

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ โรงพยาบาลขอนแก่น

วิลาสินี พิเศษ*, ธรรมนาถ เจริญบุญ**, ***

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลขอนแก่น

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***ภาควิชาโรคประสาทวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา การศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 หรือ ICD-10 ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น ช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย Multivariable linear regression analysis

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0) อายุเฉลี่ย 33.6 ปี กลุ่มตัวอย่าง 45 ราย (ร้อยละ 45.0) มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรงส่วนใหญ่ 75 ราย (ร้อยละ 75.0) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพทางการเงิน การมีโรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติดเป็นประจำ การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

สรุป สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพทางการเงิน การมีโรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติดเป็นประจำ การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต โรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า

Corresponding author: วิลาสินี พิเศษ

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลขอนแก่น

E-mail: w.phitsanuu@gmail.com

วันรับ 21 พฤศจิกายน 2567 วันแก้ไข 11 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 21 พฤษภาคม 2568

Quality of Life and Associated Factors in Patients with Major Depressive Disorder: A Cross-Sectional Study at Khon Kaen Hospital

Wilasinee Phitsanu*, Thammanard Charernboon**, ***

*Department of Psychiatry, Khon Kaen Hospital

**Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

***Department of Clinical Epidemiology, Faculty of Medicine, Thammasat University

ABSTRACT

Objective: To study the quality of life among patients with Major Depressive Disorder (MDD) and the association between demographic data, severity of depression, and quality of life.

Methods: A cross-sectional study was conducted in patients with MDD diagnosed based on the DSM-5 or ICD-10 criteria who attended the outpatient clinic at the Department of Psychiatry, Khon Kaen Hospital, between November 2023 and January 2024. Participants were assessed using a demographic data form, the PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), and the WHOQOL-BREF-THAI (World Health Organization Quality of Life Brief - Thai). Data were analyzed using multivariable linear regression analysis.

Results: There were 100 patients in this study, mostly female (75.0%), with a mean age of 33.6 years. Forty-five participants (45%) had moderate to severe depression, and most (75 patients, 75.0%) had a moderate quality of life. Marital status, religion, financial status, underlying medical conditions, substance use, family history of psychiatric illness, and severity of depression were significantly associated with quality of life ($p < 0.05$).

Conclusion: Marital status, religion, and financial status were significantly associated with quality of life. Additionally, underlying medical conditions, substance use, and family history of psychiatric illness also played a significant role ($p < 0.05$). The severity of depression had a strong negative impact on quality of life. Furthermore, higher depression scores on the PHQ-9 were associated with lower quality of life in patients with depression.

Keywords: quality of life, major depressive disorder, depression

Corresponding author: Wilasinee Phitsanu

E-mail: w.phitsanuu@gmail.com

Received: 21 November 2024 Revised: 11 March 2025 Accepted: 21 May 2025

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม โดยมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรม ปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ปัญหาทางด้านจิตใจและสังคม ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5 ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 5 ใน 9 ข้อ ติดต่อกันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งอาการหลักที่พบ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าเกือบตลอดเวลา และสูญเสียความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมที่เคยชอบ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักผิดปกติ ปัญหาด้านการนอน ความรู้สึกไร้ค่า หรือมีความคิดเกี่ยวกับความตาย ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญ¹ พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของความพิการทั่วโลก² นอกจากนี้โรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย³

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวความคิดที่กว้าง เติบโตด้วยความซับซ้อน ครอบคลุมในประเด็นสุขภาพ ร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม⁴ โดยพบว่าคุณภาพชีวิตเป็นองค์ประกอบสำคัญของผลลัพธ์และการฟื้นตัวของโรคทางจิตเวช เนื่องจากความผิดปกติของโรคเหล่านี้ลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁵⁻⁸ การศึกษาล่าสุดหลายชิ้นระบุว่าคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าต่ำกว่าประชากรทั่วไป นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังมีผลกระทบต่อด้านลบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ทางการสมรส การประกอบอาชีพ และความนับถือตนเอง⁶⁻⁸

มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง^{6,9} ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ⁹⁻¹² อายุ^{10,11,13} การศึกษา^{9-12,14} ศาสนา¹⁰ เชื้อชาติ^{11,14} สถานภาพสมรส^{10,11,15} อาชีพ^{9,12,14} รายได้^{9,10,12,14} ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า^{6-9,11,12,16-19}

อายุที่เริ่มป่วย¹³ ระยะเวลาที่ป่วย¹³ ผลข้างเคียงของยา⁷ การสนับสนุนทางสังคม^{9,13} ปัจจัยด้านครอบครัว^{9,14} ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม^{9,10,13} ภาวะโรคร่วมทางกาย^{11,12,14,20} การใช้สารเสพติด¹⁴ และความรู้สึกเป็นตราบาปจากโรค^{7,13} ในประเทศไทย เคยมีการศึกษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76¹⁵ และมีโอกาสศึกษาในไทยซึ่งศึกษาประชากรโรคซึมเศร้าในกรุงเทพมหานคร พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดเรื้อรังไม่แตกต่างกัน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดเฉียบพลัน คือ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และการมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารุนแรงชนิดเรื้อรังคือ การมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการป่วย และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า²¹

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเทศไทยยังมีการศึกษาในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย โดยมีการศึกษาเฉพาะในภาคกลาง และในการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งลักษณะสิ่งแวดล้อม^{9,10,13} อาชีพ^{9,12} รายได้^{9,10,12} ที่แตกต่างกันของทั้ง 2 ภูมิภาค อาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันได้ ด้วยเหตุนี้การศึกษานี้จึงเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจังหวัดขนาดใหญ่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเหมาะสมในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเขตภูมิภาคนี้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีวัตถุประสงค์รองคือศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการ

จริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เลขที่โครงการวิจัย KEF 66033

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ซึ่งกำลังได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 หรือ ICD-10 มีอายุ 18 - 60 ปี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และมีความสามารถในการเข้าใจและตอบแบบสอบถาม มีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรง หรือมีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ

ขนาดตัวอย่าง (sample size) คำนวณจากสูตร estimating an infinite population mean ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2}{d^2}$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

Z คือ ค่าสัมประสิทธิ์ได้โค้งปกติมาตรฐาน ที่ความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

σ คือ SD (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) มีค่าเท่ากับ 14 เมื่ออ้างอิงจากวรรณกรรม¹⁵

d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 2.8 (กำหนด $d = 20\%$ ของค่า SD)

จะได้จำนวนประชากรที่ต้องการอย่างน้อย 97 ราย และทำการเก็บเพิ่มอีก 3 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบ ดังนั้นจึงต้องการผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 100 ราย ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทุกรายจะได้รับการแจ้งรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา และให้ความยินยอมในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ที่อยู่อาศัย โรคประจำตัวทางกาย ระยะเวลาที่ป่วย การใช้สารเสพติด ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ในโรคซึมเศร้า ทศนคติว่าโรคซึมเศร้ารักษาหายได้ ผลข้างเคียงของยา ความรู้สึกถูกตีตราจากโรค บั๊จจัยด้านสังคม บั๊จจัยด้านครอบครัว การมีสมาชิกครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเวช ประวัติการติดนัดพบแพทย์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ประเมิน

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามี 9 ข้อ โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลยได้ 0 คะแนน, มีบางวันไม่บ่อยได้ 1 คะแนน, มีค่อนข้างบ่อยได้ 2 คะแนน, มีเกือบทุกวันได้ 3 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงตามคะแนน รวมได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า 7 คะแนน คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7 - 12 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ พบว่าแบบประเมิน PHQ-9 มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 84 ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 77 ค่าการทำนายเชิงบวก (positive predictive value) ร้อยละ 21 ค่าการทำนายเชิงลบ (negative predictive value) ร้อยละ 99 ค่า positive likelihood ratio 3.71 และมี area under the curve (AUC) 0.89 (95% CI 0.85 - 0.92)²²

ส่วนที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.65 ประกอบด้วย 26 ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมี 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมี 3 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลย = 1 คะแนน, เล็กน้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน และเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางลบ ได้แก่ ไม่เลย = 5 คะแนน, เล็กน้อย = 4 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 2 คะแนน, มากที่สุด = 1 คะแนน สำหรับการแปลผล คะแนนรวม 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังสามารถแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม²³

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 16.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อรายงานในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ การวิเคราะห์บั๊จจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทำโดยวิธี Multivariable linear regression analysis โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 100 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0) สถานภาพโสด (ร้อยละ 62.0) อายุเฉลี่ย 33.59 ปี การศึกษาระดับ ปวช. หรือมัธยม (ร้อยละ 34.0)ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 34.0) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.0) อาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร (ร้อยละ 35.0) รายได้ทั้งครอบครัวต่อเดือน 10,001 - 30,000 บาท (ร้อยละ 32.0) การเงินไม่พอใช้หรือมีหนี้สิน (ร้อยละ 50.0) ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา (ร้อยละ 71.0) อาศัยอยู่ในเมือง (ร้อยละ 68.0) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 83.0) ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 2.87 ปี ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 90.0) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.0) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม (ร้อยละ 77.0) ไม่เคยผิติดพบแพทย์ (ร้อยละ 61.0) (ตารางที่ 1)

ผลการศึกษากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจากแบบประเมิน PHQ-9 พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง ร้อยละ 37.0, 27.0 และ 18.0 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 18.0 ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.0) รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 17.0) และมี 8 ราย ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 8.0) (ตารางที่ 2)

หากพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตโดยจำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.0, 63.0, 71.0 และ 67.0 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยใช้ Multivariable linear regression analysis พบว่า ผู้ที่มีคู่หรือแต่งงานแล้วมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 9.82 คะแนนเมื่อเทียบกับผู้ไม่มีคู่ (coefficients = 9.82, $p = 0.001$, 95% CI = 4.05, 15.58) ส่วนปัจจัยที่มีโอกาสทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ได้แก่ การนับถือศาสนาอื่น ๆ และการไม่นับถือศาสนา (coefficients = -8.24, $p = 0.028$, 95% CI = -15.58, -0.91) สถานภาพทางการเงินไม่พอใช้หรือมีหนี้สิน (coefficients = -12.95, $p = 0.009$, 95% CI = -22.56, -3.34) การมีโรคประจำตัวทางกาย (coefficients = -13.18, $p < 0.001$, 95% CI = -19.14, -7.22) การใช้สารเสพติดเป็นประจำ (coefficients = -10.68, $p = 0.003$, 95%

CI = -17.71, -3.64) การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (coefficients = -6.40, $p = 0.024$, 95% CI = -11.94, -0.86) นอกจากนี้คะแนน PHQ-9 ก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (coefficients = -1.62, $p < 0.001$, 95% CI = -2.07, -1.16) กล่าวคือเมื่อคะแนนโรคซึมเศร้าสูงขึ้น 1 คะแนน จะส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลง 1.62 คะแนน (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 75 ราย (ร้อยละ 75.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศในปี พ.ศ. 2562 ที่ประเทศอียิปต์ โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHO-QOL-BREF) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง⁹ และการศึกษาของประเทศเซอร์เบีย ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554 ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง¹⁵ แต่มีความแตกต่างกับผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2556 ณ ประเทศจีนที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี²⁴ ทั้งนี้จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มาพบแพทย์ครั้งแรกและมีภาวะซึมเศร้าสูง ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จึงอาจทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวต่างจากการศึกษานี้

เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ 4 ด้าน พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.0, 63.0, 71.0 และ 67.0 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย⁵ เซอร์เบีย⁶ ไต้หวัน⁷ เติร์กเมนิสถาน¹³ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยแยกตามองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน และแตกต่างจากผลการศึกษาในประเทศอียิปต์ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านจิตใจอยู่ในระดับไม่ดี⁹ ทั้งนี้พบว่าการศึกษาดังกล่าว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทางกายที่รุนแรงและส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ร่วมกับมีความรู้สึกไม่พอใจในชีวิต ไม่มั่นใจในตนเอง รู้สึกผิด และไม่สามารถรับมือกับแรงกดดันที่ต้องเจอในชีวิต ซึ่งส่งผลให้อาการซึมเศร้าแย่ลงและคุณภาพชีวิตลดลงได้

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		โรคประจำตัวทางกาย	
อายุ (ปี; mean ± SD)	33.59 ± 12.53, min = 18, max = 60	ไม่มี	83 (83.0)
ชาย	25 (25.0)	มี	17 (17.0)
หญิง	75 (75.0)	ระยะเวลาที่ป่วย (ปี; mean ± SD)	2.87 ± 2.64, min = 0.17, max = 12
สถานภาพสมรส		ใช้สารเสพติดเป็นประจำ	
โสด	62 (62.0)	ไม่ใช่	90 (90.0)
สมรส	31 (31.0)	สุรา	3 (3.0)
หย่าร้าง/หม้าย	7 (7.0)	บุหรี่	7 (7.0)
ระดับการศึกษา		ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	
ประถม	10 (10.0)	น้อย	11 (11.0)
ปวช. หรือมัธยม	34 (34.0)	ปานกลาง	70 (70.0)
ปวส. หรืออนุปริญญา	22 (22.0)	มาก	19 (19.0)
ปริญญาตรีขึ้นไป	34 (34.0)	ได้รับผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า	
ศาสนา		ไม่ใช่	71 (71.0)
พุทธ	91 (91.0)	ใช่	29 (29.0)
อื่นๆ และไม่นับถือศาสนา	9 (9.0)	รู้สึกเป็นตราบาปจากโรค	
อาชีพ		ไม่ใช่	70 (70.0)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20 (20.0)	ใช่	30 (30.0)
รับจ้าง/เกษตรกร	35 (35.0)	โรคซึมเศร้าทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับสังคมรอบข้าง	
ราชการ	7 (7.0)	ไม่ใช่	59 (59.0)
นักเรียน/นักศึกษา	12 (12.0)	ใช่	41 (41.0)
อื่นๆ	26 (26.0)	ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม	
รายได้ทั้งครอบครัวต่อเดือน (บาท)		ไม่ใช่	23 (23.0)
ต่ำกว่า 5,000 บาท	13 (13.0)	ใช่	77 (77.0)
5,000 - 10,000 บาท	29 (29.0)	ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว	
10,001 - 30,000 บาท	32 (32.0)	ดี	41 (41.0)
มากกว่า 30,000 บาท	26 (26.0)	ปานกลาง	49 (49.0)
สถานภาพทางการเงิน		ไม่ดี	10 (10.0)
มีเงินเหลือ	8 (8.0)	มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว	
พอใช้	42 (42.0)	ไม่ใช่	64 (64.0)
ไม่พอใช้หรือมีหนี้สิน	50 (50.0)	ใช่	36 (36.0)
ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา		สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	
ไม่มี	71 (71.0)	ไม่ใช่	83 (83.0)
มี	29 (29.0)	ใช่	17 (17.0)
ที่อยู่อาศัย		การเคยผิदनัดพบแพทย์	
ในเมือง	68 (68.0)	ไม่เคย	61 (61.0)
ชนบท	32 (32.0)	เคย	39 (39.0)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพทางการเงิน การมีโรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติดเป็นประจำ การมีสมาชิกครอบครัวป่วยทางจิตเวช และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสถานภาพสมรสคู่มือคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาในไทย ปี พ.ศ. 2554 และในประเทศเกาหลีปี พ.ศ. 2552 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มือคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ยังร้าง แยกกันอยู่ หรือเป็นหม้าย เนื่องจากการมีคู่สมรสที่ดีจะให้ความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ลดการเกิดซึมเศร้าและเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้^{10,19} การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่นับถือศาสนาหรือนับถือศาสนาอื่น เช่น คริสต์ อิสลาม ซึ่งงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่ไม่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 91 จึงอาจจะไม่สามารถบอก

ความสัมพันธ์ได้ชัดเจน โดยมีการศึกษาในประเทศเกาหลี ที่พบว่าผู้ที่นับถือศาสนาจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่นับถือศาสนาโดยเฉลี่ย¹⁰ มีการศึกษาในประเทศอียิปต์ปี พ.ศ. 2552 เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้า ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อทางจิตวิญญาณหรือศาสนามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹ และมีการศึกษาของประเทศอินเดียในปี พ.ศ. 2532 เรื่องศาสนาและสุขภาพจิตที่แสดงให้เห็นว่าศาสนามีอิทธิพลอย่างมากในด้านจิตเวช ซึ่งการมีศาสนาอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²⁵

ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพทางการเงิน การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีหนี้สินหรือการเงินไม่พอใช้จะมีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศเกาหลี ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า¹⁰ มีการศึกษาในเรื่องนี้ที่ประเทศอียิปต์ ก็พบว่าการมีรายได้ดีบ่งบอกถึงความมั่นคงทางการเงิน และผู้ที่รู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า⁹ และการศึกษาในประเทศไนจีเรียปี พ.ศ. 2560 เรื่องปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน²⁶ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโรคประจำตัวทางกายสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการมีปัญหาสุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอเมริกา ปี พ.ศ. 2561 ที่พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโรคประจำตัวทางกายมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย และผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโรคประจำตัวทางกายมีอัตราการหายของโรคซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอินเดีย ปี พ.ศ. 2554 ที่พบว่าการที่ผู้ป่วยซึมเศร้ามีสุขภาพกายที่ไม่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสุขภาพทางกายที่ไม่ดีส่งผลให้สุขภาพจิตแย่ลงและมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงร่วมด้วย²⁷

ตารางที่ 2 ผลการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบทดสอบ PHQ-9 และ WHOQOL-BREF-THAI (n = 100)

ผลการประเมิน	จำนวน (ร้อยละ)
PHQ-9: Mean (SD) (min 0, max 27)	12.38 (5.91)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0 - 6 คะแนน)	18 (18.0)
ซึมเศร้าเล็กน้อย (7 - 12 คะแนน)	37 (37.0)
ซึมเศร้าปานกลาง (13 - 18 คะแนน)	27 (27.0)
ซึมเศร้ารุนแรง (19 - 27 คะแนน)	18 (18.0)
รวม	100 (100.0)
WHOQOL-BREF-THAI: Mean (SD) (min 45, max 109)	74.90 (14.22)
คุณภาพชีวิตดี (96 - 130 คะแนน)	8 (8.0)
คุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน)	75 (75.0)
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26 - 60 คะแนน)	17 (17.0)
รวม	100 (100.0)

ตารางที่ 3 ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแยกตามองค์ประกอบ 4 ด้าน (n = 100)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตดี จำนวน (ร้อยละ)
สุขภาพ	16 (16.0)	76 (76.0)	8 (8.0)
จิตใจ	31 (31.0)	63 (63.0)	6 (6.0)
สัมพันธภาพทางสังคม	21 (21.0)	71 (71.0)	8 (8.0)
สิ่งแวดล้อม	21 (21.0)	67 (67.0)	12 (12.0)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับคะแนนคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ด้วยวิธี Multivariable linear regression analysis

ปัจจัย	Coefficient (95% CI)	p-value
เพศ: หญิง	1.13 (-3.74, 6.01)	0.643
อายุ (ปี)	0.08 (-0.19, 0.36)	0.544
สถานภาพสมรส		
โสด	reference	reference
สมรส	9.82 (4.05, 15.58)	0.001
หย่าร้าง/หม้าย	-0.29 (-9.50, 8.92)	0.950
ระดับการศึกษา		
ประถม	reference	reference
ปวช. หรือมัธยม	6.75 (-3.06, 16.57)	0.174
ปวส. หรืออนุปริญญา	7.57 (-2.81, 17.97)	0.150
ปริญญาตรีขึ้นไป	4.19 (-6.11, 14.49)	0.420
ศาสนาอื่นๆ (นอกเหนือจากพุทธ)	-8.24 (-15.58, -0.91)	0.028
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	reference	reference
รับจ้าง/เกษตรกร	-1.25 (-7.44, 4.93)	0.687
ราชการ	5.01 (-6.32, 16.35)	0.380
นักเรียน/นักศึกษา	2.76 (-5.00, 10.53)	0.480
อื่นๆ	1.61 (-5.21, 8.44)	0.639
รายได้ทั้งครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	reference	reference
5,000 - 10,000 บาท	-2.11 (-10.14, 5.91)	0.600
10,001 - 30,000 บาท	2.04 (-5.78, 9.87)	0.603
มากกว่า 30,000 บาท	0.65 (-7.89, 9.19)	0.880
สถานภาพทางการเงิน		
มีเงินเหลือ	reference	reference
พอใช้	-2.46 (-11.10, 6.16)	0.570
ไม่พอใช้หรือมีหนี้สิน	-12.95 (-22.56, -3.34)	0.009

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดประจำ ได้แก่ สุรา และบุหรี่ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอเมริกา ปี พ.ศ. 2563 ที่พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ใช้สารเสพติดต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ และมีอีกการศึกษาในประเทศอเมริกา ปี พ.ศ. 2561 ที่พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีโรคจากการใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะมีอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลจากโรคทางจิตเวชที่สูงกว่า และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากกว่า²⁸

ปัจจัย	Coefficient (95% CI)	p-value
มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา	-3.04 (-8.98, 2.89)	0.310
ที่อยู่อาศัยในชนบท	-2.31 (-7.15, 2.52)	0.344
มีโรคประจำตัวทางกาย	-13.18 (-19.14, -7.22)	< 0.001
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	0.75 (-0.13, 1.64)	0.095
ใช้สารเสพติดเป็นประจำ	-10.68 (-17.71, -3.64)	0.003
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า		
น้อย	reference	reference
ปานกลาง	-1.75 (-8.98, 5.47)	0.630
มาก	-5.21 (-14.56, 4.13)	0.269
คิดว่าได้รับผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้า	0.90 (-3.95, 5.75)	0.712
รู้สึกเป็นตราบาปจากโรค	-5.63 (-11.26, 0.01)	0.051
คิดว่าโรคซึมเศร้าทำให้มีปัญหากับสังคมรอบข้าง	1.25 (-4.28, 6.78)	0.654
คิดว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม	-0.56 (-6.03, 4.90)	0.837
ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว		
ดี	reference	reference
ปานกลาง	1.00 (-3.29, 5.30)	0.642
ไม่ดี	6.62 (-1.62, 14.86)	0.114
มีปัญหากับครอบครัว	-2.85 (-8.11, 2.41)	0.283
มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	-6.40 (-11.94, -0.86)	0.024
เคยผิณฑพบแพทย์	3.00 (-1.25, 7.26)	0.163
คะแนน PHQ-9	-1.62 (-2.07, -1.16)	< 0.001

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการมีสมาชิกครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการมีปัญหาครอบครัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอียิปต์ ปี พ.ศ. 2562 ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้ามากที่สุดคือปัจจัยด้านครอบครัว โดยผู้ป่วยซึมเศร้าที่กังวลเกี่ยวกับครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตลดลง การสูญเสียความสัมพันธ์อันใกล้ชิดกับครอบครัวส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยมากที่สุด ความขัดแย้งและความรุนแรงภายในครอบครัว

ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะการเผชิญเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตและความยากจน ซึ่งผู้ที่มีภาวะทางจิตเวชมีปัญหาสุขภาพจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ และนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยซึมเศร้า⁹

จากการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากปัจจัยทางด้านจิตใจเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญหนึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพจิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรังในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งพบว่าระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในหลายประเทศ^{6-9,11,12,14,16-19} ที่พบว่าระดับความซึมเศร้าที่สูงขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตลดลง จากข้อมูลจึงกล่าวได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อจำกัดของการศึกษา จุดแข็ง และข้อเสนอแนะ

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย ซึ่งมีจำนวนที่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นอาจมีผลต่อผลการศึกษา ทำให้ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่พบความสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นประชากรในเขตตัวเมือง ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้กับกลุ่มประชากรในชนบท และบางคำถามในแบบสอบถาม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นคำถามที่ไม่ได้เจาะจงว่าเป็นค่าใช้จ่ายด้านใด ผู้ตอบอาจรวมค่าใช้จ่ายทุกอย่าง เช่น ค่ายา ค่าเดินทาง ในการมารักษา จึงอาจเข้าใจไม่ตรงกันในแต่ละคน

จุดแข็งในการศึกษาครั้งนี้คือการเก็บข้อมูลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน แต่ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาแบบ multicenter ทั้งนี้เพื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะทำให้ผลการศึกษาชัดเจนขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในเขตตัวเมืองและชนบท

สรุป

สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพทางการเงิน การมีโรคประจำตัวทางกาย การใช้สารเสพติดเป็นประจำ การมีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อให้ตัวโรคเข้าสู่ระยะสงบโดยเร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลขอนแก่น และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน ที่ช่วยให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการทำแบบสอบถาม

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้พิมพ์ (authors' contributions)

วิลาสินี พิเศษ: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; ธรรมนาถ เจริญบุญ: การออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษา ระหว่างเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Friedrich MJ. Depression is the leading cause of disability around the world. JAMA 2017;317:1517.
3. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. Neuropsychiatr Dis Treat 2011;7:3-7.
4. Trevittaya P. Concepts of quality of life. J Assoc Med Sci 2016;49:171-84.



5. Garg R, Kaur H. Quality of life among patients with depression: impact of self-stigma. *Indian J Soc Psychiatry* 2020;36:125-9.
6. Matovic S, Jankovic S. Quality of life among patients with depression. *Serb J Exp Clin Res* 2015;16:151-6.
7. Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Ko CH, Yen JY. Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depress Anxiety* 2009;26:1033-9.
8. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiament PP, De Vries J. Relationship between mood related disorders and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety* 2006;23:353-63.
9. Mounir Hassan H, Abu Bakr Osman O, Mohamed Mourad G, Ezz El Din Prince H. Quality of life among patients with depression. *Egypt J Health Care* 2019;10:589-604.
10. Kang E, Rhee YE, Kim S, Lee J, Yun YH. Quality of life and depression in the general Korean population: normative data and associations of the 12-item Short Form Health Survey (SF-12) and the McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) with depression (Patient Health Questionnaire-9) and socioeconomic status. *Appl Res Qual Life* 2021;16:1673-87.
11. Brenes GA. Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9:437-43.
12. 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;14:1-12.
13. Shumye S, Belayneh Z, Mengistu N. Health related quality of life and its correlates among people with depression attending outpatient department in Ethiopia: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2019;17:169.
14. Rhee TG, Steffens DC. Major depressive disorder and impaired health-related quality of life among US older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2020;35:1189-97.
15. Khunarak U. Factors affecting quality of life in outpatients with depressive disorder at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011;25:42-54.
16. Papakostas GI, Petersen T, Mahal Y, Mischoulon D, Nierenberg AA, Fava M. Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:13-7.
17. Berlim MT, Fleck MP. Quality of life and major depression. In: Ritsner MS, Awad AG, editors. *Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders: new perspectives on research and treatment*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2007. p. 241-52.
18. Hohls JK, König HH, Quirke E, Hajek A. Anxiety, depression and quality of life: a systematic review of evidence from longitudinal observational studies. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:1-26.
19. IsHak WW, Mirocha J, Christensen S, Wu F, Kwock R, Behjat J, et al. Patient-reported outcomes of quality of life, functioning, and depressive symptom severity in major depressive disorder comorbid with panic disorder before and after SSRI treatment in the STAR*D trial. *Depress Anxiety* 2014;31:707-16.
20. IsHak WW, Steiner AJ, Klimowicz A, Kauzor K, Dang J, Vanle B, et al. Major depression comorbid with medical conditions: analysis of quality of life, functioning, and depressive symptom severity. *Psychopharmacol Bull* 2018;48:8-25.
21. Srichairattanakool A. A comparative study of quality of life between acute and chronic major depression [master's thesis]. [Bangkok]: Chulalongkorn University; 2009.
22. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
23. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;28:551-8.
24. Zeng Q, Xu Y, Chun Wang W. Quality of life in outpatients with depression in China. *J Affect Disord* 2013;150:513-21.
25. Agarwal AK. Religion and mental health. *Indian J Psychiatry* 1989;31:185-6.
26. John DF, Audu MD, Armiya'u AY, Philip TF, Go'ar SG, Taru MY, et al. Sociodemographic determinants of quality of life among patients with major depressive disorders. *Jos J Med* 2017;11:1-11.
27. Jaiswal P, Dalal P, Tripathi A, Singh S, Jain S. Relationship of depression, disability and quality of life in depressive patients: a case control study. *J Fam Med* 2015;2: 1027.
28. Greene M, Yan T, Chang E, Hartry A, Yermilov I, Broder M. Differences in treatment outcomes among patients with major depressive disorder with and without comorbid substance abuse. *Value Health* 2018;21:S78.