

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

Factors affecting quality of life in outpatients with depressive disorder at
Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

อุ้นจิตร คุณาวรภัย ศษม. (Unjit Khunarak, Ed.M.)*

Abstract

The purposes of this research were to study the quality of life and factors that affect the quality of life in outpatients with depressive disorder. The sample consisted of 263 patients with depressive disorder who had been on continuous treatment for more than two years at outpatient department, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry during January 2010 to May 2010. The data was analyzed by percentage frequency. One-way ANOVA was used to determine the quality of life and Multiple Linear Regression was used to find out factors that affect the quality of life.

Result : Quality of life in outpatients with depression was at moderate level (76%). There was no significant difference between males and females. Quality of life scores were found to be highest among patients who were married ($\bar{X} = 84.25$, $SD = 13.18$), government officials and state enterprises employees ($\bar{X} = 92.42$, $SD = 11.62$, $\bar{X} = 90$, $SD = 15.23$), duration of illness between 2-5 years ($\bar{X} = 84.56$, $SD = 15.01$), patients who kept appointments ($\bar{X} = 83.96$

$SD = 14.38$), patients who had knowledge of depressive disorder ($\bar{X} = 84.70$, $SD = 13.80$) and thought that depressive disorder could be cured ($\bar{X} = 87.34$, $SD = 12.14$). Related factors that could be used as predictive factors of quality of life in patients with depressive disorder were salary, financial status, continuity of treatments and perception of curability of depression, at 14.5% ($p\text{-value} = 0.001$, $R^2 = 0.145$). Psychoeducation and pursuance of patients who fail to keep follow-up appointments may prevent relapses and chronicity of illness and enhance quality of life.

Keywords: quality of life, depression, factors affecting quality of life

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เจ้าพระยา จำนวน 263 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม 2553 ถึง 31 พฤษภาคม 2553 วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละเพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 76 เพศชายและหญิงคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน คะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงพบในผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ($\bar{X} = 84.25$ SD = 13.18) อาชีพรับราชการ และรัฐวิสาหกิจ ($\bar{X} = 92.42$ SD = 11.62, $\bar{X} = 90$ SD = 15.23) ระยะเวลาการเจ็บป่วยในช่วง 2-5 ปี ($\bar{X} = 84.56$ SD = 15.01) ผู้ที่รักษาต่อเนื่อง ($\bar{X} = 83.96$ SD = 14.38) ผู้ที่คิดว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ($\bar{X} = 84.70$ SD = 13.80) และคิดว่าโรคซึมเศร้ารักษาหายได้ ($\bar{X} = 87.34$ SD = 12.14) ปัจจัยที่มีผลและสามารถร่วมคาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้แก่รายได้ สถานภาพทางการเงิน การรักษาต่อเนื่องและการรับรู้เกี่ยวกับการหายของโรคซึมเศร้า โดยสามารถคาดทำนายได้ร้อยละ 14.5 ($p\text{-value} = 0.001$ $R^2 = 0.145$) ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการมารักษาต่อเนื่อง การดำเนินโรคและการติดตามในกลุ่มที่ขาดนัดจะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำและเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, โรคซึมเศร้า, ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

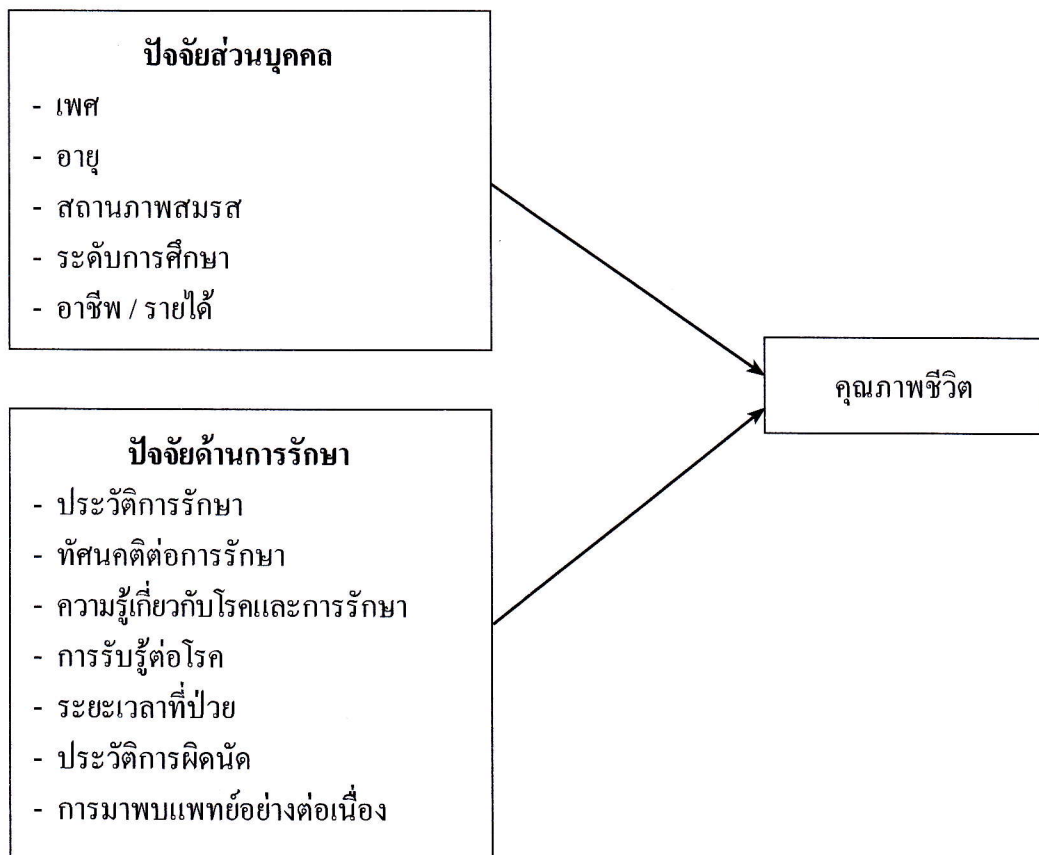
ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่า ภายในปี 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียที่สำคัญเป็นลำดับสองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า โดยโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 4 ของความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) ในประชากรเพศหญิงและเป็นสาเหตุอันดับ 10 ของความสูญเสียฯ ในเพศชาย และเมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life Lost due to Disability-YLDs) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียฯ ในประชากรเพศหญิง และเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการสูญเสียฯ ในเพศชาย (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต, 2551) เมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้าส่งผลต่อการทำการดำเนินชีวิตในสังคมทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนไปได้ มีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันคือ ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและการมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเรื้อรังคือ การมีปัญหาคอขวด ระยะเวลาการป่วยและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (อังคาร ศรีชัยรัตนกุล, 2543)

สำหรับโรคซึมเศร้าที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกันจาก

สถิติการมารับบริการ ในปีงบประมาณ 2549-2551 มีผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้า 8,620 ราย, 8,838 ราย และ 8,896 ราย ตามลำดับ(ศูนย์สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2552) ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเป็นแนวทางในการให้สุขภาพจิตศึกษาและวางระบบการบริการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกนอกจิตเวช

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป คุณภาพชีวิตและอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจากปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสอาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ระยะเวลาความเจ็บป่วยการวินิจฉัยโรค การรับไว้ในโรงพยาบาล ประวัติการผื่นคัน ทักษะต่อการรักษา ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจาก power

analysis (Faul F, Erdfelder E, Lang AG & Buchner A, 2007) กำหนด effect size.25 power.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 263 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคมถึง 31 พฤษภาคม 2553 คัดเลือกผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ทักษะคิดต่อการรักษา ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรับรู้ต่อโรค ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตชุด 26 ตัวชี้วัดฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แปลโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิรวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย และคณะ, 2541) มีข้อคำถาม 26 ข้อ 4 องค์ประกอบคือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ แบ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ คำตอบจากไม่เลยถึงมากที่สุดให้คะแนน 1-5 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อคำถามคือ ข้อ 2, 9 และ 11 ข้อคำตอบจากไม่เลยถึงมากที่สุดให้คะแนน 5-1 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต คือ 26 ถึง 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี, 61 ถึง 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง, 96 ถึง 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในส่วนที่ 1 และ 2 สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน, อาจารย์คณะสังคมศาสตร์ ภาควิชาจิตวิทยา 1 ท่าน, จิตแพทย์ 1 ท่าน, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่จบการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน ส่วนแบบวัดคุณภาพชีวิตนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.921

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยอนุญาตในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกในการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และเตรียมความพร้อมก่อนการเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน และเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 พฤษภาคม 2553 จำนวน 263 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของประชากร

เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way ANOVA) จัดการข้อมูลนามบัญญัติ (nominal scale) และจัดอันดับ (ordinal scale) ด้วยการทำเป็นตัวแปรหุ่น (dummy) จากนั้นหาปัจจัยที่มีผลและคาดทำนายคุณภาพชีวิตด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple Linear Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาองค์เอกอภินิหารการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทั้งหมด (Informed Consent) แก่ผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการวิจัยและให้อิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับโดยไม่มีภาระระบุชื่อ ที่อยู่หรือหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติงานและแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายทันทีที่งานวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 169 คน (64.3%) อายุมากกว่า 60 ปี 86 คน (32.7%) อายุเฉลี่ย 53.44 ปี ($SD = 13.161$) อายุน้อยสุด 23 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี เกินครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ 148 คน (56.3%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 118 คน (44.9%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 82 คน (31.2%) และไม่มีรายได้ 86 คน (32.7%) ส่วนใหญ่สถานภาพทางการเงินพอใช้ 103 คน (62%) เกินครึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น severe depressive disorder 148 คน (56.3%) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2-5 ปี 95 คน (36.1%) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.2 ปี ($SD=7.27$) ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุด 39.3 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 209 คน (79.5%) และมารักษาต่อเนื่อง 213 คน (81%) ส่วนใหญ่คิดว่าตนมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 186 คน (70.7%) และรับรู้ว่าเป็นซ้ำได้อีก 116 คน (44.1%) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=263)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
Depressive episode	67	25.5
Moderate depressive episode	15	5.7
Severe depressive episode	148	56.3
Severe depressive with psychotic	32	12.2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=263)	ร้อยละ
การเคยผิคนัดพบแพทย์		
1 ครั้ง	33	12.5
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	17	6.4
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า		
รู้	186	70.7
ไม่รู้	55	20.9
ไม่ทราบ	22	8.4
การรับรู้ต่อโรคซึมเศร้า		
รักษาไม่หาย	22	8.4
รักษาหายได้	110	41.8
เป็นซ้ำได้อีก	116	44.1
ไม่ทราบ	15	5.7

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบคะแนน คุณภาพชีวิต พบว่าเพศชายและหญิงคุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกัน คะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงพบในผู้ ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ($\bar{X} = 84.25$ SD = 13.18) อาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจ ($\bar{X} = 92.42$ SD = 11.62, $\bar{X} = 90$ SD = 15.23) ระยะเวลาการ เจ็บป่วยในช่วง 2-5 ปี ($\bar{X} = 84.56$ SD = 15.01) และ 15-20 ปี ($\bar{X} = 84.35$ SD = 12.89) ผู้ที่รักษา ต่อเนื่อง ($\bar{X} = 83.96$ SD = 14.38) ผู้ที่คิดว่ามีความรู้ เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ($\bar{X} = 84.70$ SD = 13.80) และคิดว่าโรคซึมเศร้ารักษาหายได้ (87.34 SD = 12.14) ส่วนระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เมื่อเปรียบเทียบความ แตกต่างของคุณภาพชีวิตแยกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน ประวัติการรักษา การ วินิจฉัยโรค ประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย การเคยผิคนัดพบแพทย์ ความใจเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการรับรู้ต่อ โรคซึมเศร้า พบว่าอาชีพ รายได้ สถานภาพทาง การเงิน การเคยผิคนัดพบแพทย์ ความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการรับรู้ต่อโรค ซึมเศร้าที่ต่างกันมีคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตาม เพศ และประวัติการรักษา

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต N	Mean ± SD	t- value (df)	p-value
เพศ				
ชาย	94	83.21±14.240	0.081(1)	0.936
หญิง	169	83.07±14.195		
ประวัติการรักษา				
รักษาครั้งแรกที่นี้	114	83.93±14.185	0.812(1)	0.418
เคยรักษาจากที่อื่นมาก่อน	149	82.50±14.199		

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต			ANOVA				
	N	Mean ± SD	Source of variation	SS	df	MS	F	p
อายุ (ปี)								
20-30	95	84.56±15.013	Between	558.160	4	139.540	.690	.599
31-40	84	82.30±14.558	Within	52151.186	258	202.136		
41-50	37	83.68±10.763	Total	52709.346	262			
51-60	17	84.35±12.898						
มากกว่า 60	30	79.47±14.864						
สถานภาพสมรส								
โสด	54	81.93±15.940	Between	440.974	2	220.487	1.097	.335
คู่	148	84.25±13.181	Within	52268.372	260	201.032		
หม้าย/หย่า/แยก	61	81.43±14.869	Total	52709.346	262			
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้ศึกษา	8	91.88±19.526	Between	1537.902	4	384.476	1.938	.104
ประถมศึกษา	118	82.11±12.875	Within	51171.444	258	198.339		
มัธยมศึกษา/ปวช.	66	82.68±13.006	Total	52709.346	262			
ปวส./ อนุปริญญา	16	90.06±9.923						
ปริญญาตรีขึ้นไป	55	82.51±17.552						

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพทางการเงิน ความเข้าใจและการรับรู้ ต่อโรคซึมเศร้า (ต่อ)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต			ANOVA				
	N	Mean $\pm$ SD	Source of variation	SS	df	MS	F	p
อาชีพ								
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	82	80.99 $\pm$ 14.20	Between	2719.542	5	543.908	2.796	.018
รับจ้าง	59	82.66 $\pm$ 14.50	Within	49989.804	257	194.513		
เกษตรกร	9	86.33 $\pm$ 8.14	Total	52709.346	262			
รัฐวิสาหกิจ	11	90.00 $\pm$ 15.23						
ราชการ	19	92.42 $\pm$ 11.63						
อื่นๆ	83	82.16 $\pm$ 14.04						
รายได้ (บาท/เดือน)								
ไม่มีรายได้	86	79.53 $\pm$ 14.08	Between	3070.112	5	614.022	3.179	.008
< 5,000	46	82.91 $\pm$ 12.32	Within	49639.234	257	193.149		
5,001-10,000	59	84.24 $\pm$ 13.42	Total	52709.346	262			
10,001-20,000	37	85.68 $\pm$ 13.98						
20,001-30,000	20	83.10 $\pm$ 12.24						
>30,001	15	93.60 $\pm$ 20.01						
สถานภาพทางการเงิน								
มีเงินเหลือ	23	93.04 $\pm$ 15.02	Between	4031.813	3	1343.938	7.151	.000
พอใช้	163	83.71 $\pm$ 14.07	Within	48677.533	259	187.944		
พอใช้แต่มีหนี้สิน	53	80.30 $\pm$ 13.06	Total	52709.346	262			
ไม่พอใช้/เป็นหนี้	24	75.79 $\pm$ 10.96						
การวินิจฉัยโรค								
Depressive episode	67	82.88 $\pm$ 13.38	Between	21.971	3	7.324	.036	.991
Moderate depressive episode	15	84.20 $\pm$ 13.89	Within	52366.384	258	202.970		
Severe depressive episode	148	83.02 $\pm$ 14.67	Total	52388.355	261			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพทางการเงิน ความเข้าใจและการรับรู้ ต่อโรคซึมเศร้า (ต่อ)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต			ANOVA				
	N	Mean $\pm$ SD	Source of variation	SS	df	MS	F	p
Severe depressive with psychotic	32	83.00 $\pm$ 14.15						
ประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล								
ไม่เคย	209	83.26 $\pm$ 14.02	Between	337.854	2	168.927	.839	.433
1 ครั้ง	32	84.56 $\pm$ 15.37	Within	52371.492	260	201.429		
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	22	79.64 $\pm$ 14.07	Total	52709.35	262			
ระยะเวลาเจ็บป่วย (เดือน)								
24-60	95	84.56 $\pm$ 15.01	Between	690.898	4	172.724	.857	.491
61-120	84	82.30 $\pm$ 14.56	Within	52018.448	258	201.622		
121-180	37	83.68 $\pm$ 10.76	Total	52709.346	262			
181-240	17	84.35 $\pm$ 12.89						
> 240	30	79.47 $\pm$ 14.86						
การเคยผิมนัดพบแพทย์								
ไม่เคย	213	83.96 $\pm$ 14.38	Between	2443.158	2	1221.579	6.319	.002
1 ครั้ง	33	83.67 $\pm$ 10.25	Within	50266.188	260	193.331		
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	17	71.53 $\pm$ 13.82	Total	52709.346	262			
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า								
รู้	186	84.70 $\pm$ 13.81	Between					
ไม่รู้	55	78.09 $\pm$ 14.21	Within					
ไม่ทราบ	22	82.32 $\pm$ 14.91	Total					
การรับรู้ต่อโรคซึมเศร้า								
รักษาไม่หาย	22	78.05 $\pm$ 13.27	Between	3628.242	3	1209.414	6.382	.000
รักษาหายได้	110	87.34 $\pm$ 12.14	Within	49081.104	259	189.502		
เป็นซ้ำได้อีก	116	80.03 $\pm$ 15.41	Total	52709.346	262			
ไม่ทราบ	15	83.47 $\pm$ 12.01						

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลและสามารถรวม คาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อนำตัวแปรที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน การเคยผิคนัด พบแพทย์ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการรับรู้ต่อโรคซึมเศร้าวิเคราะห์ด้วย Multiple Regression พบว่าปัจจัยที่มีผลและสามารถรวม คาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ รายได้ สถานภาพทางการเงิน การรักษา

ต่อเนื่องและการรับรู้เกี่ยวกับการหายของโรค ซึมเศร้า โดยสามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ร้อยละ 14.5 ($p\text{-value}=0.001$, $R^2 = 0.145$) และสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิต ได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า = $100.1 - 4.56$ (รายได้ต่อเดือน) $+ 1.687$ (สถานภาพทางการเงิน) $- 4.026$ (การมารักษาต่อเนื่อง) $- 2.441$ (การรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนหาปัจจัยที่สามารถคาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($n=263$)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R	R ²	b	Beta	t	p-value
รายได้ต่อเดือน	0.38	0.145	-4.56	-0.24	-4.12	.001**
สถานภาพทางการเงิน			1.687	0.19	3.23	.001**
การมารักษาต่อเนื่อง			-4.026	-0.16	-2.78	.006**
การรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า			-2.441	-0.12	-2.13	.034*
Constant=100.1, F=10.899, R ² adj= .131						

*p - value < 0.05 ** p - value < 0.01

อภิปราย สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, หม่อมหลวงยุพดี ศิริวรรณและคณะ, 2546) เพศ อายุและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกับการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและชนิด

เรื้อรัง พบว่าคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (อังคาร ศรีชัยรัตนกุล, 2543) เนื่องจากปัจจุบันเพศชายและเพศหญิงค่อนข้างมีความเท่าเทียมกัน ไม่ว่าด้านอาชีพการทำงาน การศึกษาจึงทำให้การดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน เช่นเดียวกับอายุพบว่าช่วงอายุที่ต่างกันก็ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ส่วนระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าพบว่าไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากโรคซึมเศร้าไม่ใช่โรคที่ส่งคมรังเกียจ ประกอบ

กับเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับทุกเพศทุกวัย เมื่อมีสาเหตุกระตุ้นหรือปัจจัยส่งเสริม ดังนั้นเมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้าไม่ว่าอาการที่เป็นจะระดับใดก็ไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาที่ไม่พบมีความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้าที่ดีขึ้นกับคุณภาพชีวิตเช่นกัน (รณชัย คงสกนธ์, 2548) แตกต่างจากการศึกษาที่พบว่าระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเมื่อใช้แบบวัดคุณภาพของการมีสุขภาพดี (QWB) (Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, et al., 1997) ผู้ที่มาพบแพทย์ต่อเนื่องจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มารักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการที่ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง โอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบจึงมีสูงกว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดและได้รับยาไปรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2539) และสัดส่วนของผู้ป่วยที่พ่วงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเปลี่ยนไปตามการวินิจฉัยโรคที่ต่างกัน โดยพบว่าโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มีสัดส่วนร้อยละ 63 โรคซึมเศร้ารุนแรง (chronic/double depression) มีสัดส่วนร้อยละ 85 โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) มีสัดส่วนร้อยละ 56 (Rapoport MH, Clary C, Fayyad R, et al., 2005)

ปัจจัยที่สามารถร่วมคาดทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ รายได้ สถานภาพทางการเงิน การรักษาต่อเนื่องและการรับรู้เกี่ยวกับการหายของโรคซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ คือการประกอบอาชีพ อาชีพที่ทำ รายได้ สถานะทางการเงิน ซึ่งอภิปรายได้ว่ารายได้หรือสถานภาพทางการเงินที่ต่างกัน ในผู้ที่รายได้สูงและมีสถานภาพ

ทางการเงินพอใช้หรือเหลือใช้ย่อมสามารถบริหารจัดการกับภาระของตนเองในแต่ละด้านได้ง่ายกว่าผู้ที่รายได้ต่ำโดยไม่ต้องกังวลกับรายจ่ายสำหรับผู้ที่มีรับการมารักษาต่อเนื่อง และมีการรับปรึกษาต่อเนื่องโอกาสการป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ผัดผ่อนพบแพทย์ เนื่องจากการศึกษาพบว่าตัวแปรที่ร่วมทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษา (พรพรรณ ศรีโสภา และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2553) และผู้ที่รับรู้โรคซึมเศร้ารักษาหายได้จะมีกำลังใจและสนใจดูแลสุขภาพของตนเองทำให้คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่คิดว่าโรคซึมเศร้ารักษาไม่หาย ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่อง การดำเนินโรคและการติดตามในกลุ่มที่ขาดนัดจะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำและเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางในการวางระบบการให้สุขภาพจิตศึกษาในโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกและพัฒนาระบบการบริการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดนัดพบแพทย์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกนอกควรมีการประเมินการรับรู้ต่อโรค หากพบว่าการรับรู้ต่อโรคซึมเศร้าไม่ถูกต้อง ควรมีการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและรักษาเพื่อมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคและมารับการรักษาต่อเนื่อง

2. ในกลุ่มที่ขาดนัดพบแพทย์ควรมีการพัฒนาระบบการติดตาม จะช่วยป้องกันการป่วยซ้ำและเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรด้านอื่นที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว สังคม และเพื่อนร่วมงาน การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคอื่นๆ แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน เป็นต้น
2. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรงานผู้ป่วยนอกจิตเวชทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณนายแพทย์เกษม ตันติผลาชีวะและแพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช ที่กรุณาอ่านบทคัดย่องานวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2546). ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48 (กรกฎาคม-กันยายน), 185-198.
- รัชชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อุดมรัตน์. (2553). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์: ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 81-97.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2539). *คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท*. กรุงเทพฯ: บี.อี. ลี. จำกัด.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, หม่อมหลวงยุพดี ศิริวรรณ, อัจฉรา จรัสสิงห์,

เนตรชนก บัว เล็ก, สตรีรัตน์ รุจิระชากร และแก้วตา วิสวะบำรุงชัย. (2546). *คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2546*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.

พรพรรณ ศรีโสภา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาวะตะวันออก. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(2), 138-154.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์ (บรรณาธิการ). (พิมพ์ครั้งที่ 2) (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัชชัย คงสกันธ์. (2548). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังการรักษาด้วยกระบวนการจิตเวช 3 เดือน. *จดหมายเหตุทางการแพทย์ เดือนกันยายน*, 88 (9), 1261-1266.

ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). กรุงเทพฯ: มหานคร.

ศูนย์สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2552). *สถิติข้อมูลผู้รับบริการ*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล, วิวรรธน์ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิริงกุล. (2541). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 5, 4-15.

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. (2543). *การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Faul F, Erdfelder E, Lang AG & Buchner A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Gillin JC, Koch WL, Grant I. (1997). Assessment of the

quality of life of patients with major depression. *American Psychiatric Association*, 48, 224-230.

Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. (2005). Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*, 162, 1171-1178.

The WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment*, field trial. Geneva:WHO.