

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotics treatment)
3. คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

#### ตอนที่ 1 โรคจิตเภท

##### ประวัติของโรคจิตเภท <sup>(๗)</sup>

ในปี ค.ศ.1856-1926 Krapelin ชาวเยอรมันได้ให้โรคนี้ชื่อว่า "dementia precox" เพราะคิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้นานๆบุคลิกภาพจะเสื่อมลงไป มีอาการแยกตัว พฤติกรรมแปลกๆ ไม่สนใจตนเอง และมีสติปัญญาเสื่อมลง

ปี ค.ศ.1857-1939 Bleuler ชาวสวิส ได้ใช้ชื่อโรคนี้ว่า "Schizophrenia" แทนคำว่า dementia precox ซึ่งหมายถึง Splitting of mind เพราะลักษณะสำคัญของโรค คือ มีการแตกแยก (schism) ระหว่างความคิด (thought) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) ของผู้ป่วย โดยได้แบ่งอาการของโรคเป็นอาการหลักและอาการรองได้แก่

1.อาการพื้นฐาน ( Fundamental symptoms ) หรือ อาการหลักของ Bleuler มีอยู่ 4 As (Bleuer's four As) ได้แก่

- 1.1 ความผิดปกติของความต่อเนื่องของความคิด (loosening of association)
- 1.2 ความผิดปกติของอารมณ์แสดงออก (affect)
- 1.3 มีลักษณะหมกมุ่นในจินตนาการโดยไม่สนใจโลกภายนอก (autism)
- 1.4 มีพฤติกรรมหรือความคิดสองจิตสองใจ (ambivalence)

2.อาการรอง ( Secondary symptoms ) ได้แก่

- 2.1 อาการประสาทหลอน (hallucinations)
- 2.2 อาการหลงผิด (delusions)

ต่อมาปี ค.ศ.1887-1967 Schneider เป็นผู้รวบรวมอาการสำคัญ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคจิตเภทได้อย่างชัดเจน ซึ่งเรียกว่า " Schneiderian First-Rank Symptoms :SFRS "ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยของ ชไนเดอร์ ได้แก่

1. การได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ( Audible thoughts ) อาการประสาทหลอนทางหู ได้ยินเสียงก้องกังวาน หรือเสียงคนพูดเกี่ยวกับความคิดของผู้ป่วย เวลานั้นก็คิดอะไรก็ได้ยินเสียงเป็นแบบนั้น (หมายความว่าความคิดเปลี่ยนไปเป็นเสียง)
2. มีเสียงคนพูดโต้เถียงในเรื่องซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ( Voices arguing or discussing or both ) เช่น ผู้ป่วยจิตเภทหญิงรายหนึ่งบอกว่าในร่างกายของเธอมีสองวิญญาณอาศัยอยู่ ทั้งสองคนนี้ชอบทะเลาะกันหรือเถียงกันเกือบตลอดเวลา
3. มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของผู้ป่วย ( Voices commenting ) เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นนักศึกษาที่มีปัญหาในด้านการเรียน อาจมีอาการหูแว่วว่า " ปัญญาอ่อน "," โง่ "," เซย " หรือ " เจม " ในขณะที่มีอาการทางจิต
4. เชื่อว่ามีแรงจากภายนอกมากระทำต่อร่างกายผู้ป่วย( Somatic passivity experiences )
5. เชื่อว่าความคิดหายไปกะทันหันจากการการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป(Thought withdrawal and other experience of influenced thought) คล้ายกับเป็นไร้ความคิด จะนึกคิดอะไรด้วยตนเองไม่ได้
6. ความคิดของผู้ป่วยกระจายออกภายนอก (Thought broadcasting)
7. มีการรับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติไปแบบหลงผิด (Delusional perceptions)
8. อื่น ๆ เช่น ความต้องการ หรือการกระทำของผู้ป่วยเกิดขึ้นจากการกระทำของสิ่งภายนอก (All other experience involving volition,made affects,and made impulse)

### ระบาดวิทยา<sup>(8,9)</sup>

การศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคจิตเภทเป็นเรื่องยาก และไม่อาจได้ตัวเลขที่แท้จริง เนื่องจากมีความแตกต่างของหลักเกณฑ์ แต่พอที่จะสรุปได้ดังต่อไปนี้

1.อุบัติการณ์ของโรค(incidence) จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกได้รายงานเกี่ยวกับองค์ประกอบที่วัดผลโรคทางจิตที่รุนแรง พบว่า มีอุบัติการณ์ ในช่วงระหว่างร้อยละ 0.016-0.042 ต่อปีในโรคจิตเภท ขณะที่ความชุกอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 0.06-1.7 โดยจะพบว่ามีอัตราต่ำในประเทศที่กำลังพัฒนา เมื่อพิจารณาถึงอุบัติการณ์จำเพาะอายุและเพศ จะพบว่า เพศชายจะเริ่มป่วยเร็วกว่า ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา และพัฒนาแล้ว

ประเทศที่กำลังพัฒนา เมื่อพิจารณาถึงอุบัติการณ์จำเพาะอายุและเพศ จะพบว่า เพศชายจะเริ่มป่วยเร็วกว่า ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา และพัฒนาแล้ว

2.อายุ เพศ และเชื้อชาติ โรคจิตเภทพบได้ทั้งชายและหญิง จากการศึกษาในระยะแรกเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของอายุที่เริ่มป่วยทั้งในเพศชายและเพศหญิงอยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 45 ปี จากการศึกษาของEpidemiologic Catchment Area Program พบว่าโรคจิตเภทยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากการแสดงอาการของโรคจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่ในเพศชายจะพบว่าอายุที่เริ่มมีอาการอยู่ในระหว่าง 15-25 ปี ส่วนเพศหญิงจะพบสูงในระหว่างอายุ 25-35 ปี โดยความแตกต่างนี้ยังไม่เป็นที่แน่ชัด โดยอาจจะมีปัจจัยในเรื่องของฮอร์โมน หรือ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ที่ทำให้เพศชายพบอาการป่วยได้เร็ว มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และพิการ มากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นคนผิวดำมากกว่าผิวขาว

3.ฤดูกาลที่กำเนิด จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักเกิดในฤดูหนาวและต้นฤดูใบไม้ผลิมากกว่าในปลายฤดูใบไม้ผลิ และฤดูร้อน ซึ่งเชื่อว่าอาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสบางตัวซึ่งจะพบบ่อยในฤดูหนาว

4.การกระจายทางภูมิศาสตร์ ความชุกของโรคจิตเภทมักพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและตะวันตกของสหรัฐอเมริกา เนื่องจากเป็นพื้นที่ส่วนใหญ่ นอกจากนี้บางการวิจัยยังได้ทำการสนับสนุนถึงการติดเชื้อของไวรัสเป็นการเกิดโรคจิตเภท

5.อัตราการสืบพันธุ์ จากการใช้ยาทางจิตเวช และนโยบายของโรงพยาบาล ในการลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ จึงได้เน้นถึงการฟื้นฟูและจัดชุมชนดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทั้งหมดทำให้มีการแต่งงานและการเจริญพันธุ์ในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจำนวนเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งคู่นั้นเพิ่มขึ้นในช่วงปี.ศ. 1935-1955 อัตราการเจริญพันธุ์ของผู้ป่วยจิตเภทนั้นเกือบจะใกล้เคียงกับประชากรทั่วไป

6.การเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการตายสูงจากอุบัติเหตุและสาเหตุจากธรรมชาติของโรค มากกว่าประชากรโดยทั่วไป จากหลายการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีความเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วยอย่างมีนัยสำคัญ และจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ของอาการที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้

7.การฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการตายในผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากมีความผิดปกติของโรคทางอารมณ์มากกว่าโรคทางจิตร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเภทพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงเวลาที่ป่วยและร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยจิตเภทจะตายด้วยการฆ่าตัวตายในช่วงระยะเวลา 20 ปีต่อมา ผู้ป่วยโรคจิตเภทชายและหญิงมักจะฆ่าตัวตายสำเร็จได้เท่ากัน

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ อาการซึมเศร้า, อายุ น้อย และระดับการงานก่อนป่วยที่มักอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการศึกษาในระดับวิทยาลัย ซึ่งผู้ป่วย ที่มีปัจจัยเหล่านี้มักจะตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนและได้เลือกทางออกโดยวิธีการฆ่าตัวตาย จาก การศึกษาของสุดสบาย จุลกัทพ์พะ และคณะ<sup>(10)</sup> ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภทที่ เข้ารับรักษา ในโรงพยาบาลศิริราชระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 154 คน เป็นผู้ ป่วยที่มีประวัติและพยายามฆ่าตัวตาย 49 คน (ร้อยละ 31.8) และพบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน (ร้อยละ 0.6) ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยจึงควรเน้นในการรักษาอาการซึมเศร้า โดยการรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิต และ การหากกลุ่มช่วยเหลือผู้ป่วยไปในทิศทางที่เหมาะสม

#### 8. การใช้ยาและสารเสพติด

- การสูบบุหรี่ พบว่าจะมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท หลายการศึกษาพบว่าการสูบ บุหรี่มีความเกี่ยวข้องของการใช้ยาต้านโรคจิตในขนาดที่สูง เนื่องจากพบว่าการสูบบุหรี่เพิ่มอัตราการเผา ผลาญของยาเหล่านี้ ในทางกลับกันพบว่าการสูบบุหรี่ก็ลดการเกิดพาร์กินสันซึ่งเกิดจากการใช้ยา ต้านโรคจิต ที่อาจจะเป็นไปได้เพราะสารนิโคตินไปมีผลต่อระบบโดปามีน จากการศึกษาเมื่อเร็ว ๆ นี้ พบว่าสารนิโคตินเพิ่มอาการทางจิตเชิงบวก ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจาก สารนิโคตินไปลดการรับรู้จากสิ่งกระตุ้นภายนอก

- การใช้สารอื่น ๆ พบว่า ร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีเกณฑ์การวินิจฉัยว่า มีการ ใช้แอลกอฮอล์, ร้อยละ 15-25 เกิดจากการใช้กัญชา และใช้โคเคน ร้อยละ 5-10 จากการศึกษาผู้ป่วย เหล่านี้พบว่าภายหลังจากการใช้สารเสพติดจะทำให้รู้สึกมีความสุข และช่วยลดอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดมักจะมีการพยากรณ์โรคไม่ดี

9. ความหนาแน่นของประชากร ตามความชุกของโรคจิตเภทจะสัมพันธ์กับความหนาแน่น ในเมืองมากกว่า 1 ล้านคน โดยเฉพาะอัตราการเกิดโรคจิตเภทในเด็กที่พ่อหรือแม่ที่ป่วยเป็นโรคจิต เภทหรือเป็นทั้งคู่ จะพบได้สูงในเมืองหรือชุมชน และภาวะตั้งเครียดทางสังคมในถิ่นที่อยู่ก็มีผลต่อ การเกิดโรคจิตเภทในประชากรกลุ่มเสี่ยง

10. วัฒนธรรม และเศรษฐกิจทางสังคม ในประเทศอุตสาหกรรมมักพบผู้ป่วยในกลุ่มผู้ที่มี เศรษฐฐานะต่ำ ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า เพราะอาการป่วยทำให้เศรษฐกิจฐานะต่ำลง หรือทำให้ไม่สามารถมี เศรษฐฐานะในระดับที่สูงขึ้นได้ หรือในอีกแง่หนึ่งคือ ความเครียดของผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำอาจทำให้เกิด โรคจิตเภท การอพยพย้ายถิ่น(immigration)หรือการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดโรคจิตเภทได้มากขึ้น นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคมักขึ้นอยู่กับสภาพสังคมหรือ วัฒนธรรมที่จะเป็นตัวตัดสินว่าพฤติกรรมนั้นผิดแปลกไปจากสังคมหรือไม่

กลุ่มนี้มักจะมีผลมาจากโรคจิตเภท

12. ค่าใช้จ่ายทางสังคม ในประเทศสหรัฐอเมริกาต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคทางจิตประมาณ ร้อยละ 1 ของรายได้ประชาชาติ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับโรคจิตเภทนั้นพบร้อยละ 2.5 ของค่าใช้จ่ายทางการรักษาทั้งหมด ค่าใช้จ่ายการรักษาและค่าใช้จ่ายทางอ้อมต่อสังคม เช่น การสูญเสียกำลังการผลิตและการตายคิดเป็นจำนวนเงินเกือบ 50 พันล้านดอลลาร์ต่อปี เกือบร้อยละ 75 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงไม่สามารถทำงานและไม่ได้รับการจ้างงาน

13. อัตราการครองเตียง เนื่องจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตได้รับการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพและการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ทศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษา สิทธิของผู้ป่วยทางจิต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยจะมีการกลับเข้ารับการรักษากายใน 2 ปีภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งแรกประมาณร้อยละ 40-60 ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการครองเตียงถึง ร้อยละ 50 ของจำนวนเตียงของโรงพยาบาลทางจิตเวชทั้งหมด

สาเหตุของการเกิดโรค<sup>(3)</sup>

#### 1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ผลจากการศึกษาโรคจิตเภทของคนในครอบครัว บุตรบุญธรรม หรือฝาแฝด ระบุว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดโรคนี้นสูงกว่าประชากรทั่วไป ในญาติสายตรง (พี่น้องหรือลูกของผู้ป่วย) (first-degree biological relatives) พบว่ามีโอกาสป่วยสูงกว่าคนทั่วไป 10 เท่า จากการศึกษาบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรจริงของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดโรคนี้นสูงเมื่อเทียบกับบุตรบุญธรรม การศึกษาคู่ฝาแฝดมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนผลของปัจจัยทางพันธุกรรมต่อการเกิดโรคจิตเภท แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นการบ่งชี้ด้วยว่าปัจจัยทางพันธุกรรมไม่ใช่สาเหตุเดียวของการเกิดโรคจิตเภท จากการศึกษาแฝดไข่ใบเดียวกัน พบว่าในร้อยละที่คนหนึ่งป่วยจะพบ 40-50 คู่ที่อีกคนหนึ่งป่วยตามไปด้วย จากข้อเท็จจริงที่ว่าแม้เป็นแฝดไข่ใบเดียวกันก็ไม่ได้มีโอกาสเกิดโรคนี้นด้วยกันร้อยละเปอร์เซ็นต์ แสดงว่าพันธุกรรมมีส่วนอย่างมาก แต่ก็ไม่ใช่สาเหตุเดียวยังอาจมีปัจจัยเหตุอื่นอีกโดยเฉพาะสิ่งที่กำลังได้รับความสนใจอย่างมากคือความบกพร่องในการพัฒนาของสมองในร่างกายเด็กขณะอยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดใหม่ๆ มีการวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อในครรภ์และการกระทบของสมองหลังคลอดกับสาเหตุของโรคจิตเภท โดยทั่วไปพอจะสรุปทฤษฎีเกี่ยวกับการติดเชื้อมีโรคจิตเภทได้ว่าการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ในเด็กที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมอยู่ก่อนแล้ว ข้อเสนอสนับสนุนนี้มาจากข้อมูลที่ว่าเด็กในทางตะวันตกที่เกิดในระหว่างฤดูหนาว

กับโรคจิตเภทได้ว่าการติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ในเด็กที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมอยู่ก่อนแล้ว ข้อเสนอสนับสนุนนี้มาจากข้อมูลที่ว่าเด็กในทางตะวันตกที่เกิดในระหว่างฤดูหนาว และตอนต้นของฤดูใบไม้ผลิมีโอกาสเกิดโรคนี้นสูงกว่าฤดูอื่น ซึ่งอาจมีการติดเชื้อไวรัสในระหว่างนั้น การกระทบกระเทือนของสมองในระหว่างคลอดอาจเกิดการกระทบ หรือการขาด oxygen ในระหว่างคลอด ปัจจัยทางชีวภาพเหล่านี้อาจเป็นเหตุให้โครงสร้างของสมองผิดปกติตามมา เช่น มี ventricle โต และทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทตามมา

### ตารางที่ 1. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติ

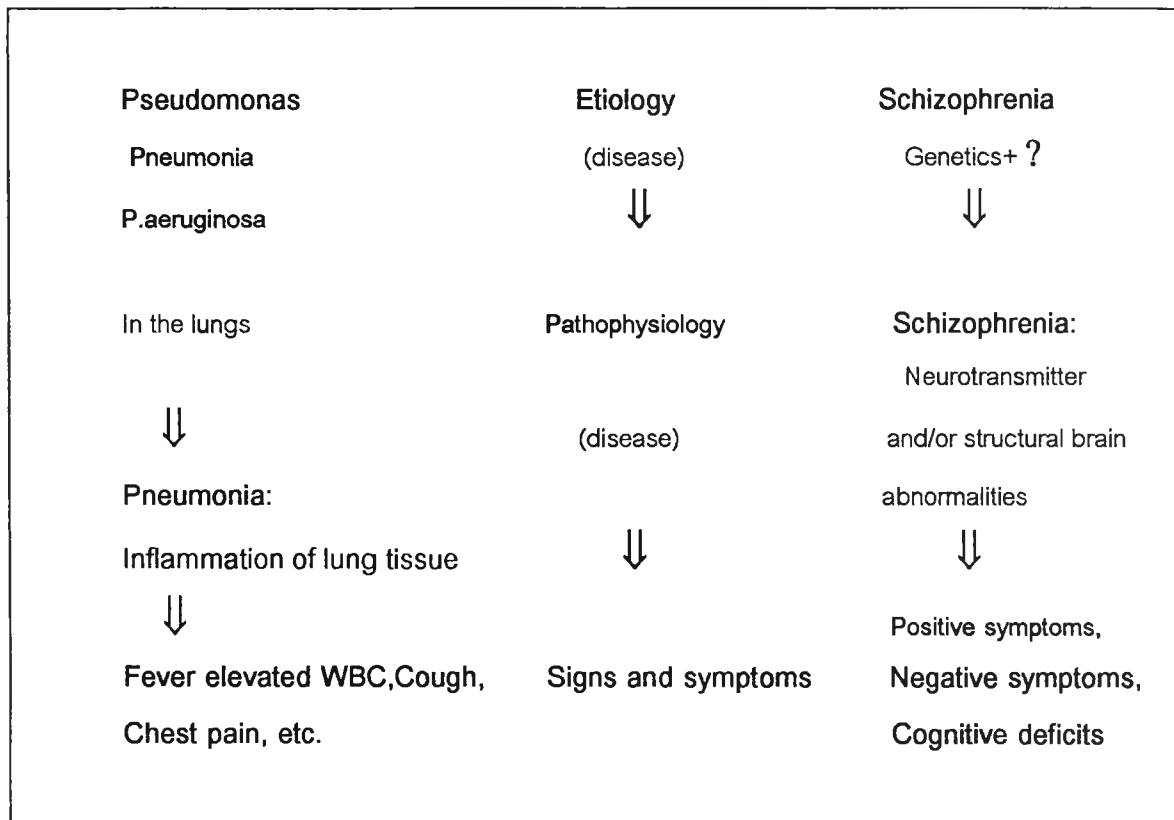
ความสัมพันธ์	ความเสี่ยง(%)
ประชากรทั่วไป	1.0
พี่น้องของผู้ป่วย	8.0
ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วย	12.0
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่คนละใบ)	12.0
ลูกที่พ่อและแม่ป่วย	40.0
คู่แฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน)	47.0

### 2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

จากการที่ปัจจัยทางพันธุกรรมไม่ใช่คำตอบทั้งหมดของการเกิดโรคจิตเภท จึงมีผู้พยายามศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรค ซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น มีการตายของญาติหรือเพื่อนสนิท มีความเครียดสูงในครอบครัว มีภาวะการติดเชื้อ มีการอยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด การเป็นสังคมยุคอุตสาหกรรม การอยู่ในเขตเมือง และมี ความเครียดจากมีสภาพยากจน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักพบในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ มีผู้ตั้งข้อสมมติฐานไว้ 2 แนวทาง คือการที่สภาพสังคมบีบคั้นอาจทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) หรือในอีกด้านหนึ่ง การที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ อาจทำให้ การดำรงชีวิตไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิมได้ (downward drift hypothesis) ก็ได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในระยะหลัง ๆ สนับสนุนสมมติฐานที่สองมากกว่า

### 3. ปัจจัยด้านพยาธิวิทยา

พยาธิสรีระ (pathophysiology) หมายถึงกระบวนการทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ของโรค ตามแผนภูมิที่ 1.



ตัวอย่างโรคปอดบวม เป็นกลุ่มโรคพยาธิอิสระ คือ การอักเสบและการระคายเคืองของเนื้อเยื่อบางส่วนของปอด ซึ่งก่อให้เกิดอาการต่างๆ มีเม็ดเลือดขาวสูง หรือเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเป็นแพทย์ตรวจพบ หรือผู้ป่วยรู้สึกเองก็ได้ ส่วนสาเหตุการเกิดโรคปอดอักเสบอาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรียต่างๆ เช่น streptococcus pneumoniae , klebsiella pneumoniae, pseudomonas aeruginosa หรือไวรัสต่างๆ ดังนั้นก่อนที่จะรู้สาเหตุแพทย์อาจให้การรักษาตามอาการไปก่อน และค้นหาชนิดของเชื้อที่เจาะจงต่อไปเพื่อรักษาให้หายขาด ในทำนองเดียวกันโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการต่างๆ มากมายซึ่งเราบำบัดได้โดยไม่ได้ทำให้โรคหายขาด การวิจัยยังพยายามหาพยาธิอิสระที่ก่อให้เกิดอาการอยู่ตลอดเวลา แม้ว่าจะยังไม่ได้ แต่ก็ได้สมมติฐานหลายข้อที่ทำให้เรารักษาโรคจิตเภทได้เจาะจงมากขึ้น

ก.สมมติฐาน dopamine ในช่วงทศวรรษ 1960 เชื่อว่าภาวะที่ระบบโดปามีนทำงานมากเกินไปก่อให้เกิดอาการโรคจิตเภท (hyperdopaminergia) ซึ่งได้มาจากการสังเกตเห็นผลของการรักษาและการถูกกระตุ้นให้เกิดอาการโรคจิตด้วยยาแอมเฟตตามีนซึ่งเป็นยาที่กระตุ้นให้มีการหลั่งโดปามีนเพิ่มขึ้น ส่วนการสนับสนุนสมมติฐานนี้มาจากความจริงที่ว่า ยารักษาโรคจิตที่ยังมี binding affinity กับ dopamine receptors มาก จะยิ่งออกฤทธิ์มากในการลดอาการของโรคจิตเภท ยิ่งไปกว่านั้น

สารที่เพิ่มการทำงานของโดปามีน (dopamine agonist) สามารถทำให้เกิดอาการเหมือนโรคจิตเภทได้ในคนปกติ และทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเลวลงได้ สมมติฐานนี้มาจากผลของการรักษาโรคจิตกลุ่มแรก ๆ (typical antipsychotics) ซึ่งเป็นยาออกฤทธิ์ต่อระบบโดปามีน อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยอีกราวร้อยละ 30 ไม่ตอบสนองต่อยาในกลุ่มนี้ แสดงว่าการมี dopamine hyperactivity ไม่ใช่พยาธิสรีรวิทยาเดียวกับการเกิดโรค นอกจากนี้ ผลการรักษาของยารักษาโรคจิตต่อกลุ่มอาการด้านลบของโรคจิตเภทมีต่ำ ซึ่งแสดงว่าอาการชนิดนี้มิได้เกิดจาก dopamine hyperactivity แม้ว่าจะมีข้อโต้แย้งดังกล่าว โดปามีนก็ยังคงมีบทบาทสำคัญในโรคนี้ หลังการค้นคว้าวิจัย มีการปรับปรุงสมมติฐานเดิม โดยกล่าวว่าโรคจิตเภทเกิดจากการมีระบบโดปามีนทำงานน้อยกว่าปกติในสมองส่วน prefrontal ของ cerebral cortex ซึ่งทำให้มีอาการด้านลบ และนำไปสู่การทำงานของระบบนี้ที่เพิ่มขึ้นในเซลล์ประสาทส่วนลึก ๆ ใน limbic system ที่เรียกว่า mesolimbic neurons ซึ่งมีหลักฐานว่าทำให้เกิดอาการด้านบวกของโรค

ข. ระบบสารสื่อประสาทอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท ดังที่กล่าวแล้วในตอนต้นว่ามีสารสื่อประสาทอื่นที่อาจเกี่ยวกับโรคนี้ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสาร 3 ชนิด มีดังนี้

- serotonin
- glutamate
- gamma-aminobutyric acid (GABA)

สมมติฐาน serotonin เชื่อว่ามีความผิดปกติในการสร้าง serotonin ในผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งทำให้มีการสร้าง serotonin มากไปบ้างน้อยไปบ้าง ยังผลให้โรคมีอาการมากน้อยเป็นระยะๆ

ทฤษฎีนี้ได้รับความสนใจมาก เนื่องจากพบว่า ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic) ซึ่งมีฤทธิ์เป็น serotonin antagonists เช่นเดียวกับ dopamine antagonist ให้ผลการรักษาเทียบเท่าหรือดีกว่ายาในกลุ่มเดิมๆ

สมมติฐาน glutamate เป็นทฤษฎีค่อนข้างใหม่ เซลล์ที่สร้าง glutamatergic ที่ทำงานผิดปกติจะก่อโรค จากการสังเกตว่ายา phencyclidine (PCP) เป็นสารเสพติดที่ทำให้เกิดประสาทหลอนได้ และทำให้ผู้ป่วยอยู่แล้วอาการกำเริบได้

สมมติฐาน gamma-aminobutyric acid ทฤษฎีนี้ยังไม่ลงตัวนัก เชื่อกันว่าการลดลงของ GABA จะทำให้โดปามีนทำงานมากขึ้น ซึ่งการวิจัยส่วนใหญ่ไม่สนับสนุน แม้พบว่า GABA อาจช่วยให้ยารักษาโรคจิตได้ผลมากขึ้น

ค. ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสารสื่อประสาท ในช่วงหลังๆ นักวิจัยเริ่มศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างโดปามีนกับสารสื่อประสาทอื่นอันอาจเป็นสาเหตุของโรคจิตเภททั้งนี้เนื่องจากประสิทธิภาพ



การรักษาของยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ๆ เช่น clozapine ซึ่งจับกับทั้ง dopamine และ serotonin receptor ทำให้คิดกันว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง serotonin-dopamine อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

จากการที่ทั้งโดปามีนกับกลูตาเมต มีปลาย presynaptic อยู่บน synapse ของ postsynaptic neuron ตัวเดียวกันทำให้มีผู้คิดว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างโดปามีนกับกลูตาเมต มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท แม้ว่าทฤษฎีเหล่านี้ยังต้องการการพิสูจน์ที่ระดับต่างๆ แต่ก็เป็นที่น่าสนใจติดตาม

ง.ความเกี่ยวพันระหว่าง neuropeptides กับโรคจิตเภท เป็นกลุ่มสารใหม่ล่าสุดที่ได้รับการศึกษาในโรคนี้ ซึ่งชนิดของ neuropeptide ที่ได้รับการศึกษาแล้วคือ

- beta-endorphin
- cholecystokinin (CCK)
- neurotensin

เช่นเดียวกัน เรายังไม่อาจสรุปบทบาทของสารกลุ่มนี้กับโรคจิตเภทได้ แต่ก็เป็นที่น่าสนใจศึกษากันมาก เนื่องจากมีหลักฐานแสดงว่า neuropeptides ช่วยในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### 4. ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง

การศึกษาสมองผู้ป่วยทั้งด้วยการถ่ายภาพรังสี และเมื่อหลังเสียชีวิต พบความผิดปกติทางโครงสร้างของสมองผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งบ่งว่าอาจมีการหยุดการพัฒนากการของโครงสร้างสมองส่วนเหล่านี้ ซึ่งการหยุดพัฒนาจะเกิดในช่วงหลังคลอดไม่นาน ความผิดปกติเหล่านี้จะทำให้บุคคลเหล่านี้ “เสี่ยง” ต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทมากขึ้นหากได้รับปัจจัยกระตุ้น เช่น ความเครียด กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ความผิดปกติทางโครงสร้างสมองไม่ได้ทำให้เกิดโรคโดยตรง แต่เพิ่มโอกาสให้ป่วยง่ายขึ้นเมื่อได้รับความเครียด ส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับโรคจิต ได้แก่

- Limbic system การศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสียชีวิตเทียบกับคนปกติมากกว่า 10 รายงาน พบว่าสมองส่วน limbic system ได้แก่ amygdala, hippocampus และ parahippocampal gyrus มีขนาดเล็กกว่าปกติและมีบางรายงานพบว่าเซลล์ประสาทใน hippocampus ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ

- พบว่า lateral และ third ventricle ในสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีขนาดกว้างขึ้นและ cortical volume มีขนาดลดลง อย่างไรก็ตามลักษณะดังกล่าวยังพบในโรคทางจิตเวชอื่นเช่นกัน

- ปัจจุบันมีการศึกษาการทำงานของสมองโดยใช้ Positron Emission Tomography (PET) พบว่าขณะผู้ป่วยโรคจิตเภททำงานที่ต้องใช้ความคิด สมองส่วน dorsolateral prefrontal cortex ไม่มีการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้นเหมือนที่พบในคนปกติ

## 5. ปัจจัยด้านจิตสังคม<sup>(1,11,12,13)</sup>

5.1 ด้านปัจเจกบุคคล (The individual patient) มีทฤษฎีต่างๆพยายามอธิบายไว้ดังนี้

5.1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theories) ที่เชื่อกันว่าโรคจิตเภทเกิดจากการขาดมารดาหรือการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมในระยะปาก (Oral stage) Mahler อธิบายว่า ในวัยทารกเด็กต้องพึ่งพิงมารดาทุกอย่าง ในช่วงนี้ถ้าเด็กมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมจะทำให้ทารกมีความผูกพันใกล้ชิดกับแม่ และต่อมาทารกก็จะสามารถแยกได้ว่าเขาไม่ใช่คนเดียวกับกับแม่ สามารถแยกกระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม และพัฒนาไปเป็นการมีเอกลักษณ์เฉพาะตน นักจิตวิเคราะห์บางท่านสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากการที่บุคคลมีการทำงานของ ego ในช่วงต้นๆของชีวิตบกพร่องทำให้ทารกมีความรู้สึกเป็นศัตรู (hostility) และจะก้าวร้าว (aggression) สูงอยู่ในจิตใต้สำนึกทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกเสียไป ส่งผลให้บุคลิกภาพของบุคคลนั้นพัฒนาไปมีลักษณะกดดันได้น้อย โดยอาการของโรคอาจเริ่มเกิดในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นที่จำเป็นต้องมี ego ที่เข้มแข็งเพื่อก้าวผ่านพัฒนาการในด้านความเป็นตัวของตัวเอง การแยกเป็นอิสระจากพ่อแม่หรือการควบคุมตนเอง เป็นต้น

5.1.2 ทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamic theories) เชื่อว่าอาการทางจิตอาจเกิดจากการติด (fixation) กับพัฒนาการในระยะใดระยะหนึ่ง เนื่องจากการที่บุคคลไม่สามารถผ่านความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในวัยนั้นได้ ทำให้ไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความตึงเครียดในวัยต่อไปได้ ดังนั้นแม้อายุของบุคคลนั้นจะผ่านระยะพัฒนาการไปแล้ว แต่ความขัดแย้งภายในจิตใจจะยังคงอยู่ นอกจากนี้อาการทางจิตอาจเกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคามหรือเมื่อบุคคลมีความลำบากในการพัฒนาทางบุคลิกภาพของวัยนั้น เช่น เมื่อบุคคลได้รับความผิดหวังหรือมีความคับข้องใจอย่างมากจึงถอยหลังไปสู่ระยะของการพัฒนาการทางจิตใจในระยะต้นของชีวิต (regression) เพื่อช่วยให้ความกังวลลดลง เช่น การใช้จินตนาการ (fantasy) ซึ่งถือว่าเป็นการใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่

5.1.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories) เชื่อว่าเกิดจากการเรียนรู้ของเด็กโดยการเลียนแบบวิธีการคิดและปฏิกิริยาของพ่อแม่ที่มีปัญหาทางอารมณ์ หรือมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลไม่ดี

5.2 ด้านครอบครัว (Patient's family)

5.2.1 การสื่อสารที่ผิดปกติ หรือ แบบสองนัยในครอบครัว (Double blind) ของ Bateson ได้อธิบายว่า การสื่อสารแบบสองนัยมีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท การสื่อสารชนิดนี้เกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักเป็นคำพูด แต่อีกอย่างหนึ่งมักไม่ใช่คำพูด ทำให้เด็กที่เผชิญกับสถานการณ์แบบสองแง่สองมุมหลายๆครั้งจะเกิดความไม่ไว้วางใจใครในการสัมพันธ์ติดต่อกัน ทำให้มีปัญหาและขาดความมั่นคงในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น สิ่งนี้นำไปสู่การเกิดโรคจิตได้

5.2.2 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่มีลักษณะ สคิซึมหรือสคิ ( Schisms and skewed families) ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ลักษณะสคิซึม (schisms) คือพ่อแม่มีความขัดแย้งซึ่งกันและกัน ขอบทะเลาะโต้แย้งกันเรื่อย ต่างคนต่างดึงเอาลูกเข้าข้างฝ่ายตน เด็กเลยไม่รู้ว่าจะอยู่กับพ่อหรือแม่ดี ครั้นจะอยู่กับพ่อก็ก้าวเป็นศัตรูกับแม่ จะอยู่กับแม่ก็ก้าวเป็นศัตรูกับพ่อ เด็กเลยไม่อาจจะเลียนแบบพ่อหรือแม่ได้ ทำให้ขาด Model for identification และอีกแบบหนึ่งคือครอบครัวที่มีความสัมพันธ์แบบสคิ (skewed) คือ พ่อหรือแม่ที่มีความแปรปรวนทางจิตใจ เป็นคนที่เด่นและมีอิทธิพลในครอบครัว อีกฝ่ายยอมตามโดยไม่มีปากเสียงอะไร หรือบางทีก็ไม่มีเวลาพอที่จะอยู่บ้าน เพื่อจัดการบางสิ่งบางอย่างได้

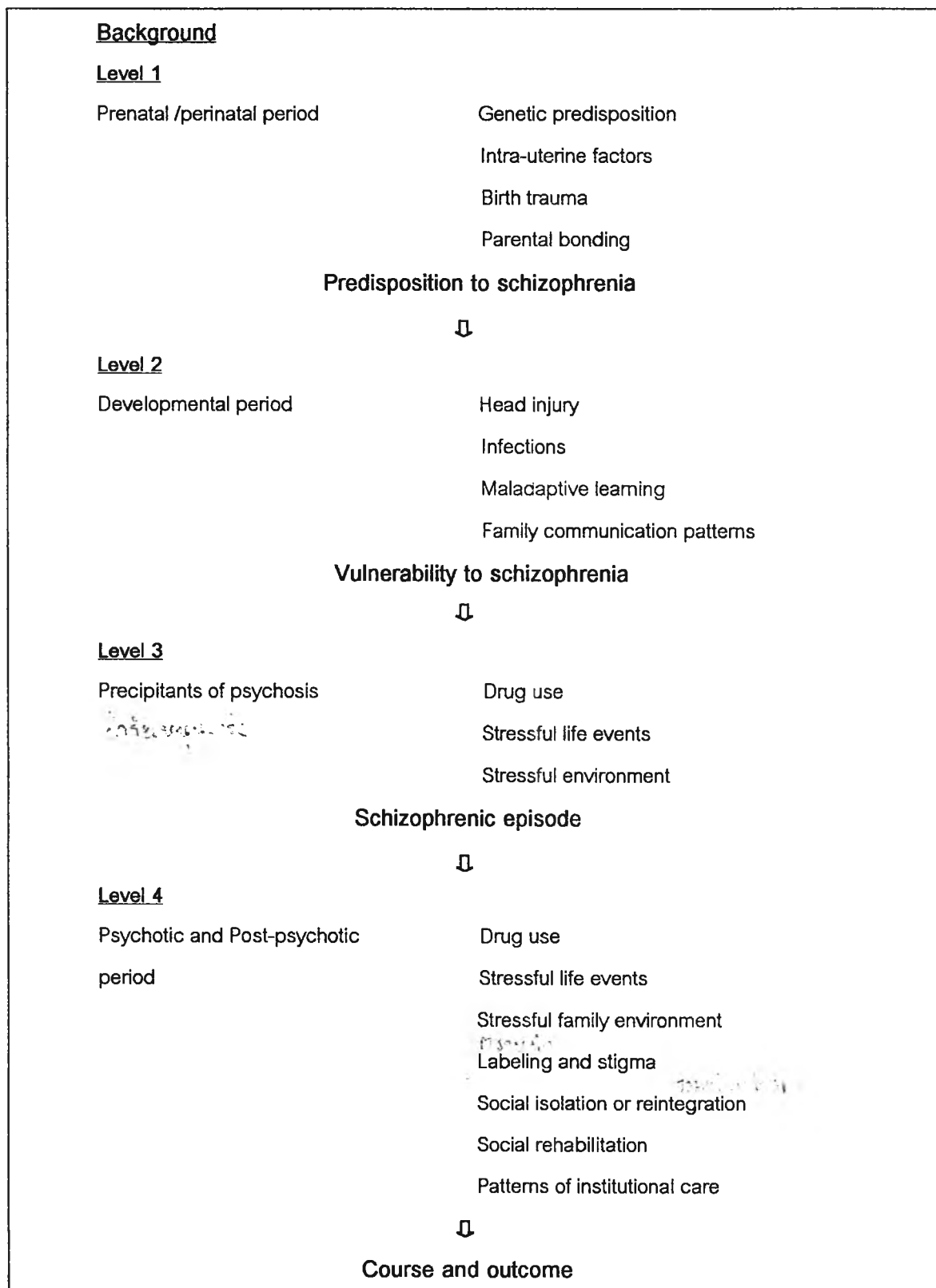
5.2.3 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่มีลักษณะ ชูโดมิวซาล (Pseudomutual families) คือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะดูจากภายนอกเหมือนมีความผูกพันรักใคร่ แต่แท้ที่จริงแล้วสมาชิกจะไม่เป็นตัวของตัวเอง เพราะสมาชิกทุกคนต้องคิด รู้สึก และกระทำในสิ่งที่เหมาะสมกัน การสื่อสารในครอบครัวที่มีลักษณะแปรปรวน (communication deviance) นั้นคือมีลักษณะกำกวม ไม่ต่อเนื่องและไม่คงเส้นคงวา<sup>(14)</sup> อาการแสดงของผู้ป่วยอาจแสดงถึงความปรารถนาที่จะเป็นตัวของตัวเอง

5.2.4 การแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (High Express Emotion : high EE) จากการศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่พบว่า ถ้าในครอบครัวมีสมาชิกที่มีลักษณะการแสดงอารมณ์ที่รุนแรง คือ มีการวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีความรู้สึกเป็นศัตรู (hostility) หรือ มีลักษณะเข้ามาเกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ป่วยมากเกินไป (over involvement) จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าครอบครัวที่มีลักษณะตรงกันข้าม

## 6. Stress-Diathesis Model

เชื่อกันว่าโรคจิตเภทเกิดจากบุคคลที่มีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยบางประการ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยจุดอ่อนหรือปัจจัยกระตุ้นนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

ในปี ค.ศ.1985 Warner<sup>(14)</sup> ได้สรุปถึงรูปแบบสาเหตุของโรคจิตเภทโดยเรียกว่า "Warner's vulnerability model" ดังแผนภูมิที่ 2.



### ลักษณะอาการของโรคจิตเภท<sup>(3)</sup>

โดยแบ่งตามการดำเนินของโรคออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น เดิมวันหยุดเคยออกไปกับเพื่อนก็กลายเป็นไม่ไปไหน อาจขลุกอยู่แต่ในห้อง จะพบคนในบ้านก็ต่อเมื่อถึงเวลากินข้าว อาจหันไปสนใจในเรื่องทางด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ บางคนก็หันไปหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างอย่างมาก เช่น สะสมพระเต็มห้อง ทั้งๆที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียนผลการเรียนเริ่มตกต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอย หรือไม่ค่อยสนใจเรียน เพื่อนๆมีความรู้สึกที่ผู้ป่วยห่างไปจากกลุ่ม มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆแต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ที่บ้านอาจเห็นว่าผู้ป่วยกลายเป็นคนขี้เกียจ วันหยุดก็ตื่นสาย บางทีตื่นขึ้นมาก็กินข้าวเที่ยงเลย การสนใจเรื่องของร่างกายหรือการแต่งกายก็ลดลง จากเดิมเป็นคนสะอาด กลายเป็นมีเสื้อผ้ากองอยู่เกลื่อนห้อง กางเกงตัวหนึ่งใส่หลายวันโดยไม่ซัก เวลาถามเรื่องเหล่านี้มักมีข้ออ้างต่างๆนาๆ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนๆ ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามากหรือเครียดจัดๆอาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนพอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการก็เป็นมากขึ้นเรื่อยๆจนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายเดือนก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะเริ่มเห็นเด่นชัด อาการของโรคจิต เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว หวาดระแวงว่าคนมาทำร้าย หรือพูดแล้วคนอื่นฟังไม่เข้าใจจะปรากฏชัด จะพบว่าคนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีอาการในระยะกำเริบที่พบบ่อยๆดังนี้

1) อาการหลงผิด (delusions) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมึนหลักฐานหรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็คงยังไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น

- หวาดระแวง (persecutory delusions) เชื่อว่ามีคนจ้องปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง มีคนปองร้ายอาจเป็นคนๆเดียว หรือเป็นขบวนการ
- หลงผิดว่าเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง (delusions of reference) ผู้ป่วยมักดึงเรื่องต่างๆรอบตัวมาเชื่อมโยงกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเขาคุยเรื่องของตนเอง อ่าน

หนังสือพิมพ์ก็รู้สึกว่าเขาเรื่องของตนเองไปเขียน ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่าเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง

- หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด (grandiose delusions) บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทางศาสนา (religious delusions) เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นพระพุทธเจ้า ตนเองตรัสรู้ คนไทยเราบางครั้งก็เชื่อเรื่องการมีองค์อยู่ในตัว มักเกิดหลังจากผู้นั้นป่วยหนัก หมอทรงบอกว่ามีองค์ในตัวต้องทำพิธีครอบขันธุ์ เมื่อผู้ป่วยทำแล้วหายจึงเกิดความเชื่อขึ้นมา ความเชื่อในลักษณะนี้เป็นความเชื่อทางวัฒนธรรมมากกว่าที่จะเป็นอาการหลงผิด
- หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic delusions) เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือเชื่อว่าร่างกายของตนเองผิดไปจากปกติ ไม่ว่าจะหมอมจะยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อได้
- ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น (bizarre delusions) เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ยืนยันก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับสัญญาณคลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจอะไรบางอย่างมาบังคับให้ตนเองต้องทำตามทุกอย่างโดยฝืนไม่ได้เลย เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ
- อาการหนึ่งที่พบบ่อยในคนไทย คือ ผู้ป่วยมักบอกว่าสามารถติดต่อทางกระแสดิจิตได้ (telepathy) ไม่ได้ยินเป็นเสียง แต่รู้ว่ามีคนมาสื่อสารเรื่องอะไร และมีการโต้ตอบกันในความคิด อาการนี้ต่างจากอาการ thought broadcasting โดยที่ใน thought broadcasting นั้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าคุณความคิดของตนกระจายออกไป คนรอบข้างรับรู้ได้ แต่ใน telepathy นั้นเป็นการสื่อสารเฉพาะบุคคล ความคิดไม่ได้กระจายไปทั่ว

2) อาการประสาทหลอน (hallucinations) ประสาทหลอนคือการมีการรับรู้ทั้งๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวดีอยู่ตลอด มิใช่ได้ยินเพียงแค่เสียงคนเรียกชื่อบางครั้ง หรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น ลักษณะที่พบบ่อยคือ แว่วเสียงคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย (voices arguing or discussing) หรืออาจเป็นเสียงๆเดียวคอยพูดต่อว่า หรือผู้ป่วยจะทำอะไรก็ถูกวิจารณ์ไปหมด (voices commenting) จนผู้ที่เป็นรู้สึกทุกข์ทรมานมาก บางคนบอกว่าฉันไม่อยากจะคิด ไม่อยากจะทำอะไร เสียงนี้ได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนได้ยินพอกๆกัน เสียงแว่วนี้จะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่กำลังสนใจฟังอยู่และจะชัดเจนมากขึ้นหากขณะนั้นรอบตัวไม่มีเสียงชัดเจน ประสาทหลอนที่พบรองลงไปคือภาพหลอน

อาจเห็นคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีสັນ รายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนชนิดอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆ หรือลิ้นรับรูรสแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

3) อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (autistic thinking) เช่น มักไปยืนหน้าต้นไม้ข้างบ้านทุกเช้าก่อนออกจากบ้าน ถามก็บอกว่าเป็นการเคารพผู้อาวุโส จะได้เป็นสิริมงคล เพราะต้นไม้มีคุณค่าแก่โลกและยังมีอายุที่ยืนนานกว่าคนเป็นต้น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา โดยเป็นการพูดจาที่ไม่ต่อเนื่องกัน พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องทันที โดยอีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวข้องกันกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเนื่องเพียงเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นมาก ๆ การวางคำในตัวเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลก ๆ ที่ไม่มีใครเข้าใจนอกจากตนเอง (neologism) ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่ได้คิดว่าตนเองผิดปกติไป (lack of insight) เขาเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับเขาเป็นเรื่องจริง อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา ในบางครั้งแม้มีอาการอื่น ๆ เช่น อาการหูแว่วดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยก็ยังอาจมีอาการนี้อยู่

4) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากยิ่งขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลาย ๆ วันติดกัน ผมแผ่รุงรัง กลางคืนไม่นอน ชอบเดินไปเดินมา หรือทำท่าทางแปลก ๆ บางครั้งจู่ ๆ ก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะขึ้นมา หรือยิ้มกริ่มทั้งวัน แต่งเนื้อแต่งตัวแปลก ๆ เช่นสวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้ง ๆ ที่อากาศร้อน ผู้ป่วยอาจไม่สนใจสิ่งรอบตัวปล่อยให้ห้องสกปรกมีเศษขยะเกลื่อนห้อง บางคนจะควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่เดิมไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะหากญาติไปขัดใจหรือห้ามไม่ให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

5) อาการทางอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคิกคักคนเดียว ทั้ง ๆ ที่ไม่มีเรื่องที่น่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

มีอาการรูปแบบหนึ่งซึ่งเรียกว่าอาการด้านลบ (negative symptoms) คือ ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่

1. Alogia พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

2. Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกลดลงมาก
3. Avolition-apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย แต่งตัวมอซอเฉื่อยชาลงมาก ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
4. Anhedonia-asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือ ไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร ใครชวนไปไหนมักปฏิเสธ อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจน ในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาแต่ในลักษณะนี้ โดยไม่พบว่ามีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

แนวโน้มในปัจจุบันเชื่อว่าอาการของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นมิติ (dimensions) ที่สำคัญได้ 3 มิติได้แก่

1. อาการโรคจิต (psychoticism) ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน
2. อาการที่บ่งถึงแนวความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ กระจัดกระจาย (disorganization) เช่น พูดจาวกวน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้

3. อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น เฉื่อยชา เฉยเมย

ใน 2 มิติแรกบางคนอาจเรียกว่าเป็นอาการทางด้านบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยอาจมีอาการในแต่ละด้านมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา

3. ระยะเวลาอาการทุเลา (stabilization phase) เป็นระยะที่อาการต่าง ๆ ในช่วงที่กำเริบทุเลาลงอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนน้อยลง พฤติกรรมจะอยู่กับร่องกับรอยมากขึ้น พูดจาฟังรู้เรื่องขึ้น ระยะนี้จะนานประมาณ 6 เดือนหลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่านี้

4. ระยะอาการคงที่ (stable phase) ระยะนี้เป็นระยะอาการต่าง ๆ เริ่มคงที่ หรือหากจะมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีอาการเลย ในขณะที่บางคนอาการที่ไม่ได้ขอกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่นอาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางคนอาจมีอาการด้านลบหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลก ๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคลาง บางครั้งรู้สึกกระแวงแต่ไม่ถึงกับปักใจเชื่อ อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

## การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเภทซึ่งนิยมใช้กันทั่วไปมี 2 ระบบ ได้แก่ The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Forth edition (DSM-IV) ซึ่งเป็นการจัดระบบการวินิจฉัย



ของโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์ทางอเมริกัน และ The 10<sup>th</sup> Edition of the International Classification of Diseases ซึ่งนิยมเรียก ICD-10 กันว่าขององค์การอนามัยโลก แม้ว่าเกณฑ์ในการวินิจฉัยทั้ง 2 ชุดนี้ค่อนข้างใกล้เคียงกัน แต่ก็ยังมีบางส่วนที่แตกต่างกันบ้างนอกจากการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่อาจแตกต่างกันได้แล้ว ยังตระหนักด้วยว่า อาการของคนไข้แต่ละอาการอาจมีความหมายแตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมและศาสนา ตัวอย่างเช่น ความเชื่อที่ในวัฒนธรรมหนึ่งเห็นว่าเป็นอาการหลงผิด ในวัฒนธรรมอื่นอาจเห็นว่าเป็นเรื่องปกติก็ได้ นอกจากนี้ การมีหูแว่วหรือเห็นภาพหลอนที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (เช่น ได้ยินเสียงพระเจ้า ในชาวคริสต์ียน) อาจถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติในบางวัฒนธรรม และควรตระหนักด้วยว่าการแสดงออกทางด้านอารมณ์ และภาษาภายในแต่ละวัฒนธรรมอาจแตกต่างกันออกไป

#### เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของDSM-IV

เกณฑ์การวินิจฉัยมีด้วยกันทั้งหมด 6 ข้อ จาก A. ถึง F. เกณฑ์ข้อ A. ยังแบ่งวินิจฉัยย่อยออกไปอีก การที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจะต้องมีลักษณะครบเกณฑ์ทั้ง 6 ข้อ

A. ลักษณะอาการจำเพาะ : มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีอาการอยู่นานพอสมควรในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

1. อาการหลงผิด ( delusion )
2. อาการประสาทหลอน ( hallucination )
3. ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดจาสับสน เข้าใจยาก ( disorganize speech )  
เช่น มี derailment หรือ incoherence อยู่บ่อยๆ
4. มีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว ( catatonia ) หรือ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติดูเห็นได้อย่างชัดเจน ( disorganized behavior )
5. อาการด้านลบ ( negative symptoms ) เช่น อารมณ์เฉยเมย ( affective flattening ), พูดน้อยหรือไม่พูด ( alogia ), ขาดความกระตือรือร้น ( avolition )  
หมายเหตุ: เพียงอาการเดียวในข้อ A. ก็เพียงพอ หากอาการหลงผิดเป็นแบบ bizarre หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย หรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาทดตอบได้กัน

B. มีปัญหาด้านสังคมหรือการงาน : ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมสำคัญๆของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การทำงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือ การดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่ยาวนานพอสมควร

- C. ระยะเวลา : มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจนับรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น ( prodomal symptoms ) หรือระยะหลงเหลือของอาการ ( residual symptoms ) ด้วย
- D. ไม่รวมถึง schizoaffective disorder และ mood disorder: ต้องแยกโรค schizoaffective และ mood disorder ที่มีอาการโรคจิต
- E. ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย : อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด ยา หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย
- F. ความเกี่ยวเนื่องกับ pervasive developmental disorder : หากมีประวัติ autistic disorder หรือ pervasive developmental disorder อื่นๆ จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

DSM-IV ระบุว่า การดำเนินโรคของโรคจิตเภทได้นั้น จะต้องใช้เวลากการติดตามดูอาการไประยะหนึ่ง เพื่อให้สามารถบอกได้แน่นอนขึ้น การที่ต้องประเมินอาการในระยะยาวนั้นจะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้อย่างเหมาะสมขึ้น อีกทั้งยังช่วยดูว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่อย่างไร

ในการระบุการดำเนินโรคว่าจะเป็นชนิดใดตามที่จะได้กล่าวต่อไปนั้นผู้ป่วยจะต้องป่วยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปีโดยนับจากระยะที่เริ่มต้นมีอาการกำเริบ

Episodic with interepisode residual symptoms: เมื่อการดำเนินโรคเป็นแบบมีระยะอาการกำเริบตามเกณฑ์ข้อ A. ของโรคจิตเภทเป็นช่วงๆ ร่วมกับมีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกในระหว่างนั้นสามารถระบุเพิ่มเติมหากอาการระหว่างนั้นเป็นอาการลบอย่างชัดเจน

Episodic with no interepisode residual symptoms: เมื่อการดำเนินโรคเป็นแบบมีระยะอาการกำเริบตามเกณฑ์ข้อ A. ของโรคจิตเภทเป็นช่วงๆ และไม่มีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกระหว่างนั้น

Continuous: เมื่อตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรค (หรือแทบตลอด) ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. สามารถระบุเพิ่มเติมหากมีอาการเด่นด้านลบร่วมด้วย

Single episode in partial remission: เมื่อผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. ของโรคจิตเภทหนึ่งครั้งร่วมกับมีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกอยู่บ้างสามารถระบุเพิ่มเติมหากอาการหลงเหลือเหล่านี้ประกอบด้วยอาการเด่นด้านลบ

Single episode in partial remission: เมื่อผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A ของโรคจิตเภทเพียงครั้งเดียวและไม่มีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกหลังจากนั้น

Other or unspecified pattern: หากมีการดำเนินโรคเป็นแบบอื่นๆหรือไม่สามารถระบุได้

### การแบ่งกลุ่มย่อย

การจัดกลุ่มย่อยนั้นพิจารณาจากอาการที่แสดงออกมาเด่นชัดในช่วงเวลาหลังสุดที่ได้ประเมินอาการ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ตามระยะเวลาที่เป็น ดังนั้นกลุ่มย่อยของโรคที่ผู้ป่วยเป็นจึงอาจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ตามเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-IV โรคจิตเภทแบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่ม Paranoid เป็นโรคจิตเภทที่พบบ่อยที่สุด โดยมีลักษณะสำคัญคือหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดตั้งแต่หนึ่งเรื่องขึ้นไป หรือมีอาการหูแว่วเกิดขึ้นบ่อยๆ และไม่มีอาการต่อไปนี้เป็นอาการเด่น เช่น อาการพูดจาสับสน, พฤติกรรมวุ่นวาย หรือ catatonic , อารมณ์เยียบเฉยหรือไม่เหมาะสม โรคจิตเภทกลุ่มย่อย Paranoid นี้ผู้ป่วยที่เป็นมักเป็นครั้งแรกในขณะที่มีอายุค่อนข้างมากกว่ากลุ่มย่อยอื่นๆ มาก โดยเฉพาะในแง่ของการงานและการเข้าสังคม

2. กลุ่ม Disorganized ( Hebephrenic ) มีลักษณะอาการสำคัญคือ ความคิดกระจัดกระจาย ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการแสดงออกทางคำพูดหรือท่าทาง เช่น พูดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวายไม่เป็นเรื่องเป็นราว การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ระยะเวลาการของโรคครั้งแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต่ำกว่ากลุ่ม Paranoid โดยจะมีอายุอยู่ระหว่าง 15 ถึง 25 ปี ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้มักมีอาการอยู่ตลอดเวลา ไม่มีช่วงหายจากอาการอย่างชัดเจน มีความบกพร่องทางด้านสังคมมาก ความสามารถในด้านต่างๆ ในระยะยาวแล้วจะเสื่อมลงอย่างมาก

3. กลุ่ม Catatonic ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้เดิมเคยพบบ่อย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้พบกลุ่มนี้ได้ไม่มากนักเนื่องจากการรักษาด้วยยาช่วงหลังมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาการเด่นของกลุ่มนี้คือการรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างมาก ร่วมกับการเคลื่อนไหวทางร่างกายลดลง (catatonia stupor) มีการซัดขิ้นต่อคำสั่งทุกคำสั่งอย่างไม่มีเหตุผลหรือซัดขิ้นต่อความพยายามที่จะให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยการนิ่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง (negativism) ไม่พูด (mutism) ท่าทางแข็งเกร็ง วุ่นวายมีการเคลื่อนไหวมาก (excitement) การตอบสนองโดยรวมลดลงโดยมีอาการตกอยู่ในภาวะแข็งหรืออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน (catalepsy) และผู้ป่วยจะอยู่ในท่าทางแปลกๆอย่างจงใจ (posturing) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการประเมินอาการอย่างละเอียด เนื่องจากอาการนี้อาจพบได้ในโรคทางจิตเวชกลุ่มอื่นๆ และโรคทางกายอีกหลายโรค

4. กลุ่ม Undifferentiated ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าตามเกณฑ์ในข้อ A ของ DSM-IV แต่จะมีลักษณะอาการต่างๆไม่เข้าเกณฑ์สำหรับกลุ่ม paranoid, disorganized หรือ catatonic บางครั้งแพทย์อาจติดตามอาการของผู้ป่วยในระยะหนึ่ง อาจเห็นอาการได้ชัดเจนขึ้นว่าอาการของผู้ป่วยน่าจะอยู่เข้ากันได้กับกลุ่มย่อยอื่นๆ

5. กลุ่ม Residual ผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีอย่างน้อยหนึ่งครั้งที่มีอาการโรคจิตครบตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเภทของ DSM-IV และในปัจจุบันไม่มีอาการโรคจิตให้เห็นชัดเจนแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น มีอาการในกลุ่มอาการด้านลบ หรือมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A ใน DSM-IV อยู่สองอาการ หรือมากกว่า แต่อาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีอาการเช่นนี้ไปเรื่อยๆ หลายๆ ปี หรืออาจเป็นแค่ระยะเวลาหนึ่ง โดยที่อาการอยู่ในช่วงคาบเกี่ยวระหว่างอาการกำเริบที่รุนแรง กับช่วงที่อาการสงบ

#### แนวทางในการวินิจฉัยโรคจิตเภทและการประเมินอาการ

1. การสัมภาษณ์ทางจิตเวช การสัมภาษณ์ทางจิตเวชเป็นขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญที่สุด โดยจะสอบถามข้อมูลต่างๆจากผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง (เช่น คนในครอบครัว ตำรวจ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง) ได้แก่

- อาการที่สำคัญ
- ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
- ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมรอบตัว
- ประวัติการใช้สุรา ยา และสารเสพติด

ในด้านประวัติปัจจุบันจะประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการสำคัญอะไร (เช่น หลงผิด ประสาทหลอน) ในช่วงของการเจ็บป่วยครั้งนี้ และเริ่มมีอาการอย่างไร ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้บางส่วนจะบันทึกไว้ในประวัติปัจจุบัน และบางส่วนอาจบันทึกลงในส่วนของการตรวจสภาพจิต

ประวัติการพัฒนาการและประวัติทางสังคมของผู้ป่วยได้มาจากการสัมภาษณ์เช่นกัน โดยข้อมูลจะรวบรวมมาจากหลายๆแหล่ง ทั้งจากผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องใกล้ชิด และจากบันทึกประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย

- สัมพันธภาพของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลในครอบครัว
- ประสบการณ์ช่วงต้นชีวิตของผู้ป่วย
- ประวัติการศึกษา และทางสังคม

- สภาพสังคมรอบตัวที่มีส่วนช่วยเหลือค้ำจุนผู้ป่วย
- อิทธิพลของวัฒนธรรม ศาสนา และสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

2. ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตเวช ประวัติส่วนนี้ได้จากผู้ป่วย คนใกล้ชิด และบันทึกทางการแพทย์ โดยจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในอดีต และการรักษาทั้งทางกายและทางจิตเวช

3. ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติส่วนนี้ได้จากผู้ป่วย บุคคลใกล้ชิด และจากบันทึกทางการแพทย์เช่นกัน โดยเป็นประวัติของบุคคลที่เป็นเครือญาติทั้งทางตรงและทางอ้อม(first and second degree relatives) ประวัตินี้สำคัญ เช่น พี่น้องของผู้ป่วยเคยมีใครฆ่าตัวตายไหม หรือในครอบครัวมีใครที่เป็น Huntington's disease บ้าง (Huntington's disease เป็นโรคทางระบบประสาทที่เรื้อรัง โดยผู้ป่วยมีอาการร่างกายเคลื่อนไหวผิดปกติทั้งที่หน้าและแขนขา ร่วมกับมีสติปัญญาเสื่อมลงเรื่อยๆ)

4. การตรวจสภาพทางจิต เป็นกระบวนการที่รวมทั้งการสังเกต การประเมินจากการสนทนาร่วมกับแบบคำถามที่มีการประเมินด้านต่างๆของผู้ป่วย โดยจะประเมินในเรื่อง

- ลักษณะท่าทางโดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีพฤติกรรมแปลกๆ แต่งตัวแปลกๆ
- อารมณ์ การแสดงออกของอารมณ์อาจไม่เหมาะสม หัวเราะ ยิ้มคนเดียว หรืออาจมีอาการเฉยเมย ไม่ค่อยแสดงออก
- การแสดงออกของความคิด กระบวนการคิดแสดงโดยผ่านการพูด ผู้ป่วยอาจพูดเนื้อหาไม่ต่อเนื่องกัน(loosening of association) ตอบไม่ตรงคำถาม
- เนื้อหาของความคิด เช่น อาการหลงผิด คิดอยากตาย และ/หรือ อยากทำร้ายผู้อื่น
- การรับรู้ เช่น ประสาทหลอน ที่พบบ่อย ได้แก่ auditory hallucination เสียงคนพูดวิจารณ์ หรือเสียงคนคุยกันเรื่องของผู้ป่วย
- คำถามที่ใช้เพื่อประเมินผู้ป่วยในเรื่องระดับการรับรู้ สติสัมปชัญญะ การรู้กาล/สถานที่ และหน้าที่ทางcognitiveต่างๆ ได้แก่ สมาธิ/ความใส่ใจ ความจำทันทีหลังได้ข้อมูล ความจำระยะสั้น ความจำระยะยาว ความรู้รอบตัว ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม ความเข้าใจว่าตนเองป่วย ความสามารถในด้านความจำของผู้ป่วยมักไม่บกพร่อง ในด้านสมาธิอาจบกพร่องแต่ไม่มาก ผู้ป่วยอาจมีความคิดในเชิงนามธรรมแบบแปลกๆ และแทบทุกรายไม่คิดว่าตนเองป่วย

5. การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งสอบถามอาการในทุกๆระบบของร่างกายเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีโรคทางกายที่อาจเป็นสาเหตุของอาการทางจิตนี้ โดยเฉพาะในการ

ป่วยครั้งแรก นอกจากนี้ควรตรวจทางด้านประสาทวิทยาโดยละเอียด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีโรคทางสมอง และผลการตรวจทางร่างกายยังมีส่วนช่วยในการตัดสินใจใช้ยาเพื่อให้มีผลเสียต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

6. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจส่งผู้ป่วยตรวจเพิ่มเติมพิเศษทางห้องปฏิบัติการ ตามแต่ผลการประเมินเบื้องต้นว่ายังมีข้อสงสัยอะไรอีกหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อยืนยันการตรวจวินิจฉัย หรือเพื่อช่วยให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้ป่วยด้วยโรคสำคัญอื่นๆ เช่น การตรวจเลือด และปัสสาวะ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น CT Scan, MRI

### การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค <sup>(3)</sup>

ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการขณะอายุราว 20 ปี ถึง 30 ปีเศษ พบว่าเพศชายเริ่มมีอาการขณะอายุน้อยกว่าเพศหญิง พบน้อยที่มีอาการก่อนช่วงวัยรุ่น โรคนี้ยังอาจพบได้ในผู้สูงอายุ เช่น เริ่มมีอาการภายหลังอายุ 45 ปี แต่พบไม่มาก ระยะเริ่มมีอาการจะค่อยเป็นค่อยไปตามที่กล่าวมาแล้ว และมักพบอาการกำเริบเมื่อผู้ที่เป็นประสบกับความกดดันด้านจิตใจมากๆ

จากรายงานการศึกษาพบว่าในเรื่องของการดำเนินโรคมีความหลากหลายมาก ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย การคัดเลือกคนไข้ การจัดกลุ่มการดำเนินโรค การกำหนดวิธีการศึกษาแตกต่างกันออกไป โดยรวมพอจะสรุปได้คร่าวๆว่าเมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 10-20 ปี จะพบว่า

- ร้อยละ 20-30 สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ (social remission)
- ร้อยละ 20-30 ยังคงมีอาการอยู่ปานกลาง
- ร้อยละ 40-60 ยังคงมีอาการมากอยู่ตลอด

การศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศทางตะวันตกมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่าผู้ป่วยทางตะวันตก ซึ่งสันนิษฐานว่าน่าจะเป็นจากการช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ป่วยโดยญาติที่มีมากกว่าทางตะวันตก โดยทั่วไปแล้วโรคนี้จะมีอาการรุนแรงมากที่สุดในช่วงวัยหนุ่มสาว (20-30 ปี) หลังอายุ 40 ปี อาการจะลดความรุนแรงลง จนเหลืออาการน้อยในช่วงวัย 50-60 ปี โดยอาการที่จะลดลงส่วนใหญ่มักเป็นอาการในด้านบวก ยังคงหลงเหลืออาการอยู่บ้างในลักษณะของ residual schizophrenia การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มีมากระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย ตามตารางที่ 2.

การพยากรณ์โรคดี	การพยากรณ์โรคไม่ดี
1. เริ่มมีอาการขณะอายุน้อย	1. เริ่มมีอาการขณะอายุยังน้อย
2. มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน	2. ไม่พบปัจจัยกระตุ้น
3. อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน	3. อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
4. มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย	4. อารมณ์เรียบเฉย แยกตัวเอง
5. ลักษณะอาการแบบparanoid หรือ catatonic	5. ลักษณะอาการแบบdisorganized หรือ undifferentiated
6. เป็นกลุ่มอาการด้านบวก	6. เป็นกลุ่มอาการด้านลบ
7. การเข้าสังคมและหน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ	7. การเข้าสังคมและหน้าที่การงานเดิมไม่ดี ก่อนเกิดอาการ
8. มีประวัติmood disordersในครอบครัว	8. มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว
9. เป็นมาไม่นานก่อนรักษา	9. เป็นมานานก่อนรักษา
10. สมรส หรือ มีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด	10. โสด ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล

### การรักษา<sup>(3)</sup>

เนื่องจากสาเหตุของโรคไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงด้านเดียว การที่สาเหตุมาจากหลายๆทางทำให้ยากแก่การรักษาที่เหมาะสม นี่คือนิ่งในเหตุผลของการรักษาผู้ป่วยที่ไม่เหมือนกัน การรักษาที่มีการผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูสภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยออกมาดี

**หลักในการรักษา** อาจแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆตามอาการ ได้แก่

1. **การรักษาในระยะอาการกำเริบ (acute treatment)** หมายถึงการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเริ่มมีอาการด้านบวกกำเริบ ทั้งในการป่วยครั้งแรก หรือครั้งถัดๆมา

เป้าหมายของการรักษาคือ

- ควบคุมอาการที่กำเริบได้โดยเร็ว
- จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- ควบคุมอาการก้าวร้าวรุนแรง
- สร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วยและญาติ ควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการ

รักษาตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งเป็นระยะที่ญาติเห็นความสำคัญของการรักษาเพื่อที่เขาจะได้ให้ความร่วมมือด้วยดีในระยะต่อไป

ในขณะนี้การปรับขนาดยาและการให้ความช่วยเหลือในด้านจิตสังคมอย่างจริงจังเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกต้องทำการตรวจอย่างละเอียดรวมทั้งส่งตรวจพิเศษตามที่เห็นว่าจำเป็น เพื่อแยกจากโรคทางกาย หรือ จากสาร ที่ทำให้เกิดอาการคล้ายคลึงกับโรคจิตเภท

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบนี้ จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

1. มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
2. มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
3. เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
4. มีปัญหาในการวินิจฉัย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจจะเป็นโรคทางกาย

การรับผู้ป่วยเอาไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านต่างๆที่มีปัญหามากขึ้นไปจากเรื่องยา สิ่งที่ต้องระวังในระยะยาวนี้คือความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามทุกครั้ง รวมทั้งเสียงแว่วที่สั่งหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหล่านี้จะต้องให้การดูแลใกล้ชิด รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะอาจก่อความรุนแรงหรืออาจทำอันตรายต่อผู้อื่น

การรักษาทางจิตสังคมในระยะนี้จะเน้นการลดสิ่งเร้าหรือความกดดันที่มีต่อผู้ป่วย ในด้านสิ่งแวดล้อมควรส่งเสริมความรู้สึกผ่อนคลาย สงบ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยหรือให้ทำกิจกรรมที่ยุ่งยากหรือต้องใช้สมาธิความตั้งใจมาก การสื่อสารควรสั้นๆ ชัดเจน กิจกรรมประจำวันควรชัดเจนแน่นอน

2.การรักษาในระยะอาการทุเลา (stabilization phase) ระยะนี้อาการต่างๆ ที่กำเริบเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพอที่จะควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น และอาการด้านบวกยังคงมีอยู่แต่ความรุนแรงลดลง เป้าหมายของการรักษาคือ

- ช่วยลดความกดดันที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ
- ช่วยในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม
- ควบคุมอาการ

ยาที่ใช้ในระยะนี้ควรเท่ากับขนาดในการรักษาในระยะอาการกำเริบนานอย่างน้อย 6 เดือน ระยะนี้กิจกรรมต่างๆ อาจจะไม่ต้องชัดเจนและแน่นอนมากเหมือนในระยะแรก ควรช่วยในการปรับตัว การปรับพฤติกรรมให้อยู่ในสังคมได้ โดยเฉพาะกับสภาพที่บ้าน หากกลับไปทำงานควรเปลี่ยนลักษณะงานเป็นงานที่ยังไม่ต้องรับผิดชอบหรือมีความกดดันมากนัก การบอกกับญาติว่าเป็นระยะพักฟื้นอาจทำให้เข้าใจง่ายขึ้น และไม่คาดหวังในตัวผู้ป่วยมากอันอาจจะเป็นความกดดันต่อตัวผู้ป่วย





3.การรักษาในระยะอาการคงที่ (stable phase) แม้ว่าจะมีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งที่เมื่อหายแล้วหายขาด แต่ส่วนใหญ่แล้วยังมีโอกาสกลับมาเป็นใหม่ได้ ในปัจจุบันยังไม่มีทางรักษาให้หายขาด ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยมีอาการหลายครั้งจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่องระยะยาว เป้าหมายสำคัญในการรักษาระยะยาวคือ

- ป้องกันการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ หรือช่วงอาการเฉียบพลันอีก
- ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยในการกลับเข้าสังคมได้

- ป้องกันผลข้างเคียงของการรักษา

## ตอนที่ 2 การรักษาด้วยยาด้านโรคจิต<sup>(3,15)</sup>

การรักษาด้วยยาด้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภท เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1950 ยาด้านโรคจิตมีชื่อเรียกหลายอย่างได้แก่ neuroleptic drugs, major tranquilizers ผู้ป่วยอาจจะมีอาการกลับมาเป็นซ้ำจากอาการของโรคสองถึงสี่ครั้ง แต่อย่างไรก็ตามยานั้นก็เป็นการรักษาที่อาการของโรคและไม่สามารถรักษาโรคจิตเภทได้ ยาด้านโรคจิตที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน แบ่งออกตามโครงสร้างทางเคมีเป็นกลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. Phenthiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด เพราะมีคุณสมบัติในการรักษาโรคจิตได้ดีและมีราคาถูก ยาในกลุ่มนี้มีอยู่หลายชนิด มีสูตรโครงสร้างที่เหมือนกันคือมี nucleus เป็น phenothiazine ซึ่งเป็น 3 rings และมี side chain แตกต่างกันไปเป็น 3 แบบ ทำให้มีการออกฤทธิ์แตกต่างกัน คือ

1.1 Aliphatics เป็นกลุ่มที่มี side chain ตรง มีฤทธิ์ sedative สูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine, Trifluorpromazine

1.2 Piperidines มีฤทธิ์ sedative ปานกลาง มีข้อดีคือมีฤทธิ์ Extrapyramidal side effect น้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้คือ Thioridazine, Mesolidazine , Piperacetazine

1.3 Piperazines เป็นยากกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extrapyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้คือ Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine, Prochlorperazine, Pipothiazine

2. Thioxanthenes เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แตกต่างกันตรงที่มี nucleus เป็น thioxanthene เท่านั้น มี side chain ที่แตกต่างกันทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกันไปด้วย ชื่อของยาก็ล้อเลียนกับกลุ่ม Phenothiazines เช่น Chlorprothixene, Thiothixene, Flupenthixol และ Clopenthixol

3. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อยและมี Extrapyramidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines กลุ่ม Piperazines side chain ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้คือ Haloperidol, Triperidol, Bromperidol, Benperidol

4. Dibenzoxazepines ยากลุ่มนี้ มีใช้ในบ้านเราตัวเดียวคือ Loxapine

5. Diphenylbutylpiperidines ยากลุ่มนี้มีใช้ในบ้านเรา 2 ตัวคือ Pimozide, Penfluridol มีรายงานว่า Extrapyramidal side effect ค่อนข้างสูง

6. Dihydroindolones ยังไม่มีใช้ในบ้านเรา ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้คือ Molindone

7. Benzamides ใช้บ่อยในยุโรปมากกว่าในสหรัฐอเมริกา ตัวอย่าง เช่น Sulpiride, Remoxipride (ถูกถอนจากตลาดไปแล้ว เนื่องจากผลข้างเคียงกดไขกระดูก) และ Amisulpride

8. Benzisoxazoles เป็นยาชนิดใหม่เช่นกัน ที่มีใช้ในปัจจุบันคือ Risperidone

9. Dibenzodiazepines เป็นยาที่เคยใช้ในเมืองไทย แล้วมีบริษัทหยุดขายไประยะหนึ่ง ต่อมานำกลับมาใช้ใหม่ ได้แก่ Clozapine มีข้อดี คือ ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาท และอาจได้ผลในการช่วยลด negative symptoms ในโรคจิตเภท

10. Dibenzothiazepines ได้แก่ Clotiapine, Quetiapine

11. Indole derivatives ได้แก่ Sertindole, Ziprasidone

หรืออาจแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 2 กลุ่ม<sup>(17)</sup> คือ

1. ยากลุ่มดั้งเดิม (conventional antipsychotics หรือ dopamine antagonists : DA) ที่มีฤทธิ์ปิดกั้น dopamine D<sub>2</sub> receptors ในสมองด้วย affinity ที่แตกต่างกันและความสามารถในการปิดกั้น dopamine D<sub>2</sub> receptors นี้ จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา ซึ่งทฤษฎีนี้ได้รับการยอมรับมาตั้งแต่เริ่มมีการค้นพบ "Dopamine hypothesis of Schizophrenia" เมื่อ 30 ปีที่แล้ว เช่น chlorpromazine, haloperidol, sulpiride

2. ยากลุ่มใหม่ (novel antipsychotics หรือ serotonin-dopamine antagonists : SDAs) เป็นยาที่มี แตกต่างจาก conventional antipsychotics คือ เป็นยาที่ถูกออกแบบขึ้นมาให้มีฤทธิ์ปิดกั้นทั้ง D<sub>2</sub> และ 5-HT<sub>2A</sub> receptors ในโมเลกุลเดียวกัน และจะต้องมีฤทธิ์ในการปิดกั้น 5-HT<sub>2A</sub>

receptors มากกว่า D<sub>2</sub> receptor ตัวอย่างเช่น clozapine, risperidone, olanzapine ซึ่งองค์การอาหารและยาได้รับรองแล้ว และยังมียาตัวใหม่อีก 3 ชนิด คือ sertindole, quetiapine, ziprasidone

### กลไกการออกฤทธิ์<sup>(16)</sup>

ยารักษาโรคจิตออกฤทธิ์โดยกลไกที่สำคัญ คือการ block dopamine receptors ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ block receptors ของ catecholamines ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วยทั้งของ serotonin, norepinephrine และ dopamine การ block dopamine receptors เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก block นานๆก็อาจทำให้มีการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น อันเป็นผลให้เกิดภาวะที่เรียกว่า denervation hypersensitivity ซึ่งเชื่อกันว่าเป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia

ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D<sub>2</sub> receptor นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ต่อ serotonergic, noradrenergic, cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัวทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

ส่วน Clozapine ออกฤทธิ์แตกต่างจากยารักษาโรคจิตตัวอื่นๆโดยที่มีฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, noradrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และฤทธิ์ D<sub>1</sub> antagonist ยังมากกว่าฤทธิ์ D<sub>2</sub> antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่าที่ basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท

ถึงแม้ความแรงในการออกฤทธิ์ของยาด้านโรคจิตในแต่ละกลุ่มจะแตกต่างกัน แต่ถ้าใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมก็จะทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาทัดเทียมกัน ในการวิจัยเรื่อง dose-response curve ของยาด้านโรคจิตพบว่า ยาด้านโรคจิตที่มีขนาดเทียบเท่ากับ 5-10 มิลลิกรัมของ haloperidol จะมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง เชื่อว่ายาด้านโรคจิตโดยเฉพาะ haloperidol อาจจะมี dose-response curve เป็นระฆังคว่ำ (bell-shape) การใช้ยาด้านโรคจิตในขนาดที่สูงเกินไปอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทวิทยา เช่น akinesia หรือ akathisia ยิ่งกว่านั้น ยาขนาดที่สูงจะมีประสิทธิภาพในการรักษาทางจิตลดลงโดยเฉพาะ haloperidol อาจจะมี therapeutic window ในช่วง 8 ถึง 18 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตรของระดับพลาสมา

การทนยา (tolerance) สามารถเกิดในฤทธิ์ข้างเคียงส่วนใหญ่ของยาด้านโรคจิต แต่จะไม่เกิดการทนยาในฤทธิ์ต้านโรคจิต เวลาจะหยุดยาควรจะต้องค่อยๆลดขนาดลง เพื่อป้องกัน rebound จาก

ระบบ neurotransmitters ที่ถูกยาปิดกั้น (block) ไม่ เช่น cholinergic rebound ซึ่งมีอาการคล้ายเป็นหวัด (flu-like syndrome) และการหยุดยาทันทีก็อาจทำให้อาการโรคจิตกำเริบได้

### การดูดซึมและการขับถ่าย<sup>(15)</sup>

ยาต้านโรคจิตที่ได้รับการศึกษามากที่สุดคือกลุ่ม Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine ยาต้านโรคจิตส่วนใหญ่ถูกดูดซึมได้เกือบทั้งหมดในทางเดินอาหาร โดยมี absorptive half life 1.5 ชั่วโมง และ ระดับของยาขึ้นสูงสุดในพลาสมา ภายใน 2-4 ชั่วโมง การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ให้ bioavailability สูงสุด รองลงมาคือ การฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ และ การกินทางปาก ตามลำดับ

ยาต้านโรคจิตที่ออกฤทธิ์นานมักทำเป็นรูปของเกลือ decanoate ละลายในน้ำมัน ใช้สำหรับฉีดเข้ากล้ามเนื้อเท่านั้น ยาพวกนี้จะค่อยๆ ถูกปล่อยออกมา และออกฤทธิ์อยู่ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ยาต้านโรคจิตทุกตัวมีการจับกับโปรตีนค่อนข้างมาก คือ ร้อยละ 92-99 ดังนั้นในการตรวจหาระดับของยาในกระแสโลหิต จึงไม่สามารถบอกถึงประสิทธิผลของยาตัวนั้นๆ ได้

Metabolism ของยาต้านโรคจิตเกิดขึ้นที่ตับ โดยผ่านกระบวนการหลายอย่าง เช่น demethylation, sulfoxidation, hydroxylation และ glucuronidation ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ metabolic pathway ของยาขึ้นกับเฝ้าพันธุ์ อายุ เพศ ตลอดจนปฏิกิริยากับยาอื่นที่ได้รับร่วมกันด้วย

Chlorpromazine มี metabolites ถึง 168 ตัว ในบางตำรากล่าวว่ามีมากกว่านี้ แต่มี active metabolites เพียง 2 ตัว คือ 17-OH และ desmethyl chlorpromazine เท่านั้น metabolites ส่วนใหญ่จะถูกขับออกมาทางปัสสาวะ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ถูกขับถ่ายออกทางอุจจาระ ยาในกลุ่ม Phenothiazines มี eliminative phase 7.5-35 ชั่วโมง สำหรับแบบกิน ใกล้เคียงกับกลุ่ม Butyrophenones คือ Haloperidol ซึ่งมี 12-38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10-19 ชั่วโมง สำหรับแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ Metabolism ของ Butyrophenones ไม่ซับซ้อนเหมือนในกลุ่ม Phenothiazines คือส่วนใหญ่เป็น oxidation

### ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา<sup>(16)</sup>

1. โรคจิตที่ไม่พบสาเหตุทางกาย ได้แก่ โรคจิตเภท, schizophreniform disorder, schizoaffective disorder, delusional disorder, brief reactive psychosis, mania และ psychotic depression

ยาด้านโรคจิตจะลดอาการทางจิตและป้องกันอาการกำเริบได้ แต่เนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา จึงใช้ยาในระยะยาวเพื่อควบคุมอาการ (maintenance treatment) เฉพาะในโรคจิตเภท และบางรายที่เป็น schizoaffective disorder

2. โรคจิตที่มีสาเหตุทางกาย คืออาการโรคจิตที่มีสาเหตุจากโรคทางกาย เช่น เนื้องอกในสมอง ยาหรือสารเสพติด ยาด้านโรคจิตไม่ควรใช้ในกรณีภาวะพิษจากยา (drug intoxication) หรือถอนยา (withdrawals) ที่เพิ่มโอกาสการชักมากขึ้น ควรใช้ benzodiazepine แทน สำหรับกรณีอาการโรคจิตจากแอมเฟตตามีน เป็นข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาด้านโรคจิต

3. อาการกระสับกระส่ายรุนแรง (Severe Agitation) หรือ พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior) ได้แก่ อาการกระสับกระส่ายจาก delirium และ dementia โดยเฉพาะในผู้สูงอายุควรใช้ยาที่มีฤทธิ์แรง (high-potency drugs)

4. ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ได้แก่ อาการโรคจิตและการเคลื่อนไหวผิดปกติใน Huntington's disease, motor และ vocal tics ของ Tourette 's syndrome

5. โรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น thioridazine ในการรักษา depression ที่มีความวิตกกังวลมาก หรือ กระสับกระส่าย (agitation) ซึ่งได้การยอมรับจาก FDA แล้ว ยาด้านโรคจิตขนาดต่ำๆ (0.5 มิลลิกรัม haloperidol หรือ 25 มิลลิกรัม chlorpromazine วันละ 2-3 ครั้ง) สามารถใช้รักษาอาการวิตกกังวลรุนแรง (Severe anxiety) มีรายงานการใช้ยาด้านโรคจิตในการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย borderline personality disorder

#### ข้อห้ามในการใช้ยา<sup>(16)</sup>

1. ประวัติการแพ้ยารุนแรง
2. ได้รับสารที่มีปฏิริยากับยาด้านโรคจิต แล้วเสริมฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น Alcohol, Opioids, Opiates, Barbiturates, Benzodiazepine หรือกลุ่มที่กระตุ้นให้เกิดภาพหลอน เช่น ยาที่มีส่วนผสมของ Atropine, Scopolamine และ Phencyclidine (PCP)
3. มีความผิดปกติของหัวใจอย่างรุนแรง
4. มีโอกาสเสี่ยงในเรื่องชักอย่างสูงจากสาเหตุทางกายและในกรณีชักที่ไม่พบสาเหตุ
5. Narrow - Angle Glaucoma

## การเลือกใช้ยา<sup>(15)</sup>

ยาด้านโรคจิตแต่ละกลุ่มจะมีฤทธิ์ในการรักษาเท่าเทียมกันเมื่อใช้ยาในขนาดที่เหมาะสม การเลือกใช้ยาพิจารณาจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาแต่ละกลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มที่มีความแรงในการออกฤทธิ์ต่ำ (low-potency group) ได้แก่ chlorpromazine (Largactil), thioridazine (Mellaril) ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ทำให้ง่วง (sedative) และ anticholinergic สูง และเกิด extrapyramidal side effect ต่ำ chlorpromazine มักทำให้ง่วงนอน มี orthostatic hypertension, dermatitis และมีอาการชักได้บ่อยกว่ากลุ่มอื่น thioridazine มี extrapyramidal side effect ต่ำที่สุด แต่มี anticholinergic สูงที่สุด ทำให้ท้องผูก บัสสาวะลำบาก การหลั่งน้ำอสุจิช้าหรือไม่หลั่งน้ำอสุจิ

ส่วนกลุ่มที่มีความแรงในการออกฤทธิ์สูง ได้แก่ haloperidol (Haldol), perphenazine (Trilafon), trifluoperazine (Stelazine) ยากลุ่มนี้ทำให้เกิด extrapyramidal side effect ได้ง่าย แต่มีฤทธิ์ sedative cardiac, epileptogenic, sexual, allergic และ orthostatic hypotension ต่ำกว่ากลุ่มที่มีความแรงในการออกฤทธิ์ต่ำ

หลักในการเลือกใช้ยา ควรพิจารณาจากหลายๆด้านทั้งผลดีและผลเสียของยาแต่ละตัว แล้วเลือกใช้ให้เหมาะกับผู้ป่วยเป็นรายๆไป เช่น

1. Efficacy ประสิทธิภาพของยาเป็นสิ่งที่แพทย์ควรคำนึงเป็นประการแรก มิใช่พิจารณาแต่ประสิทธิผล (effectiveness)ของการใช้ยาเท่านั้น ยาที่ดีควรมีประสิทธิภาพในการรักษาสูง ต้องมีผลในการรักษาอาการโดยไม่ต้องใช้ขนาดมากมายจนเกินเหตุ หรือมีฤทธิ์ในการรักษาจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

2. Economy ความประหยัดเป็นสิ่งหนึ่งซึ่งแพทย์ส่วนมากไม่ค่อยคำนึงถึง ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตมักต้องกินยาเป็นระยะเวลานาน เศรษฐกิจส่วนบุคคลของผู้ป่วยก็ต้องกระทบกระเทือนเพราะค่ายา ราคาสูง การให้ยาที่มีคุณภาพดีราคาถูก จึงเป็นสิ่งที่แพทย์ทุกคนควรคำนึงถึงอยู่เสมอ

3. Ease of administration การเลือกให้ยาควรมีความง่ายหรือสะดวก ทั้งในด้านการซื้อหา และการบริหารยา และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนยุ่งยาก

นอกจากนี้ควรพิจารณาจากประวัติการใช้ยาด้านโรคจิตในอดีต การตอบสนองต่อยานั้น และรวมถึงฤทธิ์ข้างเคียงที่เคยมีมาก่อน ขนาดของยา ผู้ป่วยแต่ละคนจะตอบสนองต่อขนาดของยาแตกต่างกันมาก ผลในการรักษาของยาจะเกิดใน 6 สัปดาห์แรก และ จะมีผลรักษาเพิ่มขึ้นต่อไปอีก 4-5 เดือน หลังจาก 6 สัปดาห์แรกไปแล้ว

### ระยะของการใช้ยาต้านโรคจิต<sup>(16)</sup>

1. **ระยะเฉียบพลัน (Short-term treatment)** หากผู้ป่วยอยู่ในสภาพเฉอะระหวั่นวายหรือรบกวนมาก ควรให้ยาฉีดก่อน เพราะการให้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สามารถดูดซึมได้เร็วกว่าการรับประทานยา โดยฉีด ยาต้านโรคจิตขนาดเทียบเท่า 5 มิลลิกรัม haloperidol ในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่หรือขนาดเทียบเท่า 1 มิลลิกรัม haloperidol ในผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ควรฉีด chlorpromazine ในขนาดที่สูงกว่า 50 มิลลิกรัม เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรง การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อจะทำให้ระดับยาในเลือดสูงสุด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีหลังฉีด ในขณะที่การรับประทานยาจะใช้เวลานานกว่าการฉีดยา ประมาณ 1 ชั่วโมง การฉีดยาในครั้งที่สองนั้นผู้รักษาควรสังเกตอาการของผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ชั่วโมง หลังจากการฉีดยาครั้งแรก

Rapid neuroleptization หมายถึง การใช้ยาต้านโรคจิตฉีดเข้ากล้ามเนื้อซ้ำๆกัน ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการทางจิตสงบหรือมีฤทธิ์ข้างเคียงเกิดขึ้น จากผลการวิจัยพบว่า วิธีนี้ไม่ได้ผลในการรักษา ที่แตกต่างไปจากการให้ยาต้านโรคจิตแล้วสังเกตอาการตอบสนองต่อยา ถ้าต้องการทำให้ผู้ป่วยง่วงนอน ผู้รักษาควรใช้ยา sedative ดีกว่าฉีดยาต้านโรคจิตซ้ำๆ โดยแนะนำให้ใช้ lorazepam (Ativan) 2 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือ amobarbital (Amytal) 50-250 มิลลิกรัมฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

2. **ระยะเริ่มแรก (Early treatment)** ส่วนใหญ่ใช้ยาขนาด 10-20 มิลลิกรัม haloperidol หรือ 400 มิลลิกรัม chlorpromazine ต่อวันในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการเริ่มต้นรักษาควรแบ่งให้ยาหลายมื้อเพื่อลดอุบัติเหตุและความรุนแรงของฤทธิ์ข้างเคียงจากยาและช่วยทำให้ง่วงนอนในระยะแรกด้วย นอกจากนั้นยังนิยมให้ยาตามความจำเป็น (PRN) ในช่วงวันแรกๆที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล อาจใช้ยาในขนาดต่างๆเป็น PRN เช่น haloperidol 2 มิลลิกรัม หรืออาจใช้ benzodiazepine แทนได้ เช่น lorazepam 2 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

3. **ระยะคงสภาพ (Maintenance treatment)** ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการโรคจิตเพียง 1-2 ครั้ง ควรได้รับยาในขนาดที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย 6 เดือน หลังจากอาการทุเลาแล้ว จึงลดขนาดยาลงครั้งหนึ่งอย่างช้าๆในเวลามากกว่า 3-6 เดือน หลังจากที่มีอาการคงที่อีก 6 เดือนแล้วจึงลดขนาดยาลงอีกครั้งหนึ่ง จนอาจลดขนาดต่ำลงในขนาด 5 มิลลิกรัม ต่อวัน haloperidol สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการโรคจิตกำเริบตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ควรได้รับยาตลอดไป นอกจากในกรณีที่มีอาการสงบดี ตลอด 4-5 ปี จึงให้ทดลองลดยาลงได้

Alternative maintenance regimens เป็นทางเลือกในการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงในเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงระยะยาวและความไม่สบายที่เป็นผลจากการได้ยาต้านโรคจิต ได้แก่ การใช้ยาเป็นครั้งคราว (Intermittent medication) เป็นการใช้ยาต้านโรคจิตเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยา การ

ใช้ยาด้วยวิธีนี้ทั้งผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องให้ความร่วมมือและมีความสามารถในการที่จะสังเกตอาการเริ่มแรกของการป่วย เพื่อที่จะได้ใช้ยาด้านโรคจิตตั้งแต่อาการเริ่มแรกได้ โดยให้ยาในระยะเวลา 1-3 เดือน

ส่วนการหยุดพักการใช้ยาเป็นช่วง ๆ (Drug holidays) เป็นการหยุดพักการใช้ยาด้านโรคจิตเป็นช่วง ๆ อย่างสม่ำเสมอประมาณ 2-7 วัน แต่ไม่พบว่าการหยุดพักใช้ยาเป็นช่วง ๆ จะช่วยลดความเสี่ยงเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงระยะยาวจากยาด้านโรคจิต และยังอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา Long-acting depot antipsychotics (ยาฉีดด้านโรคจิตที่ออกฤทธิ์นาน) ใช้ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 1-4 สัปดาห์ ในการรักษาด้วยยาฉีดที่ออกฤทธิ์นานนั้น ควรรับประทานยาด้านโรคจิตเสียก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อประเมินดูว่าผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยาหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาด้านโรคจิตหรือไม่ ผู้รักษาควรเริ่มฉีดยาด้านโรคจิตที่ออกฤทธิ์นานในขนาดต่ำ เพราะยังไม่สามารถทราบขนาดยาที่เหมาะสม ระยะเวลาห่างในการฉีดแต่ละครั้ง รวมทั้งการดูดซึมของยาในช่วงแรกอาจจะเร็วและอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียง เช่น dystonia ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่จำเป็นต้องฉีดยาที่ออกฤทธิ์นานก็คือผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอยู่แล้ว ดังนั้น จึงควรเริ่มด้วยยาในขนาด 12.5 มิลลิกรัม (0.5 มิลลิกรัม) ของ fluphenazine หรือ 25 มิลลิกรัม (0.5 มิลลิกรัม) ของ haloperidol decanoate ถ้าอาการเกิดขึ้นอีกใน 2-4 สัปดาห์ข้างหน้า อาจจะมีเพิ่มยาเกินหรือฉีดที่ออกฤทธิ์นานได้ เมื่อครบ 3-4 สัปดาห์แล้ว จึงเพิ่มขนาดยาฉีดที่ออกฤทธิ์นานในขนาดที่ได้เพิ่มในช่วงแรกนั้นแล้ว

### ฤทธิ์ข้างเคียงของยา<sup>(5,16)</sup>

ยารักษาโรคจิตเป็นยาากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงได้มาก จนบางครั้งต้องให้ผู้ป่วยกินยาแก้ฤทธิ์ข้างเคียงร่วมไปด้วย และอาจเป็นเพราะสาเหตุนี้เองที่ทำไมไม่ค่อยพบว่ามีกรณีเสพยาจิตรักษาโรคจิต หรือนำไปใช้ในทางที่ผิดเลยฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตมีอยู่หลายอย่าง ซึ่งอาจจัดเป็นหัวข้อเพื่อสะดวกในการเข้าใจดังนี้

1. ฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทอิสระ (autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยาไปนาน ๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง , คอแห้ง, ตาพร่า, ท้องผูก, ปัสสาวะไม่ออก, ม่านตาดหดตัวหรือขยายตัว, ความดันโลหิตต่ำ (postural hypotension), ในผู้ชายอาจมีอาการหลังน้ำกามช้าหรือไม่หลังน้ำกามเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ฤทธิ์ยาข้างเคียงเหล่านี้เกิดขึ้นจากคุณสมบัติที่เป็นทั้ง anticholinergic และ antiadrenergic ของยาในกลุ่มนี้ ฤทธิ์ต่อต้าน adrenaline ที่มีต่อ  $\alpha$ -adrenergic โดยไม่มีผลต่อ  $\beta$ -



adrenergic เลย เราจึงไม่สามารถใช้ adrenaline ในการแก้ไขความดันโลหิตต่ำจากการรักษาโรคจิตได้ อาการความดันโลหิตต่ำพบบ่อยที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการให้น้ำยาในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วนฤทธิ์ anticholinergic พบมากที่สุดจากยา Thioridazine ซึ่งไม่ควรใช้ในผู้ป่วย benign prostatic hypertrophy และผู้ป่วย closed angle glaucoma

2.Extrapyramidal effects เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรง อาจแบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ

2.1 Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยมีอาการสั่น (tremor) ที่มือ, แขน, ขา, ลำตัว มีอาการแข็ง (rigidity) เดินตัวทื่อไม่แกว่งแขน, เดินช้า, เคลื่อนไหวช้า (bradykinesia), หน้าตาเฉยเมยไม่แสดงความรู้สึกเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like facies)

2.2 Acute dystonia มักเป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) , ตาเหลือก (oculogyric crisis), หลังแอ่น (opisthotonos), ขากรรไกรแข็งและน้ำลายไหล

2.3 Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยกระสับกระส่ายอยู่หนึ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา โดยที่ไม่ได้มีอาการมึนงงหรือเวียนศีรษะอย่างพบในผู้ป่วยที่ agitated

2.4 Tardive dyskinesia เป็นอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ โดยที่ผู้ป่วยอาจไม่รู้ตัวหรือควบคุมไม่ได้ของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและลำคอ เช่น มีอาการเคี้ยวปาก, ดูดลิ้น, แลบลิ้น, เสริมฝีปาก, แสยะใบหน้า ฯลฯ อาการเหล่านี้ไม่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยหลับ ฤทธิ์ยาข้างเคียงทางระบบประสาทส่วนกลางเกิดมากที่สุดจากยาในกลุ่ม Potent neuroleptics ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาไปไม่นานนัก แต่ก็คาดหมายไม่ได้ว่าจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยรายใดเมื่อใด การเกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากยาเป็นเรื่องของความไวรายบุคคลเป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลยแม้จะให้ยาขนาดสูง ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายมีอาการ แม้ว่าจะได้รับยาเพียงขนาดน้อย บางรายมีอาการเพียงระยะสั้น ๆ แต่บางรายก็มีอาการตลอดเวลาที่รับยา มีเพียง Tardive dyskinesia เท่านั้นที่เกิดอาการจากการใช้ยาสูงเป็นระยะเวลา นาน และเป็นอาการที่ติดต่อการรักษา อาการอาจหายไปเองได้เมื่อหยุดยาไปหลายเดือน แต่บางรายที่อาจไม่หายเลย อาการอื่นทั้ง Parkinsonian syndrome, acute dystonia และ akathisia เป็นอาการที่แก้ไขได้ไม่ยากอาจกินยา antiparkinson เช่น Trihexyphenidyl (Artane) 5 mg. อาการก็มักทุเลา ในกรณีที่ต้องการผลรวดเร็ว อาจใช้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือเข้ากล้ามเนื้อ เช่น Diazepam 10 mg. , Diphenhydramine 50 mg., Biperiden 2 mg. หรือ Benztropine 1 mg.

ข้อสำคัญคือต้องแยกอาการฤทธิ์ข้างเคียงของยาจากอาการบางชนิด เช่น Akathisia จาก Agitation และอาการ parkinsonian syndrome จากอาการซึมและแยกตัวของผู้ป่วยโรคจิต การ

รักษาในพวกแรกต้องลดยารักษาโรคจิตและให้ยา antiparkinson ส่วนพวกหลังต้องเพิ่มยารักษาโรคจิต

3. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้เช่น T-wave กว้างหรือแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่รายงานว่ามียผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine แต่ก็ไม่ค่อยเป็นปัญหาในการรักษา

4. Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลจากยาทั้ง 2 ตัว หรือตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญมี agitation, สับสน, ประสาทหลอน, ชัก, เป็นไข้, ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงขั้นโคม่าได้ การแก้ไขภาวะเช่นนี้ใช้ Physostigmine ฉีดเข้าหลอดเลือดดำซ้ำ ๆ โดยปรับขนาดตามอาการ

5. Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือมีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบแก้ไข โดยหยุดการให้ยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

6. อาการชัก อาจเกิดได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดสูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขโดยการลดขนาดของยาลง และในบางรายอาจให้ยากันชัก เช่น Phenytonin ร่วมด้วย ซึ่งจะป้องกันการชักได้ แม้จะเพิ่มขนาดของยาเพิ่มขึ้นไปเอง

7. อาการร่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ทำให้ง่วงของยามักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวัน เราจึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

8. อาการดีซ่าน (jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยานี้มา แต่ปัจจุบันพบน้อยลงโดยที่ไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlorpromazine พบมากที่สุด การแก้ไขควรหยุดยากกลุ่มนี้และเปลี่ยนไปใช้ยากกลุ่มนี้

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเม็ดเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็มักไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มากคือ Agranulocytosis, Leukopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenic purpura

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบ skin eruptions ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการ photosensitivity หรืออาการแพ้แสงแดด มักพบจาก Chlorpromazine มากกว่าตัวอื่น บางทีพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่นบริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังบริเวณที่โดนแดดอาจเปลี่ยนแปลงเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ อาการ Contact dermatitis อาจพบได้ในผู้ที่สัมผัสกับยาฉีด Chlorpromazine โดยตรง เช่น ขณะดูดยา Chlorpromazine ชนิดฉีดจากหลอดยาแล้วโดนมือ

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยได้รับ Chlorpromazine ในขนาดสูงนาน ๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ comea พบบ่อยในผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับ การได้รับแสงแดด การให้ Thioridazine ในขนาดสูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้และอาจไม่หาย แม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มก.

12. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยารักษาโรคจิตมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายด้านด้วยกัน ที่พบบ่อยคือการเพิ่มระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มันมดัดและบางรายก็มีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดับน้ำตาลไปเป็นระยะเวลานาน ๆ หรือตลอดระยะที่กินยารักษาโรคจิตอยู่ก็มี นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบน้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต, ต่อมไทรอยด์, ต่อมใต้สมอง การที่ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม Phenothiazines แล้วมีอาการแบบ Cushing syndrome เกิดขึ้น อาการไม่หาย แม้จะเปลี่ยนยาเป็นตัวอื่นในกลุ่มเดียวกัน แต่อาการหายไปเมื่อหยุดยารักษาโรคจิต อาการนมมดัดและน้ำนมไหลมักหายไปเมื่อลดยาลงหรือเปลี่ยนเป็นยากลุ่มอื่น อาการระดูขาดมักเป็นชั่วคราวและไม่มีอันตรายใด ๆ แต่ต้องแยกจากอาการระดูขาดเพราะตั้งครรรภ์เสียก่อน ผู้ป่วยที่กินยารักษาโรคจิตบางรายมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างมาก และลดลงเมื่อหยุดยา อาการนี้ยังอธิบายไม่ได้ว่าเป็นผลจากฮอร์โมนหรือไม่

13. การตายอย่างปัจจุบันทันด่วน (Sudden Death) สมมติฐานอธิบายสาเหตุกลไกที่อาจเป็นไปได้โดยผ่านระบบหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นผลจากจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ (arrhythmia) และความดันโลหิตต่ำ และโดยผ่านทางระบบหายใจ ซึ่งเป็นผลจากการสำลักเข้าปอดและขาดออกซิเจน (aspiration with asphyxia) การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนของยาด้านโรคจิต และการตายอย่างปัจจุบันทันด่วน และไม่พบหลักฐานที่สนับสนุนสมมติฐานที่อธิบายกลไกดังกล่าว พบว่า ตั้งแต่เริ่มใช้ยาด้านโรคจิตไม่ได้มีผลต่ออัตราการตายอย่างปัจจุบันทันด่วนในผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ที่เสียชีวิตนั้นมีทั้งผู้ที่ได้รับยาที่มีความแรงในการออกฤทธิ์ต่ำและสูงยิ่งกว่า

นั้นรายงานจำนวนมาก พบว่าผู้ที่เสียชีวิตนั้นมีปัญหาโรคทางกายอื่น ๆ และได้รับการรักษาด้วยยาอื่นร่วมด้วย



### ตอนที่ 3 คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

#### 1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันในวงการทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต ตลอดจนวงการสาธารณสุขทั่วไปได้มีการให้ความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากยิ่งขึ้น โดยมีผู้ให้คำจำกัดความหรือมโนทัศน์ของคำว่าคุณภาพชีวิตไว้ต่าง ๆ กัน เช่น ความเป็นอยู่ที่ดี (well-being), ความสุข (happiness), ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นต้น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525<sup>(18)</sup> ให้ความหมาย “คุณภาพชีวิต” ว่า ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคล หรือสิ่งของ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น “คุณภาพชีวิต” หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO)<sup>(19)</sup> กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลภายในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่างๆของเขา อันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องอยู่ และหมายถึง แนวความคิดที่มีขอบเขตกว้างขวางอันเป็นผลซับซ้อนจากสุขภาพทางกายของบุคคล สภาพของจิตใจ ระดับของความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชีวิตของบุคคลเป็นสำคัญ

ในขณะที่คณะกรรมการว่าด้วยคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกัน (The Panel on the Quality of American Life) (อ้างถึงใน พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2535)<sup>(20)</sup> ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นความรู้สึกสุขสบาย พลวัตของความพึงพอใจ ซึ่งประกอบด้วย 2 ระดับ ดังนี้

ระดับที่หนึ่ง : มีอิสรภาพจากความหวาดหวั่น ความยากจน ความเจ็บป่วย ความไม่รู้หนังสือ และความหวาดกลัวต่อผลกระทบของภัยอันตรายต่างๆต่อชีวิต

ระดับที่สอง : มีโอกาสสำหรับความเจริญงอกงามส่วนบุคคล (Personal growth) ความสมปรารถนา และความภาคภูมิใจในตนเองเรื่องต่างๆ ได้แก่

- โอกาสที่จะสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพทางสังคมกับครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชน และผู้ร่วมงาน

- โอกาสที่จะได้มีส่วนร่วมและได้รับประโยชน์จากกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และหน้าที่การงาน
- สามารถที่จะเข้าถึงและได้ชื่นชมความสวยงามตลอดจนความเพลิดเพลินทางสติปัญญา ซึ่งหมายรวมถึง การเข้าชมพิพิธภัณฑ์ คอนเสิร์ต การใช้สวนสาธารณะและห้องสมุดประชาชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการศึกษาและอื่นๆ
- สามารถที่จะเข้าถึงกิจกรรมที่มีไว้เพื่อนันทนาการ เช่น การปั่นเขา กรีฑา การอ่าน และการดูโทรทัศน์ เป็นต้น

ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีความพยายามที่จะวัดคุณภาพชีวิตตั้งแต่ปี ค.ศ 1960 โดยคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นของประธานาธิบดี ไอเซนฮาวร์ (President Eisenhower's Commission on National Goals) และ ในปี ค.ศ. 1983 Gross, Cox และ Pollary แห่ง University of Oklahoma Health Sciences Center ได้รายงานในวารสาร Pediatrics ถึงสูตรของคุณภาพชีวิต ที่พวกเขาช่วยกันคิดค้นว่า

$$QL = NE \times (H + S)$$

โดย NE หมายถึง สิ่งที่มีติดตัวตามธรรมชาติ (natural endowment)

H หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากบ้าน (home contribution)

S หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากสังคม (Social contribution)

Ferrans และ Powers<sup>(21)</sup> ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าคือ “เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุก ที่เกิดจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่างๆ ที่มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล “

Spilker<sup>(22)</sup> ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่

1. สภาวะสุขภาพทางกาย (physical health status)
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ (functional ability)
3. สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี (psychological status and well-being)
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interactions)
5. สถานภาพทางเศรษฐกิจ (economic status)

Calman<sup>(23)</sup> ได้กำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึงช่องว่างระหว่างความคาดหวัง และความสำเร็จของผู้ป่วย

Ware <sup>(24)</sup> ได้กำหนดความหมายในลักษณะกว้างขึ้น โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่าเป็นจุดศูนย์กลางที่มีลำดับขั้นตอน ที่แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ของบุคคล ความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ รวมถึงการเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และท้ายสุดคือ บทบาทและการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งจะเห็นว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญ โดยเริ่มจากบุคคลแต่ละบุคคลไปจนถึงระดับสังคม แต่ยังไม่ชัดเจนที่ชัดเจนที่จะกำหนดความหมายไปในทางเดียวกัน เนื่องจากต้องขึ้นอยู่กับประชากรที่ใช้ในการศึกษา ระดับความเจ็บป่วย และการรักษา

จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาทั้งหมดจะพบว่าคุณภาพชีวิตนี้เป็นคำที่มีลักษณะเป็นนามธรรมค่อนข้างสูงซึ่งดูเหมือนว่าจะรวมหลายมิติทั้งทางชีวภาพ จิตใจ อารมณ์ และสภาพสิ่งแวดล้อม (biopsychosocial) เข้าไว้ด้วยกัน จึงพอที่จะสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่าหมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก หรือความพึงพอใจของบุคคลต่อความผาสุกตามองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีความสำคัญในชีวิตของบุคคลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

## 2. แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีที่มีถูกกล่าวถึงในงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต คือ Maslow's Hierarchy Needs Theory โดย Maslow <sup>(25)</sup> ซึ่งได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (basic human needs) โดยเชื่อว่าพฤติกรรมต่างๆของมนุษย์เป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการหรือลดความต้องการตามลำดับขั้น และเมื่อความต้องการต่างๆของบุคคลถูกขัดขวางหรือล้มเหลวเนื่องมาจากสาเหตุใดก็ตาม ก็จะทำให้เกิดปฏิกิริยาต่างๆมากมายจากเล็กน้อยไปถึงขั้นรุนแรง ทฤษฎีนี้ได้มีการใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตอย่างแพร่หลาย โดยแบ่งความต้องการของบุคคลเป็น 7 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ความต้องการทางด้านสรีระ (physiological needs) ความต้องการน้ำ อาหาร อากาศ ที่พักอาศัย การได้ขับถ่าย-ของเสีย การได้รับการกระตุ้น และความรู้สึกสบาย

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) มีบุคคลให้พึ่งพิง สามารถขอความช่วยเหลือได้ ไม่ตกอยู่ในความหวาดกลัว หรือถูกคุกคามต่างๆสามารถควบคุมตัวเองในการกิน เติมน้ำ นอน

ขั้นที่ 3 ความต้องการเป็นเจ้าของและได้รับความรัก (belongingness and love needs) ต้องการมีเพื่อน มีคนสนใจ มีคนเข้าใจที่หวังใยกัน มีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนความทุกข์-สุขกัน

ขั้นที่ 4 ความต้องการมีคุณค่า (esteem needs) ได้รับการยกย่อง ได้รับเกียรติ มีศักดิ์ศรีในความเป็นตัวของตัวเอง มีคุณค่าในความเป็นคนที่จรรโลงชีวิตได้ด้วยตนเอง

ขั้นที่ 5 ความต้องการที่จะเกิดความตระหนักแท้ในตัวเอง (needs for self-actualization) เป็นความต้องการที่จะเข้าใจตนเองตามสภาพที่ตนเองเป็น เข้าใจถึงความสามารถและความต้องการของตนเอง ยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเอง นับเป็นขั้นตอนความต้องการของตนเองปรารถนาที่จะเป็น

ขั้นที่ 6 ความต้องการที่จะรู้และเข้าใจ (desire to know and to understand) เป็นความต้องการที่จะศึกษาหาความรู้เพื่อเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ของชีวิต ซึ่งเป็นความพึงพอใจของงาน ตลอดจนความปรารถนาที่จะแสวงหาสิ่งที่มีคุณค่าให้แก่ชีวิต

ขั้นที่ 7 ความต้องการเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ (aesthetic needs) ต้องการเป็นตัวของตัวเอง ในการคิดและพิจารณาตนตามความเป็นจริง

การที่บุคคลได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอ ย่อมทำให้บุคคลมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีไปด้วย ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

### 3. องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือแต่ละเรื่อง ได้มีนักวิชาการเสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตหรือดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต ซึ่งมีส่วนแตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียดดังนี้

Ferrans และ Powers<sup>(26)</sup> ได้วิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ George และ Bearon แล้วสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 ประการคือ

1. ด้านสุขภาพและหน้าที่ (Health and functioning) เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง สุขภาพของตนเอง ความเครียดหรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคล ประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้าน สภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และการศึกษา

3.ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิตความสุขทั่วไป ความพึงพอใจในตนเอง การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบในใจ รูปร่างหน้าตาของตน ความศรัทธาในศาสนา

4.ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคล ประกอบด้วยความสุขในครอบครัว บุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัว/คู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

วชิระ ลากบุญทรัพย์ และสุวิทนา อารีพรรค<sup>(27)</sup> ได้เสนอดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตดังนี้

ทางร่างกาย : อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย พลังงาน การอ้อมทรัพย์ ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ทั้งในครอบครัวและการประกอบอาชีพ

ทางอารมณ์ : การพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณประโยชน์ ความนิยมชมชอบในศิลปวัฒนธรรม ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและต่อบุคคลอื่น ตลอดจนความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ทางความคิด : ความสามารถในการป้องกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง ของครอบครัว และของชุมชน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลก ชีวิตและชุมชน การศึกษา วิชาชีพ การเป็นที่ยอมรับของชุมชนและการยอมรับตนเองตลอดจนการมีเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม

ทางจิตใจ : การมีคุณธรรมทั้งส่วนตัวและต่อสังคม เช่น เมตตากรุณา ซื่อสัตย์สุจริต กตัญญู กตเวทิตะ ความจงรักภักดีต่อชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ ความเสียสละ และละเว้นอบายมุข รวมทั้งการมีจิตใจที่เป็นสุขปราศจากทุกข์ร้อน

ทางสิ่งแวดล้อม : แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ คือ ภาวะแวดล้อมที่บริสุทธิ์ เป็นระเบียบ และปราศจากมลพิษ มีทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีพและการคมนาคมสะดวก

2) สภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม คือการมีโอกาสที่เท่าเทียมกันในสังคมทั้งการศึกษา การประกอบอาชีพ ตลอดจนการได้รับการบริหารด้านต่าง ๆ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การปกครองที่ให้สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค ความเป็นธรรมด้านรายได้ และสังคม ความร่วมมือร่วมใจในชุมชน ความเป็นระเบียบวินัย มีความเห็นอกเห็นใจ และมีค่านิยมที่สอดคล้องกับหลักธรรมในศาสนา



#### 4. การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับคุณภาพชีวิตก็มีความแตกต่างกันไปตามแนวคิดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต และวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ต้องการศึกษา รวมถึงผลกระทบจากโรคและการรักษา เช่นเดียวกับความแตกต่างในเรื่องของความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นยังไม่มีข้อตกลงที่แน่นอนว่าเรื่องใดควรจะรวมอยู่ในการประเมินคุณภาพชีวิต Meeberg<sup>(28)</sup> ได้เสนอเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต ไว้ 2 ด้าน คือ

1.ด้านวัตถุประสงค์ (Objective) การประเมินด้านวัตถุประสงค์เป็นการประเมินโดยผู้อื่น วัดโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นจริงด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2.ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจของชีวิต ซึ่งน่าเชื่อถือที่สุดเพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตัวบุคคลนั่นเอง

Frank-Stromberg<sup>(29)</sup> กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาเลือกเครื่องมือได้หลายรูปแบบ และหลายประเด็น

วิธีแรก คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณ (Qualitative and quantitative data) เครื่องมือประเมินคุณภาพแบบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการระบุประเด็นเฉพาะที่มีผลกระทบจากโรค ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมเปลี่ยนแปลง ส่วนเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการระบุคะแนนประเด็นชีวิตสามารถนำไปคิดคะแนนโดยรวม

วิธีที่ 2 คือ เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุประสงค์ และเชิงจิตวิสัย (Objective and subjective instrument) การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุประสงค์ คือ การประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคลากรสุขภาพ ผู้ประเมินสามารถสังเกตได้โดยตรง ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย คือ การประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองโดยบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นตอบหรือให้ข้อมูล และเป็นการสะท้อนความรู้สึกที่บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง

นอกจากนี้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตตามโครงสร้างหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต แบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว (unidimension) ซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพของตนโดยใช้คำถามเดียวสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่ง Cantil<sup>(30)</sup> ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหลายจะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตจากความ เป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลนี้ถูกบังคับให้เลือกระหว่างหัวข้อ ปัญหา สัญลักษณ์ และสถานการณ์ ต่างๆ ให้เป็นของตนเอง เนื่องจากชีวิตของบุคคลเป็นองค์รวมไม่สามารถประเมินโดยแยกขอบเขต หรือหัวข้อที่ตั้งขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริง ของตน โดยแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย และการให้คุณค่าของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ตนเองต่อ ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต

2. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ (multidimension) คุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง เช่น ภาวะสุขภาพ อากาศ ความเจ็บปวด การ ทำหน้าที่ทางกายและทางสังคม ภาพลักษณ์ ครอบครัว เพศสัมพันธ์ การงานอาชีพ เศรษฐฐานะ และ อารมณ์ เป็นต้น Padilla and Grant<sup>(31)</sup> ให้ความเห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้าง หลายมิติอาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของ เหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษา ผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิต บุคคลโดยทั่วไปมักเห็นว่าเป็นความพึงพอใจใน ชีวิตซึ่งเป็นการสะท้อนความรู้สึกต่อการตอบสนองความต้องการของบุคคล ที่เป็นประสบการณ์ของ บุคคลนั้นเป็นมิติที่สำคัญที่สุด ในทางจิตเวชนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตแทบจะไม่พบในส่วนของ การปฏิบัติ ซึ่ง Sartorius<sup>(32)</sup> ได้ให้เหตุผลหลายประการคือ

- อาการของโรคทางจิตใจอาจเป็นการแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่แย่โดยเฉพาะอาการในกลุ่ม ของโรคซึมเศร้า โรคประสาทวิตกกังวล และบางกลุ่มของโรคทางบุคลิกภาพ
- ในกลุ่มโรคทางจิตใจที่มีลักษณะรุนแรงอาจจะทำให้มีความผิดปกติที่ทำให้มีการติดต่อสื่อสารกับผู้ประเมินเป็นไปโดยยาก เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางระบบประสาท ได้แก่ ความผิดปกติทางด้าน ภาษา (aphasia) และ โรคทางจิตเวชที่มีลักษณะของความผิดปกติทาง cognitive impairment
- การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตใจมักจะเป็นตราบาป (stigma) ในชีวิตของผู้ป่วยตราบาปนี้ยังคงมีอยู่ แม้อาการของโรคจะหายไป และอาจจะเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในชีวิตที่ไม่ดี
- ผลข้างเคียงจากวิธีการรักษาทางจิตเวชที่รุนแรง เป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการวัดความสัมพันธ์ ระหว่างโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะเฉพาะกับคุณภาพชีวิต นอกจากนั้นภาวะแทรกซ้อนนี้อาจจะเป็น

สาเหตุของโรคทางจิตเวชแบบทุติยภูมิ เช่น กลุ่มอาการของโรคซึมเศร้าหลังจากเกิดอาการ tardive dyskinesia หรือการสูญเสียความจำระยะสั้นภายหลังจากการรักษาด้วยไฟฟ้า

- ความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อรูปแบบและความรุนแรงของโรคทางจิตใจ และอาการแสดงของโรคที่ยังคงอยู่ ทำให้ยากต่อการรวบรวมข้อมูลและศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของโรคทางจิตใจ

- ในบางโรค เช่น โรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน หรือมีความช่างสงสัย อาจทำให้คำตอบมีลักษณะบิดเบือนไป หรือเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ต่อการประเมินคุณภาพชีวิตที่ขึ้นกับคำบอกเล่าของผู้ป่วย

ทั้งๆ ที่มีความยากลำบากในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตใจ แต่การประเมินคุณภาพชีวิตก็ยังเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากในปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบและวิธีการรักษาโรคทางจิตใจที่มีความเป็นไปได้และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า การฟื้นฟูภายหลังจากการป่วย (rehabilitation) เริ่มมีความสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

#### 5. ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต <sup>(27)</sup>

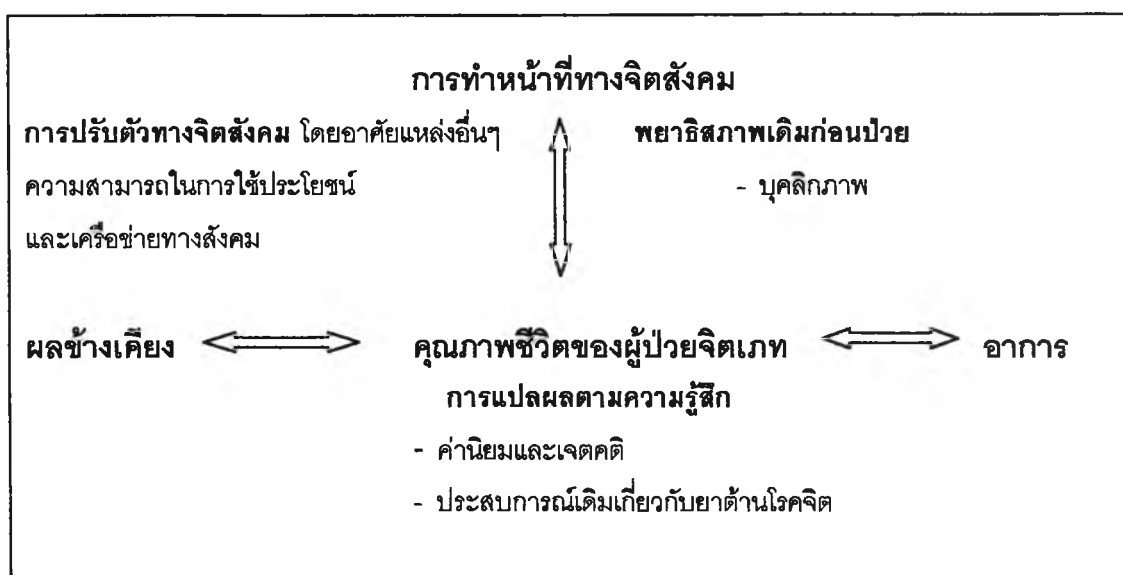
1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สุขภาพ อาชีพ ถิ่นที่อยู่ กรรมพันธุ์ ความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ของแต่ละบุคคล

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มลภาวะ เศรษฐกิจ และสังคม ตลอดจนวัฒนธรรมประเพณี

3. ปัจจัยด้านระบบสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการบริการทางสาธารณสุข ของรัฐและเอกชน Awad และ Hogan <sup>(33)</sup> ได้ศึกษาถึงการตอบสนองของคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในระยะยาว ถึงแม้ว่ายาต้านโรคจิตจะมีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิตแบบเฉียบพลันและสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยมากมาย แต่ผลที่ได้รับจากการรักษาก็ทำให้เกิดผลข้างเคียงและยังส่งผลกระทบต่อความพิการด้วยเช่นกัน และสร้างกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยมีตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต คือ

- 1) อาการและความรุนแรงของโรคจิตเภท (symptoms and severity of schizophrenia)
- 2) ผลข้างเคียง (side effects)
- 3) การทำหน้าที่ทางจิตสังคม (psychosocial performance)

ดังแผนภูมิที่ 3.



### ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

Awad และคณะ<sup>(34)</sup> ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้ยาต้านโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภทในแง่ของคุณภาพชีวิตจำนวน 559 ราย เมื่อออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำจำเป็นต้องกลับเข้าในโรงพยาบาลจะมีอาการทางจิตรุนแรงและมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดีด้วย

Diamond<sup>(35)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในส่วนของคุณภาพชีวิตเมื่อให้ยาในระยะยาวนั้นยังไม่เป็นที่แน่ชัดเกี่ยวกับความเข้าใจของผู้ป่วยและแพทย์ในกรณีนี้ยังเป็นข้อโต้แย้งกันอยู่ แต่พบว่าปัจจัยในเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการใช้ชีวิตและการทำงาน การยอมรับขนาดการใช้ยา การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และประโยชน์ของยามีผลต่อการรักษา ถึงแม้ว่ายาจะมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการทางจิตและยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการรักษาทางจิตเวช แต่ถ้าการใช้ยาต้านโรคจิตสามารถแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในปัจจุบันเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

Meltzer และคณะ<sup>(36)</sup> ได้ศึกษาผลจากการใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 38 คน เป็นระยะเวลา 6 เดือนแล้ววัดอาการทางจิตโดยใช้ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) พบว่าอาการทางจิตเชิงลบมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งตรงกับรายงานของ Lauer<sup>(37)</sup> ที่ได้รายงานผลการศึกษานำร่องในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน แล้วพบว่าคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยและอาการทางจิตที่วัดโดย BPRS มีความสัมพันธ์ในเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ แต่จาก

การศึกษาของ Martin และคณะ<sup>(38)</sup> ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาต้านโรคจิตในกลุ่มใหม่พบว่า มีผลในทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยทางจิตอื่น ๆ มากกว่าการใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมภายหลังจากการรักษาเพียง 6 สัปดาห์

Meltzer<sup>(39)</sup> ได้รายงานถึงการใช้ยาต้านโรคจิตในกลุ่มใหม่ว่าทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภาระของครอบครัว (family burden) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Postrado และ Lehman<sup>(40)</sup> ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตที่สามารถบอกถึงการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยทางจิตรุนแรงได้จากประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในอดีต ระดับอาการที่รุนแรงมากขึ้น และความไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ของครอบครัว ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยจึงควรส่งเสริมความสัมพันธ์ในแง่บวกกับผู้ป่วยและครอบครัวในการลดการกลับมาเป็นซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Franz และคณะ<sup>(41)</sup> ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่โรงพยาบาลแล้ว ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มใหม่ และยาในกลุ่มดั้งเดิม พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มใหม่ มีคะแนนของคุณภาพชีวิตสูง โดยเฉพาะในกลุ่มของสุขภาพทางกาย, การใช้ชีวิตทางสังคม และการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ )

Skantze และคณะ<sup>(42)</sup> ได้ศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตกับมาตรฐานการดำรงชีวิตของผู้ป่วยนอกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวน 61 คน พบว่าในเรื่องของคุณภาพชีวิตนั้นจะต้องแบ่งตามอายุ การศึกษา และสถานภาพการทำงานของผู้ป่วยด้วย

Lehman และคณะ<sup>(43)</sup> ได้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังจำนวน 278 คน เกี่ยวกับลักษณะของบุคคล การดำรงชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตใน 8 หัวข้อ: สภาพที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสังคม การใช้เวลาว่าง การทำงาน สภาพการเงิน ความปลอดภัยและสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลงในเรื่องการเงิน การว่างงาน ความปลอดภัย และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $p < .0001$  และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลกับสถานะความเป็นอยู่ที่ดี พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ต่อสถานะความเป็นอยู่ที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า จะมีความพึงพอใจมากขึ้นเมื่อมีการใช้ชีวิตร่วมกัน และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับสถานะความเป็นอยู่ที่ดี และตัวแปรที่สามารถทำนายสถานะความเป็นอยู่ที่ดี คือ สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษา และ การใช้ยาในทางที่ผิด

Lehman<sup>(44)</sup> ได้สรุปถึงการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยทางจิตเชิงคลินิกดังนี้

2. การเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตเวชนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตด้วย

3. ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประสบการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับเพศและเชื้อชาติของผู้ป่วย

4. อาการและประสบการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตนั้นมีความสำคัญและมีส่วนในการสามารถพยากรณ์การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

5. สภาพชีวิตในเชิงวัตถุวิสัยและความพึงพอใจในชีวิตเป็นส่วนที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด Bobes และ Gonzales <sup>(45)</sup> ได้สรุปถึงการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแง่ต่างๆดังนี้

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะแย่ลงกว่าประชากรทั่วไปและผู้ป่วยโรคทางกายอื่นๆ
- ประชากรที่อายุน้อย เพศหญิง บุคคลที่แต่งงานแล้ว และมีระดับการศึกษาต่ำจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่นานขึ้น ยิ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง
- พยาธิสภาพทางจิตโดยเฉพาะอาการในเชิงลบมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต
- ผลข้างเคียงจากยาที่อยู่ในระดับต่ำ และการรักษาด้วยยาทางจิตและการทำจิตบำบัดจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- การที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในชุมชนจะแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

Angermeyer และ Katschnig <sup>(46)</sup> ได้เสนอกรอบแนวคิดในการประเมินผลจากการใช้ยาทางจิตกับคุณภาพชีวิตว่ามีส่วนประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน คือ

1. ความเป็นอยู่ที่ดีเชิงจิตวิสัย (subjective well-being) ทั้งจิตแพทย์และผู้ป่วยควรจะมีความเห็นตรงกันในวัตถุประสงค์ในการรักษาทางจิตเวชคือการทำให้อาการของผู้ป่วยมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยการลดพยาธิสภาพของโรคจากการใช้ยาทางจิตเวชซึ่งหมายความว่าช่วยเพิ่มให้อาการของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น Van Putten และคณะ ได้รายงานว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่หยุดการใช้ยาจะทำให้มีอาการกลับเป็นซ้ำ เช่น อาการประสาทหลอน อาการหูแว่ว ผลจากการรักษาด้วยยาต่อความเป็นอยู่ที่ดีนั้นสามารถประเมินจากคุณภาพชีวิตต่อการรักษาเชิงบวกหรือเชิงลบที่เกิดจากผลข้างเคียงจากการใช้ยาซึ่งเป็นผลทางตรงแล้ว ยังส่งผลทางอ้อมต่อภาวะจิตสังคม อันได้แก่ ผลจากการปฏิบัติเมื่อได้รับการรักษาแล้วอาจทำให้เกิดผลกระทบในแง่ลบต่อความเป็นอยู่เชิงจิตวิสัย เช่น การที่ต้องรับประทานยาหลายครั้งต่อวัน หรือการตรวจเลือดระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาคลอซาพีน (clozapine) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญ นอกจากนี้ยังเป็นการจำกัดความต้องการในการดำเนินชีวิตจนอาจทำให้เกิด

ยาหลายครั้งต่อวัน หรือการตรวจเลือดระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาคลอซาพีน (clozapine) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญ นอกจากนี้ยังเป็นการจำกัดความต้องการในการดำเนินชีวิตจนอาจทำให้เกิดความตึงเครียด เช่น การละเว้นการดื่มสุรา แต่ในขณะเดียวกันก็ทำให้ผู้ป่วยลดการเสี่ยงและมีความปลอดภัยมากขึ้น

2. การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) การรักษาด้วยยาทางจิตเวชมีผลต่อระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยเนื่องจากการใช้ยาเพื่อลดอาการเชิงบวกและเชิงลบ การใช้ยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมที่สามารถลดอาการเชิงบวก แต่ไม่สามารถลดอาการเชิงลบ เช่น การแสดงสีหน้าเฉยเมย การขาดแรงจูงใจ ความไม่รู้สึกลึกลับ หรือมีสมาธิลดลง ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม จนกระทั่งมีการพัฒนายาต้านโรคจิตในกลุ่มใหม่ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการเชิงลบและยังมีผลบวกต่อการทำหน้าที่ทางสังคม จากการใช้ยาที่ย่อมก่อให้เกิดผลข้างเคียง เช่น กลุ่มอาการเคลื่อนไหวผิดปกติจะทำให้ทักษะการทำงานโดยใช้มือลดลง อาการปากแห้ง (Dryness of mouth) อาจรบกวนในอาชีพที่ต้องอาศัยการพูด เช่น อาชีพครู การที่มีสมาธิน้อยลงทำให้ผลการเรียนแย่ลง

3. สภาพสังคมและการดำรงชีวิต (social / material living conditions) เนื่องจากการใช้ยาทางจิตเวชที่มีทั้งผลบวกและผลลบอันส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมแล้วยังส่งผลมาถึงสภาพสังคมและการดำรงชีวิต เช่น ระดับความสามารถในการทำงานอาจจะดีขึ้นเนื่องมาจากการใช้ยาทางจิตเวช ส่งผลให้มีสถานภาพทางการเงินของผู้ป่วยดีขึ้น และทำให้มาตรฐานการดำรงชีวิตสูงขึ้นโดยเฉพาะการที่ได้ประกอบอาชีพทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ และสถานที่ทำงานยังมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดการพบปะกัน มีประสบการณ์ที่ดีและทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น

Carpiniello และคณะ<sup>(47)</sup> ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอาการ มาตรฐานการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า จำนวน 45 คน จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยโดยส่วนใหญ่แล้วไม่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการดำรงชีวิต การวินิจฉัย และการดำเนินโรค แต่จะมีบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรทางลักษณะทางสังคมประชากร นอกจากนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ทางคลินิกทั้งอาการทางจิตและอาการซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ในทางกลับกันพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ทัศนคติ หรือความคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาของ Koivumaa-Hongkanen และคณะ<sup>(48)</sup> ว่าตัวแปรลักษณะทางสังคมของประชากร และอาการทางคลินิก มีส่วนเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเวชหรือไม่ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในแผนกจิตเวช ในโรงพยาบาล Kupio ประเทศฟินแลนด์ จำนวน 1,204 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความไม่พึงพอใจในชีวิตมากกว่า

กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจคือ ภาวะซึมเศร้า และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมไม่ดี นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะทางสุขภาพ และสภาพทางการเงินที่แยกลง ดังนั้นผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีความไม่พึงพอใจในชีวิตควรได้รับการประเมินทั้งภาวะซึมเศร้าและประสิทธิภาพของเครือข่ายทางสังคมด้วย

Gerlach และ Larsen<sup>(49)</sup> ได้ศึกษาถึงประสบการณ์เชิงจิตวิสัยและผลข้างเคียงทางจิตจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีเจตคติในแง่ลบกับการใช้ยาต้านโรคจิต ซึ่งเจตคตินี้ไม่เกี่ยวกับความตระหนักรู้ในตนเองเกี่ยวกับโรค การไม่ทราบถึงผลประโยชน์จากการใช้ยา และการสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น แต่ว่าเป็นผลเนื่องมาจากอาการข้างเคียงทางจิตและความไม่เชื่อเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต โดยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิดฉีด ในระยะคงสภาพพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมีเจตคติในแง่บวกต่อการรักษา, เจตคติในลักษณะที่ยังลังเลหรือไม่แน่ใจ ร้อยละ 32 และอีกร้อยละ 8 นั้นมีเจตคติในแง่ลบ นอกจากนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยของผู้ป่วยระดับอาการทางจิต และผลข้างเคียง แต่เมื่อเร็วๆ นี้ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่เปรียบเทียบกับยา Haloperidol แล้วพบว่า สามารถรักษาอาการเชิงลบและอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงทางจิตน้อย

Browne และคณะ<sup>(50)</sup> ได้ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องของความสัมพันธ์ทางปัจจัยสังคมประชากร อาการของโรค และกลุ่มอาการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิดทาร์ตีฟติสโคเนียเซีย ในผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาล จำนวน 64 คน ที่เข้าตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-III-R พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตปานกลางถึงแย่มาก โดยมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิต, ระยะเวลาการเจ็บป่วย, ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ อายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไว้ที่อยู่อาศัยมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัว นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของอาการทาร์ตีฟติสโคเนียเซียที่ทำให้คุณภาพชีวิตแยกลงอีกด้วย

Awad<sup>(51)</sup> ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของผลการรักษาทางในผู้ป่วยจิตเภทแล้วพบว่า การพยากรณ์ผลการตอบสนองต่อการรักษาต้องรวมถึงลักษณะของประชากร ลักษณะของอาการทางคลินิก การทำหน้าที่ของneurocognitive ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของสมอง ระดับของยาในเลือด เครื่องที่วัดการปิดกั้นของdopamine receptors และการตอบสนองต่อยาในเชิงจิตวิสัยได้ดีในขณะที่อาการในระยะแรกดีขึ้น แต่ในการวิจัยผลการรักษาทางยาไม่ได้มีเพียงปัจจัยเดียวที่ทำนายผลการรักษา โดยเฉพาะโรคที่มีอาการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไปอย่างโรคจิตเภท



Awad และ Voruganti <sup>(52)</sup> ได้ศึกษาการวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตในโรคทางจิตเวช โดยแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในทางอายุรศาสตร์มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาการทดลองทางการแพทย์ และเป็นพื้นฐานของการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยนำไปใช้ทางอายุรศาสตร์ เช่น แผนกรังสี แผนกระบบหัวใจและหลอดเลือด และแผนกโรคทางข้อกระดูก และเมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของโรคทางจิตเวชกันมากขึ้น โดยมีแนวคิดในการศึกษาวิจัย 5 ประการ คือ ความหมายของคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตเป็นแบบวัดวิสัยหรือจิตวิสัย ความมีนัยสำคัญของตัววัดคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตและบทบาทของคุณภาพชีวิตในการจัดการทางการแพทย์และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แม้แนวความคิดเหล่านี้ยังไม่มีที่ชัดเจน แต่ก็ยังเป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจกันมากขึ้นเกี่ยวกับแนวคิดของคุณภาพชีวิต

Voruganti และคณะ <sup>(53)</sup> ได้ศึกษาถึงการวัดความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 63 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV และได้รับการรักษาจนมีอาการคงที่ แล้วทำการประเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษามากกว่า 4 สัปดาห์ โดยใช้ Sickness Impact Profile Social Performance Schedule และ Global Assessment Scale of Functioning และยังคงศึกษาในทางคลินิก ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต neurocognitive deficits ขนาดของยา และผลข้างเคียงจากยา จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของการประเมินคุณภาพชีวิตโดยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกับการประเมินโดยแพทย์ และตัวพยากรณ์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการ ผลข้างเคียง cognitive deficits และขนาดของยาต้านโรคจิต แต่ความเชื่อมั่นในส่วนนี้ยังจะมีผลมาจากปัจจัยอื่นร่วมด้วย

พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ <sup>(54)</sup> ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ พยาบาล อยู่ในระดับปานกลางทั้งสิ้น คิดเป็นร้อยละ 67.8, 59.9 และ 63.3 ตามลำดับ และยังพบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรส ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแล และพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านสภาพการเงินมีผลต่อผู้ป่วยทางจิตเวช ญาติที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05