

## คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่

### Quality of Life among Schizophrenia Patients Receiving Conventional and Novel Antipsychotics

ศิริพา นันสุนานนท์<sup>1</sup> นันทิกา ทวิชาชาติ<sup>2</sup> เอ็ม อินทกรณ์<sup>2</sup>

**บทคัดย่อ :** ศิริพา นันสุนานนท์ นันทิกา ทวิชาชาติ เอ็ม อินทกรณ์. 2545. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 16(1): 25-36.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และชนิดของยาต้านโรคจิต โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 350 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมที่ออกฤทธิ์ต่อระบบโดปามีนจำนวน 316 คน กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ซึ่งออกฤทธิ์ต่อระบบซีโรโทนินและโดปามีนจำนวน 34 คน ได้แก่ กลุ่มยา clozapine จำนวน 18 คน กลุ่มยา risperidone จำนวน 6 คน และกลุ่มยา olanzapine จำนวน 10 คน ผู้ป่วยเหล่านี้มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (Quality of Life Questionnaire /QLQ) และแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale /BPRS) สถิติที่ใช้คือค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด เปรียบเทียบความแตกต่างโดย F-test, Chi-square test และ Stepwise Multiple linear regression ผลการศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมตามการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม มีระดับคุณภาพชีวิตที่คิดเป็นร้อยละ 49.1 กลุ่มยา clozapine มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางคิดเป็นร้อยละ 55.6 กลุ่มยา risperidone มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางคิดเป็นร้อยละ 66.7 และ กลุ่มยา olanzapine มีระดับคุณภาพชีวิตที่คิดเป็นร้อยละ 60 โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยากรณ์คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษา และเพศ

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ โรคจิตเภท

<sup>1</sup>สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Institute of Health Research, Chulalongkorn University) <sup>2</sup>ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University)

**Abstract :** Siriyupa Nansunanon, Nantika Tavichachart and Em Intakorn. 2002. Quality of life among schizophrenia patients receiving conventional and novel antipsychotics. Thai J Hlth Resch 16 (1) : 25-36.

The purposes of this study were to investigate quality of life among schizophrenia patients receiving conventional and novel antipsychotics and to explore factors related to quality of life, namely age, gender, marital status, education level, occupation, income, duration of illness, number of previous hospitalization, severity of symptoms and types of antipsychotics. The subjects of this study consisted of 350 schizophrenia out-patients who were treated at Srithanya Hospital. The conventional antipsychotics (dopamine antagonist) groups were 316 and the novel antipsychotics (serotonin-dopamine antagonist) groups were 34 (18 on clozapine, 6 on risperidone and 10 on olanzapine). The instruments were Quality of Life Questionnaire (QLQ) for quality of life and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) for severity of symptoms. The data were processed to determine percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum. F-test, Chi-square test and Stepwise multiple linear regression were used for statistical analysis. Most schizophrenia out-patients on antipsychotics groups rated their total quality of life from moderate to good. The conventional antipsychotics group scored good 49.1% , clozapine group scored moderate 55.6%, risperidone group scored moderate 66.7% and olanzapine group scored good 60%. There were no statistically significant difference in total quality of life among each group. The factors related to quality of life which statistically significant predicted the total quality of life in the schizophrenia out-patients on antipsychotics groups at 0.01 and 0.05 were severity of symptoms, married patients, high education level and gender.

**Key words :** quality of life, conventional antipsychotics, novel antipsychotics, schizophrenia

---

## บทนำ

การรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบันได้ก้าวหน้าไปจากยุคก่อนๆ มาก ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก (มาโนชและปราโมทย์, 2542) การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นมีหลายวิธี การรักษาด้วยยาเป็นการรักษาหลักของโรคนี้ โดยเหตุผลของการใช้ยาคือให้ยาเข้าไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เราเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคคือ ภาวะที่ระบบโดปามีน (dopamine) ทำงานมากเกินไปจนก่อให้เกิดอาการของโรคจิตเภท กลุ่มยาที่ใช้ในการบำบัดบ่งบ่งที่ดีที่สุดคือยากลุ่มรักษาโรคจิต (antipsychotics) ซึ่งได้กระทำต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาเกือบ 50 ปีมาแล้ว โดยเริ่มมีการใช้ยาในกลุ่มดั้งเดิม (conventional antipsychotics) ที่ออกฤทธิ์ต่อระบบโดปามีน โดยยากลุ่มนี้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาอาการด้านบวกเป็นอย่างดี เช่น อาการประสาทหลอนหรืออาการ หลงผิด จากรายงานการศึกษาหลายฉบับพบว่า ยาในกลุ่มนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงเนื่องจากผู้ป่วยมีความคงทนต่อยาได้น้อย ต่อมามีการศึกษาเกี่ยวกับสารสื่อประสาทอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้คือซีโรโทนิน (serotonin) โดยเชื่อว่าความผิดปกติในการสร้างซีโรโทนินในผู้ป่วยจิตเภททั้งมากไปหรือน้อยไปทำให้เกิดอาการของโรคน้อยเป็นระยะๆ ทฤษฎีนี้ได้รับความสนใจมากจนมีการพัฒนาเป็นยารักษาโรคในกลุ่มใหม่ (novel antipsychotics / serotonin-dopamine antagonists: SDAs) ซึ่งจะออกฤทธิ์เป็น serotonin antagonists เช่นเดียวกับกับ dopamine antagonists สามารถให้ผลทางการรักษาเทียบเท่าหรือดีกว่ากลุ่มเดิมๆ โดยสามารถลดอาการทางด้านบวกและด้านลบ อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาใหม่เหล่านี้ยังไม่มากเท่ายาเก่าเนื่องจากยามีราคาแพง ดังนั้นในการรักษาขั้นต้นจึงเลือกใช้ยาในกลุ่มเดิมเป็นตัวแรกที่สั่งใช้ก่อนเสมอ เว้นแต่กรณีที่ล้มเหลวกับยาเดิมมา 2 ถึง 3 ชนิดแล้ว หรือมีผลข้างเคียงมากขึ้นเท่านั้น (มาโนชและปราโมทย์, 2542) จากการศึกษาของ Lader พบว่ายารักษาโรคจิตเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผลข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น การทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ อาการง่วงนอน ปากแห้ง ตาพร่า ความดันโลหิตต่ำ อาการชัก และอาการในกลุ่มการเคลื่อนไหวผิดปกติ (extrapyramidal syndromes:EPS) ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา ยังคงมีอาการกลับมาเป็นซ้ำของโรค (relapse) และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Lader, 1999) ในปัจจุบันยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องความหมายของคุณภาพชีวิตตลอดจนเครื่องชี้วัดที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่เป้าหมายสูงสุดของการบริการทางการแพทย์ คือการพัฒนาผู้ป่วยให้ดีขึ้นเพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ที่มีสุขภาพดีตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการรักษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย แต่เป็นที่ตระหนักกันดีว่า การรักษาผู้ป่วยจิตเภทยังไม่อาจกล่าวได้ว่ามีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากปัญหาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยที่ยังคงมีอยู่เป็นจำนวนมาก

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ซึ่งนอกจากจะมีการศึกษาในประเทศไทยกันค่อนข้างน้อยแล้ว ยังเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลการรักษา การให้บริการ ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาการรักษาทางจิตเวชต่อไป

### วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการ

กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกทุกราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามหลักเกณฑ์ DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมหรือกลุ่มใหม่มาก่อนอย่างน้อย 6 สัปดาห์ เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารและเขียนหนังสือได้ โดยจะต้องไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ไม่มีโรคทางสมองหรือโรคทางกายรุนแรงอย่างอื่นร่วมด้วย จำนวน 350 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ประวัติของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการรักษา

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต คือ Quality of Life Questionnaire (QLQ) โดย Greenley และคณะ (1997) เป็นข้อคำถามวัดคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยที่ประเมินโดยตัวบุคคลผู้นั้นเอง (self-administered questionnaire) ได้รับการดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยอาจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 หมวด ได้แก่ สภาพของที่อยู่อาศัย สภาพการเงิน ยามว่าง ครอบครัว ชีวิตสังคม สุขภาพ และการได้รับการดูแลด้านการแพทย์ ประเมินเป็นมาตราลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่พอใจมากที่สุดถึงพอใจมากที่สุด กำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียวประเมินค่าเป็นคะแนน 1-7 โดยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 7 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน แบบสอบถามนี้ได้รับการพิจารณาเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และพิจารณาหาค่าความเชื่อมั่น แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค ได้เท่ากับ 0.93 เนื่องจากคะแนนของแบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็นแบบ Likert scale ผู้วิจัยจึงได้แบ่งเป็นระดับคะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับคุณภาพชีวิต
คะแนน 1.00-3.00	จัดอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 3.01-5.00	จัดอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 5.01-7.00	จัดอยู่ในระดับดี

3. แบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Overall และ Gorham (1962) จะวัดอาการทางจิตทั้งหมด 18 ลักษณะ ได้แก่ Somatic concern, Anxiety, Emotional withdrawal, Conceptual disorganization, Guilt feeling, Tension, Mannerism & posturing, Grandiosity, Depressive mood, Hostility, Suspiciousness, Hallucination, Motor retardation, Uncooperativeness, Unusual thought content, Blunted

affect, Excitement และ Disorientation โดยประเมินอาการของผู้ป่วยตั้งแต่ระดับไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรง การให้คะแนนเริ่มตั้งแต่ 0-6 คือ 0=ไม่มีอาการ 1=มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 2=มีอาการเล็กน้อย 3=อาการปานกลาง 4=อาการค่อนข้างรุนแรง 5=อาการรุนแรง 6=อาการรุนแรงมาก คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 18-108 คะแนน

คัดเลือกผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ DSM-IV ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา และประวัติการใช้ยาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย (OPD Card) ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และวิธีการ แล้วประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิต โดยใช้ BPRS และนำแบบสอบถาม QLQ มาให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมหรือกลุ่มใหม่ แล้วนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistic) ได้แก่ F-test และ Crosstabulation โดยใช้ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต และ Multiple Linear Regression แบบ Stepwise เพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

## ผล

ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 350 คน เป็นผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 54 และเพศหญิงร้อยละ 46 มีอายุโดยเฉลี่ย  $36.6 \pm 8.9$  ปี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 31-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย (ร้อยละ 95.1) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.4) สถานภาพโสด (ร้อยละ 71.4) ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 37.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 42.3 ไม่มีรายได้ร้อยละ 36.3 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านพ่อแม่ (ร้อยละ 44.9) ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยโดยเฉลี่ย  $7.8 \pm 5.4$  ปี โดยมีระยะเวลาในการป่วยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 64.6 และเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 54 มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตจากการวัดด้วย BPRS พบว่ามีคะแนนโดยรวมของอาการทางจิตโดยเฉลี่ยเท่ากับ  $43.67 \pm 14.99$  ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม ร้อยละ 90.3 และ ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มยา Clozapine คิดเป็นร้อยละ 5.1 กลุ่มยา Risperidone คิดเป็นร้อยละ 1.7 และกลุ่มยา Olanzapine คิดเป็นร้อยละ 2.8 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย  $4.98 \pm 1.11$

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ  $4.98 \pm 1.11$  จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน โดยมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 7 และ ต่ำสุดเท่ากับ 1.84 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่

คุณภาพชีวิต	คะแนน*
สภาพที่อยู่อาศัย	$5.32 \pm 1.46$ (1.00 - 7.00)
สภาพการเงิน	$4.20 \pm 1.77$ (0.66 - 7.00)
ยามว่าง	$5.21 \pm 1.41$ (1.00 - 7.00)
ครอบครัว	$5.12 \pm 1.72$ (1.00 - 7.00)
ชีวิตสังคม	$4.60 \pm 1.58$ (1.00 - 7.00)
สุขภาพ	$4.73 \pm 1.72$ (0.66 - 7.00)
การได้รับการดูแลด้านการแพทย์	$5.92 \pm 1.46$ (1.00 - 7.00)
โดยรวม	$4.98 \pm 1.11$ (1.84 - 7.00)

\*ค่าเฉลี่ย  $\pm$  ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ค่าต่ำสุด - สูงสุด)

ค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านโดยรวม ได้แก่ อายุ และระยะเวลาที่ป่วย ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์หาความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	คุณภาพชีวิตด้านโดยรวม*			ค่า p
	ต่ำ	ปานกลาง	ดี	
อายุ (ปี)	$34.57 \pm 6.61$ (14)	$36.01 \pm 8.79$ (165)	$37.38 \pm 9.16$ (171)	0.25
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	$5.81 \pm 3.75$ (14)	$7.59 \pm 5.61$ (165)	$8.09 \pm 5.22$ (171)	0.27
ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต	$58.07 \pm 12.2$ (14)	$47.41 \pm 14.2$ (165)	$38.88 \pm 14.1$ (171)	0.00**

\*ค่าเฉลี่ย  $\pm$  ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (จำนวน) \*\* $p < 0.01$

สัดส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านโดยรวมตามระดับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและชนิดของยาต้านโรคจิต ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนสถานภาพสมรสมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์หาความแตกต่างสัดส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	คุณภาพชีวิตด้านโดยรวม				df	$\chi^2$	p
	ต่ำ	ปานกลาง	ดี	รวม			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					2	3.90	0.14
ชาย	5 (26.0)	84 (44.4)	100 (52.9)	189 (100.0)			
หญิง	9 (5.6)	81 (50.3)	71 (44.1)	161 (100.0)			
สถานภาพสมรส					4	12.50	0.01*
โสด	10 (4.0)	126 (50.4)	114 (45.6)	250 (100.0)			
คู่	2 (3.2)	18 (28.6)	43 (68.3)	63 (100.0)			
ม้าย/หย่า/แยก	2 (5.4)	21 (56.8)	14 (37.8)	37 (100.0)			
ระดับการศึกษา					4	7.69	0.10
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	4 (3.6)	45 (40.5)	62 (55.9)	111 (100.0)			
มัธยมศึกษา	7 (5.3)	58 (44.3)	66 (50.4)	131 (100.0)			
สูงกว่ามัธยมศึกษา	3 (2.8)	62 (57.4)	43 (39.8)	108 (100.0)			
อาชีพ					10	14.96	0.13
ไม่ประกอบอาชีพ	3 (2.0)	80 (54.1)	65 (43.9)	148 (100.0)			
นักเรียน/นักศึกษา	0	9 (60.0)	6 (40.0)	15 (100.0)			
รับจ้าง	6 (7.9)	36 (47.4)	34 (44.7)	76 (100.0)			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (6.1)	12 (36.4)	19 (57.6)	33 (100.0)			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2 (3.6)	22 (39.3)	32 (57.1)	56 (100.0)			
เกษตรกร	1 (4.5)	6 (27.3)	15 (68.2)	22 (100.0)			
รายได้					8	13.01	0.11
ไม่มีรายได้	6 (4.7)	72 (56.7)	49 (38.6)	127 (100.0)			
น้อยกว่า 1,000 บาท	1 (1.9)	24 (44.4)	29 (53.7)	54 (100.0)			
1,001 - 4,000 บาท	3 (3.4)	39 (44.8)	45 (51.7)	87 (100.0)			
4,001 - 7,000 บาท	3 (8.1)	15 (40.5)	19 (51.4)	37 (100.0)			
มากกว่า 7,000 บาท	1 (2.2)	15 (33.3)	29 (64.4)	45 (100.0)			
การเข้ารักษาในโรงพยาบาล					2	1.14	0.57
ไม่เคย	5 (5.9)	38 (44.7)	42 (49.4)	85 (100.0)			
เคย	9 (3.4)	127 (47.9)	129 (48.7)	265 (100.0)			
ชนิดของยาต้านโรคจิต					6	3.02	0.81
ยากลุ่มดั้งเดิม	14 (4.4)	147 (46.5)	155 (49.1)	316 (100.0)			
Clozapine	0	10 (55.6)	8 (44.4)	18 (100.0)			
Risperidone	0	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100.0)			
Olanzapine	0	4 (40.0)	6 (60.0)	10 (100.0)			

\*p<0.01

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่า คุณภาพชีวิตด้านโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับระดับความรุนแรงของอาการทางจิต สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษา และเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถสร้างเป็นสมการพยากรณ์เชิงเส้นตรง ได้คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (ตารางที่ 4 และ ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างตัวพยากรณ์กับคุณภาพชีวิตด้านโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
Regression	4	49293.18	12323.29	18.39	0.00*
Residual		345	231169.6	670.06	
Total		349	280462.8		

\*p<0.01

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุของตัวพยากรณ์กับคุณภาพชีวิตด้านโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

ตัวพยากรณ์	B	SE.B	$\beta$	t	p
ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต	-0.70	0.09	-0.37	-7.54	0.00*
สถานภาพสมรสคู่	9.90	3.60	0.13	2.75	0.01*
ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยม	-7.37	3.03	-0.12	-2.43	0.02**
เพศ	6.31	2.78	0.11	2.27	0.02**

\*p<0.01, \*\*p<0.05

$$a = 151.86 \quad SE = 4.85$$

$$R = 0.42 \quad R^2 = 0.18$$

ตัวพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตด้านโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมี 4 ตัวแปร โดยเรียงลำดับจากตัวแปรที่ส่งผลมากที่สุดไปน้อยที่สุดคือ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษา และเพศ ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวนี้ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตได้ร้อยละ 18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)



## วิจารณ์

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 350 คน พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมจากการใช้แบบวัด QLQ อยู่ในระดับปานกลางถึงดี มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมจากการประเมินตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเท่ากับ  $4.98 \pm 1.11$  โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีคิดเป็นร้อยละ 49.1 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มใหม่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงดี โดยกลุ่มยา Clozapine คิดเป็นร้อยละ 55.6 กลุ่มยา Risperidone คิดเป็นร้อยละ 66.7 และกลุ่มยา Olanzapine คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งเป็นค่าที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงสูง เมื่อพิจารณาถึงสภาพของเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันที่มนุษย์ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อการดำรงชีวิต ทำให้กำลังใจในการตอบสนองต่อความต้องการไม่เต็มที่ แต่ผลการวิจัยก็แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยได้ดีในระดับหนึ่ง โดยส่วนใหญ่ยังคงสามารถรักษาระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงดี (ศิริยุพา, 2543)

ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต สถานภาพสมรสคู่ เพศ และระดับการศึกษา

ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต สามารถส่งผลถึงการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรงก็จะสามารถปรับตัวและมีประสิทธิภาพในการทำหน้าที่การทำงานได้ดี ทำให้มีสถานะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพเดิมก่อนป่วยด้วย เช่น การปรับตัว บุคลิกภาพ และหน้าที่การงานในสังคม เมื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตจากการวัดด้วย BPRS พบว่าส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของระดับความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเพียง 6 สัปดาห์ อาจทำให้ยา ยังไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากยังอยู่ในระยะการปรับขนาดของยาให้สามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วย การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตที่จะมีผลให้อาการทางจิตอยู่ในระยะคงที่ ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และควรมีการวัดระดับความรุนแรงของอาการทางจิตก่อนและหลังการรักษาด้วย จึงจะทำให้สามารถเห็นประสิทธิภาพของยาต้านโรคจิตที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมได้ผลดีถึงร้อยละ 70 โดยเฉพาะอาการในด้านบวก แต่ก็ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าร้อยละ 40 ในขณะที่ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถรักษาอาการด้านลบได้มากกว่าร้อยละ 80 ทำให้เกิดอาการข้างเคียงน้อย และในการวิจัยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Olanzapine นั้นพบว่าใช้ระยะเวลาในการรักษาเพียง 12 สัปดาห์ จากการศึกษาของ Voruganti และคณะ (2000) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นระยะเวลา 6 เดือน อาจจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต การใช้ระยะเวลาในการรักษาที่

ยาวนานขึ้น มีการติดตามผลการรักษาและมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี หรือมากกว่านั้น ตลอดจนมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น ก็จะสามารถแสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้มากขึ้น

การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนน้อย เนื่องจากการใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่นี้ยังไม่เป็นที่แพร่หลายมากนัก ยากลุ่มนี้ยังอยู่ในช่วงการศึกษาทดลองทางคลินิกและมีราคาค่อนข้างสูงทำให้เป็นข้อจำกัดในการเก็บกลุ่มตัวอย่างในยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (ศิริยา, 2543)

สถานภาพสมรสคู่ เป็นตัวแปรที่บ่งชี้การพยากรณ์โรคที่ดีในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากคู่สมรสเป็นบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ และต้องการให้ดูแลตนเองมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนความทุกข์สุขกัน ทั้งยังเป็นการส่งเสริมให้รู้จักคิดและสามารถแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสถานภาพโสดและไม่มีผู้ดูแลทำให้มีการพยากรณ์โรคไม่ดีแล้วยังทำให้มีการกลับมาเป็นซ้ำและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lehman (1983) และการศึกษาของ Bobe และ Gonzales (1997) ที่พบว่าสถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยต้องคำนึงถึงลักษณะก่อนเกิดอาการป่วย (Premorbid Characteristic) ด้วย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ (2541) ที่พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

สำหรับตัวแปรด้านเพศนั้น จากการศึกษาของ Aboud (1998) พบว่า ฮอริโมน การอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก และบทบาททางสังคม เป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างเพศ ในการศึกษาของ Awad (1992) พบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศในการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ยังไม่ได้รับการศึกษากันมากนัก แต่มีรายงานว่าเพศหญิงมีการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตได้ดี และใช้ยาต้านโรคจิตในขนาดต่ำกว่าเพศชาย เนื่องจากการออกฤทธิ์เป็น anti-dopamine ของฮอริโมนเอสโตรเจน ที่ออกฤทธิ์ร่วมกันกับยาต้านโรคจิต นอกจากนี้การปรับตัวทางสังคมที่ดีก่อนป่วย ก็จะทำให้พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเมื่อเร็ว ๆ นี้ยังพบว่าเพศชายมีอาการทางจิตเชิงลบมากกว่าเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามทุกคนไม่ว่าจะเป็นชายหรือหญิงก็ต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม ต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น จึงมีโอกาสนในการเผชิญกับปัญหาได้เท่าเทียมกันจึงทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาองค์ความรู้ ผู้ป่วยที่มีการศึกษาดีย่อมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะการเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ หรือความจำเป็นในสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาน้อยที่มักเกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต แต่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางด้านจิตใจอย่างโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตมากจนไม่สามารถทำงานหรือเรียนหนังสือได้ โดยจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาหรือชั้นมัธยมศึกษาต่ำกว่าร้อยละ 60 และยังเป็นผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.3 ทำให้ผู้ป่วยยังคงเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย

ยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง และมีการให้ความช่วยเหลือในด้านจิตสังคม ตลอดจนมีพยาธิสภาพเดิมดีก่อนป่วย จะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละประเทศตลอดจนรูปแบบการรักษา ทำให้พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยมีคุณภาพชีวิตดี และยิ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมักจะประสบกับความเครียดความกดดันในด้านหน้าที่การงานสูง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกคนที่อยู่ในสังคมก็มีโอกาสเผชิญกับความกดดันหรือปัญหาต่าง ๆ เหมือนกันจึงทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน (ศิริยุพา, 2543)

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา คณะแพทย์ฝ่ายวิจัย พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลศรีธัญญา ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และเนื่องจากทุนในการวิจัยครั้งนี้บางส่วนได้รับมาจากทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

#### เอกสารอ้างอิง

- พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิระระรัตน์, ชุตินา ประทีปะจิตติ. 2541. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ: เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารกรมสุขภาพจิต 5: 16-24.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษย์. 2542. โรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร: เมดอินโฟร์ จีดี.
- ศิริยุพา นันสุนานนท์. 2543. โรคจิตเภท. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาสุขภาพจิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. 2542. Quality of life questionnaire: ฉบับภาษาไทย, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์)
- Aboud FE. 1998. Health psychology in global perspective. Thousand Oaks: Sage Publications: 262.
- American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup>ed. Washington DC: American Psychiatric Association: 273-315.
- Awad AG. 1992. Quality of life of schizophrenia patients on medications and implications for new drug trial. Hosp Community Psychiatry 43: 262-5.

- Bobes J, Gonzales MP. 1997. Quality of life in schizophrenia. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. Quality of life in mental disorders. Chichester: John Wiley&Sons: 170-1.
- Greenley JR, Greenberg JS, Brown R. 1997. Measuring quality of life: a new and practical survey instrument. Soc Work 42: 244-54.
- Kaplan HI, Sadock BJ. 1996. Pocket handbook of psychiatric drug treatment. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: Williams&Wilkins: 94-118.
- Lader M. 1999. Some adverse effects of antipsychotics: prevention and treatment. J Clin Psychiatry 60(Suppl 12): 18-21.
- Lehman AF. 1983. The well-being of chronic mental patients: assessing their quality of life. Arch Gen Psychiatry 40: 369-73.
- Overall JE, Gorham DR. 1962. The brief psychiatric rating scale. Psychol Rep 10: 799-821.
- Voruganti L, Cortese L, Oyewumi L, Cernovsky Z, Zirul S, Awad AG. 2000. Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. Schizophr Res 43: 135-45.