



คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ที่ห้องตรวจจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์

จินตนา สิงขรอาจ¹, นรภัช ชาตัญญาชัย^{1*}, ชนัตติพร ชลไพร¹, หัตถกมล สำเร็จดี¹, รสมา สมไชย¹,
พงศ์พิสุทธิ์ พูนสวัสดิ์พงศ์¹, ดวงแก้ว รอดอ่อง², นิตยา จรัสแสง², กนกกาญจน์ กองพิธิ²

¹สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Quality of Life of Patient with Major Depressive Disorder at Psychiatric Out-Patient Services in Srinagarind Hospital

Jintana Singkornard¹, Narak Chadbunchachai^{1*}, Chanatipon Chonprai¹, Hattakorn
Samretdee¹, Rossama Somchai¹, Phongpisut Poonsawatphong¹, Daungkaew Rod-ong²,
Nittaya Jarassaeng², Kanokarn Kongpatee²

¹Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

²Nursing service, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 8 May 2025/ Review: 12 May 2025/ Revised: 28 September 2025/

Accepted: 28 September 2025

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่เสื่อมถอยลงอย่างมีนัยสำคัญ และก่อให้เกิดผลกระทบทางลบในหลายด้าน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในมิติด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 15-60 ปี ที่มารับบริการเป็นครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2564 แบบสอบถามที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และ 4) แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนคุณภาพชีวิตจะถูกคัดเลือกมาวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยวิธี multiple linear regression analysis ต่อไป

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 96 ราย มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 70.8) และอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 24.0) โดยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.1) อยู่ในเกณฑ์ไม่ดี มากกว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านอื่น คะแนนอาการซึมเศร้า (9Q) และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=-1.120$, $p<0.001$ และ $\beta=-0.310$, $p<0.017$) อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายพบว่า มีเพียงความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ที่สามารถทำนายระดับคะแนนคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=-1.220$, $p<0.001$; adjusted $R^2=0.310$, $F(2,91)=21.846$, $p<0.001$)

สรุป: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีกว่าด้านอื่น ๆ โดยความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, โรคซึมเศร้า, WHOQOL-BREF-THAI

DOI: <https://doi.org/10.64960/srimedj.v40i5.267545>

*Corresponding author: Narak Chadbunchachai, E-mail: nararo@kku.ac.th

Abstract

Background and Objective: Patients with major depressive disorder (MDD) experience significantly deteriorated quality of life (QOL), causing numerous negative impacts across various domains. The objectives of this study were to explore the QOL among patients with MDD in domains of physical, psychological, social relationships, and environment and to investigate factors associated with QOL scores in MDD.

Methods: A retrospective descriptive study among the first-visited MDD patients aged 15–60 was conducted between June 2020 and June 2021 at psychiatric outpatient services in Srinagarind Hospital. The instruments used in the study included a general information questionnaire, the 9-question depressive symptoms screening (9Q), the 8-question suicidal risk evaluation (8Q), and the World Health Organization Quality of Life Brief–Thai (WHOQOL-BREF-THAI). The variables that statistically significant associated with QOL scores were included in the multiple linear regression model to analyse the predictive factors for QOL in MDD.

Results: Out of 96 MDD patients, 68 (70.8%) had overall QOL at a moderate level, and 23 (24.0%) had poor QOL. The QOL in the psychological domain was more frequently scored at a poor level compared to other domains in most MDD patients (53.1%). Depressive severity (9Q) and suicidal risk (8Q) scores were significantly negatively associated with QOL scores ($\beta=-1.120$, $p<0.001$ and $\beta=-0.310$, $p<0.017$). However, results from the multiple linear regression analysis showed that depressive severity was the only significant predictive factor for QOL level in MDD ($\beta=-1.220$, $p<0.001$; adjusted $R^2=0.310$, $F(2,91)=21.846$, $p<0.001$).

Conclusion: Most of the MDD patients had overall QOL at a moderate level and the psychological domain of QOL was scored at a poor level more than others. The severity of depressive symptoms was the significant predictive factor for QOL level in MDD.

Keywords: quality of life, major depressive disorder, WHOQOL-BREF-THAI

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของคุณภาพชีวิต ในระดับเทียบเท่าหรืออาจมากกว่าการเจ็บป่วยทางกาย¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นโรคทางอารมณ์ที่พบได้ถึงร้อยละ 3.8 ของประชากรทั่วโลก หรือราว 280 ล้านราย² สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.02 ของประชากร หรือประมาณ 1.3 ล้านราย³ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดว่า ในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่มีดัชนีชี้วัดภาระโรค (burden of disease: BOD) สูงที่สุดเป็นลำดับแรก⁴ ซึ่งสะท้อนถึงความสูญเสียทางสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือพิการ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁵ หลายการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิต (quality of life; QOL) ในระดับที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ⁶⁻⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงสังเกตการณ์ในระยะยาว (longitudinal observational studies)⁹ บ่งชี้ว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่เพียงต่ำกว่าก่อนการเกิดอาการซึมเศร้า แต่ยังลดลงมากขึ้นเมื่อเกิดอาการ และแม้ว่าการซึมเศร้าจะทุเลาลง ผู้ป่วยบางส่วนยังคงมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำกว่าปกติ คุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีผลกระทบทางลบในหลายด้าน เช่น การตอบสนองต่อการรักษา การทำหน้าที่ประจำวัน ความพึงพอใจในงาน ความสัมพันธ์ สุขภาพกาย และสุขภาวะโดยรวม^{1, 5, 8, 10, 11}

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตที่ลดลง ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงมักมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มียาอาการน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในมิติด้านร่างกายและจิตใจ และเมื่ออาการซึมเศร้าทุเลาลง ระดับคุณภาพชีวิตก็มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ^{12,13} อีกหนึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง มีการศึกษาพบว่าความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ การมีความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายส่งผลกระทบในทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในหลายด้าน โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ^{15,16} ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควบคู่กับคุณภาพชีวิตจึงเป็นแนวทางที่ช่วยสะท้อนภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อีก เช่น เพศ อายุ การรับรู้เกี่ยวกับตัวโรค การมีโรคร่วมทางกายและทางจิตเวช ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ลักษณะบุคลิกภาพ และการได้รับการรักษา เป็นต้น^{4, 5, 10, 11, 17, 18} ทั้งนี้การได้รับการรักษาไม่ว่าจะเป็น การรักษาด้วยยาต้านเศร้า หรือการทำจิตบำบัดต่างก็มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{17,18} รวมไปถึงการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วยในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ (psychosocial functioning) ในชีวิตประจำวันและการทำงานก็ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน^{17, 19} จากข้อค้นพบต่าง ๆ ดังกล่าวนี้นำมาซึ่งข้อควรตระหนักว่าการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรต้องคำนึงถึงมิติสุขภาพในด้านคุณภาพชีวิตร่วมด้วย

องค์การอนามัยโลกนิยามของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลในบริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม และความคิดหวัง ซึ่งครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม²⁰ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับเต็ม ซึ่งมีคำถามจำนวน 100 ข้อ (WHOQOL-100) ขึ้นมาในปี ค.ศ. 1994 (พ.ศ. 2537) และต่อมาได้พัฒนาเป็นฉบับย่อ 26 ข้อ (WHOQOL-BRIEF)²¹ เพื่อความสะดวกในการใช้เครื่องมือแบบประเมิน WHOQOL-BRIEF ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Mahatnirunkul และคณะ²² และมีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ทั้งในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคทางกายและทางจิตเวช รวมถึงในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วย อาทิ การศึกษาของ Khunarak²³ และการศึกษาของ Jiratchayaporn และคณะ²⁴ พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง และพบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า การได้รับการรักษาต่อเนื่อง การรับรู้เกี่ยวกับการหายของโรค และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นหน่วยบริการหลักสำหรับประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยจากสถิติย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562–2566) พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทางห้องตรวจได้มีการจัดเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI ตั้งแต่ครั้งแรกที่มารับบริการ ผู้วิจัยได้ศึกษาครั้งนี้ขึ้นจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยคาดหวังว่า ผลการศึกษานี้จะนำไปสู่ความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับปัญหาเชิงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า และสามารถสนับสนุนการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เก็บข้อมูลช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุ 15 – 60 ปี 2) ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตครบถ้วน และ 3) ข้อมูลแบบวัดคุณภาพชีวิตถูกเก็บในช่วงระยะเวลาที่กำหนด และเกณฑ์คัดออกคือ ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน และโรคร่วมทางกาย (มีหรือไม่มีโรค)

2) แบบสอบถามข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย
2.1) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นเครื่องมือคัดกรองและประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต สำหรับฉบับภาษาไทย ได้มีการศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติโดย Kongsuk และคณะ²⁵ พบว่าแบบประเมินมีความสัมพันธ์ในเกณฑ์ดีกับแบบประเมินมาตรฐาน Hamilton Rating Scale for Depression (Pearson's $r = 0.719$) โดยจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองโรคซึมเศร้าคือคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ซึ่งให้ค่าความไวร้อยละ 86.15 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้อง ร้อยละ 83.29 และมีค่าพื้นที่ใต้กราฟ เท่ากับ 0.897 ซึ่งบ่งชี้ถึงความสามารถในการจำแนกผู้ป่วยได้ในระดับดีมาก

2.2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

แบบประเมิน 8Q พัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิตจากส่วนการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในแบบสัมภาษณ์ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย²⁶ เพื่อใช้ในระบบบริการสุขภาพจิตระดับ

ปฐมภูมิและทุติยภูมิในประเทศไทย²⁷ จากการศึกษาคุณภาพของเครื่องมือ พบว่าแบบประเมิน 8Q มีความไวร้อยละ 96 และความจำเพาะร้อยละ 91 เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานจาก M.I.N.I.²⁸

3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)²² ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยทั้งหมดเป็นการประเมินการรับรู้ของตนเอง และให้คะแนน 5 ระดับ (Likert scale) คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นคอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.84 และค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 24 โดยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลจากแบบวัดคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมกับตัวแปรที่สนใจ ด้วยสถิติ Independent 2-samples t-test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และ simple linear regression analysis สำหรับตัวแปรต่อเนื่องสำหรับการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยวิธี multiple linear regression analysis โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับค่าคะแนนรวมคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มาเข้าโมเดลวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE641477 วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ครบถ้วนในระยะเวลาที่กำหนด มีจำนวนทั้งสิ้น 96 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.4) มีอายุเฉลี่ย 25.33 ± 9.07 ปี มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 86.5) มีอาชีพเป็นนักเรียน หรือนักศึกษา (ร้อยละ 60.4) และไม่มีโรคทางกายอื่นร่วม (ร้อยละ 67.7)

จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 96 ราย มีจำนวน 94 ราย ที่ได้ตอบแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ครบถ้วน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง (ร้อยละ 34.0)

และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับน้อย (ร้อยละ 33.0) โดยคะแนน 9Q เฉลี่ยเท่ากับ 14.44 ± 7.47 คะแนน และคะแนน 8Q เฉลี่ยเท่ากับ 10.74 ± 11.74 คะแนน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรศาสตร์และข้อมูลทางคลินิก

ข้อมูล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	96	
ชาย		15 (15.6)
หญิง		81 (84.4)
อายุ (ปี) (mean $\pm$ SD)	96	25.33 $\pm$ 9.07
สถานภาพสมรส	96	
โสด		83 (86.5)
สมรส		8 (8.3)
อื่นๆ		5 (5.2)
อาชีพ	96	
ประกอบอาชีพ		29 (30.2)
นักเรียน/นักศึกษา		58 (60.4)
ว่างงาน		9 (9.4)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (mean $\pm$ SD)	59	14,086.61 $\pm$ 10,961.07
โรคร่วมทางกาย	96	
ไม่มี		65 (67.7)
มี		31 (32.3)
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q (คะแนน) (mean $\pm$ SD)	94	14.44 $\pm$ 7.47
ไม่มีอาการ (0-6)		13 (13.8)
มีอาการเล็กน้อย (7-12)		21 (22.3)
มีอาการปานกลาง (13-18)		28 (29.8)
มีอาการรุนแรง (≥ 19)		32 (34.0)
แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q (คะแนน) (mean $\pm$ SD)	94	10.74 $\pm$ 11.74
ฆ่าตัวตาย 8Q (คะแนน)		
ไม่มีความเสี่ยง (0)		17 (18.1)
มีความเสี่ยงน้อย (1-8)		31 (33.0)
มีความเสี่ยงปานกลาง (9-16)		27 (28.7)
มีความเสี่ยงสูง (≥ 17)		19 (20.2)

จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตอยู่ใน

ระดับไม่ดี จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.0 คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมคือ 71.85 ± 14.68 คะแนนและเมื่อพิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ประกอบด้วยด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าคะแนนส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60)

อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ยกเว้นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจที่พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี จำนวนมาก

ถึง 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.1 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าในองค์ประกอบด้านอื่น ๆ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลคะแนนแบบประเมินคุณภาพชีวิต (n=96)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	mean±SD	ระดับคุณภาพชีวิต, จำนวน (ร้อยละ)		
		ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย	19.61±4.19	24 (25.0)	65 (67.7)	7 (7.3)
ด้านจิตใจ	14.45±4.49	51 (53.1)	40 (41.75)	5 (5.2)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.24±2.25	22 (22.9)	61 (63.5)	13 (13.5)
ด้านสิ่งแวดล้อม	23.55±4.73	13 (13.5)	76 (79.2)	7 (7.3)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	71.85±14.68	23 (24.0)	68 (70.8)	5 (5.2)

การวิเคราะห์ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมด้วยสถิติ independent 2 samples t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มตัวแปรที่สนใจ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และโรคร่วมทางกาย และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมกับตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variables) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมกับตัวแปรต่อเนื่องที่สนใจ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาการซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตาย ด้วยสถิติ simple linear regression analysis โดยใช้ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเป็นตัวแปรตาม (dependent variable) และตัวแปรต่อเนื่องที่สนใจเป็นตัวแปรอิสระ (independent) ที่ละตัว พบว่า อาการซึมเศร้า ($\beta = -1.120, p < 0.001$) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($\beta = -0.310, p < 0.017$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ คะแนนอาการซึมเศร้า (9Q) และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) ที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจกับคะแนนคุณภาพชีวิต

ตัวแปรเชิงกลุ่ม	independent 2 samples t-test		p-value		
	t	df			
เพศหญิง ^a	0.304	16.307	0.765		
สถานภาพโสด ^a	-0.661	14.762	0.519		
ประกอบอาชีพ ^a	0.352	56.409	0.726		
มีโรคร่วมทางกาย ^a	-0.944	46.123	0.350		
ตัวแปรต่อเนื่อง	simple linear regression analysis			t	p-value
	non-standardized coefficients		standardized coefficients		
	β	S.E.	β		
	อายุ	0.062	0.167		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-0.00	0.000	-0.059	-0.446	0.657
อาการซึมเศร้า (9Q)	-1.120	0.171	-0.546	-6.556	<0.001*
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)	-0.310	0.128	-0.245	-2.427	0.017*

^aกลุ่มอ้างอิง (reference group), *p < 0.05.

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ อาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้ถูกคัดเลือกเข้าโมเดลการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายด้วยวิธี multiple linear regression analysis ต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (collinearity diagnostic check) ระหว่างปัจจัยทำนายแล้ว ไม่พบว่ามีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง คะแนนอาการซึมเศร้า (9Q) และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แต่อย่างใด (variance inflation factor; VIF=1.431)

การวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายด้วยวิธี multiple linear regression analysis พบว่า โมเดลการวิเคราะห์ที่ประกอบด้วยปัจจัย อาการซึมเศร้า (9Q) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) สามารถทำนายระดับคะแนนคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted $R^2=0.310$, $F(2,91) = 21.846$, $p<0.001$) โดยมีปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ อาการซึมเศร้า เพียงปัจจัยเดียว กล่าวคือ เมื่อควบคุมผลจากปัจจัยรบกวนอื่นแล้ว คะแนนอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=-1.220$, $p<0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

ปัจจัยทำนาย	multiple linear regression analysis			t	p-value
	non-standardized coefficients		standardized coefficients		
	β	S.E.	β		
อาการซึมเศร้า (9Q)	-1.220	0.205	-0.615	-5.966	<0.001*
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)	0.116	0.130	0.092	0.895	0.373
(constant)	88.281	2.785		31.700	<0.001
model summary: adjusted R ² =0.310, df=2, F=21.846, p <0.001					

* $p<0.05$.

วิจารณ์

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 รายในงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.8) มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมคือ 71.85 คะแนน และมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีสูงกว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในด้านอื่น จากการวิเคราะห์ที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตพบว่าปัจจัยทำนายระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ถูกประเมินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสำหรับใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในประชากรไทยที่มีอายุ 15-60 ปีแล้ว ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ

การศึกษาก่อนหน้านี้ที่บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่เสื่อมถอยลงอย่างมีนัยสำคัญ^{5,11}

คะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้จัดว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาหลายฉบับในต่างประเทศที่มีกรายงานคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับต่ำกว่า^{1, 8, 13, 17} ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากเครื่องมือประเมินที่ใช้ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เช่น ในการศึกษาของ Berlim และคณะ¹⁷ ที่แม้จะใช้แบบประเมิน WHOQOL-BREF เช่นเดียวกัน กลับพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนได้รับการรักษาอยู่ที่ 37.5 คะแนน ซึ่งต่ำกว่ามากเมื่อเทียบกับการศึกษานี้ โดยอาจเป็นผลจากระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่สูงกว่าในการศึกษานี้ และความแตกต่างทางข้อมูลประชากรศาสตร์ เช่น อายุเฉลี่ยที่มากกว่า รวมถึงปัจจัยด้านความแตกต่างทางเชื้อชาติ และบริบททางวัฒนธรรมอีกด้วย ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณาผลการศึกษาค้นคว้าของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยหลายการศึกษา^{23, 29, 30} พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยส่วนใหญ่มีคะแนน

คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกันกับการศึกษานี้ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน การศึกษานี้พบว่า มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ให้คะแนนคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีมากว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านอื่น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{1, 10, 17} ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า โรคซึมเศร้ามีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพจิตและการรับรู้สุขภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วย เนื่องจากโรคซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์อย่างชัดเจน³¹

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่สนใจกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า คะแนนอาการซึมเศร้า (9Q) และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยทางสถิติกับคะแนนคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ามาก และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับที่ต่ำกว่า ทั้งนี้ผลจากการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่ามีอีกหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส การรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการได้รับการรักษาต่อเนื่อง^{23, 30, 32} ซึ่งในการศึกษานี้ ไม่พบว่าปัจจัยอื่นดังกล่าวนี้มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญแต่อย่างใด อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ยเพียง 25.33 ปี และส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) เป็นนักเรียน/นักศึกษา มีสถานภาพโสด และมีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน เนื่องมาจากบริบทของสถานที่ทำการการศึกษาที่เป็นโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่มีความหลากหลายเพียงพอที่จะสะท้อนภาพรวมของประชากรผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสังคมได้ทั้งหมด

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายด้วยวิธี multiple linear regression analysis พบว่า มีเพียงความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเท่านั้นที่สามารถทำนายระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อควบคุมผลจากคะแนนอาการซึมเศร้า ซึ่งอาจสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กล่าวคือความรุนแรงของอาการซึมเศร้าอาจเป็นปัจจัยสำคัญบ่งชี้ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้เช่นกัน³³ แม้ว่าในการศึกษานี้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน 9Q และ 8Q ในระดับสูงจนอาจส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ แต่ยังคงควรระมัดระวังในการแปลผลข้อมูลเนื่องจากตัวแปรทั้งสองอาจมีความเกี่ยวข้องกันในเชิงทฤษฎี อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาของของ Berlim และคณะ¹⁴ พบว่ายังคงมี

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะควบคุมตัวแปรสำคัญอื่น ๆ เช่น ระดับอาการซึมเศร้า และความรู้สึกสิ้นหวังแล้วก็ตาม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความคิดฆ่าตัวตายอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างอิสระจากภาวะซึมเศร้าได้

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นครั้งแรก อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยบางส่วน (ร้อยละ 13.8) ที่มีคะแนนประเมินอาการซึมเศร้าน้อยกว่า 7 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่ม “ไม่มีอาการซึมเศร้า” ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะเคยได้รับการรักษาที่อื่นมาก่อน หรือมาทำการตรวจรักษาในขณะที่อาการของโรคสงบแล้ว นอกจากนี้เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยยังรายงานอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง และคะแนนอาการซึมเศร้าโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ที่ 14.44 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มอาการซึมเศร่าระดับปานกลาง ดังนั้นอาจจะเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่รุนแรงกว่า^{1, 8, 17}

แม้ว่าจากกลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 34.0 ที่รายงานอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง แต่ต้องคำนึงถึงคุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาด้วย กล่าวคือแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีความไวและความจำเพาะสูง แต่สำหรับค่าทำนายผลของทุกระดับความรุนแรงจะมีค่า positive predictive value (PPV) ค่อนข้างต่ำ²⁵ ซึ่งแสดงถึงความน่าจะเป็นที่จะเป็นโรคหากผลการคัดกรองด้วยแบบประเมินเป็นบวก ดังนั้นอาจทำให้พบจำนวนของผู้ที่มีผลทดสอบภาวะซึมเศร่ารุนแรงเป็นบวกสูงกว่า เมื่อเทียบกับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือมาตรฐานอื่น เช่น Hamilton rating scale for depression ฉบับภาษาไทย (Thai-HSRD)³⁴ อย่างไรก็ตามมีหลักฐานจากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศบ่งชี้ว่าระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต^{1, 11, 13, 30} นอกจากนี้ แม้ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่รุนแรงหรืออยู่ในระยะสงบจากโรค แต่ยังคงมีอาการตกค้าง (residual symptoms) อยู่ โดยเฉพาะอาการจากความบกพร่องของพุทธิปัญญา (cognitive symptoms) และอาการทางกาย (somatic symptoms) ซึ่งอาการเหล่านี้ยังสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้³⁵ การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าแม้ผู้ป่วยจะตอบสนองต่อการรักษาแล้ว แต่ผู้ที่ยังมี residual symptoms จะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำกว่าผู้ที่เข้าสู่ภาวะหายขาดอย่างสมบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญ³⁶

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า การติดตามระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นผลการรักษาในอีกมิติหนึ่ง ที่ควรได้รับการตระหนักถึงความสำคัญ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินด้านคุณภาพชีวิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการรักษา และควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ

อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาต่อยอดในอนาคต เนื่องจากการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น เป็นการศึกษาค้นคว้าจากข้อมูลย้อนหลัง ทำการศึกษาในสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว อีกทั้งมีการประเมินระดับคุณภาพชีวิตเพียงครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับบริการ ซึ่งไม่สามารถสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตตามระยะเวลาการรักษาได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้ยังไม่มีข้อมูลสำคัญบางประการที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิต เช่น การมีโรคร่วมทางจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วยก่อนมารับบริการ หรือชนิดของการรักษาที่ได้รับก่อนหน้านี้ เช่น ยาต้านเศร้า การทำจิตบำบัด หรือการบำบัดแบบผสมผสาน ข้อมูลเหล่านี้อาจมีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังจากได้รับการรักษาในระยะยาว รวมถึงศึกษาผลของการบำบัดรักษาที่จำเพาะต่อคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านเพื่อเป็นการช่วยวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับความต้องการที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย และควรทำการศึกษาในหลายสถานที่ (multicenter study) เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง

สรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ไม่ดีกว่าด้านอื่น ๆ โดยความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P. Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 2001;52(6): 911-9. doi:10.1016/S0277-9536(00)00192-1.
2. World Health Organization. Fact sheet: depressive disorder (depression). 2023. [cited October 16, 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
3. Ministry of Public Health. New incidence rates and prevalence of depression. [Internet]. 2024. [cited May 5, 2025]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id=22710ed5db1ed-6b12aab540a7b0753b3&id=498d921b3210037891f4f2080df1b4f9.
4. Chan VKY, Leung MYM, Chan SSM, Yang D, Knapp M, Luo H, et al. Projecting the 10-year costs of care and mortality burden of depression until 2032: a Markov modelling study developed from real-world data. *Lancet Reg Health West Pac* 2024;45:101026. doi:10.1016/j.lanwpc.2024.101026.
5. 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(1): 13-7. doi:10.1016/j.genhosppsy.2003.07.004.
6. Hoa TTM, Ngan TT, Mai VO, Van Minh H, Thu NK, Nhu TK. Health-related quality of life of people with depression: pre-post intervention compared with age-matched general population in Vietnam. *BMC Psychol* 2024;12(1):565. doi:10.1186/s40359-024-02067-z.
7. Ishak WW, Balayan K, Bresee C, Greenberg JM, Fakhry H, Christensen S, et al. A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Qual Life Res* 2013;22(3):585-96. doi:10.1007/s11136-012-0187-6.

8. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T, Raitasalo R. Health-related quality of life among patients with major depression. *Nord J Psychiatry* 2002;56(4): 261-4. doi:10.1080/08039480260242741.
9. Hohls JK, Konig 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(22). doi:10.3390/ijerph182212022.
10. Doraiswamy PM, Khan ZM, Donahue RM, Richard NE. The spectrum of quality-of-life impairments in recurrent geriatric depression. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57(2):M134-7. doi:10.1093/gerona/57.2.M134.
11. IsHak WW, Greenberg JM, Balayan K, Kapitanski N, Jeffrey J, Fathy H, et al. Quality of life: the ultimate outcome measure of interventions in major depressive disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2011; 19(5):229-39. doi:10.3109/10673229.2011.614099.
12. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162(6): 1171-8. doi:10.1176/appi.ajp.162.6.1171.
13. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Warden D, McKinney W, Downing M, et al. Factors associated with health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a STAR*D report. *J Clin Psychiatry* 2006;67(2): 185-95. doi:10.4088/JCP.v67n0203.
14. Berlim MT, Mattevi BS, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP, Wingate LR, et al. Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33(3): 242-8. doi:10.1521/suli.33.3.242.23220.
15. Benson C, Singer D, Carpinella CM, Shawi M, Alphs L. The health-related quality of life, work productivity, healthcare resource utilization, and economic burden associated with levels of suicidal ideation among patients self-reporting moderately severe or severe major depressive disorder in a national survey. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2021;17:111-23. doi:10.2147/NDT.S229530.
16. 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(7):e0219455. doi:10.1371/journal.pone.0219455.
17. Berlim MT, Pargendler J, Brenner J, Fleck MP. Significant improvement in the quality of life of Brazilian depressed outpatients 12 weeks following the start of antidepressants. *Psychiatry Res* 2007;153(3):253-9. doi:10.1016/j.psychres.2006.07.006.
18. Ishak WW, Ha K, Kapitanski N, Bagot K, Fathy H, Swanson B, et al. The impact of psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination on quality of life in depression. *Harv Rev Psychiatry* 2011;19(6):277-89. doi:10.3109/10673229.2011.630828.
19. Greer TL, Kurian BT, Trivedi MH. Defining and measuring functional recovery from depression. *CNS Drugs* 2010;24(4):267-84. doi:10.2165/11530230-000000000-00000.
20. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). [Internet]. 2012. [cited Jan 17, 2025]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>.
21. The WHOQOL group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28(3):551-8. doi:10.1017/S0033291798006667.
22. Mahatnirunkul S, Tuntipivatnaskul W, Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Chiang Mai: Suanprung Hospital; 1997. [in Thai]
23. Khunarak U. Factors affecting quality of life of depressive outpatients at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2011;25(1):42-54. [in Thai]

24. Jiratchayaporn K, Sindhu S, Seeherunwong A, Panitrat R, Viwatwongkasem C. Health related quality of life of patient with depression in Thai health service delivery: a multilevel analysis. *International Journal of Nursing Education* 2020;12(4):80-5. doi:10.1108/JHR-06-2019-0130.
25. Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2018;63(4):321-34. [in Thai]
26. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The Validity of the Mini International Neuropsychiatric interview (M.I.N.I.)-Thai version. *Journal of Mental Health of Thailand* 2016;13(3):125-35. [in Thai]
27. 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(1):34-8. doi:10.4103/2224-3151.206162.
28. Sornpaisarn B, Rehm J, Tamdee D, Wisutthananon A, Thummathai K, Tongtua K, et al. Evaluating the efficacy of a community participatory intervention to prevent suicide in Thailand: a randomised controlled trial protocol. *BMJ Open* 2023;13(7): e066201. doi:10.1136/bmjopen-2022-066201
29. Pakantrakorn W, Jirattajintana N. Effects of mindfulness-based program on depression and quality of life among patients with depressive disorders. *Journal of Mental Health of Thailand* 2021;29(4):286-96. [in Thai]
30. Sripech S, Prasertchai R, Saenthavesuk K, Pimpisakhanueng K, Thaipisutthikul P. Factors related to quality of life among elderly with depressive disorder in psychiatric outpatient department, Ramathibodi hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2019;64(1):89-98. [in Thai]
31. Piyawattanakul N, Chaiudomsom K, Piyawattanametha S, Chadbanchachai N. *Psychiatry*. 3rd ed. Khon Kaen: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2020. [in Thai]
32. Jamfha W, Jamprueang S, Ruangput P. Depression and quality of life among elderly Living in Muang NakhonSawan province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2019;11(2):259-71. [in Thai]
33. Riera-Serra P, Navarra-Ventura G, Castro A, Gili M, Salazar-Cedillo A, Ricci-Cabello I, et al. Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2024;274(7):1543-63. doi:10.1007/s00406-023-01716-5.
34. Lotrakul M, Sukanich P, The reliability and validity of Thai version of Hamilton rating scale for depression. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 1996;41(4):235-46. [in Thai]
35. Saragoussi D, Christensen MC, Hammer-Helmich L, Rive B, Touya M, Haro JM. Long-term follow-up on health-related quality of life in major depressive disorder: a 2-year European cohort study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:1339-50. doi:10.2147/NDT.S159276.
36. 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. doi:10.1186/s12955-014-0188-y.