาพทั่วไป (mean = 41.7) และด้านอารมณ์ (mean = 17.7) น้อยกว่ากึ่งกลางค่าคะแนนเต็มที่ 50 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทุกด้านน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ทั้งนี้มี 6 ด้านคุณภาพชีวิตที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม หากพิจารณาจากค่าขนาดของผล (effect size) ของ Cohen's d โดยกลุ่มที่ 1 มีค่าขนาดอิทธิพลน้อยถึงปานกลาง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า (N = 500)

ตัวแปร		Number (%)
เพศ	ชาย	98 (19.6)
	หญิง	357 (71.4)
	LGBTQA+	45 (9.0)
ช่วงอายุ (ปี)	18 - 35	413 (62.6)
	36 - 65	176 (35.2)
	>65	11 (2.2)
BMI	<25	277 (55.4)
	25.0 - 29.9	133 (26.6)
	≥30.0	90 (18.0)
ระดับการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่าปริญญาตรี	93 (18.6)
	ปริญญาตรี	218 (43.6)
	สูงกว่าปริญญาตรี	69 (13.8)
	กำลังศึกษาอยู่	120 (24.0)
ประสบการณ์ติด COVID-19	ไม่เคย	412 (82.4)
	เคย	88 (17.6)
การใช้สารเสพติดเป็นประจำ	ไม่ใช้	488 (97.6)
	ใช้	12 (2.4)
การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	ไม่ดื่ม	490 (98.0)
	ดื่ม	10 (2.0)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	ไม่สูบ	478 (95.6)
	สูบ	22 (4.4)
ภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา	ใช่	98 (19.6)
	ไม่ใช่	402 (80.4)

BMI = Body Mass Index

(Cohen's d =0.1-0.5) ได้แก่ ด้านข้อจำกัดทางร่างกาย (mean difference = -13.581, t = -3.902, 95%CI [LL,UL] = [-20.449, -6.714], Cohen's d = -0.380), ด้านสุขภาพทั่วไป (mean difference = -7.070, t = -2.948, 95%CI [LL,UL] = [-11.783, -2.358], Cohen's d = -0.332), ด้านอารมณ์ (mean difference = -14.358, t = -5.338, 95%CI [LL,UL] = [-19.654, -9.063], Cohen's d = -0.432) และกลุ่มที่ 2 มีค่าขนาดอิทธิพลมากถึงใหญ่มาก (Cohen's d =0.8-0.9) ได้แก่ ด้านพละกำลัง (mean difference = -13.479, t = -7.619, 95%CI [LL,UL] = [-16.955, -10.003], Cohen's d = -0.858), ด้านสังคม (mean difference = -20.514, t = -7.946, 95%CI [LL,UL] = [-25.610, -15.418], Cohen's d = -0.801) และด้านจิตใจ (mean difference = -13.855, t = -8.929, 95%CI [LL,UL] = [-16.918, -10.792], Cohen's d = -0.907)

จากการคำนวณอำนาจของการทดสอบทางสถิติ (Power of analysis) ย้อนกลับจากผลสถิติ Independent t-test ของทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกันและมีขนาดตัวอย่างในกลุ่มย่อยแตกต่างกัน พบว่าโดยส่วนใหญ่มีอำนาจของการทดสอบทางสถิติมากกว่า 0.80 เมื่อกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ที่ 0.05 ชี้ให้เห็นว่ามีอำนาจการทดสอบทางสถิติในระดับสูง หรืออีกนัยยะหนึ่ง คือมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 2 อยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นผลสถิติ Independent t-test ของคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดของร่างกายที่มีอำนาจทดสอบทางสถิติน้อยกว่า 0.80 ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา จำนวน 500 คน ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565 โดยใช้แบบประเมิน SF-36 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในด้านเกี่ยวกับอารมณ์ (role limitations due to emotional problems) ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (role limitations due to physical health) และด้านสุขภาพทั่วไป (general health) น้อยกว่าค่ากึ่งกลาง

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาและกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยสถิติ Independent t-test (N = 500)

ตัวแปร	Mean (S.D.)			t	*P*	Mean difference	S.E.	95% CI		Cohen's d	Power analysis
	All (N = 500)	TRD (n = 98)	Non-TRD (n = 402)					Lower	Upper		
ด้านร่างกาย	73.9 (21.3)	70.8 (19.5)	74.7 (21.7)	-1.624	0.105	-3.899	2.401	-8.617	0.819	-0.183	0.407
ด้านข้อจำกัดทางร่างกาย	25.0 (36.1)	14.0 (29.2)	27.6 (37.1)	-3.902	<0.001*	-13.581	3.480	-20.449	-6.714	-0.380	0.973
ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย	52.7 (24.8)	49.5 (24.4)	53.5 (24.9)	-1.425	0.155	-3.980	2.793	-9.468	1.508	-0.161	0.712
ด้านสุขภาพทั่วไป	41.7 (21.5)	36.0 (19.6)	43.0 (21.7)	-2.948	0.003*	-7.070	2.398	-11.783	-2.358	-0.332	0.869
ด้านพละกำลัง	51.0 (16.6)	40.2 (14.1)	53.6 (16.1)	-7.619	<0.001*	-13.479	1.769	-16.955	-10.003	-0.858	1.000
ด้านสังคม	51.8 (26.8)	35.3 (22.0)	55.8 (26.4)	-7.946	<0.001*	-20.514	2.582	-25.610	-15.418	-0.801	1.000
ด้านอารมณ์	17.7 (33.7)	6.1 (19.9)	20.5 (35.7)	-5.338	<0.001*	-14.358	2.690	-19.654	-9.063	-0.432	1.000
ด้านจิตใจ	56.2 (16.2)	45.0 (13.3)	58.9 (15.7)	-8.929	<0.001*	-13.855	1.552	-16.918	-10.792	-0.907	1.000

หมายเหตุ: S.D. = Standard Deviation, CI = Confidence Interval, S.E. = Standard Error, Cohen's d คำนวณจาก pooled standard deviation แสดง Effect sizes, *แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ *P* <0.05

คะแนนเต็มที่ 50 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาและกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแย่กว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาในทุกๆ ด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามีคุณภาพชีวิตแย่กว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[50-56,62-63]

หากพิจารณาในรายมิติคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (HRQoL) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดของร่างกายไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่ใช้แบบประเมินเดียวกันในการวัดคุณภาพชีวิตระหว่าง 2 กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศจีน โดยพบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดร่างกายของกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาแย่กว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[53] เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามีคุณภาพการนอนหลับและการเกิดโรคกายเหตุจิต (somatization) ที่แย่กว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสองปัจจัยข้างต้นนี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดของร่างกายในการศึกษาก่อนหน้า อย่างไรก็ดี เนื่องจากการศึกษาในปัจจุบันไม่ได้ประเมินคุณภาพการนอนหลับและการเกิดโรคกายเหตุจิต จึงไม่อาจนำไปสู่ข้อสรุปได้ว่า ความไม่แตกต่างกันของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดของร่างกายมาจากความไม่แตกต่างกันในด้านคุณภาพการนอนและการเกิดโรคกายเหตุจิตระหว่าง 2 กลุ่มได้

อภิปรายจากความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเจ็บปวดร่างกายที่มากขึ้น[57] โดยการศึกษาก่อนหน้าที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดร่างกาย มักพบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงกว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาในช่วงขณะเก็บข้อมูล อย่างไรก็ดีเนื่องจากโครงการวิจัยนี้ไม่มีการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแบบให้ผู้ป่วยตอบเอง (self-administered questionnaire) ในขณะเก็บข้อมูลการวิจัย จึงไม่อาจสรุปได้ว่าความไม่แตกต่างในค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดร่างกายระหว่าง 2 กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้ามาจากความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ไม่แตกต่างกันในขณะเก็บข้อมูลได้

กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในด้านข้อจำกัดของร่างกาย สุขภาพทั่วไป อารมณ์ พละกำลัง สังคม และจิตใจแย่กว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ[53,55-56,58-59] เนื่องด้วยกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามักมีระยะเวลาในการอยู่กับอาการของโรคซึมเศร้ายาวนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา[43-44] การศึกษาก่อนหน้าในสหรัฐอเมริกา พบค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา (891 วัน) มากกว่าเกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (298 วัน)[43] ระยะเวลาการอยู่กับโรคซึมเศร้าที่นานขึ้นส่งผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และการเกิดโรคกายเหตุจิตที่มากขึ้น คุณภาพการนอนหลับแย่ลง มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกายและการดูแลตัวเองมากขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มีโอกาสถูกเลิกจ้างมากขึ้น มีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือมีความคิดฆ่าตัวตายมากขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้า นอกจากนี้จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาเป็นระยะเวลา 24 เดือน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาไม่ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับวันแรกที่เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า[61]

จุดแข็งของการวิจัยนี้ คือ เป็นการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็นโรคซึมเศร้า อย่างไรก็ดี งานวิจัยนี้มีหลายข้อจำกัดทางการศึกษา ประการแรก เป็นการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลตติยภูมิเพียงแห่งเดียว จึงไม่สามารถนำไปสู่การวางนัยทั่วไปได้ ประการที่สอง การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยที่ผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางกับการวิจัยย้อนหลัง ทำให้ขาดโอกาสติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในระยะข้างหน้า ประการที่สาม การวิจัยนี้ไม่ได้มีการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในปัจจุบันด้วยแบบสอบถามประเมินตนเองในขณะเก็บข้อมูลวิจัย ประการที่สี่ การวิจัยนี้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่โครงการวิจัยแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (non-probability sampling) โดยเลือกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า ไม่เข้าเกณฑ์การคัดออก และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในช่วงเก็บข้อมูลแทน ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) เพราะไม่มีกระบวนการสุ่มตัวอย่าง (randomization) ได้ และประการสุดท้าย แม้การวิจัยนี้ประเมินภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังจากจิตแพทย์ 1 ท่าน เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันในการวินิจฉัย แต่การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังอาจก่อให้เกิดอคติของข้อมูล (information bias) จากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์หลายท่านในโรงพยาบาลได้ และอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ จากข้อจำกัดที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาในระยะข้างหน้าควรเพิ่มเติมเป็นการศึกษาแบบตามแผนไปข้างหน้า (prospective cohort study) เพื่อเข้าใจพลวัตที่ต่อเนื่องของภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามากขึ้น

สรุป

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาที่ผสมผสานระหว่างแบบภาคตัดขวางและแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาและผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา จำนวนทั้งสิ้น 500 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565 โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ short-form 36 (SF-36) ผลการศึกษายืนยันว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาแย่กว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านข้อจำกัดของร่างกาย สุขภาพทั่วไป อารมณ์ พละกำลัง สังคม และจิตใจ ในขณะที่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในด้านร่างกายและความเจ็บปวดของร่างกายไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ดังนั้นแล้วการรักษาทางคลินิกและการเข้าใจเท่าทันภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาจะช่วยส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากบริษัท แจนเซ่น-ซีแลก จำกัด คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

จิรดา ประสาทพรศิริโชค ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ

ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร ออกแบบการศึกษา และตรวจสอบแก้ไขบทความ

ณภัทร์ ศิรินิ่มนวลกุล เก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

ชญานิษฐ์ พูลวรลักษณ์ เก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

ธนภรณ์ ออมทวีทรัพย์ เก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

ศศิธร พลสิทธิ์ เก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

นิมมาวดี หิรัญวัฒนะ เก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ

ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร ออกแบบการศึกษา และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi essential psychiatry. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. Sooksompong S, Kwansanit P, Supanya S, Chutha W, Kittirattanapaiboon P, Udomittipong D, et al. The Thai national mental health survey 2013: prevalence of mental disorders in megacities: Bangkok. J Psychiatr Assoc Thailand 2016;61:75-88.
4. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. WHO South East Asia J Public Health 2017;6:34-8.
5. Cramer AO, van Borkulo CD, Giltay EJ, van der Maas HL, Kendler KS, Scheffer M, et al. Major depression as a complex dynamic system. PLoS One 2016;11:e0167490.
6. World Health Organization. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019. Geneva: World Health Organization; 2020.
7. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med 2003;163:2433-45.
8. Tiller JW. Depression and anxiety. Med J Aust 2013;199: S28-S31.

9. Bennett S, Thomas AJ. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? Maturitas 2014;79:184-90.
10. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. Br J Psychiatry 2018;212:279-86.
11. Azeem R, Zubair UB, Jalil A, Kamal A, Nizami A, Minhas F. Prevalence of suicide ideation and its relationship with depression among transgender population. J Coll Physicians Surg Pak 2019;29:349-52.
12. Gill SK, Muñoz RF, Leykin Y. The influence of perceived stress and depression on suicide-related beliefs in Caucasian and Indian adults. Crisis 2018;39:127-136.
13. Marver JE, Galfalvy HC, Burke AK, Sublette ME, Oquendo MA, Mann JJ, et al. Friendship, depression, and suicide attempts in adults: exploratory analysis of a longitudinal follow-up study. Suicide Life Threat Behav 2017;47:660-71.
14. Simon GE, Barber C, Birnbaum HG, Frank RG, Greenberg PE, Rose RM, et al. Depression and work productivity: the comparative costs of treatment versus nontreatment. J Occup Environ Med 2001;43:2-9.
15. Lerner D, Henke RM. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? J Occup Environ Med 2008;50:401-10.
16. Beck A, Crain LA, Solberg LI, Unützer J, Maciosek MV, Whitebird RR, et al. The effect of depression treatment on work productivity. Am J Manag Care 2014;20:e294-301.
17. Rost KM, Meng H, Xu S. Work productivity loss from depression: evidence from an employer survey. BMC Health Serv Res 2014;14:597.
18. König H, König HH, Konnopka A. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. Epidemiol Psychiatr Sci 2019;29:1-16.
19. Asami Y, Goren A, Okumura Y. Work productivity loss with depression, diagnosed and undiagnosed, among workers in an internet-based survey conducted in Japan. J Occup Environ Med 2015;57:105-10.
20. Zomer E, Rhee Y, Liew D, Ademi Z. The health and productivity burden of depression in South Korea. Appl Health Econ Health Policy 2021;19:941-51.
21. Hysenbegasi A, Hass SL, Rowland CR. The impact of depression on the academic productivity of university students. J Ment Health Policy Econ 2005;8:145-51.
22. Clark M, DiBenedetti D, Perez V. Cognitive dysfunction and work productivity in major depressive disorder. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2016;16:455-63.
23. Jain G, Roy A, Harikrishnan V, Yu S, Dabbous O, Lawrence C. Patient-reported depression severity measured by the PHQ-9 and impact on work productivity: results from a survey of full-time employees in the United States. J Occup Environ Med 2013;55:252-8
24. Fröjd SA, Nissinen ES, Pelkonen MU, Marttunen MJ, Koivisto AM, Kaltiala-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. J Adolesc 2008;31: 485-98.
25. Tran BX, Ha GH, Nguyen DN, Nguyen TP, Do HT, Latkin CA, et al. Global mapping of interventions to improve quality of life of patients with depression during 1990-2018. Qual Life Res 2020;29:2333-43.
26. Mittal D, Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Wetherell JL. Impact of comorbid anxiety disorders on health-related quality of life among patients with major depressive disorder. Psychiatr Serv 2006;57:1731-7.
27. Gao K, Su M, Sweet J, Calabrese JR. Correlation between depression/anxiety symptom severity and quality of life in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. J Affect Disord 2019;244:9-15.
28. Han K, Yang S, Jia W, Wang S, Song Y, Cao W, et al. Health-related quality of life and its correlation with depression among Chinese centenarians. Front Public Health 2020;8:1-8.
29. Engel L, Chen G, Richardson J, Mihalopoulos C. The impact of depression on health-related quality of life and wellbeing: identifying important dimensions and assessing their inclusion in multi-attribute utility instruments. Qual Life Res 2018;27:2873-84.
30. Daly EJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Gaynes BN, Warden D, et al. Health-related quality of life in depression: a STAR*D report. Ann Clin Psychiatry 2010;22:43-55.
31. Chan SW, Chiu HF, Chien WT, Thompson DR, Lam L. Quality of life in Chinese elderly people with depression. Int J Geriatr Psychiatry 2006;21:312-8.
32. Faller H, Störk S, Schuler M, Schowalter M, Steinbüchel T, Ertl G, et al. Depression and disease severity as predictors of health-related quality of life in patients with chronic heart failure-a structural equation modeling approach. J Card Fail 2009; 15:286-92.
33. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. Psychol Rev 1999;106:458-90.
34. Choi KW, Houts R, Arseneault L, Pariante C, Sikkema KJ, Moffitt TE. Maternal depression in the intergenerational transmission of childhood maltreatment and its sequelae: testing postpartum effects in a longitudinal birth cohort. Dev Psychopathol 2019;31:143-56.
35. Sohr-Preston SL, Scaramella LV. Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development. Clin Child Fam Psychol Rev 2006;9:65-83.
36. Russotti J, Swerbenski H, Handley ED, Michl-Petzing LC, Cicchetti D, Toth SL. Intergenerational effects of maternal depression and co-occurring antisocial behaviors: the mediating role of parenting-related processes. J Fam Psychol 2023;37:408-19.
37. Ethridge P, Freeman C, Sandre A, Banica I, Dirks MA, Weinberg A. Intergenerational transmission of depression risk: mothers' neural response to reward and history of depression are associated with daughters' neural response to reward across adolescence. J Psychopathol Clin Sci 2022;131:598-610.
38. Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Rush AJ, Hughes CW, Garber J, Malloy E, et al. Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study. J Clin Psychiatry 2006;67:126-36.
39. Goodman SH. Depression in mothers. Annu Rev Clin Psychol 2007; 3:107-35.

40. Evans J, Melotti R, Heron J, Ramchandani P, Wiles N, Murray L, et al. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. J Child Psychol Psychiatry 2012; 53:632-40.
41. Fife D, Feng Y, Wang MY, Chang CJ, Liu CY, Juang HT, et al. Epidemiology of pharmaceutically treated depression and treatment resistant depression in Taiwan. Psychiatry Res 2017;252:277-83.
42. Ng CH, Kato T, Han C, Wang G, Trivedi M, Ramesh V, et al. Definition of treatment-resistant depression - Asia Pacific perspectives. J Affect Disord 2019;245:626-36.
43. Kubitz N, Mehra M, Potluri RC, Garg N, Cossrow N. Characterization of treatment resistant depression episodes in a cohort of patients from a US commercial claims database. PLoS One 2013;8: e76882.
44. Kim N, Cho SJ, Kim H, Kim SH, Lee HJ, Park CHK, et al. Epidemiology of pharmaceutically treated depression and treatment resistant depression in South Korea. PLoS One 2019;14:e0221552.
45. Amos TB, Tandon N, Lefebvre P, Pilon D, Kamstra RL, Pivneva I, et al. Direct and indirect cost burden and change of employment status in treatment-resistant depression: a matched-cohort study using a US commercial claims database. J Clin Psychiatry 2018;79:17m11725.
46. Gibson TB, Jing Y, Smith Carls G, Kim E, Bagalman JE, Burton WN, et al. Cost burden of treatment resistance in patients with depression. Am J Manag Care 2010;16:370-7.
47. Ivanova JI, Birnbaum HG, Kidolezi Y, Subramanian G, Khan SA, Stensland MD. Direct and indirect costs of employees with treatment-resistant and non-treatment-resistant major depressive disorder. Curr Med Res Opin 2010;26:2475-84.
48. Mrazek DA, Hornberger JC, Altar CA, Degtiar I. A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996-2013. Psychiatr Serv 2014;65:977-87.
49. Rathod S, Denee T, Eva J, Kerr C, Jacobsen N, Desai M, et al. Health-related quality of life burden associated with treatment-resistant depression in UK patients: quantitative results from a mixed-methods non-interventional study. J Affect Disord 2022;300:551-62.
50. Corral R, Alessandria H, Agudelo Baena LM, Ferro E, Duque X, Quarantini L, et al. Suicidality and quality of life in treatment-resistant depression patients in Latin America: secondary interim analysis of the TRAL study. Front Psychiatry 2022;13: 812938.
51. Johnston KM, Powell LC, Anderson IM, Szabo S, Cline S. The burden of treatment-resistant depression: a systematic review of the economic and quality of life literature. J Affect Disord 2019;242:195-210.
52. Jaffe DH, Rive B, Denee TR. The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: a cross-sectional study. BMC Psychiatry 2019;19: 247.
53. Qiao J, Qian LJ, Zhao HF, Gong GH, Geng DQ. The relationship between quality of life and clinical phenotype in patients with treatment resistant and non-treatment resistant depression. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2017;21:2432-6.
54. Woo JM, Jeon HJ, Noh E, Kim HJ, Lee SW, Lee KK, et al. Importance of remission and residual somatic symptoms in health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes 2014;12: 188.
55. Cao Y, Li W, Shen J, Malison RT, Zhang Y, Luo X. Health-related quality of life and symptom severity in Chinese patients with major depressive disorder. Asia Pac Psychiatry 2013;5:276-83.
56. Dennehy EB, Marangell LB, Martinez J, Balasubramani GK, Wisniewski SR. Clinical and functional outcomes of patients who experience partial response to Citalopram: secondary analysis of STAR*D. J Psychiatr Pract 2014;20:178-87.
57. Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, Stang PE, Croghan TW, Kroenke K. Impact of pain on depression treatment response in primary care. Psychosom Med 2004;66:17-22.
58. Bewernick BH, Kayser S, Sturm V, Schlaepfer TE. Long-term effects of nucleus accumbens deep brain stimulation in treatment-resistant depression: evidence for sustained efficacy. Neuropsychopharmacology 2012;37:1975-85.
59. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H, Stengler-Wenzke K. Depression and quality of life: results of a follow-up study. Int J Soc Psychiatry 2002;48:189-99.
60. Cho Y, Lee JK, Kim DH, Park JH, Choi M, Kim HJ, et al. Factors associated with quality of life in patients with depression: a nationwide population-based study. PLoS One 2019;14:e0219455.
61. Dunner DL, Rush AJ, Russell JM, Burke M, Woodard S, Wingard P, et al. Prospective, long-term, multicenter study of the naturalistic outcomes of patients with treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry 2006;67:688-95.
62. Fekadu A, Wooderson SC, Markopoulo K, Donaldson C, Papadopoulos A, Cleare AJ. What happens to patients with treatment-resistant depression? A systematic review of medium to long term outcome studies. J Affect Disord 2009;116:4-11.
63. Rathod S, Denee T, Eva J, Kerr C, Jacobsen N, Desai M, et al. Health-related quality of life burden associated with treatment-resistant depression in UK patients: quantitative results from a mixed-methods non-interventional study. J Affect Disord 2022;300:551-62.