

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

วัชรินทร์ เวชชากุล พ.บ.*

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพสำคัญของไทย เป็นความผิดปกติหรือความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและจิตใจ ทำให้มีความผิดปกติที่แสดงออกทางด้านร่างกายและพฤติกรรมได้ โดยการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร จำนวน 10 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 243 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (HAM-D) และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 ของแบบสอบถามความรู้โรคซึมเศร้า เท่ากับ .72 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า HAM-D และ แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและไปซีเรียล และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45.98 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุดคือ ระดับประถมศึกษา มีสถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพเกษตรกรและประมงมากที่สุด มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวร้อยละ 11.52 และมีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 3.70 และมีประวัติการรักษาโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นระยะเวลาน้อยกว่า 2 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับค่อนข้างดี ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยแบบประเมิน HAM-D พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ผลการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับภาวะซึมเศร้า โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = -.450$) กล่าวคือ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ต่ำจะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23.10 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงควรได้รับการดูแลรักษาให้ครบทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม และมุ่งเน้นความสำคัญของการลดอาการเป็นหนทางหลักสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผลต่อ คุณภาพชีวิต โรคซึมเศร้า

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมาบอำมฤต จังหวัดชุมพร

Corresponding author e-mail: uiseiwporh_smart@hotmail.com

วันที่รับ (received) 22 ก.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 ส.ค. 2568

Factors Affecting the Quality of Life of Depressed Patients at the Outpatient Departments of Community Hospitals in Chumphon

Watcharin Wetchakul M.D.*

Abstract

Depression is a major health problem in Thailand. It is a chemical imbalance or disorder in the brain and mind that can manifest as physical and behavioral abnormalities. This cross-sectional analytical research aimed to assess the quality of life and examine the relationships between factors affecting quality of life in patients with depression at 10 community hospitals in Chumphon Province, Thailand. The sample consisted of 243 patients with depression who stratified by proportional sampling. The instrument used was a questionnaire consisting of four parts: personal factors, knowledge about depression, the HAM-D Depression Severity Assessment Scale (HAM-D), and a quality of life questionnaire. The content validity was examined by three experts. The reliability of the questionnaires was examined. The KR-20 reliability of the depression knowledge questionnaire was .84. The HAM-D depression inventory and the quality of life indicators questionnaire had Cronbach's alpha coefficients of .74 and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's and Bicester's correlation coefficients, and multiple linear regression analysis.

Results: the research found that most of the participants were female, with an average age of 45.98 years, the highest level of education was primary school, and they were married. Most of them were farmers and fishermen. A family history of mental illness was present in 11.52 percent of the participants, and 3.70 percent. Had a history of drug abuse Most participant had a history of depression treatment for less than 2 years and had a fairly good level of knowledge about depression. The HAM-D depression assessment found that most of the sample had a moderate level of depression. The quality of life assessment found that most of the depressed patients had a moderate level of quality of life. The factors affecting the quality of life of depressed patients included the level of depression, which had a statistically significant negative relationship with quality of life, and a moderate relationship ($r = -.450$). This predicted 23.10 percent of the participants' perceived quality of life. Patients with depression should therefore receive comprehensive care in all aspects, including physical, mental, social relationships, and the environment, and should focus on the importance of symptom reduction as the main path to a better quality of life.

Keywords: associated factor, quality of life, depression

* Physician, Senior professional level, Map Ammarit Hospital, Chumphon province
Corresponding author e-mail: uiseiwporh@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เป็นความผิดปกติหรือความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง¹ และสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความคิด การเรียนรู้ พฤติกรรม รวมทั้งอาการเศร้าใจ หดหู่ ไม่แจ่มใส รู้สึกมีความผิดหรือไม่มีคุณค่า หวาดระแวง กระวนกระวาย หงุดหงิด ลึนหวัง นอนไม่หลับ วิตกกังวล เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง มองโลกในแง่ร้าย และอาจจะมีปัญหาถึงการฆ่าหรือพยายามฆ่าตัวตายตามมาได้² จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาที่ทำให้ประชาชนป่วยและได้รับผลกระทบเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และคาดการณ์อีกว่าปัญหานี้จะกลายเป็นอันดับ 1 ในปี ค.ศ. 2030³ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้า พ.ศ. 2561 พบว่า มีคนไทยป่วยโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน โดยผู้หญิงมีความเสี่ยงป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี⁴ และจากการสำรวจสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าประชากรที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานบริการ มีจำนวนที่เพิ่มขึ้น ในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ามาใช้บริการในสถานบริการภาครัฐ จำนวน 1,509,743 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 23.60 ต่อพันประชากร ในเขตสุขภาพที่ 11 พบผู้ป่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 95,103 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 27.46 ต่อพันประชากร ส่วนโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดชุมพรทั้ง 10 แห่ง มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 7,974 คน คิดเป็นอัตราป่วย 18.86 ต่อพันประชากร⁵

สมาคมจิตแพทย์อเมริกาแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ปานกลาง และภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง⁶ ซึ่งผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ บกพร่องลงจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลยทำให้ขาดรายได้⁷ นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อตนเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เสียเวลาในการทำงาน ทำให้สูญเสียรายได้ ภาระของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากค่ายาและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษา ทำให้ใช้เวลารักษายาวนานยิ่งขึ้น ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ⁷ ดังนั้น โรคซึมเศร้าจึงควรได้รับการดูแลและให้การรักษาอย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้ปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัจจุบันการรักษาโรคซึมเศร้า คือ การรักษาทางชีวภาพและการรักษาทางจิตสังคม⁸ นอกจากนี้ ยังพบการบำบัดรักษาสุขภาพการเสื่อมโทรมทางร่างกายและสมอง⁹ และการจัดการกับอาการ ตามแนวคิดของ Dodd, et al.¹⁰ ซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลวิธี การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ จากการศึกษาของ สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และคณะ¹¹ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง เพศชายและหญิงคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และสานิตย์ ศรีเพชร¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือระดับการศึกษา นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ มาลินี อยู่อใจเย็น และคณะ¹³ พบว่า ปัจจัยการมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด การมีปัญหสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การผ่อนคลายความเครียด การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จังหวัดชุมพร มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 10 แห่ง ทุกโรงพยาบาลมีการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคด้านจิตเวช รวมถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังมีอาการผิดปกติทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายที่ยังค่อนข้างสูง และจากการสอบถาม

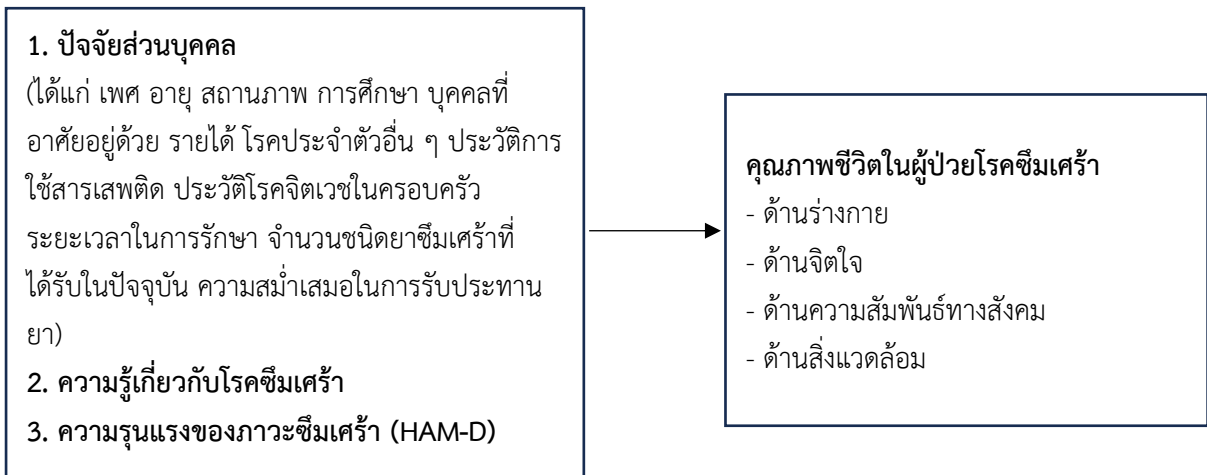
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังพบความไม่สบายกายและใจ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดชุมพร เพื่อนำสาเหตุและปัจจัยเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่เข้มแข็ง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (ภาพที่1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาคือการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ระหว่างเดือน เมษายน 2568 ถึง มิถุนายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง ในจังหวัดชุมพร จำนวน 923 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตรของ เครจซีและมอร์แกน¹⁴
$$n = \frac{\chi^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + \chi^2 p (1-p)}$$
 ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการ

สุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$) และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจใน ประชากร เท่ากับ 0.2 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 239 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจจะมีการสูญหาย (Missing data) ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งสิ้น จำนวน 243 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ชุมชนทั้ง 10 แห่งในจังหวัดชุมพร จำนวน 243 คน โดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด } \times \text{จำนวนผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชุมพร}}$$

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล

ลำดับ	โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1	โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร	111	29
2	โรงพยาบาลท่าแซะ	31	8
3	โรงพยาบาลปะทิว	14	4
4	โรงพยาบาลมาบอำมฤต	58	15
5	โรงพยาบาลหลังสวน	57	15
6	โรงพยาบาลปากน้ำหลังสวน	44	12
7	โรงพยาบาลละแม	382	101
8	โรงพยาบาลพะโต๊ะ	75	20
9	โรงพยาบาลสวี	97	26
10	โรงพยาบาลทุ่งตะโก	54	14
รวม		923	243

หลังจากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ในผู้ป่วยจากลำดับคิวที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 10 แห่ง ตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้ข้างต้น จนครบ 243 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) 2) สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และ 3) ให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) มีการย้ายสถานพยาบาลหรือส่งตัวไปรักษาต่อที่อื่นที่ติดต่อไม่ได้ และ 2) ไม่สามารถ ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 051/2568 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จัดทำเอกสาร แสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสมัครใจและมีสิทธิ์ออกจาก งานวิจัยได้ตลอดเวลาและไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อสกุลใด ๆ ทั้งสิ้น การเสนอผลวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย รายได้ โรคประจำตัวอื่น ๆ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ระยะเวลาในการรักษา จำนวนชนิดยาซึมเศร้าที่ได้รับในปัจจุบัน ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ลักษณะเป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการและเติมคำตอบจำนวน ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ทั้งฉบับเท่ากับ 0.72 มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยเลือกตอบได้สองตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนคือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน และถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนนและกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนในด้านความรู้ นำมาคิดเป็นร้อยละ และแปลผล ดังนี้¹⁴

ร้อยละ 81 – 100 หมายถึง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนอยู่ในระดับดี

ร้อยละ 61 – 80 หมายถึง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างดี

ร้อยละ 41 – 60 หมายถึง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 21 – 40 หมายถึง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ร้อยละ 1 – 20 หมายถึง มีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า HAM-D (Hamilton rating scale for depression) ฉบับภาษาไทย¹⁵ เป็นแบบวัดที่ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเป็นที่นิยมใช้กันทั้งในด้านการประเมินผลการรักษา และในการทำวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ มีความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า Standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.74 ประกอบด้วย 4 กลุ่มอาการ คือ 1) กลุ่มอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล จำนวน 9 ข้อ 2) กลุ่มอาการนอนหลับ จำนวน 3 ข้อ 3) กลุ่มอาการแสดงออกทางกายภาพ จำนวน 3 ข้อ และ 4) กลุ่มอาการทางความคิด จำนวน 2 ข้อ โดยคะแนนในแต่ละข้อมีตั้งแต่ 0 – 4 คะแนนรวมทั้งสิ้น 52 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน HAM-D ดังนี้

0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

8-16 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

17-23 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

24 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹⁶ ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อคำถาม เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม มีคะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนน รวมคะแนนทั้งสิ้น 130 คะแนน การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65 โดย คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน แปลผล ดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61- 95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ของแบบสอบถามส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัย และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ เท่ากับ 1.00 ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try - Out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 วิเคราะห์หาค่าความยาก (p) ค่าอำนาจจำแนก (r) พบว่าแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง 0.28-0.48 มีค่าความยาก (p) อยู่ระหว่าง 0.22-0.56 ใช้ สูตร KR-20 ของ Kuder Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.72 แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า HAM-D และ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .74 และ .84 ตามลำดับ หลังปรับปรุงจึงใช้ฉบับจริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือการศึกษาวิจัย และขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดชุมพร ในเก็บข้อมูล
2. เก็บข้อมูลแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จากการสุ่มผู้ป่วยอย่างง่ายจากลำดับคิวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดชุมพร ทั้ง 10 แห่ง โดยมีผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลที่ผ่านการฝึกประเมิน HAM-D ซึ่งผู้วิจัยได้มีการอธิบายและชี้แจงแบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจแบบสอบถามก่อนลงปฏิบัติจริง ผู้ช่วยผู้วิจัยมีการแนะนำตนเองและอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามคนละ 10 นาที ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว รวมถึงขั้นตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน 2568 ถึง มิถุนายน 2568
3. นำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า HAM-D และคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและไบซีเรียล และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) โดยมีการทดสอบตรวจเงื่อนไขการกระจายของข้อมูลว่าเป็นการกระจายข้อมูลแบบเป็นโค้งปกติ (Normally Distributed) หรือไม่ กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้¹⁷

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	แปลผล
.91 - 1.00	มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก
.71 - .90	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
.31 - .70	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	แปลผล
.01 - .30	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
0.00	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.01) มีอายุเฉลี่ย 45.98 ปี (S.D. = 17.36) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.61) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.13) ประกอบอาชีพเกษตรกร/ประมงมากที่สุด (ร้อยละ 48.56) รองลงมา คือ แม่บ้าน/พ่อบ้าน (ร้อยละ 17.28) และ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 15.64) มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 14,028.81บาท (S.D. = 16,492.02) ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 – 30,000 บาท (ร้อยละ 62.96) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ (ร้อยละ 76.95) มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวเพียงร้อยละ 11.52 มีประวัติการใช้สารเสพติด ร้อยละ 3.70 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 2 ปี (ร้อยละ 46.09) ส่วนใหญ่รับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า 1-2 ชนิด (ร้อยละ 58.85) และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาทุกวันร้อยละ 77.37 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและโรคประจำตัว (n = 243 คน)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	192	79.01
	ชาย	51	20.99
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 30	58	23.87
	30 – 59	121	49.79
	60 ปี ขึ้นไป	64	26.34
	(Mean = 45.98, S.D.= 17.36, min = 18, max = 75)		
อาชีพ	เกษตรกร/ประมง	118	48.56
	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	42	17.28
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	38	15.64
	รับจ้าง/กรรมกร	27	11.11
	รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	11	4.53
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	2.88
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	5	2.06
	ประถมศึกษา	157	64.61
	มัธยมศึกษาตอนต้น	60	24.69
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	6.58
	อนุปริญญา/ปวส.	3	1.23
	ปริญญาตรี	2	0.82
สถานภาพสมรส	คู่	202	83.13
	หม้าย/หย่า/แยก	28	11.52
	โสด	13	5.35

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว	ต่ำกว่า 10,000 บาท	84	34.57
ต่อเดือน	10,000 – 30,000 บาท	153	62.96
	30,001 ขึ้นไป	6	2.47
	(Mean = 14,028.81, S.D. = 16,492.02, min = 2,000, max = 200,000)		
โรคประจำตัวอื่น	ไม่มี	187	76.95
	มี	56	23.05
ประวัติโรคจิตเวช	ไม่มี	215	88.48
ในครอบครัว	มี	28	11.52
ประวัติการใช้	ไม่เคยใช้	234	96.30
สารเสพติด	เคยใช้	9	3.70
ระยะเวลาที่รักษา	น้อยกว่า 2 ปี	112	46.09
โรคซึมเศร้า	2 – 5 ปี	49	20.16
	6 – 10 ปี	70	28.81
	10 ปี ขึ้นไป	12	4.94
	(Mean = 4.67, S.D.= 4.65, min = 1, max = 30)		
จำนวนชนิดยา	ไม่ได้รับประทานยา	12	4.94
ซึมเศร้าที่ได้รับใน	1 – 2 ชนิดยา	143	58.85
ปัจจุบัน	มากกว่า 2 ชนิดยา	88	36.21
ความสม่ำเสมอใน	สม่ำเสมอทุกวัน	188	77.37
การรับประทานยา	ลืมหานบางวัน (ไม่เกิน 2 วัน/สัปดาห์)	43	17.70
	ลืมหานบ่อยครั้ง (มากกว่า 2 วัน/สัปดาห์)	12	4.93

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับค่อนข้างดี (ร้อยละ 58.02) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบถูก 8 ข้อ (ร้อยละ 31.69) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้อยู่ที่ร้อยละ 79.26 (S.D. = 13.67) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (n = 243 คน)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	83	34.16
ระดับค่อนข้างดี (ร้อยละ 61 – 80)	141	58.02
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 41 – 60)	13	5.35
ระดับค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 21 – 40)	6	2.47
(Mean =79.26, S.D. = 13.67, min = 30, max = 100)		

ผลการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยแบบประเมิน HAM-D (Hamilton rating scale for depression) ฉบับภาษาไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.38) และรองลงมาได้แก่ ระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 28.81) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ 16.74 (S.D. = 5.51) ดังตารางที่ 3

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม พบว่า ในภาพรวมของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตกลางๆ (ร้อยละ 95.06) และในเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิต 4 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตกลางๆ ในทุกด้าน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้า HAM-D (n = 243 คน)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-7 คะแนน)	20	8.23
ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (8-16 คะแนน)	70	28.81
ซึมเศร้าระดับปานกลาง (17-23 คะแนน)	137	56.38
ซึมเศร้าระดับรุนแรง (24 คะแนนขึ้นไป)	16	6.58

(Mean =16.74, S.D. = 5.51, min = 0, max = 28)

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n = 243 คน)

คุณภาพชีวิต	มีคุณภาพชีวิตที่ดี		มีคุณภาพชีวิตกลางๆ		มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	1	0.41	184	75.72	58	23.87
ด้านจิตใจ	1	0.41	166	68.31	76	31.28
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	4	1.65	147	60.49	92	37.86
ด้านสิ่งแวดล้อม	4	1.65	204	83.95	35	14.40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3	1.24	231	95.06	9	3.70

(Mean =67.74, S.D. = 7.50, min = 44, max = 118)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและแบบไบซีเรียล พบว่า ปัจจัยด้านระดับภาวะซึมเศร้า HAM-D มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r=-.450$) กล่าวคือ คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า HAM-D ที่ต่ำลง จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ตารางที่ 5) และจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณด้วยวิธี Enter ก็พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านคะแนนของภาวะซึมเศร้า HAM-D มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นกัน โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23.10 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n = 243)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า			
	Pearson correlation or Biserial Correlation	Sig. (2-tailed)	ทิศทาง	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	.060	.349	ทางบวก	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	-.064	.324	ทางลบ	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	.046	.471	ทางบวก	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	.092	.153	ทางบวก	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส	.117	.069	ทางบวก	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	.025	.701	ทางบวก	ไม่มีความสัมพันธ์
โรคประจำตัวอื่นๆ	-.001	.993	ทางลบ	ไม่มีความสัมพันธ์
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว	-.057	.337	ทางลบ	ไม่มีความสัมพันธ์
ประวัติการใช้สารเสพติด	-.036	.571	ทางลบ	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาที่รักษาโรคซึมเศร้า	.050	.441	ทางบวก	ไม่มีความสัมพันธ์
จำนวนชนิดยาซึมเศร้าที่ได้รับ	-.117	.068	ทางลบ	ไม่มีความสัมพันธ์
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	-.117	.068	ทางลบ	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	.044	.490	ทางบวก	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับภาวะซึมเศร้า HAM-D	-.450**	.001	ทางลบ	มีความสัมพันธ์ ระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (n = 243)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
(ค่าคงที่)	78.07	4.89	-	15.57	< 0.001
เพศ	.17	1.09	.09	.16	.7
อายุ	.00	.03	.00	.03	.97
ระดับการศึกษา	.65	.51	.08	1.27	.21
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	4.39	.00	.00	.02	.99
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย	.41	.23	.11	1.80	.07
โรคประจำตัวอื่น	-.37	.53	-.04	-.69	.49
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว	-.29	1.06	-.02	-.28	.78
ประวัติการใช้สารเสพติด	1.10	2.32	.03	.47	.64
ระยะเวลาที่รักษาโรคซึมเศร้า	.07	.10	.04	.69	.49
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	-.97	.79	-.07	-1.24	.22
คะแนนความรู้	.13	.32	.02	.41	.68
คะแนน HAM-D*	-.63	.08	-0.46	-7.58	< 0.001
ค่าสถิติของตัวแบบ	F = 5.75			Adj. R² = .23	

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 243 คนนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45.98 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร/ประมงมากที่สุด สถานภาพสมรสคู่ มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวร้อยละ 11.52 และมีประวัติการใช้สารเสพติดร้อยละ 3.70 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีประวัติการรักษาโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี และส่วนใหญ่รับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า 1-2 ชนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ สานิต ศรีเพชร¹² ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลินี อยู่ใจเย็น¹³ ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและสถานภาพสมรสคู่ จากผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Colvin A, et al.¹⁸ ที่ศึกษาผลกระทบของประวัติภาวะซึมเศร้าในครอบครัวและความทุกข์ยากในวัยเด็กต่อความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ในกลุ่มประชากร ในประเทศเดนมาร์ก พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 54.00 และพบว่ามีความเสี่ยงต่อโอกาสที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากกว่าสามเท่าในผู้ที่มีประวัติครอบครัวมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติครอบครัว ซึ่งสามารถนำไปสู่การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครอบครัวได้ ซึ่งนอกจากความเสี่ยงจากประวัติครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอื่นๆ ได้แก่ ระดับการศึกษาที่ต่ำจะมีการแสดงของโรคซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า คู่สมรสที่ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งหรือสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก มี ปัญหาสถานะทางการเงินที่พอใช้และมีเงินการไม่ได้ ออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และความเครียด¹⁹

จากผลการศึกษาสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับค่อนข้างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์²⁰ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (ก่อนอบรม) อยู่ในระดับสูงและปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล นักจิตวิทยา และบุคลากรสาธารณสุข ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ดี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและประมง ความรู้อาจจะน้อยกว่าผลของการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาที่ดีกว่า เช่น นักเรียน นักศึกษา หรือ กลุ่มวัยทำงานในเมือง ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยแบบประเมิน HAM-D พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับผลการศึกษาของ สานิต ศรีเพชร¹² ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ทั้งนี้จากการศึกษาวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพิ่งรักษาโรคซึมเศร้ามาน้อยกว่า 2 ปี ทำให้ผลการประเมินระดับของภาวะซึมเศร้าโดยแบบประเมิน HAM-D ส่วนใหญ่จึงมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางได้ แต่การศึกษาของ สานิต ศรีเพชร¹² กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้ามานานมากกว่า 5 ปี ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าดีขึ้นจนประเมินว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ ระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้าจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อมีประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย หากผู้ป่วยเพิ่งได้รับการรักษาไม่นาน ก็ย่อมมีผลต่อการประเมินอาการหรือความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้

การประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม พบว่า ในภาพรวมของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มีคุณภาพชีวิตกลางๆ ทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ อุ่นจิตร คุณารักษ์¹¹ และการศึกษาของ สานิต ศรีเพชร¹² ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และ

จากการศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า HAM-D โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กล่าวคือ ถ้าคะแนนความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีระดับความรุนแรงต่ำลง จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r=-.450$) สอดคล้องกับการศึกษา สานิต ศรีเพชร¹² ที่พบว่า ผลการประเมินอาการตาม HAM-D ในด้านอารมณ์ซึมเศร้า ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hiranyatheb T.²¹ ในการศึกษาผลของอาการที่ยังเหลือ (Residual symptoms) ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า อาการทางอารมณ์ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ และจากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Enter พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านคะแนนของภาวะซึมเศร้า HAM-D มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ เช่นกัน โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 23.10 จากการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเกษตรกรและชาวประมงในพื้นที่ชนบท พบว่า มีเพียงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเท่านั้นที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ปัจจัยด้านการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์ แต่มีงานวิจัยอื่นในบริบทไทย เช่น ของ สานิต ศรีเพชร ซึ่งศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตเมือง พบว่า ระดับการศึกษา ก็เป็นปัจจัยสำคัญเช่นกัน และนอกจากนี้จากการศึกษาของ มาลินี อยู่ใจเย็น และคณะ¹³ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด การมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การผ่อนคลายความเครียด การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกันออกไปได้ โดยเฉพาะความแปรปรวนของตัวแปรด้านการศึกษาและรายได้ อาจมีไม่มากพอที่จะแสดงนัยสำคัญทางสถิติได้ ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพและผลลัพธ์การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคซึมเศร้าให้ได้ และใช้ระยะเวลาในการรักษาให้ดีขึ้นให้สั้นที่สุด ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรมีการดูแลรักษาให้ครบทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งตามปกติแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และบุคลากรสาธารณสุข จะดูแลด้านร่างกายและจิตใจเป็นหลัก แต่การดูแลเพิ่มในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมก็จะเป็นสิ่งหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้น รวมถึงผลของการรักษาที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าที่ดีขึ้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. มุ่งเน้นความสำคัญของการลดอาการเป็นหนทางหลักสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องอาศัยความร่วมมือในการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในเชิงปฏิบัติการหรือการวิจัยและพัฒนา รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประสิทธิผลของการรักษาที่ดีขึ้นกว่าแบบเดิม และการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยและความร่วมมือในการรักษาโรคซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรมีการประเมินและติดตามผลของการรักษาโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลของการรักษาที่ผู้ป่วยมีไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการน้อยลง จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2563;32:75-88.
2. ชนัดดา แนนเกษร. ภาวะซึมเศร้า: พยาธิสภาพและการพยาบาล. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์; 2561.
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017.
4. กรมสุขภาพจิต. เปิดสถิติ โรคซึมเศร้ากับสังคมไทย ภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>.
5. Health Data Center (HDC). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (workload) [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 5 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/pct/public/standard-report-detail/61a59cc4548076dfa9efdc0ecb86f91b>.
6. นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้า depression. วารสาร มฉก.วิชาการ 2559;19:105-18.
7. วีระ ดุลย์ชูประภา, ชมภูนุช วีระวัชรชัย, ทวนธน บุญลือ. ผลกระทบของโรคซึมเศร้าในด้านการขาดงานและการด้อยความสามารถในผู้ป่วยคนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าชนิด Major Depressive Disorder. วารสาร Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences 2559;11:1-12.
8. พรภิรมย์ กระแสจันทร์, อุบล จารัตน์, พภาพร ทองนาค. การจัดการโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินฟอร์เทิร์น 2564;2:29-41.
9. ญัฐิกา ราชบุตร, จุลจิรา จันทะมุงคุณ, จารุภา แซ่ฮ้อ. การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. วารสาร มฉก.วิชาการ 2560;20:115-25.
10. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys, et. Al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing 2001;33:668-76. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
11. สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, อิศร์ศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63:89-98.
12. สานิตย์ ศรีเพชร, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, กมลชนก แสนทวีสุข, เกวลิน พิมพ์พิศคนึง, ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามธิบดี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560;64:89-98.
13. มาลินี อยู่ใจเย็น, สุทธานันท์ กัลละ, ศศิวิมล บุรณะเรข, ไชยภา แก้วจันทร์. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ) 2561;34:100-7.
14. วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักพิมพ์ wanlop: กรุงเทพฯ; 2566.
15. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying C. The reliability and validity of Thai version of Hamilton Rating Scale for Depression. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1996;41:235-46.

16. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11 กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.mhc11.go.th/tester/4885>.
17. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 12. สามลดา: กรุงเทพฯ; 2567.
18. Colvin A, Richardson GA, Cyranowski JM, Youk A, & Bromberger JT. Does family history of depression predict major depression in midlife women? Study of Women's Health Across the Nation Mental Health Study (SWAN MHS). Archives of women's mental health 2014;17:269–78.
19. จันทนา เกิดบางแวม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทย ในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/4403/1/2565_099.pdf.
20. ฉวีวรรณ ฝาพันธุ์, มณฑนา กลมเกลียว, วชิรินทร์ ทองสีเหลือง. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2565;6:57-69.
21. Hiranyatheb T, Nakawiro D, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Bookamana P , Pinyopornpanish M, et al. The impact of residual symptoms on relapse and quality of life among Thai depressive patients. Neuropsychiatr Dis Treat 2016;12:3175-81.