

ภาวะทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย



นายกฤตยกร แสงขาว

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาแพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา)

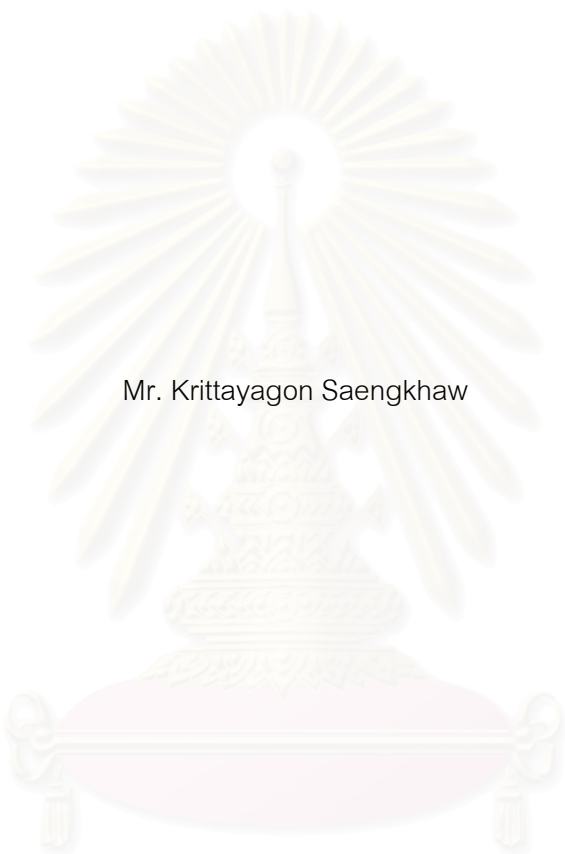
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-1174-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SEXUAL FUNCTION IN MALE SCHIZOPHRENIC PATIENTS



Mr. Krittayagon Saengkhaw

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Human Sexuality

(Inter-Department)

Graduate School

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-14-1774-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย
โดย	นายกฤตยกร แสงขาว
สาขาวิชา	แพทยศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	นพ.วีรพล อุณหรัมย์

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... *นพ.วีรพล อุณหรัมย์* คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ร.ว. กัลยา ดิงศภัทย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... *นพ.นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ* ประธานกรรมการ
(อาจารย์ นพ.นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ)

..... *พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์* อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์)

..... *นพ.วีรพล อุณหรัมย์* อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(นพ.วีรพล อุณหรัมย์)

..... *ดร.ประสงค์ ศิริวิริยะกุล* กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นพ.ประสงค์ ศิริวิริยะกุล)

..... *ดร.พรนระพี สุทธิวรรณ* กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนระพี สุทธิวรรณ)

กฤตยกร แสงขาว : ภาวะทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย (SEXUAL FUNCTION IN MALE SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์, อ.ที่ปรึกษา
ร่วม : นพ.วีรพล อุณหรัศมิ 103 หน้า. ISBN 974-14-1774-8.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความบกพร่องทางเพศ
ในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทชายจำนวน 86 คน โดยสุ่มตัวอย่าง
แบบเฉพาะเจาะจง ปัจจัยหลักที่ศึกษา คือภาวะทางเพศ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับ
ความเครียด ระยะเวลาที่ป่วย ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ระยะเวลาที่ไข้ยา กลุ่มยาที่ได้รับ
ระดับยาที่ได้รับ และระดับProlactin

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินและวิเคราะห์
ความเครียดด้วยตัวเอง แบบวัดภาวะทางเพศ แบบประเมินอาการทางจิต ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด) เพื่อ
บรรยายคุณลักษณะประชากร, ความชุกของภาวะความบกพร่องทางเพศ และระดับProlactinที่
ผิดปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ที่มีภาวะทางเพศปกติและกลุ่มผู้ที่มีภาวะ
บกพร่องทางเพศ ด้วยสถิติ T-test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ prolactin ด้วยสถิติ
Pearson Correlation

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทชายมีภาวะบกพร่องทางเพศคิดเป็นร้อยละ 67.4 และ
เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ T-test แล้วพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางเพศมีระดับ prolactin และมี
ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะบกพร่องทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson Correlation แล้วพบว่า ขนาดยารักษาโรค
จิตมีความสัมพันธ์กับระดับ prolactin ในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สาขาวิชา.....เพศศาสตร์(สหสาขาวิชา)..... ลายมือชื่อนิสิต..... กฤตยกร แสงขาว.....
ปีการศึกษา.....2548..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4589056520 : MAJOR HUMAN SEXUALITY

KEY WORD: SEXUAL DYSFUNCTION / SCHIZOPHRENIA / PROLACTIN / ANTIPSYCHOTIC

KRITTAYAGON SAENGGHAW : SEXUAL FUNCTION IN MALE SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS ADVISOR : ASST.PROF.BURANEE KANCHANATHAWAN, MD., THESIS COADVISOR : WEERAPON UNAHARASSAMEE, MD., 103 pp. ISBN 974-14-1774-8.

The purpose of this research was to study factors related to sexual dysfunction among male schizophrenic outpatients. The participants were 86 male schizophrenics, selected by purposive sampling technique. Main factors of interest were sexual function. Other possibly related factors were age, stress level, duration of illness, severity of psychotic symptom, duration of antipsychotic use, antipsychotic group, antipsychotic dose and Prolactin level.

Questionnaire used in this study were personal information record form, a self-rating and analyzing stress, sexual function questionnaire, Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS), The data were analyzed by descriptive statistic (percent, mean, SD, min, max) to identify demographic data of sample, prevalence of sexual dysfunction and abnormal prolactin level. Related factors to sexual dysfunction were determined by t-test and factors correlated to prolactin level were analyzed by Pearson correlation.

The study revealed that sexual dysfunction in male schizophrenic patients was 67.4 %. The result shown that patients with sexual dysfunction had significantly higher level of prolactin and score of psychotic severity than those with normal sexual function ($p < .05$). Also, Pearson Correlation identified the positive correlation between dose of antipsychotic drug and prolactin level at $p < .001$

Department.....HUMAN SEXUALITY.....Student's signature.....*Krittayagon Saengkhaw*
 (Inter-Department) Advisor's signature.....*B. Kanchanathawan*
 Academic year 2005.....Co-advisor's signature.....*Weerapon Unaharassamee*

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นอย่างสูง ที่เป็นผู้ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และยังคงสละเวลาในการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องวิทยานิพนธ์ รวมทั้งยังคอยห่วงใยและให้กำลังใจเสมอมาตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์วีรพล อุณหรัศมิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่คอยดูแล ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนเป็นหนึ่งในทีมแพทย์ที่ประเมินอาการทางจิตเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึงคอยให้กำลังใจและสละเวลาตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา คณะผู้บริหาร ทีมแพทย์ และเจ้าหน้าที่ พญ.ปัทมา ศิริเวช นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ พญ.ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ ที่ประเมินอาการทางจิตเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างสูง เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทุกท่าน ที่คอยให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกอย่างยิ่ง รวมถึงคุณกิ่งดาว ศรีวรรณ ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติที่ใช้ในการวิจัย ทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณระพี สุทธิวรรณ ที่คอยชี้แนะแนวทางในการทำแบบสอบถามภาวะทางเพศ และยังเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในงานวิจัยครั้งนี้ รวมถึง รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ที่ให้คำปรึกษาในเรื่องการหาจุดตัดคะแนนของแบบสอบถามเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ทั้งเวลา และข้อมูลส่วนบุคคล อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาแพทยศาสตร์ทุกท่าน ที่สร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่ท้าทาย รวมถึงนักวิจัยและเจ้าหน้าที่ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน รวมถึงขอบคุณที่ ๆ น้อง ๆ วิชาแพทยศาสตร์ทุกท่านที่คอยห่วงใย และให้กำลังใจ พร้อมทั้งร่วมสร้างประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งให้กับการเรียนแพทยศาสตร์ในครั้งนี้

และสุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ ครอบครัวที่เป็นกำลังใจที่ยิ่งใหญ่และสนับสนุนทุกช่วงจังหวะชีวิตของผู้วิจัยเสมอมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	2
คำถามของการวิจัย	2
ขอบเขตการวิจัย	2
คำนิยามศัพท์เฉพาะ	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
ข้อจำกัดในการวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
โรคจิตเภท	6
การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต	32
ความบกพร่องทางเพศ	47
Prolactin	62
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	64
3 วิธีดำเนินงานวิจัย	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	66
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	72
การวิเคราะห์ข้อมูล	72

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	73
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	82
สรุปผลการวิจัย	82
อภิปรายผลการวิจัย	84
ข้อเสนอแนะ	87
รายการอ้างอิง	88
ภาคผนวก	94
ภาคผนวก ก	95
ภาคผนวก ข	96
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	103

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตราง

ตารางที่		หน้า
1	ความเสี่ยงต่อการเกิด โรคจิตเภทในเครือญาติ.....	10
2	โอกาสเสี่ยงที่จะเป็น โรคจิตเภทของญาติผู้ป่วย.....	10
3	DSM-IV (Schizophrenia and Other Psychotic Disorders).....	19
4	ICD-10 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders).....	22
5	สรุปความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่าง ICD-10 และ DSM-IV.....	24
6	ขั้นตอนในการวินิจฉัยโรคจิตเภท.....	25
7	The natural history of schizophrenia : a five-year follow-up.....	28
8	การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	28
9	ชื่อของประเภทยารักษาโรคจิต (Antipsychotic or Neuroleptic).....	33
10	การจำแนกยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิม ขนาดยาที่เทียบเท่ากัน และคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา ดัดแปลงจาก Kirch และ Issa (1995) และ American Psychiatric Association Practice Guideline (1993).....	34
11	ขนาดของยารักษาโรคจิตเทียบเท่ากับ Chlorpromazine.....	37
12	ข้อบ่งใช้ระยะสั้นและระยะยาวของยารักษาโรคจิต Baldessarini (1999).....	40
13	ชนิดและการเปรียบเทียบผลไม่พึงประสงค์ของยาต้านโรคจิตชนิดนอกแบบ....	46
14	การจำแนกปัญหาทางเพศตามระบบของ DSM-IV.....	47
15	เกณฑ์การวินิจฉัย Sexual dysfunction ของ DSM-IV และ ICD-10.....	49
16	ตัวอย่างโรคและยาที่ทำให้เกิดปัญหาทางเพศได้.....	58
17	ตัวอย่างข้อคำถามบางส่วนในแบบสอบถามภาวะทางเพศชุดที่ 2	68
18	ตัวอย่างค่า CITC ในแต่ละข้อ และค่า Cronbach's Alpha ในแต่ละด้าน	68
19	ค่า CITC และค่า Cronch's Alpha ในแบบสอบถามภาวะทางเพศชุดจริงที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้	69
20	รายละเอียดค่าคะแนนในการหาช่วงคะแนนแปลผลแบบสอบถาม	70
21	การแปลผลภาวะทางเพศ	70
22	บรรยายคุณลักษณะประชากรที่ใช้ในการศึกษา.....	74
23	บรรยายคุณลักษณะประชากรเกี่ยวกับระดับProlactin และภาวะทางเพศ.....	75

ตารางที่		หน้า
24	บรรยายลักษณะประชากรเปรียบเทียบกับ ภาวะทางเพศ.....	76
25	จำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ไ้ชายแต่ละชนิด เปรียบเทียบกับภาวะทางเพศ.....	77
26	จำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ไ้ชายแต่ละชนิด เปรียบเทียบกับระดับ Prolactin.....	78
27	จำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ไ้ชายแต่ละชนิด เปรียบเทียบ Prolactin กับภาวะทางเพศ..	79
28	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศ.....	80
29	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับProlactin.....	81



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา และอาการของโรค.....	12
2	Wamer's vulnerability model.....	16



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

นับเป็นระยะเวลาานานกว่าศตวรรษมาแล้ว ที่การให้คำนิยามและการวินิจฉัยโรคจิตเภทนั้นมีหลายอย่าง อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นไปได้หลายแบบ อีกทั้งการตอบสนองต่อการรักษาบางที่ไม่เหมือนกัน รวมทั้งมีการดำเนินโรคที่แตกต่างกันด้วย (ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร, 2534ข: 723) ปัจจุบันเรายังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคจิตเภท เชื่อว่ามาจากหลาย ๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (ไพรัช พุกยชาติคุณากร, 2534ข; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

โรคจิตเภทเป็นโรคชนิดหนึ่งที่รุนแรงที่สุด และพบได้บ่อยมากที่สุดในการบรรดาโรคจิต (Psychoses) ทั้งหมด ประมาณกันว่าร้อยละ 1 ของประชากรป่วยด้วยโรคนี้ และในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 2 ล้านคน โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง การดูแลรักษาต้องอาศัยทักษะเฉพาะทางเป็นอย่างมาก (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542:9)

การรักษาที่เป็นการรักษาหลักของโรคนี้คือการรักษาด้วยยา เหตุผลในการใช้ยาในการรักษา คือ ให้ยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เราเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคนี้ ในปัจจุบันยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) จัดได้ว่าเป็นการรักษาหลักสำหรับโรคจิตเภท เนื่องจากความสะดวกและผลการรักษาดีกว่าวิธีอื่น (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) แต่อย่างไรก็ตามยารักษาโรคจิตก็มีผลข้างเคียงที่ทำให้เป็นสาเหตุให้คนไข้ทุพพิกขุทรมาณ และไม่ยอมให้ความร่วมมือในการกินยา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับมากำเริบของโรค

ผลข้างเคียงอันหนึ่งก็คือ การเกิดภาวะเต้านมโต และความบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยจิตเภทชาย ซึ่งที่สังเกตได้ง่ายที่สุดคือ การไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ (วิรุฒิ เอกกมลกุล, 2537; มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) นอกจากนี้ฤทธิ์ของการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ยังไปปิดกั้นการทำงานของ Dopamine ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hyperprolactinemia ซึ่งเป็นภาวะที่ Prolactin สูงกว่าระดับปกติ ซึ่งสามารถเพิ่มได้สูงถึง 20 เท่า (Benjamin J. Sadock and Virginia A. Sadock, 2003)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้นในคนไข้จิตเภทชายไทย เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินผลการรักษา การให้บริการทางด้านจิตเวช และเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านเพศศาสตร์ให้กว้างขวางต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิต
2. เพื่อศึกษาระดับProlactin ในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิต
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับProlactinกับภาวะบกพร่องทางเพศ
4. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะบกพร่องทางเพศ

คำถามของการวิจัย

1. ความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิตมีมากน้อยเท่าไร
2. ระดับProlactinในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิตเป็นอย่างไร
3. ระดับProlactinในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิต มีความสัมพันธ์กับ ภาวะบกพร่องทางเพศอย่างไร
4. ปัจจัยอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับ ภาวะบกพร่องทางเพศอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิต ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ อายุ ระดับความเครียด ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ระยะเวลาที่ใช้ยารักษาโรคจิต กลุ่มของยารักษาโรคจิต ขนาดยาที่ได้รับ ระดับ prolactin

ตัวแปรตาม คือ ภาวะบกพร่องทางเพศ

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะทางเพศ (Sexual function) หมายถึง ภาวะทางเพศที่เกิดขึ้นซึ่งแบ่งเป็น ภาวะทางเพศปกติและภาวะบกพร่องทางเพศ ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้สนใจ ภาวะบกพร่องทางเพศ (Sexual dysfunction) กำหนดตามเกณฑ์ที่ได้จากการทำแบบวัดภาวะทางเพศ (รายละเอียดอยู่ในเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย)

ยารักษาโรคจิต ซึ่งในที่นี้ จะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. ยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า (Typical antipsychotic) หมายถึง ยาต้านโรคจิตกลุ่มเดิมที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยมีคุณสมบัติยับยั้งการหลั่งของ Dopamine receptors ซึ่งสามารถลดอาการเชิงบวกได้ดีในการรักษาโรคจิตเภท

2. ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic) หมายถึง ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ที่สามารถยับยั้งการหลั่งของ Dopamine และ Serotonin receptors ซึ่งสามารถลดอาการเชิงบวกและอาการเชิงลบของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia patient) หมายถึง คือผู้ป่วยที่แสดงอาการเจ็บป่วยตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ สมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา ซึ่งจัดทำขึ้นเป็นครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders 4th Edition: DSM-IV)

Hyperprolactinemia หมายถึง ภาวะที่ระดับ Prolactin ในร่างกายสูงกว่าค่าปกติ ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้กำหนดค่าปกติของ Prolactin ในผู้ชายอยู่ที่ระดับ 1.61-18.77 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สร้างความตระหนักถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในเรื่องเพศ ของผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการประเมินผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการรักษาด้วยยา
รักษาโรคจิตทางด้านเพศ
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาภาวะบกพร่องทางเพศ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิงต่อไปใน
อนาคต
4. เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตของแพทย์และทีมสุขภาพ
เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

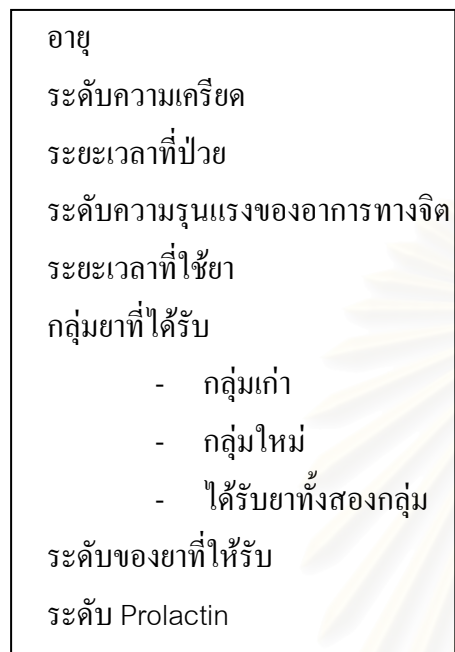
ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุมการใช้ยาของผู้ป่วย เพียงแต่เก็บรวบรวมข้อมูลจาก
สภาพความเป็นจริงคือ ผู้ป่วยใช้ยาชนิดไหน ขนาดเท่าไร ย้อนหลังไปอย่างน้อย 6 สัปดาห์ นำมา
เป็นกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่สถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเทพยาเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ไม่เพียงพอที่จะสามารถใช้สถิติขั้นสูงเพื่อพิจารณา
ความสัมพันธ์ร่วมของตัวแปรอิสระ ที่มีต่อภาวะบกพร่องทางเพศได้ และผลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐาน
ในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องต่อไปในอนาคต จึงยังไม่สามารถอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มใหญ่ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดแบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)
2. การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (Antipsychotic treatment)
3. ความบกพร่องทางเพศ (Sexual dysfunctions)
4. Prolactin
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 โรคจิตเภท

ประวัติของโรคจิตเภท (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534ข; มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษขวิช, 2542)

ปีพ.ศ. 2399-2469 (ค.ศ.1856-1926) Benedict Augustine Morel ได้ใช้คำว่า dementia praecox กับความผิดปกติซึ่งเริ่มเกิดเมื่ออยู่ในระยะวัยรุ่น มีอาการแยกตัว พฤติกรรมแปลก ๆ ไม่สนใจตนเอง และมีสติปัญญาเสื่อมลง (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534ข)

ปีค.ศ.1856-1926 Emil Krapelin ชาวเยอรมันได้ให้โรคนี้ชื่อว่า "dementia praecox" เพราะคิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคนั้นนาน ๆ บุคลิกภาพจะเสื่อมลงไป มีอาการแยกตัว พฤติกรรมแปลก ๆ ไม่สนใจตนเอง และมีสติปัญญาเสื่อมลง ซึ่งบางตำรากล่าวเพิ่มเติมว่า Krapelin ได้กล่าวเน้นถึงผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่า จะมีอาการเลวลงเรื่อย ๆ อาการเด่นคือ ประสาทหลอน (hallucination) และความหลงผิด (delusion) นอกจากนี้ยังแบ่งโรคนี้เป็น 4 ชนิดย่อย คือ catatonia, hebephrenic, paranoid และ simple อีกด้วย (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534ข)

ปีค.ศ. 1857-1939 Eugen Bleuler ชาวสวิส ได้ใช้ชื่อโรคนี้ว่า "Schizophrenia" ซึ่งมาจาก schism + phrenia = split + mindedness แทนคำว่า dementia praecox ซึ่งหมายถึง Splitting of mind หรือการแตกแยกของจิตใจ เพราะลักษณะสำคัญของโรค คือ มีการแตกแยก (schism) ระหว่างความคิด (thought) อารมณ์ (emotion) และพฤติกรรม (behavior) ของผู้ป่วย โดยได้แบ่งอาการของโรคเป็นอาการหลัก และอาการรองได้แก่

1. อาการพื้นฐาน (Fundamental symptom) หรืออาการหลัก Bleuler มีอยู่ 4 As (Bleuler's four As) ได้แก่

- 1.1 ความผิดปกติของความต่อเนื่องของความคิด (Loosening of association)
- 1.2 ความผิดปกติของอารมณ์แสดงออก (Affect)
- 1.3 มีลักษณะหมกมุ่นในจินตนาการ โดยไม่สนใจโลกภายนอก (Autism)
- 1.4 มีพฤติกรรมหรือความคิดสองจิตสองใจ (Ambivalence)

2. อาการรอง (Secondary symptom)

- 2.1 อาการประสาทหลอน (Hallucinations)
- 2.2 อาการหลงผิด (Delusions)

ค.ศ.1887-1967 Kurt Schneider เป็นผู้รวบรวมอาการสำคัญ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคจิตเภทได้อย่างชัดเจน ซึ่งเรียกว่า "Schneiderian First-Rank Symptom: SFRS" ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยของ Schneider ได้แก่

1. การได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Audible thoughts) อาการประสาทหลอนทางหู ได้ยินเสียงก้องกังวาน หรือเสียงคนพูดเกี่ยวกับความคิดของผู้ป่วย เวลานึกคิดอะไรก็ได้ยินเสียงเป็นแบบนั้น (หมายความว่าความคิดเปลี่ยนไปเป็นเสียง)

2. มีเสียงคนพูดโต้เถียงในเรื่องซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (Voice debating or disagree) อาการประสาทหลอนทางหูชนิดได้ยินเสียงโต้เถียงกัน ขัดแย้งกัน มีความเห็นไม่ลงรอยกัน และมักเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยจิตเภทหญิงรายหนึ่งบอกว่าในร่างกายของเธอมีสองวิญญาณอาศัยอยู่ ทั้งสองคนนี้ชอบทะเลาะกัน หรือเถียงกันเกือบตลอดเวลา

3. มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของผู้ป่วย (Voice commenting) อาการประสาทหลอนทางหูชนิดได้ยินเสียงวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งเป็นนักศึกษาที่มีปัญหาในด้านการเรียน อาจมีอาการหูแว่วว่า "ปัญญาอ่อน", "โง่ง", "เซย" หรือ "เฉิ่ม" ในขณะที่มีอาการทางจิต

4. เชื่อว่ามีแรงจากภายนอกมากระทำต่อร่างกายผู้ป่วย (Somatic passivity) ความเชื่อว่ามีความรู้สึกบางอย่างเกิดขึ้นต่อร่างกายผู้ป่วยโดยแรงหรือพลังจากภายนอก ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเล่าว่ามีอาการปวดหลัง คอ และไหล่ขวาตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยเชื่อว่าอาการดังกล่าวเกิดจากพลังภายนอก คล้ายมีคนคิดปองร้าย และส่งกระแสคลื่นไฟฟ้ามาบังคับผู้ป่วย

5. เชื่อว่ามีแรงจากภายนอกมาดึงความคิดผู้ป่วยออกไป (Thought withdrawal) เชื่อว่าความคิดต่าง ๆ ถูกดึงหรือขจัดออกไปจากจิตใจของผู้ป่วยโดยแรงหรือพลังงานจากภายนอก คล้ายกับกลายเป็นคนไร้ความคิด จะนึกคิดอะไรด้วยตนเองไม่ได้

6. ความคิดของผู้ป่วยกระจายออกภายนอก (Thought broadcasting) ความเชื่อว่าความคิดของผู้ป่วยกระจายออกไปสู่โลกภายนอกรอบ ๆ ตัว ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเล่าว่าเวลาที่ผู้ป่วยคิดอะไร ความคิดของเขาจะกระจายหรือถ่ายทอดไปสู่คนอื่นได้

7. มีการรับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติไปแบบหลงผิด (Delusional perceptions) การแปลความหมายสิ่งกำหนดรู้ตามความคิดของผู้ป่วย ส่งผลให้การกำหนดรู้ (perception) ดังกล่าวกลายเป็นการหลงผิด (delusion) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งเล่าว่า ขณะที่นอนตอนกลางคืน ผู้ป่วยได้ยินเสียงผู้ป่วยชายคนหนึ่งซึ่งอยู่ห้องนอนด้านตรงข้ามนอนกรนเสียงดังว่า “กูจะเอามึงมาเป็นเมีย”

8. มีแรงจากภายนอกใส่ความคิดเข้าไปในสมองผู้ป่วย (Thought insertion) ความเชื่อว่าความคิดถูกยัดเยียดใส่เข้ามาในจิตใจของผู้ป่วยโดยแรงหรือพลังจากภายนอก ความคิดที่เกิดขึ้นเป็นความคิดของคนอื่นมิใช่ความคิดของผู้ป่วยเอง

9. ความรู้สึกของผู้ป่วยไม่ได้เป็นของตนเอง แต่ถูกครอบงำไว้ (Made feeling) ความรู้สึกมาจากผู้อื่น (ถูกยัดเยียดโดยผู้อื่น)

10. ถูกผู้อื่นบังคับให้กระทำการอย่างฉับพลัน (Made impulse) ความเชื่อว่าผู้ป่วยกระทำหรือปฏิบัติตามแรงขับที่คอยบังคับผู้ป่วย แรงขับดังกล่าวมิได้เป็นของผู้ป่วยเอง

11. การกระทำและความปรารถนาถูกควบคุมโดยแรงจากภายนอก (Made acts)

ปีค.ศ. 1980 Crow แบ่งอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. Type I หรืออาการชนิดบวก (positive symptoms) ประสาทหลอน (hallucinations) การหลงผิด (delusion) และการผิดปกติของความคิด (thought disorder เช่น loosening of associations)

2. Type II หรืออาการชนิดลบ (negative symptoms) อารมณ์ทื่อ (affect flattening) การพูดน้อย (poverty of speech) และการสูญเสียแรงขับ (loss of drive)

ในประเทศไทย นายแพทย์อารี แสงสว่างวัฒนะ ได้บัญญัติศัพท์คำว่า “จิตเภท” สำหรับ Schizophrenia (มานaix หล่อตระกูลและปราโมชย์ สุกนิชย์, 2542:14)

ระบาดวิทยา (มานaix หล่อตระกูลและปราโมชย์ สุกนิชย์, 2542:39-40)

1. ความชุกของโรค (Prevalence rate) ได้แก่จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดที่ทำการศึกษา โดยปกติจะบอกเป็นจำนวนผู้ป่วยต่อ 1 พันคนภายในปีที่ทำการศึกษา หรือเรียกว่า one-year prevalence per 1,000 จากการศึกษานานาชาติต่าง ๆ ทั่วโลก พบว่ามีตั้งแต่ต่ำสุดคือ 0.6 ต่อพัน ถึงสูงสุด 17 ต่อพัน รายงานส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 3-10 ต่อพัน

ความชุกของโรคจิตเภทนี้พบว่าไม่ขึ้นอยู่กับความแตกต่างในแง่ของประเทศที่ศึกษาอย่างชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นประเทศทางตะวันออกหรือตะวันตก ประเทศที่ด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนา ก็พบพอ ๆ กัน กล่าวคือโดยเฉลี่ยจะอยู่ประมาณร้อยละ 0.5

2. อุบัติการณ์ของโรค (Incidence rate) ได้แก่จำนวนผู้ป่วยใหม่ภายในระยะเวลาที่ทำการศึกษารวมด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดที่ทำการศึกษา ส่วนความชุกนั้นเป็นการรวมผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ การศึกษาอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทอาจมีปัญหาอยู่บ้างเนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระดับเริ่มต้น (prodromal) อาจยากแก่การวินิจฉัย โดยทั่วไปจึงเริ่มนับเมื่อผู้ป่วยเริ่มมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษา อุบัติการณ์นี้โดยปกติจะบอกเป็นจำนวนผู้ป่วยต่อ 1 แสนคนภายในปีที่ทำการศึกษา โดยในโรคจิตเภทจะพบตั้งแต่ต่ำสุดคือ 10 ถึงสูงสุดถึง 70 ต่อแสนประชากร ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทนี้พบว่าไม่ขึ้นอยู่กับความแตกต่างในแง่ของแหล่งที่ศึกษาเช่นเดียวกับความชุก

3. ความชุกตลอดชีพ (Lifetime prevalence) หรือ Disease expectancy ได้แก่จำนวนบุคคลในกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้งที่ป่วยและเคยป่วยด้วยโรคนี ซึ่งในโรคจิตเภทพบได้ตั้งแต่ 2.6 ถึง 37 ต่อพันประชากร

4. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ในแง่ของเพศ พบว่าหญิงและชายพบได้พอ ๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วง 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการขณะอายุไม่มาก มักมีอาการแบบ disorganize และการพยากรณ์โรคมักไม่ค่อยดี ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการในวัยกลางคนมักจะมีอาการแบบ paranoid ซึ่งมีการพยากรณ์โรคค่อนข้างดี

โรคจิตเภทนี้พบบ่อยในประชากรที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งจากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า การที่ผู้ป่วยมีเศรษฐกิจต่ำนี้เป็นเนื่องมาจากการเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการศึกษา การประกอบอาชีพลดลง มิได้เป็นจากการมีเศรษฐกิจต่ำเป็นปัจจัยกดดันให้เกิดอาการ

ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ได้แก่ การที่แม่มีปัญหาในขณะตั้งครรภ์ (เช่น กลุ่มเลือด Rh ไม่เข้ากัน เป็นไข้หวัดใหญ่ หรือภาวะขาดสารอาหาร) หรือมีปัญหาขณะคลอด ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว หรือมีปัญหากดดันจิตใจที่รุนแรงในช่วงเวลาก่อนหน้านั้น พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคเช่นกัน

5. อัตราการเสียชีวิต Allebeck P. (1989) ติดตามศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1,190 คน เป็นระยะเวลา 10 ปี พบว่ามีการเสียชีวิตทั้งหมดเป็นสองเท่าของประชากรทั่วไป และมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 10 เท่าของประชากรทั่วไป (อ้างถึงใน ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร, 2534:725)

สาเหตุการเกิดโรค

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ผลจากการศึกษาโรคจิตเภทของคนในครอบครัว บุตรบุญธรรม หรือฝาแฝด ระบุว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดโรคนี้นี้สูงกว่าประชากรทั่วไป ดังตารางที่ 1 (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2542:42)

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

นอกจากนี้ Kallman ได้กล่าวถึงความเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทของญาติผู้ป่วยดังนี้(อ้างถึงใน สมภพ เรืองตระกูลและคณะ, 2536:74)

ตารางที่ 2 โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทของญาติผู้ป่วย

	โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคด้วย
ประชากรทั่วไป	1
ลูกพี่ลูกน้อง (ลูกของลุง ป้า น้า อา)	2.6
หลาน (ลูกของพี่หรือน้อง)	3.9
หลาน (ลูกของลูก)	4.3
พี่น้องที่เกิดจากบิดาหรือมารดาเดียวกัน	7.1
บิดาและมารดา	9.2
พี่น้องที่เกิดจากบิดาและมารดาเดียวกัน	14.2
ลูก	16.4
ลูกซึ่งทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคนี้นี้	39.2
ฝาแฝดไข่คนละใบ	14.5
ฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน แยกกันอยู่	77.6
ฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน อยู่ด้วยกัน	91.5

ในญาติสายตรง (พี่น้องหรือลูกพี่ป้า) (first-degree biological relatives) พบว่ามีโอกาสป่วยสูงกว่าคนทั่วไป 10 เท่า จากการศึกษานุตรบุญธรรม พบว่าบุตรจริงของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดโรคนี้นี้สูงเมื่อเทียบกับบุตรบุญธรรม

การศึกษาคู่แฝดมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนในผลของปัจจัยทางพันธุกรรมต่อการเกิดโรคจิตเภท แต่ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการบ่งบอกไปด้วยว่าปัจจัยทางพันธุกรรมไม่ใช่สาเหตุเดียวของการเกิดโรคจิตเภท จากการศึกษาแฝดไข่ใบเดียวกัน พบว่าในร้อยละที่คนหนึ่งป่วย จะพบ 40-50 คู่ที่อีกคนหนึ่งป่วยด้วย

บางตำรากล่าวว่า ฝาแฝดไข่ใบเดียวกันมีโอกาสที่อีกคนจะป่วยถึงร้อยละ 70-90 แต่ถ้าเป็นไข่คนละใบจะพบประมาณร้อยละ 14 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2536:73) จากข้อเท็จจริงที่ว่าแม้เป็นแฝดไข่ใบเดียวกันก็ไม่ได้มีโอกาสเกิดโรคนี้นี้ด้วยกันร้อยละ 100 แสดงว่าพันธุกรรมมีส่วนอย่างมาก แต่ก็ไม่ใช่สาเหตุเดียว ยังอาจมีปัจจัยเหตุอื่นอีก โดยเฉพาะสิ่งที่กำลังได้รับความสนใจกันมาก คือ ความบกพร่องในพัฒนาการของสมองของเด็กขณะอยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดใหม่ ๆ มีการวิจัยหาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อในครรภ์และการกระทบของสมองหลังคลอดกับสาเหตุของโรคจิตเภท โดยทั่วไปพอสรุปทฤษฎีของการติดเชื้อกับโรคจิตเภทได้ว่า การติดเชื้อในระหว่างตั้งครรภ์จะทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ในเด็กที่มีความเสี่ยงทางพันธุกรรมอยู่ก่อนแล้ว ข้อเสนอสนับสนุนมาจากข้อมูลที่ว่าเด็กในทางตะวันตกที่เกิดในระหว่างฤดูหนาว และตอนต้นของฤดูใบไม้ผลิมีโอกาสเกิดโรคนี้นี้สูงกว่าฤดูอื่น ซึ่งอาจมีการติดเชื้อไวรัสในระหว่างนั้น

การกระทบกระเทือนต่อสมองในระหว่างคลอด อาจเกิดจากการกระทบ หรือการขาดออกซิเจนในระหว่างคลอด ปัจจัยทางชีวภาพเหล่านี้อาจเป็นเหตุให้โครงสร้างของสมองผิดปกติตามมา เช่น มี ventricle โต และทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทตามมา

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

จากการที่ปัจจัยทางพันธุกรรมไม่ใช่คำตอบทั้งหมดของการเกิดโรคจิตเภท จึงมีผู้พยายามศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น มีการตายของญาติหรือเพื่อนสนิท มีความเครียดสูงในครอบครัว มีภาวะการติดเชื้อ มีการอยู่กันอย่างแออัดยัดเยียด การเป็นสังคมอุตสาหกรรม การอยู่ในเขตเมือง และการมีความเครียดจากมีสภาพยากจน พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักพบในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ มีผู้ตั้งสมมติฐานไว้ 2 แนวทางคือ การที่สภาพสังคมบีบคั้นอาจทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) หรือในอีกด้านหนึ่ง การที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ อาจทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิมได้ (downward drift hypothesis) อย่างไรก็ตามในระยะหลัง ๆ สนับสนุนสมมติฐานที่สองมากกว่า

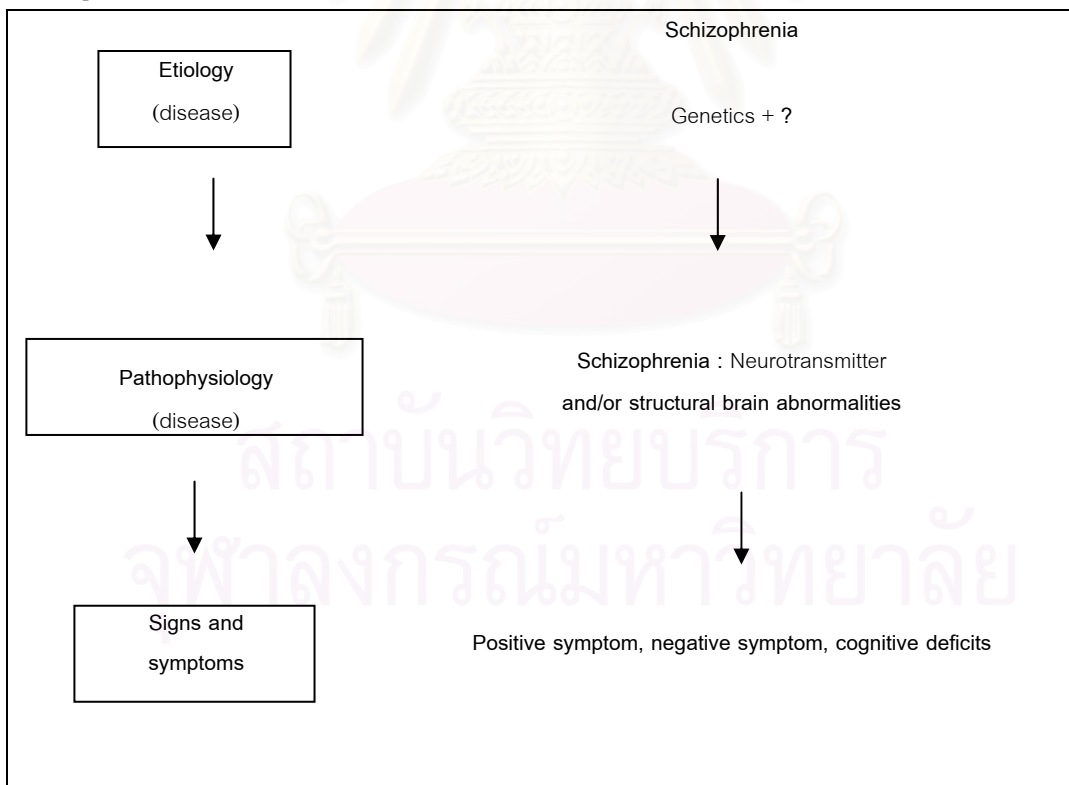
ความกดดันในชีวิตเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท หรือทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2536:73)

3. ปัจจัยด้านพยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีระ (pathophysiology) หมายถึง กระบวนการทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ของโรค(ตามรูปที่ 1) ตัวอย่างเช่น โรคปอดบวม เป็นกลุ่มโรคที่มีพยาธิสรีระ คือ การอักเสบและระคายเคืองของเนื้อเยื่อ บางส่วนของปอด ซึ่งก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ มีเม็ดเลือดขาวสูง หรือเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเป็นแพทย์ตรวจพบ หรือผู้ป่วยรู้สึกเองก็ได้ ส่วนสาเหตุของโรคปอดอักเสบอาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรียต่าง ๆ เช่น streptococcus pneumoniae, klebsiella pneumoniae, pseudomonasaeruginosa หรือไวรัสต่าง ๆ ดังนั้น ก่อนที่จะรู้สาเหตุ แพทย์อาจให้การรักษาตามอาการไปก่อน และค้นหาชนิดของเชื้อที่จะจงดต่อไปเพื่อรักษาให้หายขาด

ในทำนองเดียวกันโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการต่าง ๆ มากมายซึ่งเราบำบัดได้โดยไม่ได้ทำให้โรคหาย การวิจัยยังพยายามหาพยาธิสรีระที่ก่อให้เกิดอาการอยู่ตลอดมา แม้วางยังสรุปไม่ได้ แต่ก็ได้สมมติฐานหายข้อที่ทำให้เรารักษาโรคจิตเภทให้เจาะจงขึ้น

แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา และอาการของโรค



3.1 สมมติฐาน dopamine

ในช่วงทศวรรษ 1960 เชื่อกันว่าภาวะที่ระบบโดปามีนทำงานมากเกินไปก่อให้เกิดอาการของโรคจิตเภท (hyperdopaminergic) ซึ่งได้มาจากการสังเกตเห็นผลของการรักษาและการถูกกระตุ้นให้เกิดอาการโรคจิตด้วยยาแอมเฟตามีนซึ่งเป็นยาที่กระตุ้นให้มีการหลั่งโดปามีนเพิ่มขึ้น ส่วนสมมติฐานนี้มาจากความจริงที่ว่า ยารักษาโรคจิตที่ยังมี binding affinity กับ dopamine receptors มาก จะยิ่งออกฤทธิ์มากในการลดอาการของโรคจิตเภท ยิ่งไปกว่านั้นสารที่เพิ่มการทำงานของโดปามีน (dopamine antagonist) สามารถทำให้เกิดอาการเหมือนโรคจิตเภทได้ในคนปกติ และทำให้ผู้ป่วยโรคจิตมีอาการเลวลงได้ สมมติฐานนี้มาจากการสังเกตผลของยารักษาโรคจิตกลุ่มแรก ๆ (typical antipsychotics) ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบโดปามีน อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยอีกราวร้อยละ 30 ไม่ตอบสนองต่อยากลุ่มนี้ แสดงว่าการมี dopamine hyperactivity ไม่ใช่พยาธิสรีรวิทยาเดียวของการเกิดโรค นอกจากนี้ผลการรักษาของยารักษาโรคจิตต่อกลุ่มอาการด้านลบของโรคจิตเภทมีต่ำ ซึ่งแสดงว่าอาการชนิดนี้มิได้เกิดจาก dopamine hyperactivity แม้ว่าจะมีข้อโต้แย้งดังกล่าว โดปามีนก็ยังคงมีบทบาทสำคัญในโรคนี้

หลังการค้นคว้าวิจัย มีการปรับปรุงสมมติฐานโดปามีนเดิม โดยกล่าวว่าโรคจิตเภทเกิดจากการมีระบบโดปามีนทำงานน้อยกว่าปกติในสมองส่วน prefrontal ของ cerebral cortex ซึ่งทำให้มีอาการด้านลบ และนำไปสู่การทำงานของระบบนี้ที่เพิ่มขึ้นในเซลล์ประสาทส่วนลึก ๆ ใน limbic system ที่เรียกว่า mesolimbic neurons ซึ่งมีหลักฐานว่าทำให้เกิดอาการด้านบวกของโรค

3.2 ระบบสารสื่อประสาทอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสาร 3 ชนิดมีดังนี้

3.2.1 สมมติฐาน serotonin เชื่อว่ามีความผิดปกติในการสร้าง serotonin ในผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งทำให้มีการสร้าง serotonin มากไปบ้างน้อยไปบ้าง ยังผลให้โรคมีอาการมากน้อยเป็นระยะ ๆ ทฤษฎีนี้ได้รับความสนใจมาก เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (atypical antipsychotic) ซึ่งมีฤทธิ์เป็น serotonin antagonists เช่นเดียวกับ dopamine antagonist ให้ผลการรักษาเทียบเท่าหรือดีกว่ายากลุ่มเดิม ๆ

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

3.2.3 สมมติฐาน gamma-aminobutyric acid ทฤษฎีนี้ยังไม่ลงตัวนัก เชื่อกันว่าการลดลงของ GABA agonists อาจช่วยให้ยารักษาโรคจิตได้ผลมากขึ้น

3.3 ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสารสื่อประสาท ในช่วงหลัง ๆ นักวิจัยเริ่มศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างโดปามีนกับสารสื่อประสาทอื่นอันอาจเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจาก

ประสิทธิภาพการรักษาของยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ๆ เช่น clozapine ซึ่งจับกับทั้ง dopamine และ serotonin receptor ทำให้คิดกันว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง serotonin-dopamine อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

จากการที่ทั้งโดปามีนและกลูตาเมตมีปลาย presynaptic อยู่บน synapse ของ postsynaptic neuron ตัวเดียวกัน ทำให้มีผู้คิดว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างโดปามีนกับกลูตาเมตมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท แม้ว่าทฤษฎีเหล่านี้ยังต้องการการพิสูจน์ที่ระดับต่าง ๆ แต่ก็ก็เป็นสิ่งที่น่าสนใจติดตาม

3.4 ความเกี่ยวพันระหว่าง neuropeptides กับ โรคจิตเภท

neuropeptide เป็นกลุ่มสารใหม่ล่าสุดที่ได้รับการศึกษาในโรคนี้ ซึ่งชนิดของ neuropeptide ที่ได้รับการศึกษาแล้วคือ beta-endorphin, cholecystokinin (CCK), neurotensin เช่นเดียวกันเรายังไม่อาจสรุปบทบาทของสารกลุ่มนี้กับโรคจิตเภทได้ แต่เป็นจุดที่มีผู้สนใจศึกษากันมาก เนื่องจากมีหลักฐานแสดงว่า neuropeptides ช่วยในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

4. ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง

การศึกษาสมองผู้ป่วยทั้งด้วยการถ่ายภาพรังสี และเมื่อหลังเสียชีวิต พบความผิดปกติทางโครงสร้างของสมองผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งบ่งว่าอาจมีการหยุดพัฒนาการของโครงสร้างสมองส่วนเหล่านี้ ซึ่งการหยุดพัฒนาจะเกิดในช่วงหลังคลอดไม่นาน ความผิดปกติเหล่านี้จะทำให้บุคคลเหล่านี้ “เสี่ยง” ต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทมากขึ้นหากได้รับปัจจัยกระตุ้น เช่น ความเครียด กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ความผิดปกติทางโครงสร้างสมองไม่ได้ทำให้เกิดโรคโดยตรง แต่เพิ่มโอกาสให้ป่วยง่ายขึ้นเมื่อได้รับความเครียด ซึ่งส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทได้แก่

4.1 limbic system การศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสียชีวิตเทียบกับคนปรกติมากกว่า 10 รายงาน พบว่าสมองส่วน limbic system ได้แก่ amygdala, hippocampus และ parahippocampal gyrus มีขนาดเล็กกว่าปรกติและมีบางรายงานพบว่าเซลล์ประสาทใน hippocampus ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ

4.2 พบว่า lateral และ third ventricle ในสมองผู้ป่วยโรคจิตเภทมีขนาดกว้างขึ้น และ cortical volume มีขนาดลดลง อย่างไรก็ตามลักษณะดังกล่าวยังพบได้ในโรคทางจิตเวชอื่นเช่นกัน

4.3 ปัจจุบันมีการศึกษาการทำงานของสมองโดยใช้ Positron Emission Tomography (PET) พบว่าขณะผู้ป่วยโรคจิตเภททำงานที่ต้องใช้ความคิด สมองส่วน dorsolateral prefrontal cortex ไม่มีการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้นเหมือนที่พบในคนปรกติ

5. Stress-diathesis model เป็นแนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบัน ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

6. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) (มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง คิชฌณิช, 2545:144) ปัจจัยนี้ได้รับการกล่าวถึงมากในช่วงกลางศตวรรษที่ 20 แต่เป็นสิ่งที่ศึกษายาก ในปัจจุบัน ปัจจัยทางจิตสังคมถูกนำมาใช้วางแผนการรักษาหลังจากเริ่มป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงในแง่ของสาเหตุ ตัวอย่างเช่น การกลับป่วย (relapse) ของโรคจิตเภท มีส่วนสัมพันธ์กับ high expressed emotion family หรือ high EE family ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงบ่อย ๆ ร่วมไปกับการผลักดันและวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมากเกินไป

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (2536ข:732-3) ได้กล่าวถึง สภาพทางจิตสังคม (psychosocial) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับบุคคล (Theories regarding the individual)

1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theories) ได้อธิบายถึงความผิดปกติที่สำคัญของโรคจิตเภทว่า เกิดจากความผิดปกติของการจัดระเบียบ ego ซึ่งมีผลต่อการแปลความหมายตามสภาพเป็นจริงและการควบคุมแรงขับภายใน และจากการที่พบบ่อย ๆ ว่าโรคจิตเภทมักเริ่มในระยะวัยรุ่นก็เนื่องจากวัยนี้ต้องการ ego ที่เข้มแข็งในการจัดการกับแรงขับภายใน (internal drives) ที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการแยกจากครอบครัว การเอกลักษณ์ของตนเอง การถูกกระตุ้นจากภายนอกและความต้องการที่จะพึ่งพาตนเอง

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ (learning theories) ได้อธิบายว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทได้เรียนรู้การตอบสนองที่ไม่ถูกต้อง (irrational reactions) และเลียนแบบความคิดของผู้เลี้ยงดูที่มีปัญหาทางอารมณ์

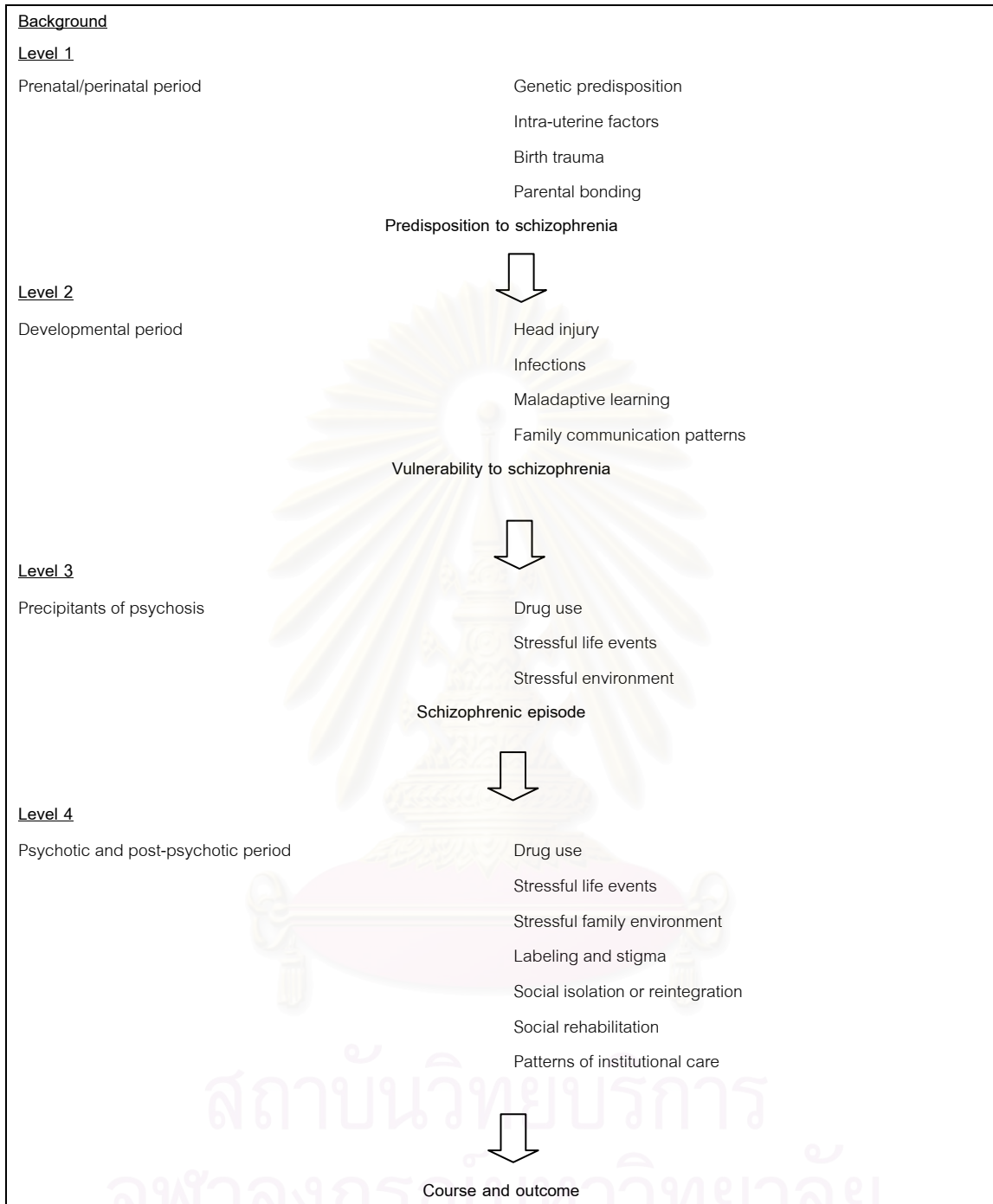
1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัว (theories regarding the family) แม้ว่าจะมีหลายทฤษฎีซึ่งบรรยายถึงครอบครัวในสภาพต่าง ๆ แต่ยังไม่มีความชัดเจนขึ้นใดที่บ่งบอกถึงรูปแบบของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภทอย่างจำเพาะ

จิตแพทย์ส่วนหนึ่งเชื่อว่า ผู้ป่วยที่อาศัยกับครอบครัวหรือญาติที่แสดงอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (High Expressed Emotion) มีอัตราการเกิดอาการซ้ำ (relapse rate) สูง แต่จากการศึกษาของ MC Creadie RG และ Phillips K เมื่อปี 2531 (ในไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2536ข) พบว่าอัตราการเกิดอาการซ้ำไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ด้วยตนเอง และผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติที่ควบคุมอารมณ์ได้ดี หรืออาศัยกับญาติที่แสดงอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอกจากนี้ยังพบว่า ความถี่ของการติดต่อสัมพันธ์กับญาติที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายไม่มีอิทธิพลต่ออัตราการเกิดอาการซ้ำ

2. สภาพสังคม (social) สภาพสังคมแบบอุตสาหกรรม (industrialization) และเมืองใหญ่ (urbanization) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท

ในปีค.ศ. 1985 Wamer ได้สรุปถึงรูปแบบสาเหตุของโรคจิตเภทโดยเรียกว่า "Wamer's vulnerability model" ดังแผนภูมิที่ 2 (อ้างถึงใน ศิริยุพา นันสุนานนท์, 2543:18)

แผนภูมิที่ 2 “Wamer’s vulnerability model”



ลักษณะอาการทางคลินิก (มาโนช หล่อตระกูล, 2545:113-5)

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom) แสดงออกในด้านความคิดผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

1.1 Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

1.2 Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion, religious delusion หรือ grandiose delusion เบื้องต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion

อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการ เช่น loose associations, incoherent speech หรือ tangentiality เป็นต้น

Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปรกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปีสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนงู ๆ กี่ ร้องตะโกน โดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

2.1 Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

2.2 Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกทางอารมณ์จะลดลงมาก

2.3 Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกายผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

2.4 Asociality เก็บตัว เฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

ไพร์ตัน พฤกษชาติคุณากร (2534:733) ได้กล่าวถึงสิ่งสำคัญเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่ควรคำนึงถึง คือ

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกใดที่จะบ่งบอกว่าเป็นโรคจิตเภท โดยมีใช้โรคอื่น (no pathognomonic)
2. อาการของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา
3. ระดับการศึกษา ความสามารถทางด้านสติปัญญาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่แพทย์ควรทราบข้อมูลเหล่านี้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยแยกโรคนี้เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยแต่ละคนก็ไม่ได้เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยไปทั้งหมด ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตเภทซึ่งนิยมใช้กันทั่วไปมี 2 ระบบ ได้แก่ The Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) ซึ่งเป็นระบบการวินิจฉัยของโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน และ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision ซึ่งนิยมเรียกกันว่า ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก แม้ว่าเกณฑ์ในการวินิจฉัยของทั้ง 2 ชุดนี้ค่อนข้างใกล้เคียงกัน แต่ก็ยังมีบางส่วนที่แตกต่างกันบ้าง

นอกจากการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่อาจแตกต่างกันได้แล้ว ยังควรตระหนักด้วยว่า อาการของคนไข้แต่ละอาการอาจมีความหมายแตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมและศาสนา ตัวอย่างเช่น ความเชื่อที่ในวัฒนธรรมหนึ่งเห็นว่าเป็นอาการหลงผิด ในวัฒนธรรมอื่นอาจเห็นว่าเป็นเรื่องปรกติก็ได้ นอกจากนี้ การมีหูแว่วหรือเห็นภาพหลอนที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (เช่น ได้ยินเสียงพระเจ้า ในชาวคริสเตียน) อาจถือว่าเป็นเรื่องปรกติในบางวัฒนธรรม และควรตระหนักด้วยว่า การแสดงออกทางด้านอารมณ์ และภาษาภายในแต่ละวัฒนธรรมอาจแตกต่างกันออกไป

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของ DSM-IV จะอยู่ในหัวข้อ Schizophrenia and Other Psychotic Disorders ซึ่งมีด้วยกันทั้งหมด 6 ข้อ จาก A ถึง F เกณฑ์ข้อ A ยังแบ่งย่อยออกไปอีก การที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะต้องมีลักษณะครบตามเกณฑ์ทั้ง 6 ข้อ ในประเทศไทยได้มีการแปลและเรียบเรียงเป็น DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10) (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และมาโนช หล่อตระกูล, 2539:112-22) ซึ่งผู้เขียนได้นำคำแปลนั้นมาอธิบายเพื่อความเข้าใจที่ง่ายยิ่งขึ้น ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 DSM-IV (Schizophrenia and Other Psychotic Disorders)

Schizophrenia

- A. ลักษณะอาการจำเพาะ: มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีแต่ละอาการอยู่ยาวนานพอสมควรในช่วงเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากรักษาได้ผล)
- (1) อาการหลงผิด
 - (2) อาการประสาทหลอน
 - (3) disorganized speech (เช่น มี derailment หรือ incoherence อยู่บ่อย ๆ)
 - (4) มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonic อย่างเห็นได้ชัด
 - (5) อาการด้านลบ (negative symptom) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition)
- หมายเหตุ: เพียงอาการเดียวในเกณฑ์ข้อ A ก็เพียงพอ หากอาการหลงผิดเป็นแบบ bizarre หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน
- B. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน: ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านสำคัญ ๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่ยาวนานพอสมควร (หรือหากเริ่มป่วยตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น ผู้ป่วยมีพัฒนาการไม่ถึงเป้าหมายตามวันในด้านของสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียน หรือการทำงาน)
- C. ระยะเวลา: มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องอาการตามเกณฑ์ข้อ A (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (prodromal symptom) หรืออาการหลงเหลือ (residual symptom) ด้วย ในระยะเริ่มต้นหรือระยะหลงเหลือ อาจมีอาการเพียงแต่อาการด้านลบ หรืออาการตามเกณฑ์ในข้อ A สองข้อขึ้นไป แต่อาการเบาบางกว่า (เช่น มีความคิดแปลก ๆ มีการรับรู้ที่ต่างไปจากปกติ (unusual perceptual experience))
- D. ไม่รวมถึง Schizoaffective และ Mood Disorder: ต้องแยกโรค Schizoaffective และ Mood Disorder ที่มีอาการโรคจิต โดยข้อใดข้อหนึ่งใน (1) ไม่มี Major Depressive, Manic หรือ Mixed Episode ในระยะอาการโรคจิตกำเริบ หรือ (2) หากมีอาการด้านอารมณ์ขณะที่อาการโรคจิตกำเริบ ช่วงเวลาที่มีอาการด้านอารมณ์โดยรวมทั้งหมดจะสั้น เมื่อเทียบกับระยะอาการโรคจิตกำเริบและระยะที่มีอาการโรคจิตหลงเหลือ ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย: อาการไม่ได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย
- E. ความเกี่ยวข้องกับ Pervasive Developmental Disorder: หากมีประวัติของ Autistic Disorder หรือ Pervasive Developmental Disorder อื่น ๆ จะวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อยหนึ่งเดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

ตารางที่ 3 DSM-IV (Schizophrenia and Other Psychotic Disorders) (ต่อ)

กลุ่มอาการย่อย (Subtypes)

จัดกลุ่มย่อยตามลักษณะอาการเด่นในช่วงที่ประเมินผู้ป่วย

295.30 Paranoid Type

เป็นกลุ่มที่มีลักษณะตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- A. หมกมุ่นกับอาการหลงผิดตั้งแต่หนึ่งอาการขึ้นไป หรือมีอาการหูแว่วอยู่บ่อย ๆ
- B. ไม่มีอาการต่อไปนี้เป็นอาการเด่น: disorganized speech, พฤติกรรม disorganized หรือ catatonic หรือมีอาการเรียงเฉยหรือไม่เหมาะสม

295.10 Disorganized Type

เป็นกลุ่มที่มีลักษณะตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- A. มีอาการเด่นต่อไปนี้ทั้งหมด
 - (1) disorganized speech
 - (2) disorganized behavior
 - (3) อาการเรียงเฉยหรือไม่เหมาะสม
- B. อาการไม่เข้ากับ Catatonic Type

295.20 Catatonic Type

เป็นกลุ่มที่มีลักษณะทางคลินิกเด่นตามเกณฑ์ต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป

- (1) ไม่มีการเคลื่อนไหว โดยมี catalepsy (รวมถึง waxy flexibility) หรือ stupor
- (2) มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ (โดยปราศจากจุดหมาย และไม่ขึ้นกับสิ่งเร้าภายนอก
- (3) มีการต่อต้าน (negativism) อย่างมาก (ต่อต้านต่อทุกคำสั่งอย่างเห็นได้ชัดโดยปราศจากจุดหมาย หรือเกร็งแข็งอยู่ในท่าเดิมด้านความพยายามที่จะให้เคลื่อนไหว หรือ ไม่พูด (mutism)
- (4) มีการเคลื่อนไหวชนิดอยู่ได้อ่านาจิตใจ (voluntary) ที่มีท่าทางแปลก ๆ โดยมี posturing (ตั้งใจอยู่ในท่าทางที่แปลก ๆ หรือ ไม่เหมาะสม) มี stereotyped movement, mannerism ที่ชัดเจน หรือ grimacing ที่ชัดเจน
- (5) echolalia หรือ echopraxia

295.90 Undifferentiated Type

เป็นกลุ่มอาการตามเกณฑ์ข้อ A. แต่ไม่เข้ากับเกณฑ์ของ Paranoid, Disorganized หรือ Catatonic Type

295.60 Residual Type

เป็นกลุ่มที่มีลักษณะตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- A. ไม่มีอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน disorganized speech หรือพฤติกรรมแบบ Disorganized หรือ Catatonic ที่ชัดเจน
- B. ยังคงมีความอาการของความผิดปกติอยู่ โดยการมีอาการด้านลบ หรือมีอาการตามเกณฑ์ในข้อ A. ของ Schizophrenia สองข้อขึ้นไป แต่อาการเบาบางกว่า (เช่น มีความคิดแปลกๆ มีการรับรู้ที่ต่างไปจากปกติ (unusual perceptual experience)

ตารางที่ 3 DSM-IV (Schizophrenia and Other Psychotic Disorders) (ต่อ)

การจำแนกการดำเนินโรคระยะยาวใน Schizophrenia

จะระบุหัวข้อต่อไปนี้ ต่อเมื่อผู้ป่วยได้ป่วยมารานอย่างน้อย 1 ปี ตั้งแต่ระยะแรกที่มีอาการ โรคจิตกำเริบ:

Episodic With Interepisode Residual Residual Symptoms: เมื่อการดำเนินโรคเป็นแบบมีระยะอาการกำเริบตามเกณฑ์ข้อ A. ของ Schizophrenia เป็นช่วง ๆ ร่วมกับมีอาการหลงเหลือ (residual symptom) ที่มีความสำคัญทางคลินิกในระหว่างนั้น

With Prominent Negative Symptoms: สามารถระบุเพิ่มเติมหากอาการระหว่างนั้นเป็นอาการด้านลบอย่างชัดเจน

Episodic With No Interepisode Residual Symptoms: เมื่อการดำเนินโรคเป็นแบบมีระยะอาการกำเริบตามเกณฑ์ข้อ A. ของ Schizophrenia เป็นช่วง ๆ และไม่มีอาการหลงเหลือ (residual symptoms) ที่มีความสำคัญทางคลินิกในระหว่างนั้น

Continuous: เมื่อตลอดระยะเวลาของการดำเนินโรค (หรือแทบตลอด) ผู้ป่วยมีแต่อาการตามเกณฑ์ข้อ A.

With Prominent Negative Symptoms: สามารถระบุเพิ่มเติมหากมีอาการเด่นด้านลบร่วมด้วย

Single Episode In Partial Remission: เมื่อผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. ของ Schizophrenia หนึ่งครั้ง ร่วมกับมีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกอยู่บ้าง

With Prominent Negative Symptoms: สามารถระบุเพิ่มเติมหากอาการหลงเหลือเหล่านี้ประกอบด้วยอาการเด่นด้านลบ

Single Episode In Full Remission: เมื่อผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. ของ Schizophrenia เพียงครั้งเดียว และไม่มีอาการหลงเหลือที่มีความสำคัญทางคลินิกหลังจากนั้น

Other or Unspecified Pattern: หากมีการดำเนินโรคเป็นแบบอื่น ๆ หรือไม่สามารถระบุได้

Less Than 1 year Since of Initial Active-Phase Symptoms

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท ของ ICD-10 จะอยู่ในหัวข้อ F20-F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. สำหรับในประเทศไทย สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช The ICD-10 ดังนี้

ตารางที่ 4 ICD-10 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders)

F.20 Schizophrenia

โรคจิตเภท โรคต่าง ๆ ในกลุ่มนี้ได้แก่

F20.0 โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง Paranoid schizophrenia

F20.1 โรคจิตเภทชนิด Hebephrenic

F20.2 โรคจิตเภทชนิด Catatonic

F20.3 โรคจิตเภทแบบผสม Undifferentiated schizophrenia

F20.4 โรคซึมเศร้าหลังป่วยด้วยโรคจิตเภท Post-schizophrenic depression

F20.5 โรคจิตเภทแบบหลงเหลือ Residual schizophrenia

F20.6 โรคจิตแบบเรียบ Simple schizophrenia

F20.8 โรคจิตเภทแบบอื่น Other schizophrenia

F20.9 โรคจิตเภทแบบไม่เฉพาะเจาะจง Schizophrenia, unspecified

A fifth character may be used to classify course: ตัวหลักที่ 5 ใช้เพื่อบอกการดำเนินโรค

F20.x0 แบบต่อเนื่อง Continuous

F20.x1 แบบเป็นครั้งคราวและมีการเสื่อมลงเรื่อย ๆ Episodic with progressive deficit

F20.x2 แบบเป็นครั้งคราวและมีการเสื่อมคงที่ Episodic with stable deficit

F20.x3 แบบมีอาการเป็นพัก ๆ Episodic remittent

F20.x4 แบบทุเลาไม่สมบูรณ์ Incomplete remission

F20.x5 แบบทุเลาสมบูรณ์ Complete remission

F20.x8 แบบอื่น ๆ Other

F20.x9 มีสังเกตอาการน้อยกว่า 1 ปี Period of observation less than one year

นพ.มานิช หล่อตระกูลและนพ.ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของ ICD-10 ไว้ดังนี้

แนวทางในการวินิจฉัยโรคจิตเภทของ ICD-10 ได้แก่ มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ (ถ้าอาการชัดเจน) หรือ 2 อาการ (ถ้าอาการไม่ชัดเจน) แทบตลอดระยะเวลา 1 เดือน

- อาการหลงผิดว่าความคิดถูกควบคุม เช่น thought echo (เชื่อว่าเสียงดังตามที่คิด), thought insertion (เชื่อว่ามีคนอื่นสอดใส่ความคิดเข้ามาในตนเอง), thought withdrawal (มีความรู้สึกว่าง ๆ ความคิดเกิดหายไปกะทันหัน จากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป), thought broadcasting (รู้สึกว่าความคิดของตนเองแผ่ออกไปภายนอก จนคนอื่น ๆ รอบข้างทราบกันหมดว่าตนเองคิดอะไรอยู่)
- Delusions of control (เชื่อว่าอารมณ์ความรู้สึก แรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นมีใช่ของตนเอง หากเป็นจากอำนาจภายนอกมาควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้น ตนเองเป็นเหมือนหุ่นที่คอยทำตามการควบคุม) delusional perception (ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ปรกติ แต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะเกิดเหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มี ความเกี่ยวข้องกัน)
- ผู้ป่วยมีหูแว่วได้ยินเสียงคนพูดหรือวิจารณ์ถึงการกระทำหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย หรือมีเสียงคนถกเถียงกัน โดยมีเนื้อหาพาดพิงถึงตัวผู้ป่วย หรือได้ยินเสียงจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
- มีความหลงผิดซึ่งเมื่อพิจารณาตามวัฒนธรรมของผู้ป่วยแล้วเป็นไปได้เลย เช่น หลงผิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญทางศาสนาหรือการเมือง หรือมีความสามารถพิเศษหรือคุณธรรมคา (เช่น ควบคุมลมฝนได้ หรือติดต่อกับมนุษย์ต่างดาวได้)

หรือ

มีอาการต่อไปนี้อย่างชัดเจน อย่างน้อย 2 อาการในช่วงเวลา 1 เดือน

- มีประสาทหลอนอยู่ยาวนาน ร่วมกับมีอาการหลงผิดที่ไม่เด่นชัด โดยที่ไม่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเรื่องของอารมณ์อย่างชัดเจน หรือมี over-valued ideas ที่ฝังแน่น หรือมีทุก ๆ วัน นานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน
- กระแสความคิดหยุดชะงักหรือขาดช่วง ทำให้การพูดไม่ปะติดปะต่อ (incoherence or irrelevant speech) หรือใช้ศัพท์ที่มีแต่ตนเองที่เข้าใจ (neologisms)
- พฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ได้แก่ catatonic excitement, posturing, or waxy flexibility, negativism, mutism และ stupor
- อาการด้านลบ ได้แก่ ไร้อารมณ์ พุดน้อยหรือไม่พูด การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก ทำให้การเข้าสังคมแย่ลง ทั้งนี้ต้องไม่เป็นจากภาวะซึมเศร้าหรือเป็นจากรักษาโรคจิต
- อุปนิสัยบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน ได้แก่ ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ ไร้จุดหมายในชีวิต ใช้จ่ายคร้าน หมกมุ่นกับตัวเอง และไม่เข้าสังคม

แนวทางการวินิจฉัยได้เตือนว่า หากเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หรือเมเนียมาก ยังไม่ควรให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท จนกว่าจะเห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทก่อนมีอาการ

ด้านอารมณ์ นอกจากนี้ไม่ควรให้การวินิจฉัยโรคจิตเภท หากผู้ป่วยมีความผิดปกติทางสมองอย่างชัดเจน หรือในขณะที่มีอาการจากภาวะเป็นพิษจากสารเสพติด หรืออาการถอนยา

นอกจากนี้ยังได้มีการเปรียบเทียบเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งสองแบบ ไว้เป็นตารางดังนี้(มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

ตารางที่ 5 สรุปความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่าง ICD-10 และ DSM-IV

	ICD-10	DSM-IV
อาการ	<ul style="list-style-type: none"> ● พุดถึงอาการด้านบวก และอาการด้านลบที่จำเป็นในวินิจฉัยโรค พร้อมทั้งรายละเอียดของลักษณะอาการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● พุดถึงอาการด้านบวก และอาการด้านลบ พร้อมทั้งรายละเอียด โดยเน้นที่อาการด้านบวกมากกว่า
ระยะเวลาที่มีอาการ	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบุว่าต้องมีระยะอาการกำเริบนานอย่างน้อย 1 เดือน ● สามารถให้การวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทได้ หากผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป 	<ul style="list-style-type: none"> ● สามารถให้การวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทได้หากผู้ป่วยมีอาการนานตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ● สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทได้หากผู้ป่วยมีอาการนานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
การดำเนินโรค	<ul style="list-style-type: none"> ● แบ่งการดำเนินโรคออกเป็นหลายลักษณะ แต่ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียด 	<ul style="list-style-type: none"> ● แบ่งการดำเนินโรคพร้อมกับกล่าวถึงรายละเอียดของแต่ละลักษณะ

แนวทางในการวินิจฉัยโรคจิตเภทและการประเมินอาการ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542:25)

สำหรับในการประเมินว่าผู้ป่วยเป็น โรคจิตเภทหรือไม่ เราจะใช้กระบวนการ ซึ่งปรากฏใน ตารางที่ 6 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 6 ขั้นตอนในการวินิจฉัยโรคจิตเภท

- การสัมภาษณ์ทางจิตเวช
- ประวัติการพัฒนาการและประวัติทางสังคม
- ประวัติความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตเวช
- ประวัติความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตเวชในครอบครัว
- การตรวจสภาพจิต
 - การตรวจโดยอาศัยทักษะการสังเกต, การสัมภาษณ์ของจิตแพทย์ (ข้อมูลส่วนนี้ได้จากการสัมภาษณ์)
 - การตรวจโดยใช้แบบคำถามที่แน่นอน (แบบคำถามข้างเคียงเพื่อประเมินความผิดปกติด้าน cognitive)
- การตรวจร่างกาย
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตรวจเลือดและปัสสาวะ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ)

รายละเอียดเพิ่มเติมจากในตารางมีดังนี้

1. การสัมภาษณ์ทางจิตเวช การสัมภาษณ์ทางจิตเวช เป็นขั้นตอนในการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญที่สุด โดยจะสอบถามข้อมูลต่าง ๆ ด้านล่างนี้จากผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง (เช่น คนในครอบครัว ตำรวจ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง)

- 1.1 อาการสำคัญ
- 1.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
- 1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย กับสิ่งแวดล้อม
- 1.4 ประวัติการใช้สุรา ยา และสารเสพติด

ในด้านประวัติปัจจุบัน จะประเมินว่าผู้ป่วยมีอาการสำคัญอะไร (เช่น หลงผิด ประสาทหลอน) ในช่วงของการเจ็บป่วยครั้งนี้ และเริ่มมีอาการอย่างไร ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นี้บางส่วนบันทึกในประวัติปัจจุบัน และบางส่วนของบันทึกลงในส่วนของการตรวจสภาพจิต

2. ประวัติการพัฒนาการและประวัติทางสังคมของผู้ป่วย ได้มาจากการสัมภาษณ์เช่นกัน โดยข้อมูลจะรวบรวมจากหลาย ๆ แหล่ง ทั้งจากผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องใกล้ชิด และจากบันทึกประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย

- 2.1 สัมพันธภาพของผู้ป่วยที่มีต่อบุคคลในครอบครัว
- 2.2 ประสบการณ์ในช่วงต้นของชีวิตผู้ป่วย
- 2.3 ประวัติการศึกษา และทางสังคม
- 2.4 สภาพสังคมรอบตัวที่มีส่วนช่วยเหลือค้ำจุนผู้ป่วย
- 2.5 อิทธิพลของวัฒนธรรม ศาสนา และสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

3. ประวัติความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตเวช ประวัติส่วนนี้ได้จากผู้ป่วย คน ใกล้ชิดและบันทึกทางการแพทย์ โดยจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในอดีต และการรักษา (ทั้งทางกายและทางจิตเวช

4. ประวัติความเจ็บป่วยทางกายและทางจิตเวชในครอบครัว ประวัติส่วนนี้ได้จากผู้ป่วย บุคคล ใกล้ชิด และจากบันทึกทางการแพทย์เช่นกัน โดยเป็นประวัติของบุคคลที่เป็นเครือญาติทั้งทางตรงและทางอ้อม (first or second degree relatives) ประวัติที่สำคัญ เช่น พี่น้องของผู้ป่วย เคยมีใครฆ่าตัวตาย ใ้ใหม่ หรือในครอบครัวมีใครที่เป็น Huntington's disease บ้าง (Huntington's disease เป็นโรคทางระบบประสาทที่เรื้อรัง โดยผู้ป่วยมีอาการร่างกายเคลื่อนไหวผิดปกติทั้งที่หน้าและแขนขา ร่วมกับมีสติปัญญาเสื่อมลงเรื่อย ๆ

5. การตรวจสภาพจิต เป็นกระบวนการที่รวมทั้งการสังเกต การประเมินจากการสนทนา ร่วมกับแบบคำถามที่ประเมินด้านต่าง ๆ ผู้ป่วย โดยจะประเมินในเรื่อง

5.1 ลักษณะท่าทาง โดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีพฤติกรรมแปลกๆ แต่งตัวแปลก ๆ

5.2 อารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์อาจไม่เหมาะสม หัวเราะ ยิ้มคนเดียว หรืออาจมีอารมณ์เฉยเมยไม่ค่อยแสดงออก

5.3 การแสดงของความคิด กระบวนการคิดแสดงโดยผ่านทางกรพูด ผู้ป่วยอาจพูดเนื้อหาไม่ต่อเนื่องกัน (loosening of association) ตอบไม่ตรงคำถาม

5.4 เนื้อหาของความคิด เช่น อาการหลงผิด คิดอยากตาย และ/หรือ อยากทำร้ายผู้อื่น

5.5 การรับรู้ เช่น ประสาทหลอน ที่พบบ่อย ได้แก่ auditory hallucination เสียงคนพูดวิจารณ์ หรือเสียงคนคุยกันเรื่องของผู้ป่วย

5.6 คำถามที่ใช้เพื่อประเมินผู้ป่วยในเรื่องระดับการรับรู้ สติสัมปชัญญะ การรู้กาล/สถานที่ และหน้าที่ทาง cognitive ต่าง ๆ ได้แก่ สมาธิ/ความใส่ใจ ความจำทันทีหลังได้รับข้อมูล ความจำระยะสั้น ความจำระยะยาว ความรู้รอบตัว ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม ความเข้าใจว่าตนเองป่วย ความสามารถในด้านความจำของผู้ป่วยมักไม่พบพร่อง ในด้านสมาธิอาจบกพร่องบ้างแต่ไม่มาก ผู้ป่วยอาจมีความคิดในเชิงนามธรรมแปลก ๆ และแทบทุกรายจะไม่คิดว่าตนเองป่วย

6. การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกายอย่างละเอียด รวมทั้งสอบถามถึงอาการในทุก ๆ ระบบของร่างกาย เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้มีโรคทางกายที่อาจเป็นสาเหตุของอาการทางจิตนี้ โดยเฉพาะในการป่วยครั้งแรก ตัวอย่างเช่น อาการของโรคหัวใจอาจบ่งว่ามีการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงสมองน้อย ซึ่งอาจทำให้สมองทำหน้าที่ผิดปกติไป นอกจากนี้ควรตรวจทางด้านประสาทวิทยาโดยละเอียด เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีโรคในสมอง เช่น โรคหลอดเลือดหรือเนื้องอกในสมอง และผลการตรวจร่างกายยังมีส่วนช่วยในการตัดสินใจใช้ยา เพื่อให้มีผลเสียต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด

7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจส่งผู้ป่วยตรวจเพิ่มเติมพิเศษทางห้องปฏิบัติการ ตามแต่ผลการประเมินเบื้องต้นว่า ยังมีข้อสงสัยอะไรอีกหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย หรือเพื่อช่วยให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้ป่วยด้วยโรคสำคัญอื่น ๆ ตัวอย่าง เช่น การตรวจปัสสาวะ และเลือด (เช่น หาความีสารเสพติดหรือไม่) หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ (เช่น CT scan, MRIs)

การดำเนินโรค (มาโนช หล่อตระกูล, 2545:121-2)

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่งลง ญาติสงสัยว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัย หรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะช่วงเวลานี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลเรื่อง ๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระแยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

ตารางที่ 7 The natural history of schizophrenia : a five-year follow-up

22 % กลุ่มที่ 1	มีอาการเพียงครั้งเดียว
35% กลุ่มที่ 2	มีอาการหลายครั้ง โดยกลับสู่ภาวะปกติหรือเกือบปกติ
8% กลุ่มที่ 3	มีความบกพร่อง (impairment) หลังจากป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ
35% กลุ่มที่ 4	มีความบกพร่องเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ หลังการป่วยแต่ละครั้ง โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ

การพยากรณ์โรค (มาโนช หล่อตระกูล, 2545:123)

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มามีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย (ดูตารางที่ 8) นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง

ตารางที่ 8 การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยากรณ์โรคดี	การพยากรณ์โรคไม่ดี
1. เริ่มมีอาการขณะอายุมาก	1. เริ่มมีอาการขณะอายุน้อย
2. มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน	2. ไม่พบปัจจัยกระตุ้น
3. อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน	3. อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป
4. มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย	4. อารมณ์เรียบเฉยแยกตัวเอง
5. ลักษณะอาการแบบ paranoid หรือ catatonic	5. ลักษณะอาการแบบ disorganized หรือ undifferentiated
6. เป็นกลุ่มอาการด้านบวก	6. เป็นกลุ่มอาการด้านลบ
7. การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ	7. การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมไม่ดีก่อนเกิดอาการ
8. มีประวัติ mood disorders ในครอบครัว	8. มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว

ตารางที่ 8 การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท (ต่อ)

9. เป็นมาไม่นานก่อนรักษา	9. เป็นมานานก่อนรักษา
10. สมรสหรือมีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด	10. โสด ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล

การรักษา (มาโนซ หล่อตระกุล, 2545:123-6)

1. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะใช้ในกรณีต่อไปนี้

- 1.1 มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- 1.2 มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- 1.3 เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- 1.4 มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหานั้นออกไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2. การรักษาด้วยยา ซึ่งจะกล่าวโดยละเอียดในบทต่อไป

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วยนอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe depression ร่วมด้วย

4. การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตนี้เป็นส่วนสำคัญการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจเหลือเกิน นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในรูปแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

4.2 การให้การแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family counseling or psychoeducation) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้ บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิด

กับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณี การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3. กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4. นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

หลักในการรักษา (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542:47)

การรักษาอาจแบ่งเป็น 3 ระยะใหญ่ ตามลักษณะอาการ

1. การรักษาในระยะอาการกำเริบ (acute treatment)

หมายถึง การรักษาในระยะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการด้านบวกกำเริบ ทั้งในการป่วยครั้งแรก หรือครั้งถัด ๆ มา

เป้าหมายของการรักษาคือ

- 1.1 ควบคุมอาการที่กำเริบให้ได้โดยเร็ว
- 1.2 จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
- 1.3 ควบคุมอาการก้าวร้าวรุนแรง
- 1.4 สร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วยและญาติ

ควรเริ่มให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งเป็นระยะที่ญาติเห็นความสำคัญของการรักษา เพื่อที่เขาจะได้ร่วมมือด้วยดีในระยะต่อ ๆ ไป ในระยะนี้การปรับขนาดยาและการให้การรักษาช่วยเหลือในด้านจิตสังคมอย่างจริงจังเป็นเรื่องสำคัญ

ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกต้องทำการตรวจอย่างละเอียดรวมทั้งส่งตรวจพิเศษตามที่เห็นว่าจำเป็น เพื่อแยกจากโรคทางกาย หรือจากสารที่ทำให้เกิดอาการคล้ายคลึงกับโรคจิตเภท

ในระยะนี้อาจจะรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลดังรายละเอียดข้างต้น สิ่งที่ต้องระวังในระยะนี้คือความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามทุกครั้ง รวมทั้งเสียงแว่วที่สั่งหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่มีลักษณะเหล่านี้จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะที่อาจก่อความรุนแรง หรืออาจทำอันตรายผู้อื่น

การรักษาทางจิตสังคมในระยะนี้จะเน้นการลดสิ่งเร้าหรือความกดดันที่มีต่อผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมควรส่งเสริมความรู้สึกผ่อนคลาย สงบ หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยหรือให้ทำกิจกรรมที่ยุ่งยากหรือต้องใช้สมาธิความตั้งใจมาก การสื่อสารควรสั้น ๆ ชัดเจน กิจกรรมประจำวันควรชัดเจนแน่นอน

2. การรักษาในระยะอาการทุเลา (Stabilization phase)

ระยะนี้อาการต่าง ๆ ที่กำเริบเริ่มทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพอควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น อาการด้านบวกยังคงมีอยู่ แต่ความรุนแรงลดลง

เป้าหมายของการรักษา คือ

- 2.1 ลดความกดดันที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย
- 2.2 ให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ
- 2.3 ช่วยในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม
- 2.4 ควบคุมอาการ

ยาที่ใช้ในระยะนี้ควรเท่ากับขนาดในระยะอาการกำเริบนานอย่างน้อย 6 เดือน ระยะนี้กิจกรรมต่าง ๆ อาจไม่ต้องชัดเจนและแน่นอนมากเหมือนในระยะแรก ควรช่วยในการปรับตัวการปรับพฤติกรรมให้อยู่ในสังคมได้ โดยเฉพาะกับสภาพที่บ้าน หากกลับไปทำงานควรเปลี่ยนลักษณะงานเป็นงานที่ยังไม่ต้องรับผิดชอบ หรือมีความกดดันมากนัก การบอกกับญาติว่าเป็นระยะพักฟื้นอาจทำให้เข้าใจง่ายขึ้น และไม่คาดหวังในตัวผู้ป่วยมากอันอาจเป็นการกดดันต่อผู้ป่วย

3. การรักษาในระยะอาการคงที่ (stable phase) แม้ว่าจะมีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งที่เมื่อหายแล้วหายขาด แต่ส่วนใหญ่แล้วยังมีโอกาสกลับมาเป็นใหม่ได้ปัจจุบันยังไม่มีทางรักษาให้หายขาด ดังนั้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยมีอาการหลายครั้งจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดต่อเนื่องระยะยาว

เป้าหมายสำคัญของการรักษาระยะยาว

- 3.1 ป้องกันการกำเริบ การกลับมาเป็นซ้ำ หรือช่วงอาการเฉียบพลันอีก
- 3.2 ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสังคมได้
- 3.3 ป้องกันผลข้างเคียงของการรักษา

ตอนที่ 2 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

ปัจจุบันยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) หรือบางตำราใช้ยาต้านโรคจิต (วิรุฒิ เอกกมลกุล, 2537:28) จัดได้ว่าเป็นการรักษาหลักสำหรับโรคจิต โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) เหตุผลในการใช้ยารักษาโรคนี้คือ ให้ยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เราเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคนี้ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) และยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิผลในการการรักษาดีกว่าและสะดวกกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) แพทย์บางคนอาจเรียวยารักษาโรคจิตว่า Neuroleptic (แปลว่า “ทำลายประสาท”) ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว คำว่า Neuroleptic นั้นควรใช้กับยารักษาโรคจิตชนิดที่ทำให้เกิด Extrapyraximal syndrome (EPS) แบบ Parkinsonism เท่านั้น (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

พัฒนาการของยารักษาโรคจิต (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545; ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534ค)

การค้นพบ Chlorpromazine ซึ่งเป็นยารักษาโรคจิตตัวแรกโดย John Deley และ Pierre Deniker ในปี ค.ศ. 1952 บางตำราบอกว่าเจอในปี พ.ศ. 2493 (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534ค:1019) ซึ่งเทียบได้กับปี ค.ศ. 1950 ซึ่งจัดว่าเป็นความก้าวหน้าครั้งสำคัญในทางจิตเวช แม้ว่ายานี้จะไม่สามารถรักษาผู้ป่วยโรคจิตให้หายขาดได้ แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถออกจากอาการกำกวมในโรงพยาบาลไปอาศัยอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งจากการศึกษาทราบว่าก่อนการค้นพบยาต้านโรคจิตนั้น ผู้ป่วยโรคจิตเภท 2 ใน 3 คน ใช้เวลาของเขาเกือบตลอดชีวิตในโรงพยาบาลจิตเวช (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534ค: 1019)

เนื่องจากการค้นพบ Chlorpromazine เป็นการค้นพบโดยบังเอิญ นักวิจัยในสมัยนั้นจึงยังไม่ทราบถึงกลไกการออกฤทธิ์ของยานี้ การพัฒนายารักษาโรคจิตในช่วง 2 ทศวรรษหลังจากนั้นจึงเน้นที่การสังเคราะห์ยาที่มีโครงสร้างคล้ายกับ Chlorpromazine แล้วนำมาศึกษาวิจัยทางคลินิกเพื่อทดสอบประสิทธิผลของยา การพัฒนายาในลักษณะนี้ทำให้ได้ยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิม (Conventional antipsychotics) เพิ่มขึ้นอีกหลายตัว แต่ยาที่ค้นพบเพิ่มขึ้นเหล่านี้ไม่ได้มีประสิทธิผลในการรักษาเพิ่มขึ้นเลย นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิมตัวหนึ่ง การเปลี่ยนไปใช้ยาตัวอื่นที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันทำให้ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 9 เท่านั้นที่อาการดีขึ้น

การนำเสนอแนวคิดของ Strauss เกี่ยวกับอาการเชิงบวก (Positive symptoms) เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน และอาการชนิดลบ (Negative symptoms) เช่น อารมณ์ที่อืดท้อ ที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมไปถึงแนวคิดที่ว่า อาการดังกล่าวน่าจะมีกระบวนการของโรค (Disease process) และการตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตที่แตกต่างกันของ Crow รวมทั้งองค์ความรู้ด้านประสาทวิทยาที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงหลังปี ค.ศ.1970 ทำให้เกิดการคิดค้นยาใหม่ขึ้นหลายตัว โดยเฉพาะ

ยารักษาโรคจิตชนิดนอกแบบ (Atypical antipsychotics) เช่น Clozapine ที่เริ่มนำมาใช้รักษาโรคจิตเภทตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989

การจำแนกยารักษาโรคจิต

จากการทบทวนเอกสารทั้งที่เป็นตำราภาษาไทยและภาษาอังกฤษรวมถึงงานวิจัยต่าง ๆ จะพบการจัดหมวดหมู่ยารักษาโรคจิตแบบง่าย ๆ คือการจัดแบบ กลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ ซึ่งมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ แต่ทั้งหมดจะหมายถึงยาในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งจะขอรวบรวมไว้เป็นตารางดังนี้

ตารางที่ 9 ชื่อของประเภทยารักษาโรคจิต (Antipsychotic or Neuroleptic)

	กลุ่มเก่า	กลุ่มใหม่
ภาษาไทย	<ul style="list-style-type: none"> ● ยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า ● ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมหรือตั้งเดิม 	<ul style="list-style-type: none"> ● ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ● ยารักษาโรคจิตชนิดนอกแบบ ● ยารักษาโรคจิตชนิดผิดปกติ
ภาษาอังกฤษ	<ul style="list-style-type: none"> ● Typical ● Conventional ● Classical ● Dopamine antagonists:DA 	<ul style="list-style-type: none"> ● Atypical ● Novel ● Serotonin-Dopamine antagonists:SDAs

การแบ่งชนิดของยาเป็นกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่จะมีรายละเอียดดังนี้ (จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2539; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

1. ยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า (Typical antipsychotics) ลักษณะสำคัญของยารักษาโรคจิตกลุ่มนี้คือ มีฤทธิ์ปิดกั้น dopamine D₂ receptors ในสมองด้วย affinity ที่แตกต่างกัน และความสามารถในการปิดกั้น dopamine D₂ receptors นี้ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา ซึ่งทฤษฎีนี้ได้รับการยอมรับมาตั้งแต่เริ่มมีการค้นพบ “Dopamine hypothesis of Schizophrenia” เมื่อ 30 ปีที่แล้ว การจำแนกยาในกลุ่มนี้อาจทำได้ 2 วิธีคือ การจำแนกโดยอาศัยโครงสร้างทางเคมี และการจำแนกโดยอาศัยความแตกต่างของขนาดยาที่เทียบเท่ากัน (equivalent dose) กับ Chlorpromazine ซึ่งบ่งชี้ความแรง (potency) ของยา การจำแนกยาในลักษณะหลังนี้ทำให้สามารถแบ่งยาออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือยาที่มีความแรงสูง ความแรงปานกลาง และความแรงต่ำ

ตารางที่ 10 การจำแนกยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิม ขนาดยาที่เทียบเท่ากัน และคุณสมบัติทางเภสัชวิทยา ดัดแปลงจาก Kirch และ Issa (1995) และ American Psychiatric Association Practice Guideline (1993) (อ้างถึงในมานิต ศรีสุรภานนท์, 2545:21)

ยา	ขนาดยาที่ เทียบเท่ากับ Chlorpromazine (mg) - ความแรง	Receptor blockade affinity			
		Dopamine D ₂	Histamine H ₁	Muscarinic M ₁	Adrenergic α ₁
Phenothiazine					
Chlorpromazine	100 - ต่ำ	+++	+++	+++	+++
Thioridazine	100 - ต่ำ	+	+++	+++	+++
Perphenazine	10 - ปานกลาง	++	++	++	++
Trifluoperazine	5 - สูง	++	++	++	++
Fluphenazine	2 - สูง	+++	+	+	+
Thioxanthenes					
Thiothixene	5 - สูง	+++	+	+	+
Butyrophenones					
Haloperidol	2 - สูง	+++	+	+	+
Dibenzoxapine					
Loxapine	15 - ปานกลาง	++	++	++	++
Dihydroindolone					
Molidone	10 - ปานกลาง	++	+	++	++

ในขณะที่ขนาดยาที่เทียบเท่ากับ Chlorpromazine เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงอยู่เสมอในการคำนวณและปรับเปลี่ยนขนาดยาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ตัวเลขของขนาดยาที่เทียบเท่ากันซึ่งแสดงในตารางที่ 10 อาจแตกต่างกันได้มากตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

ยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิมจัดว่ามีประโยชน์มากในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ยาเหล่านี้ก็มีข้อจำกัดหลายประการ คือ

(1) แม้ว่าผู้ป่วยราวร้อยละ 75 จะมีอาการดีขึ้นมากภายใน 6 สัปดาห์หลังได้รับยา แต่มีผู้ป่วยราวร้อยละ 25 อาจหายจากโรคได้แต่ก็มีการกลับป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยราวร้อยละ 50 ยังคงมีอาการทางจิตอยู่ แม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาเหล่านี้

(2) อาการที่ค้ำขึ้นส่วนใหญ่เป็นอาการชนิดบวก อาการชนิดลบซึ่งมีผลต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ด้วยเช่นกันมักไม่ค้ำขึ้นเท่าที่ควร

(3) การที่ยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิมมีความจำเพาะในการออกฤทธิ์ต่ำ ยาเหล่านี้จึงมีผลไม่พึงประสงค์หลายประการ โดยเฉพาะ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหวชนิด Extrapyrimal side effects (EPS) ซึ่งมักนำไปสู่การไม่ร่วมมือในการใช้ยา

แม้ว่าในระยะต่อมา จะมีการพัฒนาบางตัวในกลุ่มนี้ให้เป็นยาชนิดที่สามารถออกฤทธิ์ได้นาน ประมาณ 1-4 สัปดาห์ เช่น Haloperidal decanoate แต่ยาชนิดเหล่านี้ก็ไม่แตกต่างจากยาชนิดรับประทานมากนัก จากปัญหาดังกล่าว ทำให้เกิดความพยายามที่จะค้นคว้าหายารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิผลมากขึ้นหรือมีผลไม่พึงประสงค์น้อยลง

2. ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic) หรือยารักษาโรคจิตชนิดนอกแบบ (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) เป็นยาที่มีความแตกต่างกับยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า คือ เป็นยาที่ถูกออกแบบขึ้นมาให้มีฤทธิ์ปิดกั้นทั้ง D_2 และ $5-HT_{2A}$ receptors ใน โมเลกุลเดียวกัน และจะต้องมีฤทธิ์ในการปิดกั้น $5-HT_{2A}$ receptors มากกว่า D_2 receptors (จุฑามณี สุทธิศิริสังข์, 2539) มีประสิทธิผลต่อทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบ รวมไปถึงการมีความเสี่ยงต่ำในการเกิดผลไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะ EPS (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

และมีการแบ่งประเภทของยาต้านโรคจิตตามกลไกการออกฤทธิ์และโครงสร้างทางเคมี ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534; เกษม ต้นติผลาชีวะและวรลักษณ์ ชีราโมกษ์, 2536; วิรุฒิ เอกกมลกุล, 2537; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

1. Phenothiazine เป็นยารักษาโรคจิตเป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มแรกของโลก และเป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุด เพราะมีคุณสมบัติในการรักษาโรคจิตได้ดีและมีราคาถูก ยาในกลุ่มนี้มีอยู่หลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกันคือมี nucleus เป็น phenothiazine ซึ่งมี 3 ring และมี side chain แตกต่างกันเป็น 3 แบบ ทำให้มีการออกฤทธิ์แตกต่างกันคือ

1.1 Aliphatics เป็นกลุ่มที่มี side chain ตรง มีฤทธิ์ sedative สูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ได้แก่ chlorpromazine, triflupromazine

1.2 Piperidines มีฤทธิ์ sedative ปานกลาง มีข้อดีคือ มีฤทธิ์ extrapyramidal side effects น้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ thioridazine, mesoridazine และ piperacetazine

1.3 Piperazines เป็นยาในกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี extrapyramidal side effects สูงกว่ากลุ่มอื่น ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ได้แก่ perphenazine, trifluoperazine, fluphenazine, prochlorperazine และ pipothiazine

2. Thioxanthenes เป็นยารักษาโรคจิตที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ phenothiazines มาก แตกต่างกันตรงที่มี nucleus เป็น thioxanthene เท่านั้น มี side chain ที่แตกต่างกันทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกันไปด้วย ชื่อของยาก็ล้อเลียนกับกลุ่ม phenothiazine เช่น chlorprothixene, thiothixene, flupenthixol และ clopenthixol

3. Dibenzoxazepine ในประเทศไทยมีใช้กัน 1 ตัวคือ loxapine

4. Dihydroindoles (วีรุติ เอกกมลกุล, 2537) หรือ Dihydroindolones (เกษม ตันติผลาชีวะ และวรลักษณ์ ธีราโมกษ์, 2536; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542) ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้กันคือ milindone (Moban) ยาตัวนี้ไม่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม และทำให้ชักน้อยกว่ายาในกลุ่มอื่น

5. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย มี extrapyramidal side effects สูง คล้ายกับ phenothiazine กลุ่ม piperazine side chain ยาในกลุ่มนี้เช่น haloperidol, triperidol

6. Diphenylbutylpiperidines ในประเทศไทยมีใช้กัน 2 ตัวคือ pimozide และ penfluridol มีรายงานว่า มี extrapyramidal side effects ก่อนข้างสูง ยาในกลุ่มนี้เป็น long acting และ potent antipsychotics

7. Benzamides ใช้บ่อยในยุโรปมากกว่าในสหรัฐอเมริกา เช่น sulpiride ซึ่งเชื่อว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทน้อยกว่ากลุ่มอื่น กับ remoxipride (ถูกถอดออกจากตลาดไปแล้วเนื่องจากผลข้างเคียงกดไขกระดูก) และ amisulpride

8. Reserpine, Rauwolfia ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้วแต่จะใช้เป็นยาลดความดันโลหิตมากกว่า มีฤทธิ์ข้างเคียงที่สำคัญคือทำให้เกิดอาการซึมเศร้า

9. Dibenzodiazepine ได้แก่ clozapine มีข้อดีคือ ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท และอาจได้ผลในการช่วยลด negative symptoms ในโรคจิตเภท และยังมีอีกหลายตัวเช่น olanzapine(thienobenzodiazepine), quetiapine(dibenzothiazepine) และ zotepine(dibenzothiapine)

10. Indole derivative ได้แก่ sertindole และ ziprasidone

11. Benzisoxazoles เป็นยาชนิดใหม่ ที่มีใช้ในปัจจุบันคือ risperidone

ตารางที่ 11 ขนาดของยารักษาโรคจิตเทียบเท่ากับ Chlorpromazine

ชนิดของยารักษาโรคจิต	มิลลิกรัมต่อวัน (mg/day)
กลุ่มเก่า (Typical)	
- Chlorpromazine	100
- Fluphenazine	2
- Perphenazine	8
- Thioridazine	100
- Thifluoperazine	5
- Flupenthixol	8
- Zuclopenthixol	25
- Haloperidol	2
- Molindone	10
- Pimozide	1.5
กลุ่มใหม่ (Atypical)	
- Olanzapine	7.73
- Quetiapine	209
- Risperidone	1.50
- Ziprasidone	43.38
- Clozapine	75

รายละเอียดขนาดยารักษาโรคจิตเทียบเท่ากับ Chlorpromazine 100 มิลลิกรัม ได้มาจากการดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (มาโนช หล่อตระกูล, 2546; American Psychiatric Association, 1989; Gabbard, 1995; George and Jerrold, 2000; Johnson, D A W et al., 1989; Lieberman, 2005; Stephen and Daniel, 2005)

เภสัชวิทยาของยารักษาโรคจิต

เภสัชวิทยาของยารักษาโรคจิตแบ่งเป็น 2 หัวข้อดังต่อไปนี้

1. เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics หรือ กลไกการออกฤทธิ์)

ยารักษาโรคจิตออกฤทธิ์โดยกลไกที่สำคัญคือการ block dopamine receptors ในสมอง นอกจากนั้นยังมีฤทธิ์ block receptor ของ catecholamines ตัวอื่น ๆ และรบกวน catecholamine

storage ด้วยทั้งของ serotonin, norepinephrine และ dopamine การ block dopamine receptors เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก block นาน ๆ ก็อาจทำให้มีการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น อันเป็นผลให้เกิดภาวะที่เรียกว่า denervation hypersensitivity ซึ่งเชื่อกันว่านั่นคือสาเหตุของ Tardive dyskinesia (เกษม ต้นติผลาชีวะและวรลักษณ์ ชีราโมกษ์, 2536)

ซึ่งต่อมาจากการค้นพบของ Creese และคณะ (1976) (อ้างถึงใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545:23) พบว่า กลไกการออกฤทธิ์ของยาต้านโรคจิตน่าจะเกิดจากการปิดกั้น postsynaptic dopamine D₂ receptor โดยฤทธิ์ของยาต้านโรคจิตดังกล่าวเกิดจากการปิดกั้นที่ mesolimbic และ mesocortical pathways ของระบบ dopamine

ต่อมาหลังปี ค.ศ. 1990 ได้เริ่มมีการนำยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic) เข้ามาใช้ซึ่งยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ Lieberman (1993) (อ้างถึงใน มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษขวนิช, บรรณาธิการ, 2542:501-2) ได้ตั้งสมมติฐานไว้ 3 ประการดังนี้คือ

1. ฤทธิ์ปิดกั้นอย่างอ่อน (weak blockade) ของ postsynaptic dopamine D₂ receptors แม้ว่าการปิดกั้นดังกล่าวจะมีผลต่อ dopaminergic ทั้ง 4 pathways คือ mesolimbic, mesocortical, nigrostriatal และ tubuloinfundibula pathways แต่ฤทธิ์ดังกล่าวมีความแรงน้อยกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มเก่ามาก

2. การออกฤทธิ์ (Action) มากกว่าหนึ่งระบบของ neurotransmitters

2.1 ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่เป็นยาที่มีฤทธิ์ปิดกั้น D₂ และ 5-HT₂ receptors จึงสามารถลดอาการได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบของโรคจิตเภท ในขณะที่ยากกลุ่มเก่ามีฤทธิ์ปิดกั้นเฉพาะ D₂ จึงลดได้เฉพาะอาการเชิงบวก

2.2 Clozapine มีฤทธิ์ anticholinergic สูงซึ่งอาจเป็นกลไกที่ทำให้ยานี้มีผลข้างเคียงชนิด extrapyramidal น้อย

3. การออกฤทธิ์ (Action) ผ่าน D₁ และ/หรือ D₄ receptors ของ Clozapine ซึ่งการออกฤทธิ์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่แตกต่างจากยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่ามาก เลยอาจกล่าวได้ว่า Clozapine เป็นยาต้านโรคจิตที่มีประสิทธิภาพสูงกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าได้

2. เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics หรือ การดูดซึมและการขับถ่าย)

ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่ามีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 10-20 ชั่วโมง (Sadock, B.J. and Sadock, V.A. อ้างถึงใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) แพทย์จึงสามารถให้ยาเหล่านี้วันละครั้งได้ โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการคงที่และสามารถปรับตัวกับผลไม่พึงประสงค์ของยาได้แล้ว ความเข้มข้นของยาใน

พลาสมา(plasma concentration) มักขึ้นสูงสุดภายใน 30-60 นาทีและภายใน 1-4 ชั่วโมง ภายหลังจากฉีดยาทางกล้ามเนื้อและการรับประทานตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบความเข้มข้นของ haloperidol พลาสมาหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาฉีดทางกล้ามเนื้อและการรับประทาน พบว่า ผู้ได้ยาฉีดจะมีระดับยาในพลาสมาสูงกว่าผู้ที่ได้รับยาแบบรับประทานประมาณ 2 เท่า (Schaffer CB., Shahid A., Javaid JI., Dysken MW. and Davis JM., 1982 อ้างถึงใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) ซึ่งการให้ยาโดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ให้ bioavailability สูงสุด รองลงมาคือ การฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และการกินทางปากตามลำดับ (เกษม ต้นติผลาชีวะและวรลักษณ์ ชีราโมกษ์, 2536)

ยารักษาโรคจิตที่ออกฤทธิ์ยาว ซึ่งผลิตขึ้นมาในรูปแบบของ depot เช่น haloperidol decanoate เป็นยาที่สามารถออกฤทธิ์ได้นาน 1-4 สัปดาห์ ยาเหล่านี้อาจต้องใช้เวลาจนถึง 6 เดือนกว่าที่จะมีระดับยาในพลาสมาคงที่ ดังนั้นในช่วงแรกของการให้ยานี้ แพทย์อาจต้องใช้เวลาหลายเดือนในการลดและหยุดยาชนิดรับประทาน และในทำนองเดียวกัน หลังจากหยุดยาแล้ว แพทย์อาจต้องรอเป็นเวลานานหลายเดือนกว่ายาจะถูกขับออกจากร่างกายไปหมด

อย่างไรก็ตามปรากฏว่าได้มีการศึกษาพบว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ถูกดูดซึมจากทางเดินอาหารได้ดี ค่าครึ่งชีวิตของ clozapine, olanzapine, quetiapine และ risperidone เท่ากับ 13, 30, 6 และ 20 ชั่วโมงตามลำดับ (Ereshefsky L., 1996 อ้างถึงใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานยา clozapine และ quetiapine อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แต่สามารถรับประทาน olanzapine และ risperidone วันละครั้งได้ และคล้ายกับยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า ชาวเอเชียสลายยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ได้ช้ากว่าชาวคอเคเซียน ดังนั้นชาวเอเชียจึงต้องการยาเหล่านี้ในขนาดที่ต่ำกว่าชาวคอเคเซียน (Sadock B.J. and Sadock VA. อ้างถึงใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา (เกษม ต้นติผลาชีวะผลและวรลักษณ์ ชีราโมกษ์, 2536; วิรุฒิ เอกกมลกุล, 2537; มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

เนื่องจากยารักษาโรคจิต นอกจากจะใช้ในการรักษาโรคจิตเภทเป็นหลักแล้ว ยังมีฤทธิ์ในการลดอาการทางจิต อารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว และภาวะกายใจไม่สงบร่วมด้วย ยารักษาโรคจิตจึงถูกนำมาใช้รักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค ในผู้ป่วย drug dependence ยังใช้ลดอาการถอนยาได้ด้วย นอกจากนั้นยังใช้เป็นยาแก้อาการคลื่นไส้อาเจียนโดยใช้ขนาดต่ำ (เกษม ต้นติผลาชีวะผลและวรลักษณ์ ชีราโมกษ์, 2536)

1. โรคจิตที่ไม่พบสาเหตุทางกาย (non-organic psychosis) ได้แก่ โรคจิตเภท, schizophreniform disorder, schizoaffective disorder, delusional disorder, brief reactive psychosis, mania และ psychotic depression ยารักษาโรคจิตจะรักษาโรคจิตและลดอาการทางจิต

ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แต่เนื่องจากจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา จึงใช้ยาในระยะยาวเพื่อคุมอาการ (maintenance treatment) เฉพาะในโรคจิตเภท และผู้ป่วยบางรายที่เป็น schizoaffective disorder

2. โรคจิตที่มีสาเหตุทางกาย (organic psychosis) คืออาการโรคจิตที่มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย เช่น เนื้องอกในสมอง ยาหรือสารเสพติด ยาต้านโรคจิตไม่ควรใช้ในกรณีภาวะพิษจากยา (drug intoxications) หรือ ถอนยา (withdrawals) ที่เพิ่มโอกาสชักมากขึ้น ควรใช้ benzodiazepine แทน สำหรับกรณีอาการโรคจิตจากแอมเฟตตามีน เป็นข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

3. อาการกระสับกระส่าย ลุกี้ลุกลอนอย่างมาก (severe agitation) และ พฤติกรรมรุนแรง (violent behavior) ได้แก่ อาการกระสับกระส่ายจาก delirium และ dementia โดยเฉพาะคนสูงอายุ ควรใช้ยาที่มีฤทธิ์แรง (high-potency drugs)

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

5. โรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น thioridazine ในการรักษาอาการซึมเศร้า (depression) ที่มีความวิตกกังวลมาก หรือกระสับกระส่าย (agitation) ซึ่งได้รับการยอมรับจาก FDA แล้ว หรือใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ ๆ (0.5 มิลลิกรัม ของ haloperidol หรือ 25 มิลลิกรัม ของ chlorpromazine วันละ 2-3 ครั้ง) สามารถใช้ในการรักษาอาการวิตกกังวลรุนแรง (severe anxiety) มีรายงานการใช้ยาต้านโรคจิตในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย borderline personality disorder ข้อบ่งชี้อื่น ๆ ที่อาจใช้ยาต้านโรคจิตได้คือ chronic pain, nausea, emesis, hiccups และ pruritus

สำหรับข้อบ่งใช้ระยะสั้นและระยะยาวของยารักษาโรคจิต Baldessarini (1999) บอกไว้เป็นตารางดังนี้ (Baldessarini, 1999 อ้างถึงใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

ตารางที่ 12 ข้อบ่งใช้ระยะสั้นและระยะยาวของยารักษาโรคจิต Baldessarini (1999)

ข้อบ่งใช้ระยะสั้น (short-term indication) (นาน 1-3 เดือน หรืออาจนานถึง 6 เดือนหากมีข้อบ่งใช้ทางคลินิก การตอบสนอง และไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษาผู้ป่วย)	ข้อบ่งใช้ระยะยาว (long-term indication) (นานกว่า 6 เดือน)
1. ช่วงระยะที่มีอาการโรคจิตเฉียบพลัน (acute psychotic episodes)	ข้อบ่งใช้ปฐมภูมิ (primary indication)
2. การกำเริบซ้ำ (exacerbation) ของอาการโรคจิตในผู้ป่วย chronic schizophrenia	1. schizophrenia
3. อาการฟุ้งซ่านเฉียบพลัน (acute mania) ในช่วงที่รอให้ยาคงสภาพอารมณ์ออกฤทธิ์	2. delusional disorders
4. major depressive disorder with psychotic features โดยให้ร่วมไปกับยารักษาซึมเศร้า	3. childhood psychoses
5. ภาวะจิตใจไม่สงบ (agitation) อย่างรุนแรงในผู้ป่วย delirium หรือ dementia	4. Tourette's และ Huntington's syndromes
6. ภาวะจิตใจไม่สงบและการเคลื่อนไหวผิดปกติใน Tourette's และ Huntington's syndromes	ข้อบ่งใช้ทุติยภูมิ (secondary indication)
7. childhood psychotic disorders ชนิดต่างๆ	1. bipolar หรือ schizoaffective disorders ที่ไม่ตอบสนองต่อยาอื่น
8. โรคทางกายอื่น ๆ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน สะอึกรุนแรง	2. ภาวะจิตใจไม่สงบในผู้ป่วย mental retardation หรือ pervasive developmental disorders
	3. ภาวะจิตใจไม่สงบในผู้ป่วย dementia
	4. schizotypal personality ที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยวิธีการอื่น

การเลือกใช้ยารักษาโรคจิต

เกษม ดันติผลาชีวะและวารลัทธนา ธีราโมกษ์ (2536) ได้เสนอแนวทางไว้ดังนี้

1. Efficacy ประสิทธิภาพของยาเป็นสิ่งที่แพทย์ควรคำนึงถึงเป็นประการแรก มิใช่พิจารณาแต่ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ของการใช้ยาเท่านั้น ยาที่ดีควรมีประสิทธิภาพในการรักษาสูง ต้องมีผลในการรักษาอาการ โดยไม่ต้องใช้ขนาดมากมาจนเกินเหตุ หรือมีฤทธิ์ข้างเคียงมากกว่าฤทธิ์ในการรักษาจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

2. Economy ความประหยัดเป็นสิ่งหนึ่งซึ่งแพทย์ส่วนมากไม่ค่อยได้คำนึงถึง ในฐานะที่ประเทศไทยเราต้องขาดดุลการค้าทุกปีและต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นงบประมาณค่ารักษาพยาบาลปีละมาก ๆ แม้แต่เศรษฐกิจส่วนบุคคลของผู้ป่วยก็ต้องกระทบกระเทือนเพราะค่ายาราคาสูง ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตมักต้องกินเป็นระยะเวลานาน การใช้ยาที่มีคุณภาพดีราคาถูก จึงเป็นสิ่งที่แพทย์ทุกคนควรคำนึงถึงอยู่เสมอ

ประเทศที่พัฒนาแล้ว ยังมีความเป็นชาตินิยมด้านการใช้ยาอยู่มากดังจะสังเกตเห็นได้จากตำราและวารสารทางการแพทย์ในประเทศเหล่านั้น มักกล่าวถึงแต่ยาที่ผลิตในประเทศของตนเป็นส่วนใหญ่ ตำราของสหรัฐอเมริกาอาจไม่กล่าวถึงยาบางตัวที่นิยมใช้ในยุโรปเลยก็ได้ และตำราทางยุโรปก็อาจไม่กล่าวถึงยาที่ผลิตในสหรัฐอเมริกา ยาที่นำเข้ามาจากต่างประเทศมาขายในประเทศไทย อาจมีราคาสูงกว่ายาตัวเดียวกันที่ผลิตในประเทศไทยถึง 10 เท่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าที่ต้องเสียไปเป็นรายปีแล้ว คิดเป็นเงินมหาศาลทีเดียว

3. Ease of administration การเลือกใช้ยาควรมีความง่ายหรือความสะดวก ทั้งในด้านการซื้อหาและการบริหารยา การใช้ยาที่หายากหรือมีผู้ผลิตเพียงรายเดียว อาจทำให้เกิดปัญหาขาดตลาดได้ง่าย หรือผู้ผลิตขึ้นราคาตามใจชอบเพราะไม่มีคู่แข่ง การใช้ยาที่มีวิธีการใช้ยุ่งยากสลับซับซ้อนหรือพิสดาร อาจทำให้ผู้ป่วยซึ่งไม่อยากกินยาอยู่แล้ว ไม่ยอมกินยา ทำให้เกิดผลเสียต่อการรักษา การใช้ยาจึงควรเลือกตัวที่ให้ง่าย ใช้แล้วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนยุ่งยาก หรือต้องคอยตรวจเลือดตรวจปัสสาวะบ่อยๆ

ระยะของการใช้ยารักษาโรคจิต (วีรวุฒิ เอกกมลกุล, 2537)

1. ระยะเฉียบพลัน (Short-term treatment) หากผู้ป่วยอยู่ในสภาพอะอะวุ่นวายหรือรบกวนมาก ควรให้ยาคิดก่อนเพราะการให้ยาโดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สามารถดูดซึมได้เร็วกว่าการรับประทานยา โดยฉีดขนาดเทียบเท่า 5 มิลลิกรัมของ haloperidol ในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่หรือ 1 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยเด็ก ไม่ควรฉีด chlorpromazine ในขนาดสูงกว่า 50 มิลลิกรัม เพราะอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำอย่างรุนแรง การฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะทำให้ระดับยาในเลือดสูงสุด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีหลังฉีด ซึ่งการกินยาอาจใช้เวลานานกว่าประมาณ 1 ชั่วโมง และการฉีดครั้งที่ 2 แพทย์ควรสังเกตอาการของผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ชั่วโมง หลังฉีดครั้งแรก

Rapid neuroleptization หมายถึง การใช้ยารักษาโรคจิตชนิดเข้ากล้ามเนื้อซ้ำ ๆ ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการทางจิตสงบหรือมีฤทธิ์ข้างเคียงเกิดขึ้น จากผลการวิจัยพบว่า วิธีนี้ไม่ได้ผลในการรักษาที่แตกต่างไปจากการให้ยารักษาโรคจิตแล้วสังเกตอาการตอบสนองต่อยา ถ้าต้องการทำให้ผู้ป่วยง่วงนอน ผู้รักษาควรใช้ยา sedative ดีกว่าฉีดยารักษาโรคจิตซ้ำ ๆ โดยแนะนำให้ใช้ lorazepam (Ativan) 2 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือ amobarbital (Amital) 50-250 มิลลิกรัมฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

2. ระยะเริ่มแรก (Early treatment) ส่วนใหญ่ให้ยาขนาด 10-20 มิลลิกรัม haloperidol หรือ 400 มิลลิกรัม chlorpromazine ต่อวันในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการเริ่มต้นรักษาควรแบ่งให้ยาหลายมื้อเพื่อลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของฤทธิ์ข้างเคียงจากยา และช่วยทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนในระยะแรกด้วย นอกจากนั้นยังนิยมใช้ยาตามความจำเป็น (PRN) ในช่วงวันแรก ๆ ที่ผู้ป่วยเข้าอยู่ในโรงพยาบาล อาจใช้ยาในขนาดต่าง ๆ เป็น PRN เช่น haloperidol 2 มิลลิกรัม หรืออาจใช้ benzodiazepine แทนได้ เช่น lorazepam 2 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

3. ระยะคงสภาพ (Maintenance treatment) ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการโรคจิตเพียง 1-2 ครั้ง ควรได้รับยาในขนาดที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อย 6 เดือน หลังจากอาการทุเลาลงแล้วจึงลดขนาดยาลงครึ่งหนึ่งอย่างช้า ๆ ในเวลามากกว่า 3-6 เดือน หลังจากที่มีอาการคงที่ อีก 6 เดือนแล้วจึงลดขนาดยาลงอีกครั้งหนึ่ง จนอาจลดต่ำลงในขนาด 5 มิลลิกรัม haloperidol ต่อวัน สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการโรคจิตกำเริบตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ควรได้รับยาตลอดไป นอกจากในกรณีมีอาการสงบดี ตลอด 4-5 ปี จึงให้ทดลองลดขนาดได้

Alternative maintenance regimens เป็นทางเลือกในการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงระยะยาว และความไม่สบายที่เป็นผลจากการได้ยารักษาโรคจิต ได้แก่การใช้ยาเป็นครั้งคราว (Intermittent medication) เป็นการใช้ยารักษาโรคจิตเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยา การใช้ยาด้วยวิธีนี้ทั้งผู้ป่วยและญาติจำเป็นต้องให้ความร่วมมือและมีความสามารถที่จะสังเกต อาการเริ่มแรกของการป่วย เพื่อที่จะได้ใช้ยารักษาโรคจิตตั้งแต่อาการเริ่มแรกได้ โดยให้ยาในระยะเวลา 1-3 เดือนส่วนการหยุดพักใช้ยาเป็นช่วง ๆ (Drug holidays) เป็นการหยุดใช้ยารักษาโรคจิตเป็นช่วง ๆ อย่างสม่ำเสมอ ประมาณ 2-7 วัน แต่ไม่พบว่าการหยุดพักใช้ยาเป็นช่วง ๆ จะช่วยลดความเสี่ยงเรื่องผลข้างเคียงของยาในระยะยาว และยังอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

Long-acting depot antipsychotics (ยานี้ออกฤทธิ์นาน) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 1-4 สัปดาห์ ในการรักษาด้วยยานี้ออกฤทธิ์นานนั้น ควรได้รับประทานยารักษาโรคจิตเสียก่อนอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ยาหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์จากยารักษาโรคจิตหรือไม่

ผู้รักษาควรเริ่มยานี้ออกฤทธิ์นานในขนาดต่ำ เพราะยังไม่สามารถทราบขนาดยาที่เหมาะสม ระยะเวลาห่างในการฉีดยาแต่ละครั้งรวมทั้งการดูดซึมของยาในช่วงแรกอาจจะเร็วและ

อาจทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น dystonia ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยา เนื่องจากผู้ป่วยส่วน ใหญ่ที่จำเป็นต้องใช้ยาฉีดที่ออกฤทธิ์นานก็คือ ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอยู่แล้ว ดังนั้น จึง ควรเริ่มด้วยยาในขนาด 12.5 มิลลิกรัม (0.5 มิลลิลิตร) ของ fluphenazine หรือ 25 มิลลิกรัม (0.5 มิลลิลิตร) ของ haloperidol decanoate ถ้าอาการเกิดขึ้นอีกใน 2-4 สัปดาห์ข้างหน้า อาจเพิ่มยาเกิน หรือยาฉีดที่ออกฤทธิ์นานได้ เมื่อครบ 3-4 สัปดาห์แล้วจึงเพิ่มขนาดยาฉีดที่ออกฤทธิ์นานในขนาดที่ได้ เพิ่มในช่วงแรกนั้นแล้ว

ข้อห้ามในการใช้ยา (วีรุติ เอกกมลกุล, 2537:32)

1. ประวัติการแพ้ยารุนแรง
2. ได้รับความเสี่ยงที่มีปฏิกริยากับยาต้านโรคจิต แล้วเสริมฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง เช่น Alcohol, Opioid ฯลฯ
3. มีความผิดปกติของหัวใจอย่างรุนแรง
4. มีโอกาสเสี่ยงในเรื่องชักอย่างสูงจากสาเหตุทางกายและในกรณีชักที่ไม่พบสาเหตุ
5. Narrow-Angle Glaucoma

ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

ซึ่งในที่นี้จะขอแบ่งผลข้างเคียงตามกลุ่มของยารักษาโรคจิตเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า
 - 1.1 ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (movement disorder) ชนิด extrapyramidal side effects (EPS) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่เกิดจากการปิดกั้น D₂ receptor ที่ nigrostriatal pathways ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ
 - 1.1.1 Acute EPS ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ทันทีหลังได้รับยาจนถึง 60 วัน ผลข้างเคียงนี้สามารถแบ่งได้เป็น
 - 1.1.1.1 กล้ามเนื้อตึง (dystonia) ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่ไม่เจตนา (involuntary movement) ซึ่งเกิดจากการหดตัวหรือกระตุกอย่างซ้ำ ๆ ของกล้ามเนื้อและคงอยู่ในสภานั้นเป็นเวลานานหลายนาทีหรือเป็นชั่วโมง อาการอาจเกิดขึ้นได้ที่บริเวณตา คอ ลิ้น ขากรรไกร และทั่วร่างกาย ในกรณีที่รุนแรงอาจทำให้เกิด blepharospasm หรือ laryngeal spasm ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการ dysphagia, dysarthria และ cyanosis เกิดขึ้นได้ ผลข้างเคียงนี้พบได้บ่อยในช่วง 1-5 วันแรกที่ได้รับยา และ acute dystonia พบประมาณร้อยละ 10 โดยพบบ่อยกับผู้ที่ได้รับ haloperidol (ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร, 2534ค)

1.1.1.2 Akathisia ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สบายของกล้ามเนื้อ ผลข้างเคียงนี้ทำให้เกิดภาวะกายใจไม่สงบ (agitation) ไม่สามารถอยู่นิ่งได้ ยืนสลับนั่งอยู่บ่อย ๆ ขยับแข้งขยับขาอยู่บ่อย ๆ (restless legs) และรู้สึกหุดหุด บ่อยครั้งที่อาการเหล่านี้ถูกเข้าใจผิดว่าเป็นอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นและนำไปสู่การเพิ่มขนาดยา ซึ่งทำให้ผลข้างเคียงนี้รุนแรงมากขึ้นไปอีก ผลข้างเคียงนี้พบได้บ่อยในช่วง 5-60 วันแรกของการได้ยา

1.1.1.3 ผลแบบโรคพาร์กินสัน (parkinsonian effects) ซึ่งประกอบด้วยกล้ามเนื้อแข็งตึง ทำเดินลากเท้า (Shuffling gait) มักอยู่ในท่าโน้มตัวไปข้างหน้า (stooped posture) น้ำลายไหล และ cogwheel rigidity ผลข้างเคียงนี้พบได้บ่อยในช่วง 5-30 วันแรกของการได้รับยา

1.1.2 Chronic EPS ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาเป็นเวลาหลายเดือนถึงหลายปี ผลไม่พึงประสงค์นี้แบ่งออกได้เป็น

1.1.2.1 Tardive dyskinesia ซึ่งผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวแบบ Choreoathetoid ของกล้ามเนื้อศีรษะ แขนขา หรือลำตัว

1.1.2.2 Perioral tremor ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นไม่บ่อย โดยผู้ป่วยจะมีการสั่นของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ปากคล้ายปากกระต่าย จึงมีอีกชื่อหนึ่งว่า “rabbit syndrome”

1.1.3 Neuroleptic malignant syndrome ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้ออย่างมาก รวมไปถึงอาการใช้ระบบประสาทอัตโนมัติไม่คงที่ (autonomic instability) เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น (WBC มากกว่า $15,000 \text{ mm}^3$) และ delirium เนื่องจากผลข้างเคียงนี้รุนแรงมากและอาจทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นหากแพทย์สงสัยว่าผู้ป่วยมีปัญหา นี้ แพทย์ต้องหยุดยาทันที

1.2 ผลต่อระบบประสาทส่วนกลางอื่น ๆ เช่น การลด seizure threshold ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยชักง่ายขึ้น ง่วงหลับ (sedation) และความผิดปกติของความคิด (cognitive impairment)

1.3 ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular effects) ที่สำคัญ คือ

1.3.1 ความดันโลหิตต่ำในขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic or postural hypotension) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม และล้มได้ในขณะเปลี่ยนท่า ส่วนใหญ่แล้วผลข้างเคียงนี้มักเกิดจากการปิดกั้น α_1 -adrenergic receptor

1.3.2 ผลข้างเคียงต่อหัวใจ (cardiac adverse effects) ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจหดตัวลง atrial และ ventricular conduction times ยาวขึ้น

1.3.3 การตายอย่างเฉียบพลันซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ (sudden unexplained death)

1.4 ผลต่อทางเดินอาหารและตับ (gastrointestinal tract and liver effects)

โดยเฉพาะอาการปากแห้งและท้องผูก ซึ่งมักสัมพันธ์กับการปิดกั้น muscarinic M_1 receptor ส่วนค่า ALT และ AST ซึ่งบ่งชี้ถึงการทำงานของตับอาจสูงขึ้นได้เล็กน้อย

1.5 ผลต่อเลือด (hematological effects) ซึ่งอาจทำให้เกิด leukopenia,

agranulocytosis, thrombocytopenia และ pancytopenia ได้

1.6 ผลต่อไตและระบบปัสสาวะ (kidney and urinary effects) ซึ่งอาจทำให้เกิด

polyuria จากฤทธิ์ขับปัสสาวะ และปัสสาวะคั่งจากการปิดกั้น muscarinic M_1 receptor

1.7 ผลต่อผิวหนังและตา (skin and eye effects) ซึ่งอาจทำให้เกิด urticarial,

maculopapular, petechial และ edematous reactions ในช่วงสัปดาห์แรก ๆ ได้ นอกจากนี้ยังอาจมีผิวไหม้ (sunburn) หรือผื่น (rash) จากความไวในการรับแสงที่เพิ่มขึ้น (photosensitivity) ของผิวหนัง ผิวหนังเป็นเงาออกสีน้ำเงินเทา (blue-gray, metallic, discoloration) และการมีเม็ดสีเกาะที่ด้านหน้าของเลนส์และด้านหลังของ cornea ของตา สำหรับ thioridazine ในขนาดยาที่สูงกว่า 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน อาจทำให้เกิด retinal pigmentation ซึ่งส่งผลให้การมองเห็นเลวลงจนถึงขั้นตาบอดได้ ดังนั้นยานี้จึงไม่ควรใช้ในขนาดยาที่เกิน 800 มิลลิกรัมต่อวัน

1.8 ผลต่อต่อมไร้ท่อ การมีเพศสัมพันธ์ และระบบสืบพันธุ์ (endocrine, sexual and

reproductive effects) ซึ่งเกิดจากการปิดกั้น D_2 receptor ที่ tuberoinfundibular pathways ทำให้ความเข้มข้นของ prolactin ในเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

1.8.1 ผู้ป่วยชาย เกิดเต้านมโต ความต้องการทางเพศลดลง การไม่แข็งตัวของ

องคชาติ (Erectile dysfunction) และการหลั่งน้ำกามย้อนกลับ (retrograde ejaculation)

1.8.2 ผู้ป่วยหญิง เกิดเต้านมโต ความต้องการทางเพศลดลง การไม่ถึงจุดสุด

ยอด(anorgasmia) นานนมไหล (galactorrhea) ความผิดปกติของประจำเดือน การไม่ตกไข่ และการไม่ตั้งครรภ์

1.9 การทนต่อยา การติด และการถอนยา (tolerance, dependence and

withdrawal) โดยผู้ป่วยอาจเกิดการทนต่ออาการง่วงนอน, anticholinergic (antimuscarinic) effects, ความดันโลหิตต่ำในขณะที่เปลี่ยนท่า และผลข้างเคียงอื่น ๆ ที่เกิดจากการปิดกั้น D_2 receptor ได้ แม้ว่ายาในกลุ่มนี้จะไม่ก่อให้เกิดการติดยา แต่ผู้ป่วยที่หยุดยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่าที่มีความแรงต่ำอย่างทันทีทันใดอาจเกิดอาการที่เรียกว่า “cholinergic rebound” ได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน (ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการที่ตรงข้ามกับกลไกการออกฤทธิ์ในลักษณะของ anticholinergic) ปวดศีรษะ เหงื่อออก กระวนกระวาย และนอนไม่หลับ

1.10 ผลต่อการสร้างและสลายพลังงาน (metabolic effects) ซึ่งอาจทำให้น้ำหนักเพิ่ม และเสี่ยงต่อการป่วยเป็น type 2 diabetes mellitus, hypertension และ hyperlipidemia เพิ่มขึ้นได้

ผลข้างเคียงที่กล่าวมาข้างต้นส่วนใหญ่สัมพันธ์กับยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าที่มีความแรงต่ำ ส่วนที่สัมพันธ์กับยาที่มีความแรงสูง คือ acute EPS สำหรับผลข้างเคียงที่ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าสัมพันธ์กับยาประเภทใดมากกว่ากัน คือ tardive dyskinesia, neuroleptic malignant syndrome และผลต่อต่อมไร้ท่อ การมีเพศสัมพันธ์ และระบบสืบพันธุ์

2. ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545:29)

โดยรวมแล้วยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีปัญหาด้าน EPS น้อยกว่ากลุ่มเก่า และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ทุกตัว ยกเว้น clozapine ยังมีผลข้างเคียงอื่น ๆ น้อยกว่าอีกด้วย ซึ่งรายละเอียดผลข้างเคียงของยากกลุ่มใหม่ดังตารางที่ 12 (Brown และคณะ, 1999 อ้างถึงใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545:29)

ตารางที่ 13 ชนิดและการเปรียบเทียบผลไม่พึงประสงค์ของยาต้านโรคจิตชนิดนอกแบบ

	EPS	TD	NMS	Ach effects	Seizure risk	Ortho-stasis	Weight gain	Seda-tion	Hemato-logical effect
Clozapine	+	0	+	++++	+++ ^a	++++	++++	+++++	+++
Olanzapine	++ ^b	+	?	+++	+	+++	+++	+++	+
Quetiapine	+	?	+	++	+	++	+++	+++	+
Risperidone	++ ^b	+	+	+	+	++++	++	++	+
Ziprasidone	+	?	?	+	+	++	?	++	+

Ach = anticholinergic; EPS = extrapyramidal side effects; NMS = neuroleptic malignant syndrome;

TD = tardive dyskinesia

+ = น้อยมาก, ++ = น้อย, +++ = ปานกลาง, ++++ = สูง, +++++ = สูงมาก, ? = ยังไม่ทราบแน่ชัด

^a ความเสี่ยงต่อการชัก (seizure) มากขึ้นเมื่อให้ clozapine ในขนาดที่สูงกว่า 600 มิลลิกรัมต่อวัน

^b สัมพันธ์กับขนาดยา

ตอนที่ 3 ความบกพร่องทางเพศ (Sexual Dysfunction)

ความหมาย (สุวัทนา อารีพรรค, 2536:599)

ความบกพร่องทางเพศ คือ ภาวะที่ร่างกายหรือจิตใจไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ตามปกติ ทำให้เกิดปัญหาในการร่วมเพศหรือการมีความสุขสุดยอดทางเพศ

การจำแนกความบกพร่องทางเพศ

การกำหนดระยะเวลาการตอบสนองทางเพศที่นิยมใช้กันแพร่หลายที่สุด คือ การกำหนดของ Master & Johnson ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ระยะดังนี้ (William H. Master, Virginia E. Johnson and Robert C. Kolodny, 1985; รัชนี นพเกตุ, 2542)

1. Excitement phase (ระยะกระตุ้น)
2. Plateau phase (ระยะเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย)
3. Orgasm phase (ระยะถึงจุดสุดยอด)
4. Resolution phase (ระยะกลับสู่ภาวะปกติ)

ซึ่งในปัจจุบัน DSM-IV ได้ดัดแปลงการกำหนดระยะเวลาการตอบสนองทางเพศไปเล็กน้อยตามตารางที่ 13 ดังนี้ (สเปญ อุ๋นอังก์, 2545:209-10)

ตารางที่ 14 การจำแนกปัญหาทางเพศตามระบบของ DSM-IV

Appetitive phase	<ul style="list-style-type: none"> ● Hypoactive sexual desire disorder ● Sexual aversion disorder ● Hypoactive sexual desire disorder due to a general medical condition ● Substance-induced sexual dysfunction with impaired desire
Excitement phase	<ul style="list-style-type: none"> ● Female sexual arousal disorder ● Male erectile disorder ● Vaginismus ● Male erectile disorder due to a general medical condition ● Dyspareunia due to a general medical condition ● Substance-induced sexual dysfunction with impaired arousal
Orgasmic phase	<ul style="list-style-type: none"> ● Female orgasmic disorder ● Male orgasmic disorder ● Premature ejaculation ● Orgasmic Anhedonia ● Other sexual dysfunction due to a general medical condition ● Substance-induced sexual dysfunction with impaired orgasm
Resolution	<ul style="list-style-type: none"> ● Postcoital dysphoria ● Postcoital headache

ระบาดวิทยา (สเปญ อุ๋นอองค้, 2545: 212)

ปัญหาที่พบบ่อยในเพศหญิง ได้แก่ Low sexual interest และ difficulty with orgasm ส่วน
ปัญหาในเพศชาย ได้แก่ Low sexual interest และ premature ejaculation

ประมาณกันว่าปัญหาทางเพศเกิดขึ้นบ่อยกว่าที่เราคิดกันมาก แต่เราไม่สามารถบอกได้แน่นอน
ว่าจะมีผู้ที่มีปัญหาทางเพศมากน้อยเพียงใด เพราะเป็นเรื่องส่วนตัวที่คนเรามากไม่เปิดเผยแม้ในสังคม
ตะวันตกก็ตาม

อุบัติการณ์ (สุวัทนา อารีพรค, 2536:601)

การศึกษาที่ยุโรปและสหรัฐ พบว่า

1. ร้อยละ 8 ของผู้ชาย วัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
2. ร้อยละ 30 ของผู้ชาย มีปัญหาการหลั่งน้ำกามเร็ว
3. ร้อยละ 30 ของผู้หญิง ไม่บรรลุนิยามความสุขสุดยอดทางกามารมณ์
4. ร้อยละ 20 ของประชากร ไม่มีความต้องการทางเพศ

ปัญหาการไม่มีความต้องการทางเพศ ไม่มีความสุขสุดยอด และความเจ็บปวดที่เกิดจากการร่วม
เพศ มักเกิดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

การดำเนินของโรค (สุวัทนา อารีพรค, 2536:602)

มีลักษณะดังนี้

1. อาการอาจเกิดขึ้นตลอดชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งเรียกว่า ปฐมภูมิ หรือมาเกิดภายหลังที่เรียกว่า ทุติย
ภูมิ
2. อาการเกิดขึ้นโดยไม่เลือกสถานการณ์ หรือเกิดขึ้นเฉพาะในบางสถานการณ์เท่านั้น เช่น ชาย
บางคนไม่สามารถร่วมเพศกับหญิงคนใดทั้งนั้น ส่วนชายบางคนร่วมเพศกับหญิงโสเภณีได้ แต่ร่วมกับ
ภรรยาไม่ได้
3. อาการเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ หรือเกิดขึ้นเป็นบางส่วน เช่น ชายบางคนอวัยวะเพศไม่แข็งตัว
เลย แต่บางคนยังแข็งบ้าง
4. คนส่วนใหญ่จะเกิดอาการระหว่างมีเพศสัมพันธ์กับคู่ร่วมเพศ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เกิด
อาการระหว่างการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองด้วย เช่น การไม่หลั่งน้ำกามจะเกิดเฉพาะกับการร่วมเพศ
แต่ถ้าสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองจะหลังได้ การไม่มีความสุขสุดยอดทางเพศเกิดขึ้นได้ไม่ว่าจะโดยการ
ร่วมเพศหรือโดยการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง

เกณฑ์การวินิจฉัย

ปัจจุบันมีเกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้กันอยู่ 2 ระบบ คือ

1. DSM-IV ย่อมาจาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน
2. ICD-10 ย่อมาจาก International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision

ซึ่งในที่นี้ จะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV เป็นหลัก และนำเอาเกณฑ์การวินิจฉัยจาก ICD-10 เข้ามาเปรียบเทียบความคล้ายคลึงและความแตกต่าง ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 15 เกณฑ์การวินิจฉัย Sexual dysfunction ของ DSM-IV และ ICD-10

DSM-IV	ICD-10
SEXUAL DYSFUNCTION	F52 Sexual Dysfunction, not caused by organic disorder or diseases Excludes: Dhat's syndrome (F48.8), Koro (F48.8)
<u>Sexual Desire Disorders</u> 302.71 Hypoactive Sexual Desire Disorder จินตนาการทางเพศหรือความต้องการที่จะมีกิจกรรมทางเพศลดลง (หรือไม่มี) ซึ่งเป็นเช่นนี้อยู่ตลอดเวลาหรือเป็นช่วง ๆ โดยผู้รักษาเป็นผู้ลงความเห็นว่าการลดลงหรือไม่มี โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อเรื่องทางเพศ เช่น อายุ และสภาพการดำรงชีวิตโดยทั่วไปของบุคคลนั้น	F52.0 Lack or Loss of Sexual Desire Include: Frigidity, Hypoactive Sexual Desire Disorder
302.79 Sexual Aversion Disorder มีความรังเกียจอย่างมาก และหลีกเลี่ยงการถูกต้องอวัยวะเพศของกลุ่มอน โดยสิ้นเชิง (หรือแทบสิ้นเชิง) โดยเป็นเช่นนี้อยู่ตลอดหรือเป็นช่วง ๆ	F52.10 Sexual Aversion

ตารางที่ 15 เกณฑ์การวินิจฉัย Sexual dysfunction ของ DSM-IV และ ICD-10 (ต่อ)

DSM-IV	ICD-10
<p><u>Sexual Arousal Disorders</u></p> <p>302.72 Female Sexual Arousal Disorder</p> <p>ไม่มีการตอบสนองแบบมีการหล่อลื่น-ขยายตัวของอวัยวะเพศที่เพียงพอ ต่อการตื่นตัวทางเพศ หรือไม่สามารถคงสภาวะนี้ไว้ได้จนสำเร็จกิจกรรมทางเพศ โดยเป็นเช่นนี้อยู่ตลอดหรือเป็นช่วง ๆ</p>	<p>F52.2 Failure of Genital Response</p> <p>F52.3 Orgasmic Dysfunction</p> <p>Include: Female Sexual Arousal Disorder, Male Erectile Disorder, Psychogenic Impotence</p>
<p>302.72 Male Erectile Disorder</p> <p>ไม่มีการแข็งตัวของอวัยวะเพศ หรือไม่สามารถคงสภาวะนี้ไว้ได้จนสำเร็จกิจกรรมทางเพศ โดยเป็นเช่นนี้อยู่ตลอดหรือเป็นช่วง ๆ</p>	<p>F52.2 Failure of Genital Response</p> <p>F52.3 Orgasmic Dysfunction</p> <p>Include: Female Sexual Arousal Disorder, Male Erectile Disorder, Psychogenic Impotence</p>
<p><u>Orgasmic Disorders</u></p> <p>302.73 Female Orgasmic Disorder (formerly Inhibited Female Orgasm)</p> <p>การที่ไม่บรรลุจุดสุดยอดหรือถึงช้า หลังระยะตื่นตัวทางเพศตามปกติ โดยเป็นเช่นนี้อยู่ตลอดหรือเป็นช่วง ๆ ในเพศหญิงนั้นพบว่าชนิดหรือความมากน้อยของการกระตุ้นที่ทำให้บรรลุจุดสุดยอดนั้นมีความแตกต่างกันมากในแต่ละคน</p> <p>การวินิจฉัย Female Orgasmic Disorder จึงควรขึ้นกับความเห็นของผู้รักษาว่า ความสามารถในการบรรลุจุดสุดยอดของสตรีผู้นั้นมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อคำนึงถึงอายุ ประสบการณ์ทางเพศ และความเพียงพอของการกระตุ้นทางเพศ</p>	<p>F52.3 Orgasmic Dysfunction</p> <p>Include: Female Sexual Arousal Disorder, Male Erectile Disorder, Psychogenic Impotence</p>

ตารางที่ 15 เกณฑ์การวินิจฉัย Sexual dysfunction ของ DSM-IV และ ICD-10 (ต่อ)

DSM-IV	ICD-10
<p>302.74 Male Orgasmic Disorder (formerly Inhibited Male Orgasm)</p> <p>ผู้ป่วยไม่สามารถถึงจุดสุดยอดหรือถึงช้า ระยะต้นตัวทางเพศตามปกติ โดยเป็นเช่นนี้อยู่ตลอดหรือเป็นช่วง ๆ ในระหว่างการมีกิจกรรมทางเพศ ซึ่งเมื่อผู้รักษาได้คำนึงถึงเรื่องอายุของผู้นั้นแล้ว เห็นว่ามีความเพียงพอในแง่ของการให้ความสนใจ ความมากน้อย และระยะเวลาของการร่วมเพศ</p>	<p>F52.3 Orgasmic Dysfunction</p> <p>Include: Female Sexual Arousal Disorder, Male Erectile Disorder, Psychogenic Impotence</p>
<p>302.75 Premature Ejaculation</p> <p>มีการหลั่งของน้ำอสุจิจากการกระตุ้นทางเพศเพียงเล็กน้อยก่อนการสอดใส่ ขณะสอดใส่ หรือในช่วงสั้น ๆ หลังการสอดใส่ และเกิดก่อนความต้องการของผู้นั้น โดยเป็นเช่นนี้อยู่ตลอดเวลาหรือเป็นช่วง ๆ ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อระยะต้นตัวทางเพศ เช่น อายุ ความคุ้นเคยกับคู่นอนหรือสถานการณ์ และความถี่ห่างของการร่วมเพศในระยะหลัง ๆ</p>	<p>F52.4 Premature Ejaculation</p>
<p><u>Sexual Pain Disorders</u></p>	
<p>302.76 Dyspareunia (Not Due to a General Medical Condition)</p> <p>การปวดอวัยวะเพศที่เกี่ยวข้องกับการร่วมเพศทั้งในเพศชายหรือหญิง โดยเป็นเช่นนี้อยู่ตลอดหรือเป็นช่วง ๆ</p>	<p>F52.6 Nonorganic Dyspareunia</p> <p>Includes: Psychogenic Dyspareunia</p>
<p>306.51 Vaginismus (Not Due to a General Medical Condition)</p> <p>การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อช่องคลอดช่วงหนึ่งในสามจากด้านนอกเข้าไป ทำให้รบกวนต่อการร่วมเพศ</p>	<p>F52.5 Nonorganic Vaginismus</p> <p>Includes: Psychogenic Vaginismus</p>

ตารางที่ 15 เกณฑ์การวินิจฉัย Sexual dysfunction ของ DSM-IV และ ICD-10 (ต่อ)

DSM-IV	ICD-10
<p>กลุ่มย่อย (DSM-IV ฉบับภาษาไทย)</p> <p>กลุ่มย่อยต่อไปนี้จะใช้กับความผิดปกติแบบปฐมภูมิทั้งหมด</p> <p>กลุ่มย่อยต่อไปนี้อาจใช้เพื่อบ่งถึงลักษณะของการเริ่มต้นมีอาการของ Sexual Dysfunction นั้น ๆ</p> <p>Lifelong Type: หากความผิดปกติทางเพศนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่ร่วมเพศครั้งแรก</p> <p>Acquired Type: หากความผิดปกติทางเพศนั้นเกิดขึ้นหลังจากเคยร่วมเพศได้ตามปกติมาระยะหนึ่ง</p> <p>กลุ่มย่อยต่อไปนี้อาจใช้เพื่อบ่งถึงสภาพการณ์ที่ Sexual Dysfunction นั้น ๆ เกิดขึ้น</p> <p>Generalized Type: หากความผิดปกติทางเพศนั้นมีได้เกิดขึ้นเป็นการเฉพาะต่อการกระตุ้นบางลักษณะ สถานการณ์บางรูปแบบ หรือคู่นอนบางคน</p> <p>Situational Type: หากความผิดปกติทางเพศนั้น เป็นเฉพาะกับการกระตุ้นบางลักษณะ สถานการณ์บางรูปแบบ หรือคู่นอนบางคน แม้ว่าส่วนใหญ่ของความผิดปกติจะเกิดขึ้นขณะร่วมเพศกับคู่นอน ในบางกรณีอาจสมควรต้องระบุความผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง</p> <p>กลุ่มย่อยต่อไปนี้อาจใช้เพื่อบ่งถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของ Sexual Dysfunction นั้น ๆ</p> <p>Due to Psychological Factors: เมื่อเห็นว่าปัจจัยด้านจิตใจมีบทบาทสำคัญต่อการเริ่มมีอาการ ความรุนแรง การกำเริบของอาการ หรือ</p>	<p><u>เพิ่มเติมที่ไม่ปรากฏใน DSM-IV</u></p> <p>F52.11 Lack of Sexual Enjoyment</p> <p>Include: Anhedonia (Sexual) ภาวะสิ้นยินดี, ภาวะขาดอารมณ์ยินดี</p> <p>คือการตอบสนองทางเพศเกิดขึ้นปกติ สามารถบรรลุจุดสุดยอดทางเพศได้ แต่ขาดความพึงพอใจที่ควรจะได้รับ อาการนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย</p> <p>F52.7 Excessive Sexual Drive</p> <p>Include: Nymphomania, Satyriasis</p> <p>ทั้งชายและหญิง อาจมาด้วยอาการที่มีความต้องการทางเพศมากผิดปกติ ซึ่งมักพบในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หากความต้องการทางเพศที่มากผิดปกติมีสาเหตุมาจาก ความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-F39) หรือเป็นอาการในระยะเริ่มแรกของภาวะสมองเสื่อม (F00-F03) จะให้วินิจฉัยตามสาเหตุนั้น ๆ</p> <p>F52.8 Other Sexual Dysfunction, not caused by organic disorder or disease</p>

ตารางที่ 15 เกณฑ์การวินิจฉัย Sexual dysfunction ของ DSM-IV และ ICD-10 (ต่อ)

DSM-IV	ICD-10
<p>การทำให้ความผิดปกติทางเพศนั้นคงอยู่ และภาวะความเจ็บป่วยทางกายหรือสารมิได้มีบทบาทในด้านการเป็นสาเหตุของความผิดปกติทางเพศนั้น</p> <p>Due to Combined Factors: เมื่อ1) เห็นว่าปัจจัยด้านจิตใจมีบทบาทต่อการเริ่มมีอาการ ความรุนแรง การกำเริบของอาการ หรือการทำให้ความผิดปกติทางเพศนั้นคงอยู่ และ2) เห็นว่าภาวะความเจ็บป่วยทางกายหรือการใช้สารมีส่วนในความผิดปกติ แต่ไม่เพียงพอที่จะบอกว่าเป็นจากส่วนนี้ทั้งหมด หากเห็นว่าเป็นการเพียงพอที่จะบอกว่าความผิดปกติทางเพศเป็นผลจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายหรือการใช้สาร (รวมถึงผลข้างเคียงจากยา) ให้วินิจฉัยว่าเป็น Sexual dysfunction Due to a General Medical Condition และ/หรือ Substance-Induced Sexual Dysfunction</p>	
<p><u>Sexual dysfunction Due to a General Medical Condition</u></p> <p>อาการเด่นคือการมีความผิดปกติทางเพศอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งก่อให้เกิดผู้ป่วยทุกข์ทรมานอย่างมาก หรือก่อปัญหาระหว่างบุคคล และมีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการว่า ความผิดปกตินี้สามารถอธิบายได้ทั้งหมดจากผลโดยตรงด้านสรีระวิทยาจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย</p>	

ตารางที่ 15 เกณฑ์การวินิจฉัย Sexual dysfunction ของ DSM-IV และ ICD-10 (ต่อ)

DSM-IV	ICD-10
<p>625.8 Female Hypoactive Sexual Desire Disorder Due to ... [indicate the general medical condition] หากลักษณะเด่นเป็นความต้องการทางเพศลดลง หรือไม่มีความต้องการ</p>	<p>N94.8 Other specified conditions associated with female genital organs and menstrual cycle</p>
<p>608.89 Male Hypoactive Sexual Desire Disorder Due to... [indicate the general medical condition] หากลักษณะเด่นเป็นความต้องการทางเพศลดลง หรือไม่มีความต้องการ</p>	<p>N50.8 Other specified disorders of male genital organs Atrophy, Hypertrophy, Oedema, Ulcer of scrotum, seminal vesicle, spermatic cord, testis [except atrophy], tunica vaginalis and vas deferens Chylocele, tunica vaginalis (nonfilarial) NOS Fistula, urethroscrotal Stricture of: spermatic cord, tunica vaginalis, vas deferens</p>
<p>607.84 Male Erectile Disorder Due to... [indicate the general medical condition] หากลักษณะเด่นเป็น Male Erectile Dysfunction</p>	<p>N48.4 Impotence of organic origin Use additional code, if desired, to identify cause Exclude: Psychogenic impotence (52.2)</p>
<p>625.0 Female Dyspareunia Due to... [indicate the general medical condition] หากลักษณะเด่นเป็นความปวดที่เกี่ยวข้องกับการร่วมเพศ</p>	<p>N94.1 Dyspareunia Exclude: Psychogenic Dyspareunia (52.6)</p>

ตารางที่ 15 เกณฑ์การวินิจฉัย Sexual dysfunction ของ DSM-IV และ ICD-10 (ต่อ)

DSM-IV	ICD-10
<p>608.89 Male Dyspareunia Due to... [indicate the general medical condition] หากลักษณะเด่นเป็นความปวดที่เกี่ยวข้องกับการร่วมเพศ</p>	<p>N50.8 Other specified disorders of male genital organs Atrophy, Hypertrophy, Oedema, Ulcer of scrotum, seminal vesicle, spermatic cord, testis [except atrophy], tunica vaginalis and vas deferens Chylocele, tunica vaginalis (nonfilarial) NOS Fistula, urethroscrotal Stricture of: spermatic cord, tunica vaginalis, vas deferens</p>
<p>625.8 Other Female Sexual Dysfunction Due to... [indicate the general medical condition] หากลักษณะเด่นเป็นแบบอื่น ๆ หรือไม่มีลักษณะใดเด่น</p>	<p>N94.8 Other specified conditions associated with female genital organs and menstrual cycle</p>
<p>608.89 Other Male Sexual Dysfunction Due to... [indicate the general medical condition] หากลักษณะเด่นเป็นแบบอื่น ๆ หรือไม่มีลักษณะใดเด่น</p>	<p>N50.8 Other specified disorders of male genital organs Atrophy, Hypertrophy, Oedema, Ulcer of scrotum, seminal vesicle, spermatic cord, testis [except atrophy], tunica vaginalis and vas deferens Chylocele, tunica vaginalis (nonfilarial) NOS Fistula, urethroscrotal Stricture of: spermatic cord, tunica vaginalis, vas deferens</p>

ตารางที่ 15 เกณฑ์การวินิจฉัย Sexual dysfunction ของ DSM-IV และ ICD-10 (ต่อ)

DSM-IV	ICD-10
<p>___ . ___ Substance-Induced Sexual Dysfunction (refer to Substance-Related Disorders for substance-specific codes)</p> <p>Specify if: With Impaired Desire/With Impaired Arousal/With Impaired Orgasm/With Sexual Pain</p> <p>Specify if: With Onset During Intoxication</p> <p>อาการเด่นคือการมีความผิดปกติทางเพศอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งก่อให้เกิดผู้ป่วยทุกข์ทรมานอย่างมาก หรือก่อปัญหาระหว่างบุคคล และมีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการว่า ความผิดปกติทางเพศนี้สามารถอธิบายได้ทั้งหมดจากการใช้สาร โดยมีลักษณะดังข้อ (1) เกิดอาการในช่วงที่มี Substance-Intoxication หรือภายในหนึ่งเดือนของการมี Substance-Intoxication (2) การใช้ยาเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกตินี้</p>	<p>___ . ___</p>
<p>302.70 Sexual Dysfunction Not Otherwise Specified</p> <p>กลุ่มนี้ประกอบด้วยความผิดปกติทางเพศที่ไม่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยของความผิดปกติใด ๆ ตัวอย่างเช่น 1) ไม่มีความรู้สึกกำหนัด (หรือมีลดลงอย่างมาก) แม้ว่าจะมีการตื่นตัว และการบรรลุจุดสุดยอดเป็นปกติ 2) สถานการณ์ที่ผู้รักษามีความเห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางเพศแต่ไม่สามารถระบุได้ว่าภาวะนี้เป็นแบบปฐมภูมิ เป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นผลจากสาร</p>	<p>F52.9 Unspecified Sexual Dysfunction, not caused by organic disorder or disease</p>

ลักษณะอาการทางคลินิก (สเปญ อุ๋นอองค้, 2545:210-2)

1. ความผิดปกติในความต้องการทางเพศ (Appetitive phase)

1.1 ภาวะความต้องการทางเพศน้อยเกินไป (Hypoactive sexual desire disorder)

เป็นภาวะที่พบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยจะมีความต้องการทางเพศน้อยแต่เมื่อมีความต้องการและได้รับการกระตุ้นเพียงพอก็อาจมีกิจกรรมทางเพศได้อย่างปกติ

1.2 ภาวะรังเกียจกิจกรรมทางเพศ (Sexual aversion disorder) เป็นปัญหาทางเพศอีก

แบบหนึ่งซึ่งมีความไม่ชอบกิจกรรมทางเพศ จึงทำให้ความต้องการทางเพศน้อยลง

สุวัทนา อารีพรรค (2536) ได้กล่าวถึงอุบัติการณ์ของ 2 ภาวะข้างต้นว่า ประมาณร้อยละ 20 ของประชากรมีปัญหาี้ เกิดบ่อยในผู้หญิง และพวกแรกอาจพบได้บ่อยกว่าพวกที่สอง

1.3 ภาวะตรงกันข้าม คือ ความต้องการทางเพศ “มากเกินไป” มักไม่ค่อยเป็นปัญหา

นอกจากความต้องการทางเพศของกลุ่มสมรสไม่เท่ากันเท่านั้น

2. ความผิดปกติในการตื่นตัวทางเพศ (Excitement phase)

ความผิดปกติในการตื่นตัวทางเพศ คือ การที่ร่างกายไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศด้วยการเกิดการแข็งตัวและหลั่งน้ำหล่อลื่นของอวัยวะเพศ ความผิดปกติในระยะนี้มีดังต่อไปนี้

2.1 ภาวะองคชาติไม่แข็งตัว (Male erectile dysfunction, “Impotent”) เป็นภาวะที่

องคชาติไม่มีการแข็งตัว หรือแข็งตัวไม่เต็มที่ หรือแข็งตัวไม่นานพอ

2.2 ภาวะไม่ตื่นตัวทางเพศในเพศหญิง (Female sexual arousal disorder) เป็นภาวะ

ที่ไม่มีการตื่นตัวของอวัยวะเพศ และไม่มีกรหลั่งน้ำหล่อลื่นออกมา หรือมีแต่ไม่เพียงพอ

2.3 ภาวะช่องคลอดหดรัศตัว (Vaginismus) เป็นภาวะที่ช่องคลอดส่วนนอกอาจเกิด

การหดรัศตัวอย่างรุนแรงทำให้ไม่สามารถสอดใส่องคชาติได้

2.4 ภาวะเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (Dyspareunia) เป็นภาวะที่เกิดได้ทั้งสองเพศ แต่

ส่วนใหญ่มักเกิดในเพศหญิง

DSM-IV จัดภาวะช่องคลอดหดรัศตัว และภาวะเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์รวมกันเป็นภาวะ ความเจ็บปวดทางเพศ (sexual pain disorder) ส่วน ICD-10 อยู่ที่รหัส F52.5 และ F52.6 ตามลำดับ

3. ปัญหาทางเพศในระยะมีความสุขสุดยอด (Orgasmic phase)

3.1 ภาวะไม่มีความสุขสุดยอดในเพศหญิง (Female orgasmic disorder,

“Anorgasmia” or “Frigidity”) เป็นภาวะที่ในเพศหญิงไม่มีความสุขสุดยอดทั้ง ๆ ที่มีการตื่นตัวทางเพศ และได้รับการกระตุ้นอย่างเพียงพอแล้ว

3.2 การหลั่งอสุจิช้าเกินไปหรือไม่หลั่งเลย (Retarded ejaculation) เป็นภาวะทำนอง

เดียวกับ การไม่มีความสุขสุดยอดในเพศหญิงแต่เกิดในเพศชาย

3.3 การหลั่งอสุจิเร็วเกินไป (Premature ejaculation) คือ ภาวะที่เพศชายไม่สามารถชะลอการหลั่งอสุจิ

3.4 การหลั่งอสุจิโดยไม่มีความสุข (Anhedonic ejaculation) คือ การที่เพศชายมีการหลั่งอสุจิแต่ไม่รู้สึกมีความสุขสุดยอด

4. ความผิดปกติในระยะกลับสู่ระยะพัก (Resolution phase)

ปัญหาในระยะนี้พบได้น้อยแต่ก็มีบ้าง ได้แก่

4.1 อาการปวดศีรษะหลังการมีเพศสัมพันธ์ (Postcoital headache)

4.2 ภาวะอารมณ์ไม่ดีหลังการมีเพศสัมพันธ์ (Postcoital dysphoria)

4.3 นอกจากนี้ในเพศชายอาจมีการแข็งตัวขององคชาติค้างไว้ไม่ยอมอ่อนตัว (Priapism) ซึ่งมักเป็นปัญหาที่เกิดจากโรคทางกาย

สาเหตุ (สเปญ อุ๋นอองค้, 2545:212-4)

ปัญหาทางเพศอาจมีสาเหตุจากโรคทางกาย หรือ โรคทางจิตเวช หรืออาจเกิดจากยาที่ใช้รักษาโรคต่าง ๆ ได้ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ตัวอย่างโรคและยาที่ทำให้เกิดปัญหาทางเพศได้

โรคทางกาย	
Arteriosclerosis	Erectile dysfunction
Hypertension	Erectile dysfunction
Myocardial infraction	Loss of interest
Diabetes	Erectile dysfunction; impaired interest and arousal in woman
Arthritis, amputation	Mechanical difficulties
Epilepsy	Impaired sexual interest
Multiple sclerosis	Impaired sexual arousal and orgasm
Rectal resection	Erectile dysfunction
Prostatectomy	Retrograde ejaculation; Erectile dysfunction
Oophorectomy	Impaired sexual interest and arousal
Pelvic or genital infection, vaginal operations, episiotomy	Dyspareunia
ยา	
Antihypertensives (most)	Erectile dysfunction
Propranolol	Erectile dysfunction and loss of interest
Diuretics	Erectile dysfunction
Hypnotic and minor tranquilizers	Loss of interest
Major tranquilizers	Loss of interest; impaired arousal; and retrograde ejaculation
Tricyclic antidepressants	Erectile dysfunction
โรคทางจิตเวช	
Anxiety disorders	Loss of interest; Erectile dysfunction
Depression	Loss of interest; Erectile dysfunction
Mania	Hypersexuality

นอกจากนี้แล้ว สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัจจัยทางจิตใจ ที่สำคัญได้แก่

1. การขาดความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาที่ถูกต้อง
2. ความกังวลเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ เช่น กลัวว่าจะทำได้ไม่ถูกใจภรรยา กลัวตั้งครรภ์ กลัวเจ็บ เป็นต้น
3. ความเคยชิน เช่น ก่อนแต่งงานร่วมเพศกับโสเภณีต้องรีบ ทำให้หลังสุจีเร็ว
4. เทคนิคไม่ถูกต้อง เช่น เล้าโลมน้อยเกินไป ไม่มีการบอกกันว่าชอบหรือไม่ชอบอย่างไร

การรักษา

ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกชนิดของการรักษาสำหรับผู้ป่วย เราจะต้องค้นหาสาเหตุว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นมาจากสาเหตุใด สาเหตุทางร่างกาย ทางจิตใจ โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายอย่างละเอียด และถ้าจำเป็นอาจต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย ซึ่งเมื่อหาสาเหตุพบก็จะได้รับการรักษาที่สาเหตุนั้นต่อไป

ก่อนปีพ.ศ. 2513 การรักษาความบกพร่องทางจิต-เพศ (Psychosexual dysfunction) ที่นิยมใช้มากที่สุด คือ จิตบำบัดบุคคล (Individual psychotherapy) (ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร, 2534ก:301)

สุวทนา อารีพรพรค (2536:612-3) ได้กล่าวถึงการรักษาความบกพร่องทางเพศไว้ดังนี้

1. กรณีมีสาเหตุมาจากทางร่างกาย การรับรักษาโรคทางร่างกายอาจทำให้การตอบสนองทางเพศกลับคืนมาเป็นปกติได้

2. Psychological treatment คือ การรักษาทางจิตใจ ประกอบด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

2.1 จิตวิเคราะห์ ปัจจุบันนิยมวิธีผสมผสานระหว่าง psychodynamic และ psychoanalytic-oriented psychotherapy จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม ทักษะคิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ และประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศในวัยเด็กด้วยตนเอง

2.2 จิตบำบัด เพื่อศึกษาความวิตกกังวลที่เกิดในระยะใกล้ ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับ การร่วมเพศ (Sexual performance) รวมทั้งให้ความรู้เรื่องเพศ และให้ความมั่นใจหรือกำลังใจแก่ผู้ป่วยด้วย

2.3 Marital therapy กระทำในกรณีที่มีความโกรธเคืองหรือรังเกียจคู่ร่วมเพศ

2.4 Behavior therapy: Systemic desensitization คือการเอาชนะความวิตกกังวลที่เกิดจากการร่วมเพศ ปัจจุบันนำไปใช้รักษาอาการกามตายด้าน และการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณปากช่องคลอดได้ผลพอควร

3. Sexual task หรือการฝึกปฏิบัติทางเพศ (ของ Master&Johnson) ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

3.1 การให้ความรู้เรื่องเพศ ในด้านกายวิภาค สรีรวิทยาและจิตวิทยา

3.2 ฝึกการติดต่อสื่อสารที่ีระหว่างคู่ร่วมเพศ เพื่อให้สามารถสำรวจความรู้สึกทางเพศ
 ของกันและกัน

3.3 ฝึก Sensate focus หรือการเรียนรู้วิธีสัมผัส และบริเวณของร่างกายที่ให้ความสุข
 ทางเพศ

3.4 ฝึกการร่วมเพศอย่างผ่อนคลาย ไม่เรียกร้องความสุขสุดยอดทางเพศ

3.5 ฝึกวิธีการหรือการใช้เครื่องมือบางอย่างเพื่อช่วยในกิจกรรมทางเพศ เช่น Seman's
 technique, Squeeze technique หรือการใช้ Vibrator

Seman's technique และ Squeeze technique เป็นวิธีการที่ใช้รักษาการหลั่งน้ำกาม
 เร็ว โดยให้ชายหญิงร่วมเพศกัน และฝ่ายหญิงดำเนินการร่วมเพศ ขั้นแรกฝ่ายหญิงจะใช้มือกระตุ้น
 อวัยวะเพศของฝ่ายชายจนแข็ง แล้วจึงสอดใส่เข้าช่องคลอด พร้อมกับขยับสะโพก เมื่อฝ่ายชายเกิด
 ความรู้สึกอยากหลั่งน้ำกาม ก็ให้สัญญาณฝ่ายหญิงเพื่อยกสะโพกขึ้น ให้อวัยวะเพศชายออกมาอยู่
 ภายนอกช่องคลอด แล้วปล่อยให้จอนอวัยวะเพศชายอ่อนตัวไปเองโดยไม่หลั่งน้ำกาม วิธีนี้เรียกว่า
 Seman's technique หรือฝ่ายหญิงใช้มือบีบที่คอขององคชาติ จนฝ่ายชายหมดความรู้สึกอยากหลั่ง
 น้ำกามและอวัยวะเพศอ่อนตัวลง ที่เรียกวิธี Squeeze technique เมื่ออวัยวะเพศชายอ่อนตัวลงแล้ว จึง
 ให้ฝ่ายหญิงกระตุ้นใหม่ และทำดังเช่นครั้งแรกต่อไปอีกหลาย ๆ ครั้ง จนฝ่ายชายสามารถควบคุมการ
 หลั่งน้ำกามของตนได้

ส่วนการใช้ Vibrator เป็นวิธีการรักษาการไม่บรรลุความสุขสุดยอดของผู้หญิง ในราย
 ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อนเลย โดยใช้เครื่องมือดังกล่าวเพื่อสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองจนถึงจุดสุด
 ยอดก่อนที่จะรักษาในขั้นต่อไป

4. Biological or Organic treatment ได้แก่

4.1 ยา : ยา Thioridazine และ Anxiolytic ใช้เพื่อให้หลั่งน้ำกามช้าลง ส่วนฮอร์โมน
 เพศชายใช้เพื่อเพิ่มแรงกระตุ้นทางเพศ

4.2 ศัลยกรรม แพทย์บางคนเชื่อว่า การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (circumcision)
 จะช่วยให้หลั่งน้ำกามช้าลง ส่วนการใส่ prosthesis เป็นการรักษาปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ซึ่ง
 เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย

4.3 การใช้ยาชาเฉพาะที่

4.4 การสวมถุงยางอนามัย

2 กรณีหลัง ทำเพื่อให้หลั่งน้ำกามช้าลง

5. Conventional methods (วิธีโบราณหรือวิธีพื้นบ้าน) เช่น

5.1 การใช้วงแหวนหรือห่วงรัดที่โคนองคชาติ จุดประสงค์ของการกระทำเช่นนี้ก็เพื่อให้องคชาติแข็งตัวดีขึ้น และแข็งอยู่ได้นาน ห่วงหรือวงแหวนที่ใช้กันมีหลายแบบ และทำจากวัสดุต่าง ๆ เช่น เป็นยางรัดผูกปม เป็นขอบตาแพะ หรือเป็นห่วงที่ทำด้วยงาช้าง

5.2 การฝังลูกแก้วที่องคชาติ ก็มีบางคนกระทำ โดยคิดว่าลูกแก้วที่ฝังไว้จะช่วยกระตุ้นอวัยวะเพศของฝ่ายหญิง ทำให้ถึงจุดสุดยอดได้เร็วขึ้น

6. วิธีอื่น ๆ ได้แก่ การสัก หรือการใช้เครื่องรางของขลัง ที่ทำกันคือ การสักเป็นรูปอวัยวะเพศชาย หรือภาพหญิงเปลือยกาย และการแขวนวัตถุที่แกะสลักเป็นรูปอวัยวะเพศชาย เพื่อเป็นกำลังใจให้ประกอบกิจการทางเพศได้อย่างมีสมรรถภาพ และเพื่อผูกใจฝ่ายหญิง

ตอนที่ 4 Prolactin

Prolactin พบครั้งแรกในมนุษย์เมื่อปี 1970 (Meaney, A.M.& O'Keane, V., 2002) เป็นฮอร์โมนที่ถูกสร้างจาก lactotroph cell ในต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior Pituitary) (ราตรี สดุดทรวง, 2535; Benjamin J. Sadock and Virginia A. Sadock, 2003) ซึ่งมีอยู่ประมาณ 15-25% ของเซลล์ต่อมใต้สมองส่วนหน้าทั้งหมด (Meaney, A.M.& O'Keane, V., 2002; สุพรพิมพ์ เจียสกุล, 2545) มีโครงสร้างการเรียงตัวของกรดอะมิโนคล้ายกับ growth hormone ยีนที่ควบคุมการสร้าง Prolactin อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 6 (Meaney, A.M.& O'Keane, V., 2002; กาญจนา เข็นภิญโญสุข, 2547) prolactin สร้างจาก preprolactin ซึ่งมีขนาด 26 กิโลดาลตัน เกิดจากการเรียงตัวของกรดอะมิโน 227 ตัว มี 3 รูปแบบคือ

1. monomeric prolactin หรือ little Prolactin ขนาด 23 กิโลดาลตัน ประกอบด้วยกรดอะมิโน 199 ตัว
2. dimeric prolactin หรือ big prolactin ขนาด 48-56 กิโลดาลตัน
3. polymeric prolactin หรือ macroprolactin ขนาดมากกว่า 150 กิโลดาลตัน (กาญจนา เข็นภิญโญสุข, 2547)

โดย monomeric prolactin จะออกฤทธิ์มากที่สุดเมื่อเทียบกับ dimeric prolactin และ polymeric prolactin นอกจากนี้ prolactin บางส่วนยังจับอยู่กับคาร์โบไฮเดรต เรียกว่า glycosylated prolactin ซึ่งจะออกฤทธิ์น้อยกว่า prolactin ในรูปนี้ตามปกติจะมีอยู่ในกระแสเลือดประมาณ 16-24% prolactin ในกระแสเลือดมีค่าครึ่งชีวิต 26/47 นาที มีลักษณะการหลั่งสูงและต่ำเป็นช่วง ๆ โดยในคนปกติมีการหลั่งสูงวันละ 4-14 ครั้ง แต่ครั้งสั้น 67-76 นาที (กาญจนา เข็นภิญโญสุข, 2547)

ซึ่งระดับ Prolactin ปกติจะอยู่ในช่วง 1.61-18.77 นาโนกรัม/มิลลิลิตรสำหรับผู้ชาย และ 1.39-24.20 นาโนกรัม/มิลลิลิตร สำหรับผู้หญิง ซึ่งเราจะเห็นค่ากลางนี้ได้ที่ใบรายงานผลจากห้องปฏิบัติการ

ส่วนในคนไทยวัยเจริญพันธุ์ได้มีการทำการศึกษาไว้ดังนี้ ผู้ชายจะอยู่ในช่วงระหว่าง 0.1-0.7 นาโนโมล/ลิตร และผู้หญิงจะอยู่ในช่วงระหว่าง 0.1-1.1 นาโนโมล/ลิตร (สุพรพิมพ์ เกียรติกุล, 2532; 2545)

Prolactin จะถูกยับยั้งโดย Dopamine ซึ่งผลิตจาก Tuberoinfundibular neurons ของจุดศูนย์กลางที่ Hypothalamus การรักษาด้วยยาที่ปิดกั้นการทำงานของ Dopamine จะเพิ่มระดับ Prolactin สูงถึง 20 เท่า เช่น ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic) (Benjamin J. Sadock and Virginia A. Sadock, 2003) ภาวะที่ Prolactin สูงกว่าค่าปรกตินี้เรียกว่า Hyperprolactinemia

การควบคุมการสร้างและการหลั่ง prolactin

ปัจจัยหลักที่ควบคุมการหลั่ง prolactin คือ dopamine ซึ่งหลั่งจาก tuberoinfundibular dopaminergic cell (TIDA) และ tuberohypophyseal dopaminergic system (THDA) ที่บริเวณ caudate และ paraventricular nuclei โดย TIDA จะมีบทบาทในการควบคุม prolactin เหนือกว่า THDA ซึ่ง dopamine จะผ่านมาทาง hypothalamic pituitary portal system มาจับกับ dopamine receptor type 2 (D₂) บนเซลล์ lactotroph ซึ่ง TIDA และ THDA เองจะไม่มี D₂ แต่จะมี prolactin receptor เมื่อ prolactin สูงขึ้น prolactin จะกลับไปกระตุ้นให้มีการหลั่ง dopamine เพิ่มขึ้น และ dopamine ที่เพิ่มขึ้นจะกลับไปยับยั้งการหลั่ง prolactin ทำให้เกิดสมดุลการควบคุมการหลั่ง prolactin โดย dopamine ดังนั้นปัจจัยใดก็ตามที่ไปรบกวนการหลั่ง dopamine ก็จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของ prolactin (Evan, W.S., et al., 1990; Melmed, S., and Kleinberg, D., 2003)

Prolactin ถูกหลั่งในปริมาณที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาของวัน เช่นเดียวกับฮอร์โมนหลาย ๆ ชนิด โดยมีระดับสูงสุดในช่วงเวลากลางคืนขณะนอนหลับ และรับต่ำสุดช่วงสายของวัน คือ ประมาณ 10 นาฬิกาไปจนถึง 12 นาฬิกา การหลั่ง prolactin สูงสุดในช่วงเช้าของวันเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มืดแสงสว่างซึ่งทำให้มีการหลั่งของ dopamine น้อย

สารที่เพิ่มการหลั่ง prolactin ที่สำคัญได้แก่ thyrotropin releasing hormone (TRH), vasopressin, estrogen, oxytocin และ vasoactive intestinal peptide (VIP), ซึ่ง vasopressin จะหลั่งมากขึ้นขณะมีภาวะความเครียด ทำให้ prolactin สูงขึ้นขณะเครียด

สารอื่น ๆ ได้แก่ angiotensin II, neuropeptide Y, galanin, substance P และ neurotensin Opioid สามารถยับยั้งการหลั่ง dopamine ทำให้ prolactin สูงขึ้น Serotonin ยาทาทางจิตเวชหลายชนิด ทำให้ prolactin สูงขึ้นโดยเพิ่มระดับ serotonin

การกระตุ้นห้วงมโนในหญิงตั้งครรภ์จะเพิ่มระดับ Prolactin สูงขึ้นได้ 8.5 เท่าจากระดับเดิม ภายใน 1-3 นาที และสูงอยู่นาน 10-20 นาที แต่ในหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์จะทำให้ Prolactin เพิ่มขึ้น

เล็กน้อย และในผู้ชายไม่มีผลเพิ่มขึ้นเลย (Noel, G.L., Suh, H.K., Stone, J.G., and Farntz, A.G., 1974)

หน้าที่ของ Prolactin

Prolactin เป็นฮอร์โมนที่มีผลต่อร่างกายหลายประการ ได้แก่ ควบคุมสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ควบคุมการเจริญเติบโตและการทำหน้าที่ของเต้านม และควบคุมการเจริญพันธุ์ นอกจากนี้ยังมีผลต่อกระบวนการเติบโตของเซลล์ การแบ่งเซลล์ และมีผลต่อ immune cell ด้วย (บุญเอก จันศิริมงคล, 2540)

Prolactin มีผลต่อ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผ่านทางตรง ได้แก่ ควบคุม B- และ T-Lymphocyte โดยตรง หรือมีผลต่อ cytokine ที่มีฤทธิ์ต่อระบบภูมิคุ้มกัน และทางอ้อมโดยเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนอื่นที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน (Lavelle, C., et al, 1987)

Prolactin เพิ่มการสร้างโปรตีนและระดับน้ำตาลในเลือด กระตุ้นเซลล์ต้นให้สร้างชั้นแล็กติน (synlactin) ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง ที่ทำงานร่วมกับ Prolactin เมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่น ทำงานร่วมกับ gonadotropin ทำให้เต้านมและรังไข่ในเด็กหญิง และอัณฑะในเด็กชายเจริญขึ้น (สุพรพิมพ์ เกียรติกุล, 2545)

ในเพศชายพบว่า Prolactin ไปรวมกับ androgen มีผลทำให้เกิดการกระตุ้นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสืบพันธุ์บางอย่างเช่น ต่อมลูกหมาก ท่อนำสุจิ และต่อมสร้างน้ำอสุจิ (ปรีชา สุวรรณพินิจและนงลักษณ์ สุวรรณพินิจ, 2548)

Hyperprolactinemia กับการเกิดภาวะบกพร่องทางเพศ

ภาวะหรือยาใด ๆ ก็ตาม que ไปรบกวนการทำงานของ Dopamine เช่น ยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า ที่มีกลไกหลัก คือ ออกฤทธิ์ปิดกั้น D₂ receptor ที่ tuberoinfundibular tract ทำให้เกิด hyperprolactinemia ซึ่งอาจเหนี่ยวนำให้เกิดการมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ (irregular menorrhea) ไม่มีประจำเดือนเลย (amenorrhea) เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (sexual dysfunction) เต้านมโต (gynecomastia) น้่านมไหล (galactorrhea) (พงศธร มีสวัสดิ์สม และจุฑามณี สิทธิสิทธิ์, 2548; Henderson, D.C., 2005) นอกจากนี้ hyperprolactinemia ยังส่งผลในการยับยั้งการทำงานของต่อมเพศอีกด้วย (สุพรพิมพ์ เกียรติกุล, 2545)

ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Ghadirian, A. Missagh., Guy Chouinard and Lawrence Annable (1982) ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับ Prolactin กับ ความบกพร่องทางเพศ ในผู้ป่วยโรคจิตเภท 55 คน เป็นผู้ชาย 26 คน ซึ่งพบว่า ระดับ Prolactin ที่สูงมีผลต่อ คะแนนความบกพร่องทางเพศ ในผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย

Aizenberg D.et.al. (1995) ศึกษาภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา 51 คน ไม่ได้รักษา 20 คน และกลุ่มควบคุม 51 คน โดยการใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งสรุปผลได้ว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีภาวะบกพร่องทางเพศในความถี่ที่สูง และในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา รายงานการลดลงของความสามารถในการแข็งตัว และการถึงจุดสุดยอดในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการกระตุ้นทางเพศ(Arousal) ลดลงด้วย ความต้องการทางเพศลดลงในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามีผลกระทบต่อความช่วยเหลือตัวเองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

Hummer, M.; Kurz, M.; Oberbauer, H.; Kurzthaler, I.; Schnegg, G. and Fleischhacker, W.W. (1995) ศึกษาถึงผลข้างเคียงทางเพศของยาโรคจิตกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) Clozapine(ยากลุ่มใหม่) 76 คน (2) Haloperidol (ยากลุ่มเก่า) 35 คน ซึ่งเป็นผลการวิเคราะห์หลังจากได้รับยา 6 สัปดาห์ และใช้แบบสอบถามได้ด้านต่างๆจากการวิเคราะห์เบื้องต้น ดังนี้ ประจำเดือนมาผิดปกติ (42.2% & 75.9%) ความต้องการทางเพศลดลง (58.5% & 92.7%) และ มีการรบกวนการทำหน้าที่ทางเพศ (17.7% & 35.8%)

Kastler B. et al. (1997) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย 41 คน และกลุ่มควบคุม 41 คน พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีความบกพร่องทางเพศ และการขาดจินตนาการทางเพศสัมพันธ์กับยากลุ่มเก่า ในเรื่องความพึงพอใจเรื่องเพศก็มีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ความสามารถทางเพศ กิจกรรมทางเพศ และความต้องการทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ชาย

H. Knegtering, M. Boks and C. Ten Brink (1998) ศึกษาภาวะบกพร่องทางเพศ และระดับ Prolactin ในผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่าหรือ Risperidone จำนวนรวม 55 คน ซึ่งใช้ยากลุ่มเก่า 27 คน ทั้งหมดใช้ยามา 4-6 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าการตอบแบบสอบถาม 65% ของผู้ป่วยรายงานว่าปัญหาทางเพศเกี่ยวกับการใช้ยาโรคจิต (55% ในกลุ่มใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า และ 75% ในกลุ่มใช้ Risperidone) และระดับ Prolactin ในกลุ่มที่ใช้ Risperidone สูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า

Smith S. et al. (1998) ศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual Function) โดยวัดด้วยแบบทดสอบ ในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท 75 คน ผู้ป่วยจากคลินิกภาวะบกพร่องทางเพศ 55 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน ผลสรุปคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้คะแนนในแบบทดสอบสูงมาก 50.7% เทียบได้กับผู้ป่วยจากคลินิกภาวะบกพร่องทางเพศ 56.0% และในกลุ่มควบคุม 18.2 % กลุ่มตัวอย่างทำให้เห็นได้ว่า

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตทำให้เกิดความยากลำบากทางเพศ และมีผลต่อการยอมทำตามกฎเกณฑ์ในการรักษา

Aizenberg D. et. al. (2001) ศึกษาเปรียบเทียบภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า กับ ยา Clozapine ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ซึ่งผลสรุปว่ายา Clozapine มีผลต่อภาวะบกพร่องทางเพศน้อยกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า

Smith, S.M., V. O'Keane and Murray R. (2002) ศึกษา ภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า 101 คน กลุ่มควบคุม 57 คน และกลุ่มที่มาจากคลินิกภาวะบกพร่องทางเพศอีก 55 คน ซึ่งพบภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วย 45 % และความบกพร่องทางเพศ เป็นผลมาจาก Hyperprolactinemia ด้วย

Wirshing, D.A.et.al. (2002) ศึกษาผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย 25 คน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มการรักษา (1) Clozapine(CLO) (2) Risperidone(RIS) และ (3) การรวมกันของ Haloperidol / Fluphenazine(HAL/FLU) (กลุ่มเก่า) ซึ่งได้ผลการศึกษาว่า มีการลดลงในการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual function) ทุกกลุ่มการรักษา (40-71%) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 2 และ 3 มีการรายงานถึงผลข้างเคียงในการทำหน้าที่ทางเพศ 1 ข้อหรือมากกว่า เช่นในเรื่องความสนใจทางเพศ CLO(0%) เทียบกับ RIS(64%) หรือ HAL/FLU(67%) ในเรื่องปริมาณความสนุกสนานของการถึงจุดสุดยอดและการหลั่ง CLO(20%) เทียบกับ RIS(86%) ในเรื่องความถี่ในการแข็งตัว RIS(40%) เทียบกับ CLO(93%) หรือ RIS(50%) เทียบกับ HAL/FLU(93%)

McDonald S. et. al. (2003) ได้ทำการสำรวจวัดคะแนนความบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภท เปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป โดยการส่งแบบสอบถามไปที่บ้าน และมีผู้ส่งแบบสอบถามกลับมา ในผู้ป่วยโรคจิตเภท 93 คนจาก 135 คน (73%) และประชากรทั่วไป 81 คนใน 114 คน (71%) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะบกพร่องทางเพศอย่างน้อยที่สุด 1 อย่าง ในผู้ป่วยชาย 82% และหญิง 96% ผู้ป่วยชายรายงานว่า ความต้องการทางเพศน้อย ความสำเร็จและคงการแข็งตัวของอวัยวะเพศน้อย หลั่งเร็วมาก และพึงพอใจกับความรุนแรงในจุดสุดยอดน้อย ผู้ป่วยหญิงรายงานถึงความสนุกสนานในการร่วมเพศน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย ที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง (Sample group) คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย ที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 86 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV ว่าเป็นโรคจิตเภท
2. รับประทานยารักษาโรคจิต อย่างน้อยเป็นเวลา 6 สัปดาห์
3. เพศชาย อายุระหว่าง 20-49 ปี
4. อ่านหนังสือออก และพูดคุยรู้เรื่อง
5. มีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS ไม่เกิน 35 คะแนน
6. ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด
7. ไม่มีโรคทางสมอง และ/หรือโรคทางกายอย่างอื่นร่วมด้วย
8. เป็นผู้ให้ความร่วมมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาในการใช้ยารักษาโรคจิต กลุ่มของยารักษาโรคจิตที่ใช้ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเองโดยศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

2. แบบประเมินอาการทางจิต 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 (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) โดยประเมินอาการผู้ป่วยตั้งแต่ระดับไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรง การให้คะแนนเริ่มต้นตั้งแต่ 0-6 คือ 0(ไม่มีอาการ), 1(มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง), 2(มีอาการเล็กน้อย), 3(อาการปานกลาง), 4(อาการค่อนข้างรุนแรง), 5(อาการรุนแรง), 6(อาการรุนแรงมาก) ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0-108 ซึ่งประเมินโดยจิตแพทย์

3. แบบสอบถามภาวะทางเพศ

ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีจุดประสงค์เพื่อใช้สำหรับสอบถามภาวะทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย โดยพัฒนามาจากแบบวัด Arizona Sexual Experience Scale : Male (ASEX) โดย McGahuey C.A., Gelenberg A.J., Lankes C.A. และคณะ (2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถามดังนี้

1. ผู้วิจัยกำหนดโครงสร้างแบบสอบถาม โดยยึดตามแบบวัด ASEX อันประกอบไปด้วยการวัดภาวะทางเพศ 5 ด้านดังนี้ ความต้องการทางเพศ (Sex drive) การกระตุ้นอารมณ์เพศ (sexual arousal) การแข็งตัวของอวัยวะเพศ (Erection) การถึงจุดสุดยอด (orgasm) และความพึงพอใจทางเพศ (sexual satisfaction)

2. กำหนดและแต่งข้อคำถามภาวะทางเพศ 5 ด้าน ซึ่งคำถามแต่ละคำถามได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม และการแต่งคำถามของผู้วิจัย ซึ่งได้ข้อคำถามทั้งหมดในครั้งแรก 35 ข้อ ในแบบสอบถามชุดที่ 1

3. นำแบบสอบถามชุดที่ 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่านทำการตรวจความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากนั้นนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่านมาปรับปรุงคำถามในแบบสอบถาม แล้วนำไปให้ผู้ชายอายุระหว่าง 20-49 ปี การศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 5 คน ทดลองทำแบบสอบถามเพื่อประเมินเรื่องเวลาที่ใช้ในการทำแบบสอบถามและพูดคุยเกี่ยวกับความเข้าใจในสำนวนภาษาของข้อคำถามในแต่ละข้อ หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาแก้ไขข้อคำถามจนได้เป็นแบบสอบถามภาวะทางเพศชุดที่ 2 เพื่อนำไปทดลองใช้ต่อไป ดังตัวอย่างคำถามในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

ตารางที่ 17 ตัวอย่างข้อคำถามบางส่วนในแบบสอบถามภาวะทางเพศชุดที่ 2

ภาวะทางเพศ	ตัวอย่างคำถาม
Sex Drive (5 ข้อ)	คุณคิดว่าความต้องการทางเพศของคุณอยู่ในระดับใด คุณมีจินตนาการในเรื่องเพศมากน้อยแค่ไหน
Sexual Arousal (5 ข้อ)	เมื่อคุณนอนกระตุ้นอารมณ์ทางเพศให้คุณ เมื่อคุณกระตุ้นอารมณ์ทางเพศให้กับตนเอง คุณเกิด อารมณ์ทางเพศได้ง่ายเพียงใด
Erection (8 ข้อ)	เมื่อคุณมีความต้องการทางเพศ อวัยวะเพศของคุณแข็งตัว บ่อยครั้งแค่ไหน บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณรู้สึกเจ็บเวลาที่อวัยวะเพศแข็งตัว
Orgasm (6 ข้อ)	เมื่อคุณมีการร่วมเพศ คุณถึงจุดสุดยอดได้ง่ายเพียงใด เมื่อคุณช่วยตัวเอง คุณถึงจุดสุดยอดได้ง่ายเพียงใด
Sexual Satisfaction (11 ข้อ)	คุณพอใจกับการแข็งตัวของอวัยวะเพศของคุณหรือไม่ คุณพอใจกับการถึงจุดสุดยอดของคุณหรือไม่

4. นำแบบสอบถามชุดที่ 2 ไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 35 คนเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) และค่า Cronbach's Alpha เพื่อคัดข้อที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation (CITC) ต่ำกว่าค่าที่กำหนดออก ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่า CITC ไว้เท่ากับ .325 (Beyer, W.H., 1976:390) ดังตัวอย่างในตารางที่ 20 และเมื่อตัดข้อคำถามที่ค่า CITC ต่ำกว่ากำหนดแล้ว จึงนำข้อที่เหลือและข้อที่ปรับปรุงสำนวนภาษาแล้วได้เป็นแบบสอบถามภาวะทางเพศชุดที่ 3 เพื่อทดสอบใช้ต่อไป

ตารางที่ 18 ตัวอย่างค่า CITC ในแต่ละข้อ และค่า Cronbach's Alpha ในแต่ละด้าน

ภาวะทางเพศ	ข้อที่	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha
Sex Drive	1	.262	.130
	2	.347	
Sexual Arousal	6	.270	.816
	8	.595	

5. นำแบบสอบถามภาวะทางเพศชุดที่ 3 ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกันกับการทดลองที่ใช้ในแบบสอบถามชุดที่ 2) จำนวน 17 คนเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) และค่า Cronbach's Alpha และได้แบบสอบถามชุดที่ 4 เป็นชุดจริงสำหรับใช้ในงานวิจัยฉบับนี้ ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่า CITC และค่า Cronch's Alpha ในแบบสอบถามภาวะทางเพศชุดจริงที่ใช้ในงานวิจัยฉบับนี้

ภาวะทางเพศ	ข้อที่	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha
Sex Drive	1	.7625	.7426
	2	.5595	
	3	.5370	
Sexual Arousal	4	.9336	.8869
	5	.4911	
	6	.8126	
	7	.8204	
Erection	8	.8715	.8762
	9	.6124	
	10	.7672	
	11	.7258	
Orgasm	12	.9652	.9790
	13	.9652	
Sexual Satisfaction	14	.8124	.8761
	15	.8682	
	16	.8192	
	17	.8412	
	18	.8818	

6. หลังจากได้แบบสอบถามฉบับที่จะใช้ในงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนนที่ใช้ในการแปลผล โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดนี้ ไปให้ผู้ชายที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศซึ่งมาเข้ารับการรักษา ณ คลินิกครอบครัว ซอยสุขุมวิท 51 จำนวน 50 คน และให้ผู้ชายปรกติด้วยเจริญพันธุ์

ที่คิดว่าไม่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศจำนวน 100 คน ทำการตอบแบบสอบถาม และบันทึกคะแนนเต็มที่ได้ โดยดูรายละเอียดได้จากตารางที่ 20

ตารางที่ 20 รายละเอียดค่าคะแนนในการหาช่วงคะแนนแปลผลแบบสอบถาม

กลุ่มผู้ตอบ	จำนวนผู้ตอบ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
คลินิกครอบครัว	50	18	69	44.16	13.74
ปรกติ	100	58	88	74.43	7.41

จากนั้นนำมาหาค่าคะแนนที่จะแยกผู้ที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศออกจากผู้ที่ไม่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศ โดยการนำคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มจากคลินิกครอบครัวมารวมกันและกำหนดเป็นคะแนนสูงสุดของผู้มีปัญหาความบกพร่องทางเพศซึ่งเท่ากับ 57.9 คะแนนและนำคะแนนต่ำสุดของกลุ่มปรกติซึ่งเท่ากับ 58 คะแนน มากำหนดคะแนนเริ่มต้นของผู้ที่ไม่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศ โดยดูรายละเอียดได้จากตารางที่ 21

ตารางที่ 21 การแปลผลภาวะทางเพศ

ช่วงคะแนน	ผล
0 - 57.9	คุณมีความบกพร่องทางเพศอย่างน้อยที่สุด 1 ด้าน
58 - 90	คุณมีภาวะทางเพศอยู่ในเกณฑ์ปรกติ

4. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์, 2545)

ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต เป็นมาตราประเมินแบบเรียงอันดับ (ordinal rating scale) แบบ 4 มาตร จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบที่ใช้โดยให้ผู้รับการประเมินทำการประเมินตนเอง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที การให้คะแนนจะเป็นช่วง 0-3 (0 = ไม่เคยเลย, 1 = เป็นครั้งคราว, 2 = เป็นบ่อย ๆ, 3 = เป็นประจำ)

คุณภาพของเครื่องมือ sensitivity = 70.4, specificity = 64.6, Cronbach's Alpha coefficient = 0.86

การแปลผล แบ่งเป็นระดับดังต่อไปนี้

0-5 คะแนน ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าปรกติอย่างมาก ทฤษฎีถือว่าคุณมีความเป็นไปได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่จะมีความเครียดในระดับต่ำมากเช่นในกรณีของท่านอาจมีความหมายหมายความว่า

- (1) ท่านตอบคำถามไม่ตรงตามความเป็นจริง หรือ
- (2) ท่านอาจเข้าใจคำสั่งหรือข้อความคลาดเคลื่อนไป

(3) ท่านอาจเป็นคนที่ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต มีความเฉื่อยชา ชีวิตประจำวันซ้ำซาก จำเจ น่าเบื่อ ปราศจากความตื่นเต้น

6-17 คะแนน ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับปรกติ สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก รู้สึกมีพลังมีชีวิตชีวา กระตือรือร้นมองสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์รอบตัวว่าเป็นสิ่งท้าทาย ความสามารถ มีความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ผลผลิตของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

18-25 คะแนน ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปรกติเล็กน้อย มีความไม่สบายใจอันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยที่ปัญหาหรือข้อขัดแย้งของท่านอาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไขซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวัน อาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียดหรืออาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมบ้างเล็กน้อยแต่ไม่ชัดเจนและยังพอทนได้ แม้ว่าท่านจะมีความยุ่งยากในการจัดการปัญหาอยู่บ้างและอาจจะต้องใช้เวลาในการปรับตัวมากขึ้นกว่าเดิม ท่านก็สามารถจัดการกับความเครียดได้ และไม่เป็นผลเสียหายต่อการดำเนินชีวิต ในกรณีนี้ท่านควรผ่อนคลายความเครียดด้วยการหาความเพลิดเพลินใจ เช่น ออกกำลังกาย ดูหนัง ฟังเพลง สังสรรค์กับเพื่อน เป็นต้น

26-29 คะแนน ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปรกติปานกลาง ขณะนี้ท่านเริ่มมีความเครียดในรับค่อนข้างสูง และได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้ง และวิกฤตการณ์ในชีวิต เป็นสัญญาณเตือนขึ้นว่าท่านกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตและความขัดแย้ง ซึ่งท่านจัดการแก้ไขด้วยความยากลำบาก ลักษณะอาการดังกล่าวจะเพิ่มความรุนแรงซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานจำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขข้อขัดแย้งต่าง ๆ ให้น้อยลง หรือหมดไปด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง และควรคลี่คลายความเครียดด้วยการพูดคุยปรึกษากับคนที่ไว้วางใจหรือปรึกษาทางโทรศัพท์ (Hotline)

30-60 คะแนน ท่านมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปรกติมาก กำลังตกอยู่ในภาวะตึงเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง การเจ็บป่วยที่รุนแรงเรื้อรัง ความพิการ การสูญเสีย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างชัดเจน ทำให้ชีวิตไม่มีความสุข ฟุ้งซ่าน ตัดสินใจผิดพลาด ขาดความยับยั้งชั่งใจ อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรงอย่างมาก หากปล่อยไว้โดยไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง และส่งผลเสียต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้ ในระดับนี้ควรขอรับบริการ Hotline และคลินิกคลายเครียด ซึ่งมีอยู่ตามสถานบริการทั่วประเทศ

5. ใบรายงานผลระดับ Prolactin จากห้องปฏิบัติการ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อเสนอเรื่องขออนุมัติการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยของทางสถาบันฯ หลังจากนั้นได้นำหนังสืออนุญาตจากทางสถาบันฯ ไปยื่นต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อพูดคุยตกลงรูปแบบการจัดเก็บข้อมูล และทางแผนกผู้ป่วยนอกจัดเตรียมสถานที่และอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่เก็บข้อมูล

2. ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยพบแพทย์ โดยแพทย์ประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต BPRS เมื่อได้ค่าคะแนนไม่เกิน 35 คะแนน ก็จะส่งพบผู้วิจัย

3. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามภาวะทางเพศ และตอบแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยนำส่งตัวผู้ป่วยไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อทำการเจาะตัวอย่างเลือด เพื่อวัดระดับ Prolactin

5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistic) ใช้สถิติ T-test เพื่ออธิบายความแตกต่างของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะบกพร่องทางเพศ ของผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางเพศกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะบกพร่องทางเพศ และ ใช้สถิติ Pearson correlation เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ

Prolactin

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาภาวะทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยอาศัยเครื่องมือการวิจัย(รายละเอียดอยู่ในบทที่ 3) กับผู้ป่วยโรคจิตเภทชายจำนวน 86 คน โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายสรุปคุณลักษณะประชากร และใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย T-Test เพื่อหาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความบกพร่องทางเพศ และใช้สถิติ Pearson Correlation เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับProlactin

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 บรรยายคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความบกพร่องทางเพศ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับProlactin

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 บรรยายคุณลักษณะประชากร

ตารางที่ 22 บรรยายคุณลักษณะประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ปัจจัย	คน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
อายุ(ปี)	86 (100)	33.43	7.314	21	49
20 – 29	34 (39.5)				
30 – 39	30 (34.9)				
40 – 49	22 (25.6)				
ระดับความเครียด	86 (100)	12.36	8.54	0	36
- ต่ำกว่าปรกติอย่างมาก	19 (22.09)				
- ปกติ	45 (52.33)				
- สูงกว่าปรกติเล็กน้อย	15 (17.44)				
- สูงกว่าปรกติปานกลาง	2 (2.33)				
- สูงกว่าปรกติมาก	5 (5.81)				
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	86 (100)	8.54	6.10	.50	27
0 – 10	63 (73.26)				
11 – 20	19 (22.09)				
21 – 27	4 (4.65)				
ระยะเวลาที่ได้รับยา (เดือน)	86 (100)	11.22	13.28	2	82
0 – 12	63 (73.26)				
13 – 24	11 (12.79)				
25 – 36	7 (8.14)				
37 – 48	3 (3.49)				
49 – 60	1 (1.16)				
< 61	1 (1.16)				
กลุ่มยาที่ได้รับ	86 (100)				
- กลุ่มเก่า	79 (91.9)				
- กลุ่มใหม่	5 (5.8)				
- ได้รับทั้งสองกลุ่ม	2 (2.3)				
คะแนนระดับอาการทางจิต	86 (100)	3.2093	4.49867	0	21

ตารางที่ 22 บรรยายคุณลักษณะประชากรที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)

ปัจจัย	คน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ระดับยาที่ได้รับเทียบกับ Chlorpromazine (mg/day)	86 (100)	434.66	353.70	13.33	2,100

จากตารางที่ 22 พบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 33.43 ปี มีคะแนนระดับความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 12.51 คะแนน มีระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 8.54 ปี มีระยะเวลาที่ได้รับยาเฉลี่ย 11.22 เดือน กลุ่มยาที่ได้รับส่วนใหญ่คือ กลุ่มเก่า (79 คน, 91.86%) มีคะแนนระดับอาการทางจิตเฉลี่ย 3.2 คะแนน และระดับยาที่ได้รับเมื่อเทียบเป็น Chlorpromazine เท่ากับ 434.66 มิลลิกรัมต่อวัน

ตารางที่ 23 บรรยายคุณลักษณะประชากรเกี่ยวกับระดับProlactin และภาวะทางเพศ

ปัจจัย	คน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ระดับProlactin (ng/ml)	86 (100)	20.36	18.17	1.24	104.60
- ต่ำกว่าปกติ	1 (1.16)				
- ปกติ	52 (60.47)				
- สูงกว่าปกติ	33 (38.37)				
คะแนนภาวะทางเพศ	86 (100)	49.1977	15.22	15	76
- ปกติ	28 (32.6)				
- บกพร่องทางเพศ	58 (67.4)				

จากตารางที่ 23 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับProlactinเท่ากับ 20.36 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร และมีคะแนนภาวะทางเพศเฉลี่ยเท่ากับ 49.1977 คะแนน

ตารางที่ 24 บรรยายลักษณะประชากรเปรียบเทียบกับ ภาวะทางเพศ

ปัจจัย	ภาวะทางเพศปกติ	ภาวะบกพร่องทางเพศ	รวม
อายุ (ปี)	คน (%)	คน (%)	คน
- 20 – 29	12 (35.3)	22 (64.7)	34
- 30 – 39	9 (30)	21 (70)	30
- 40 – 49	7 (31.8)	15 (68.2)	22
ความเครียด			
- ต่ำกว่าปกติอย่างมาก	5 (26.3)	14 (73.7)	19
- ปกติ	16 (45.7)	29 (54.3)	45
- สูงกว่าปกติเล็กน้อย	5 (33.3)	10 (66.7)	15
- สูงกว่าปกติปานกลาง	1 (50)	1 (50)	2
- สูงกว่าปกติเล็กน้อย	1 (20)	4 (80)	5
ระยะเวลาป่วย (ปี)			
0 – 10	20 (31.75)	43 (68.25)	63
11 – 20	8 (42.1)	11 (57.9)	19
21 – 27	-	4 (100)	4
ระยะเวลาที่ได้รับยา (เดือน)			
0 – 12	20 (31.75)	43 (68.25)	63
13 – 24	6 (54.55)	5 (45.45)	11
25 – 36	1 (14.3)	6 (85.7)	7
37 – 48	1 (33.3)	2 (66.7)	3
49 – 60	-	1 (100)	1
< 61	-	1 (100)	1
กลุ่มยา			
- กลุ่มเก่า	27 (34.2)	52 (65.8)	79
- กลุ่มใหม่	1 (20)	4 (80)	5
- ได้รับทั้งสองกลุ่ม	-	2 (100)	2
ระดับProlactin (ng/ml)			
- ต่ำ	-	1 (100)	1
- ปกติ	20 (38.5)	32 (61.5)	52
- สูง	8 (24.2)	25 (75.8)	33

จากตารางที่ 24 พบว่าผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางเพศส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี มีระดับความเครียดปกติ ระยะเวลาที่ป่วยอยู่ในช่วง 0-10 ปี ระยะเวลาที่ได้รับยาอยู่ในช่วง 0-12 เดือน เป็นผู้ที่ได้รับยากลุ่มเก่า และมีระดับProlactin ปกติ

ตารางที่ 25 จำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จ่ายแต่ละชนิด เปรียบเทียบกับภาวะทางเพศ

ชนิดยา	ภาวะทางเพศปกติ	ภาวะบกพร่องทางเพศ	รวม (คน)
กลุ่มเก่า คน(%)			
Perphenazine	12 (33.33)	24 (66.67)	36
Haloperidol	10 (37.04)	17 (62.96)	27
Trifluoperazine	2 (25)	6 (75)	8
Chlorpromazine	8 (29.63)	19 (70.37)	27
Flupentixol	-	2 (100)	2
Fluphenazine	3 (27.27)	8 (72.73)	11
Thioridazine	2 (40)	3 (60)	5
กลุ่มใหม่ คน(%)			
Clozapine	1 (20)	4 (80)	5
Risperidone	-	2 (100)	2

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางรายได้รับยา 2 ชนิด

จากตารางที่ 25 พบว่ายากลุ่มเก่าที่ถูกใช้ในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือยา Perphenazine (36 คน) พบภาวะความบกพร่องทางเพศคิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาได้แก่ยา Chlorpromazine (27) และ Haloperidol (27 คน) ซึ่งพบภาวะบกพร่องทางเพศคิดเป็นร้อยละ 70.37 และ 62.96 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จ่ายกลุ่มใหม่ คือ Clozapine (5 คน) และ Risperidone (2 คน) พบผู้มีภาวะความบกพร่องทางเพศร้อยละ 80 และ 100 ตามลำดับ

ตารางที่ 26 จำแนกกลุ่มตัวอย่างที่เข้าแต่ละชนิด เปรียบเทียบกับระดับ Prolactin

ชนิดยา	PRLต่ำ	PRLปกติ	PRLสูง	รวม
<u>กลุ่มเก่า</u> คน(%)				
Perphenazine	-	26(72.22)	10(27.78)	36
Haloperidol	1(3.70)	14(51.85)	12(44.45)	27
Trifluoperazine	-	4(50)	4(50)	8
Chlorpromazine	-	16(59.26)	11(40.74)	27
Flupentixol	-	1(50)	1(50)	2
Fluphenazine	-	7(63.64)	4(36.36)	11
Thioridazine	1(20)	3(60)	1(20)	5
<u>กลุ่มใหม่</u> คน(%)				
Clozapine	-	2(40)	3(60)	5
Risperidone	-	-	2(100)	2

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางรายได้รับยา 2 ชนิด

จากตารางที่ 26 พบว่ายาในกลุ่มเก่าที่ถูกใช้ในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือยา Perphenazine (36 คน) พบภาวะ Prolactin สูงกว่าค่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 27.78 รองลงมาได้แก่ยา Haloperidol (27 คน) และ Chlorpromazine (27) ซึ่งพบภาวะ Prolactin สูงกว่าค่าปกติคิดเป็นร้อยละ 44.45 และ 40.74 ตามลำดับ และยังพบอีกว่ากลุ่มที่เข้ายา Trifluoperazine และ Flupentixol พบผู้มีภาวะ Prolactin สูงกว่าค่าปกติคิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน

นอกจากนี้ยังพบอีกว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ายาในกลุ่มใหม่ คือ Clozapine (5 คน) และ Risperidone (2 คน) พบผู้มีภาวะความบกพร่องทางเพศร้อยละ 60 และ 100 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 27 จำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาแต่ละชนิด เปรียบเทียบ Prolactin กับภาวะทางเพศ

ชนิดยา	ภาวะทางเพศปกติ			ภาวะบกพร่องทางเพศ			รวม
	PRLต่ำ	PRLปกติ	PRLสูง	PRLต่ำ	PRLปกติ	PRLสูง	
กลุ่มเก่า คน(%)							
Perphenazine	-	10(27.78)	2(5.56)	-	16(44.44)	8(22.22)	36
Haloperidol	-	7(25.93)	3(11.11)	1(3.70)	7(25.93)	9(33.33)	27
Trifluoperazine	-	-	2(25)	-	4(50)	2(25)	8
Chlorpromazine	-	6(22.22)	2(7.41)	-	10(37.04)	9(33.33)	27
Flupentixol	-	-	-	-	1(50)	1(50)	2
Fluphenazine	-	2(18.18)	1(9.1)	-	5(45.45)	3(27.27)	11
Thioridazine	-	2(40)	-	1(20)	1(20)	1(20)	5
กลุ่มใหม่ คน(%)							
Clozapine	-	1(20)	-	-	1(20)	3(60)	5
Risperidone	-	-	-	-	-	2(100)	2

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางรายได้รับยา 2 ชนิด

จากตารางที่ 27 พบว่ายาที่ถูกใช้ในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ Perphenazine โดยพบผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางเพศ และมีระดับProlactinสูงด้วย จำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 22.22 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยา Chlorpromazine รองลงมาคือ Haloperidol และ Chlorpromazine 9 คนคิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่ากัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศ

ตารางที่ 28 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศ

	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ระดับProlactin					
- ภาวะทางเพศปกติ	28	15.36	11.33	2.167	.033*
- ภาวะทางเพศบกพร่อง	58	22.78	20.34		
ระดับอาการทางจิต					
- ภาวะทางเพศปกติ	28	1.79	2.81	2.078	.047*
- ภาวะทางเพศบกพร่อง	58	3.90	5.0		
อายุ					
- ภาวะทางเพศปกติ	28	32.86	7.58	0.503	.617
- ภาวะทางเพศบกพร่อง	58	33.71	6.82		
ความเครียด					
- ภาวะทางเพศปกติ	28	12.04	9.23	0.242	.809
- ภาวะทางเพศบกพร่อง	58	12.52	8.20		
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย					
- ภาวะทางเพศปกติ	28	9.23	5.63	-0.728	.469
- ภาวะทางเพศบกพร่อง	58	8.20	6.34		
ระยะเวลาที่ได้รับยา					
- ภาวะทางเพศปกติ	28	9.60	9.64	0.781	.437
- ภาวะทางเพศบกพร่อง	58	12.0	14.74		
ระดับยาที่ได้รับเทียบ					
- ภาวะทางเพศปกติ	28	397.83	445.26	0.669	.505
- ภาวะทางเพศบกพร่อง	58	452.44	302.75		

* p < .05

จากตารางที่ 28 พบว่าระดับProlactin และระดับอาการทางจิต ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่บกพร่องทางเพศและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่บกพร่องทางเพศ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่มีภาวะบกพร่องทางเพศมีระดับProlactin เฉลี่ย 22.78 นาโนกรัม/มิลลิลิตร และมีระดับอาการทางจิตเฉลี่ย 3.90 คะแนน ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะทางเพศปกติ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับProlactin

ตารางที่ 29 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับProlactin

	r	p
อายุ	-.92	.400
ความเครียด	-.16	.128
ระยะเวลาที่ป่วย	-.089	.415
ระดับอาการทางจิต	.038	.725
ระยะเวลาที่ใช้ยา	.188	.083
ขนาดยาที่ได้รับ	.415	.000**

** p < .001

จากตารางที่ 29 พบว่าระดับProlactinและขนาดยาที่ได้รับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาภาวะทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิต
2. เพื่อศึกษาระดับProlactin ในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิต
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับProlactinกับภาวะความบกพร่องทางเพศ
4. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความบกพร่องทางเพศ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิต ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 86 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือซึ่งประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามภาวะทางเพศ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตัวแปรที่ต้องการศึกษาและบันทึกเอง โดยได้ข้อมูลในส่วนนี้จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก(OPD. Card) ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต(BPRS) ซึ่งประเมิน โดยจิตแพทย์ ส่วนที่ 4 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตัวเอง ซึ่งออกแบบและพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต และ ส่วนที่ 5 คือใบรายงานผลระดับProlactinจากห้องปฏิบัติการ

โดยผู้ป่วยได้รับประเมินอาการทางจิตจากจิตแพทย์ แล้วมาพบผู้วิจัยเพื่อทำแบบสอบถามในส่วนที่1 และส่วนที่4 ในห้องตรวจที่เป็นส่วนตัว ซึ่งผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงใน แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำผู้ป่วยไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อทำการเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อส่ง

ตรวจระดับProlactinต่อไป ซึ่งมีผู้ป่วยที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างรวมแล้วทั้งสิ้น 86 คน จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย, ค่าร้อยละ, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสรุปข้อมูลของคุณลักษณะทางประชากร จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะความบกพร่องทางเพศ โดยใช้เทคนิค T-test และ หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ Prolactin โดยใช้เทคนิค Pearson correlation

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางเพศของผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่ใช้ยารักษาโรคจิต ได้แก่

1. อายุ
2. ระดับความเครียด
3. ระยะเวลาที่ป่วย
4. ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต
5. ระยะเวลาที่ใช้ยารักษาโรคจิต
6. กลุ่มยาที่ได้รับ
 - กลุ่มเก่า
 - กลุ่มใหม่
 - ได้รับยาทั้งสองกลุ่ม
7. ระดับของยาที่ได้รับ
8. ระดับProlactin

โดยมีตัวแปรตามคือ ภาวะทางเพศซึ่งแบ่งเป็นภาวะทางเพศปกติ และภาวะบกพร่องทางเพศ ในที่นี้สิ่งที่ผู้วิจัยสนใจคือ ภาวะบกพร่องทางเพศ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะความบกพร่องทางเพศคิดเป็นร้อยละ 67.4 และพบผู้ป่วยที่มีภาวะProlactinสูงกว่าค่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 38.4

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรต้นและตัวแปรตามด้วยสถิติ T-Test แล้วปรากฏว่า ระดับProlactinและระดับอาการทางจิต มีความเกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางเพศอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ระดับ Prolactin มีความสัมพันธ์กับขนาดยาที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

ในการทำวิจัยครั้งนี้พบข้อมูลที่น่าสนใจเกี่ยวกับ ภาวะทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ระดับProlactin กับภาวะความบกพร่องทางเพศ

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทชายมีภาวะHyperprolactinemiaคิดเป็นร้อยละ 38.4 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Kinon, B.J. และคณะ (2003) ที่ศึกษาในผู้ป่วยชาย 255 คน พบว่ามีภาวะHyperprolactinemia คิดเป็นร้อยละ 42.4

นอกจากนี้จากการวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทชายมีภาวะความบกพร่องทางเพศคิดเป็นร้อยละ 67.4 ซึ่งสิ่งที่พบจากการวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ MacDonald และคณะ (2003) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะความบกพร่องทางเพศอย่างน้อย 1 ด้านในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 82 Ghadirian (1982) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทชายรายงานความเสื่อมทางเพศคิดเป็นร้อยละ 54 และยังมีการศึกษาของ Aizenberg และคณะ (1995) พบว่าภาวะความบกพร่องทางเพศเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งที่ได้รับยาและไม่ได้รับยา และยังมีการศึกษาของ Kastler ed al. (1997) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเภท 41 คนพบว่าผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเสื่อมสมรรถภาพทางเพศคิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Kelly, D.L.และคณะ (2002)เช่นกัน

จะเห็นได้ว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่มีภาวะความบกพร่องทางเพศ มีความแตกต่างกันมากในหลายการวิจัย แต่อย่างไรก็ดีการพบภาวะความบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต่อต้านการรักษา (Smith, S., 1998) ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดการกลับมากำเริบของอาการทางจิต ซึ่งคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทของประเทศไทยต่อไป

ความเกี่ยวข้องระหว่างระดับProlactin กับภาวะความบกพร่องทางเพศ พบว่ามีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t 2.167, p .033) โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับProlactin ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความบกพร่องทางเพศ (22.78 ng./ml., S.D. 22.78) สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ภาวะทางเพศปกติ (15.36 ng./ml., S.D. 11.33) ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Ghadirian (1982) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย 26 คนและหญิง 29 คนพบว่า ภาวะความบกพร่องทางเพศสัมพันธ์กับระดับProlactinที่สูงในผู้ป่วยชาย แต่ก็มีการศึกษาบางฉบับ เช่น Kelly et al. (2002)

พบว่าภาวะความบกพร่องทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับระดับProlactin ทั้งผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง

ถึงแม้ว่าจากผลการวิจัยจะเห็นได้ถึงแนวโน้มที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทชายมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะบกพร่องทางเพศได้จากภาวะ Hyperprolactinemia แต่ด้วยข้อจำกัดทางการวิจัยคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่เพียงพอที่จะทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติขั้นสูง เพื่อหาความสัมพันธ์ร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ จึงควรมีการศึกษาในประเด็นนี้กับผู้ป่วยจิตเภทไทยต่อไป

ระดับอาการทางจิตกับภาวะบกพร่องทางเพศ

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่า ระดับอาการทางจิตมีความเกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t 2.078, p .047) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง Aizenberg และคณะ (1995) พบว่าภาวะบกพร่องทางเพศเกิดขึ้นในผู้ป่วยทั้งที่รับประทานและไม่รับประทาน นั้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา อาการทางจิตก็เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความบกพร่องทางเพศได้แล้ว

แต่ก็มีงานวิจัยที่กล่าวถึงเรื่องนี้ต่างออกไป Kelly & Conley (2002) พบว่าภาวะบกพร่องทางเพศไม่สัมพันธ์กับอาการทางจิตในผู้ชาย แต่อย่างไรก็ดียังไม่มียข้อมูลเพียงพอที่จะสรุปได้อย่างแน่ชัดถึงความสัมพันธ์อันนี้ (Hamner, 2002)

ถ้าดูจากสองงานวิจัยที่กล่าวถึงในแง่ของระดับอาการทางจิตกับภาวะความบกพร่องทางเพศแล้วก็มีข้อจำกัดในเรื่องการสรุปผล และในปัจจุบันการที่จะนำผู้ป่วยมาศึกษาเปรียบเทียบในลักษณะการให้ยาและไม่ให้ยาก็คงผิดจริยธรรมในการวิจัย เพราะกลุ่มคนไข้ที่ไม่ได้รับยาหรือได้รับยาหลังจากจบการวิจัยไปแล้ว อาการทางจิตอาจจะเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งทำให้เสียโอกาสทางการรักษาไปด้วย อีกแง่หนึ่งก็เป็นข้อจำกัดในเรื่องความสามารถในการคิด หรือการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา ซึ่งอาจได้ผลการวิจัยที่ไม่แน่นอนอันส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

และถ้าพิจารณาถึงคะแนนระดับอาการทางจิตของทั้งสองกลุ่ม จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนระดับอาการทางจิตอยู่ในระดับปกติ ถึงแม้ผลที่ได้จะเห็นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในกลุ่มผู้มีภาวะบกพร่องทางเพศสูงกว่า กลุ่มผู้มีภาวะทางเพศปกติก็ตาม

ขนาดของยารักษาโรคจิตกับ ภาวะHyperprolactinemia

ตัวแปรหนึ่งทีคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะ Hyperprolactinemia คือขนาดของยา ซึ่งเมื่อเทียบขนาดของยาให้สมดุลกับ Chlorpromazine พบว่าขนาดของยามีความสัมพันธ์กับระดับ Prolactin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อ้างอิงกับการศึกษาของ Kinon, B.J. และคณะ (2003) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยชายจำนวน 255 คนอายุระหว่าง 18-66 ปี พบว่าการเพิ่มขนาดของยารักษาโรคจิตทั้งกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่ (Risperidone) มีอิทธิพลต่อระดับ Prolactin และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของอีกหลายงานวิจัยซึ่งกล่าวไปในทำนองเดียวกัน (Knegtering et al., 1998, 2000; Humner et al., 2002)

ยารักษาโรคจิตกับภาวะบกพร่องทางเพศ

จากการอภิปรายผลข้างต้น ขนาดของยารักษาโรคจิตมีความสัมพันธ์กับระดับ Prolactin และระดับ Prolactin มีความเกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางเพศ แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยวิธีการทางสถิติ T-Test แล้ว ไม่พบว่าขนาดของยารักษาโรคจิตมีผลต่อภาวะความบกพร่องทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.663, p = .505$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Teusch et al. (1995) และ MacDonald et al. (2003) ซึ่งพบว่าชนิดและขนาดของยารักษาโรคจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศ

อาจกล่าวได้ว่าขนาดของยารักษาโรคจิตไม่มีผลโดยตรงต่อภาวะความบกพร่องทางเพศ แต่เป็นความสัมพันธ์ทางอ้อมโดยผ่านระดับ Prolactin คือถ้าระดับ Prolactin สูงกว่าค่าปกติเมื่อไหร่ ก็มีโอกาสเกิดภาวะบกพร่องทางเพศได้มากขึ้น

แต่อย่างไรก็ดีงานวิจัยอีกหลายฉบับที่กล่าวว่า ยารักษาโรคจิตทั้งกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่นั้นมีผลต่อการเกิดภาวะบกพร่องทางเพศได้คิดเป็นร้อยละตั้งแต่ 45-82 (Kastler, B. et al., 1997; Smith S.M., et al., 2002; Knegtering, H., et al., 1998; MacDonald, S., et al., 2003; Smith, S., et al., 1998; Wirshing, D.A., et al., 2002; Mullen et al., 2001; Kelly and Conley, 2002)

ถ้าเราพิจารณาในแต่ละชนิดในงานวิจัยครั้งนี้แล้ว ยาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุดในการวิจัยครั้งนี้คือ Perphenazine (36 คน) พบภาวะความบกพร่องทางเพศคิดเป็นร้อยละ 66.67 ซึ่งใกล้เคียงกับ Haloperidol (27 คน) ซึ่งพบภาวะความบกพร่องทางเพศคิดเป็นร้อยละ 62.96 ส่วนใน Chlorpromazine ซึ่งมีผู้ใช้ 27 คนเช่นกันก็พบภาวะความบกพร่องทางเพศสูงถึงร้อยละ 70.37

ส่วนในยากลุ่มใหม่ Risperidone (2 คน) และ Clozapine (5 คน) ก็พบภาวะบกพร่องทางเพศคิดเป็นร้อยละ 100 และ 80 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยากลุ่มใหม่มีจำนวนน้อยมาก ดังนั้นเราจึงไม่สามารถสรุปผลว่ายากลุ่มใหม่มีผลต่อภาวะบกพร่องทางเพศได้อย่างชัดเจน แต่มีงานวิจัยที่กล่าวถึงยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ว่าเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะบกพร่องทางเพศอยู่บ้าง เช่น Knegtering et al. (1998) พบว่า Risperidone เป็นเหตุให้ระดับ Prolactin สูงขึ้น และทำให้เกิดภาวะบกพร่องทางเพศมากกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มเก่า สอดคล้องกับ Mullen et al. (2001) ซึ่งทำการศึกษาในยา Risperidone, Clozapine และ Haloperidol พบภาวะความบกพร่องทางเพศคิดเป็นร้อยละ 66, 60 และ 29 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษาถึงภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทชายในคนไข้ไทย จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีการทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหญิงในอนาคต
2. หากมีการทำวิจัยต่อไปควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากเพียงพอที่จะสามารถใช้สถิติขั้นสูงเพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ร่วมของตัวแปรอิสระ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไปในอนาคต
3. แพทย์ผู้รักษาคควรให้ความสำคัญกับการเกิดภาวะความบกพร่องทางเพศที่อาจเกิดขึ้นได้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท เพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือเรื่องภาวะทางเพศนอกเหนือจากการรักษาอาการทางจิต ซึ่งจะเป็นส่วนที่เสริมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทายต่อเนื่องเมื่ออาการดีขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา เข็นภิญโญสุข. การหาความชุกของแมคโครโปรแลคตินในผู้ป่วยไทยที่มีฮอร์โมนโปรแลคตินสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547
- เกษม ดันติผลาชีวะและ วรลักษณ์ ชีราโมกษ์. ยารักษาโรคจิต. ในเกษม ดันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. เล่มที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- บุญเอก จันศิริมงคล. ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินในผู้ป่วยโรคอุปล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาอายุรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540
- ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539
- ปรีชา สุวรรณพินิจ และนงลักษณ์ สุวรรณพินิจ. ชีวิวิทยา. เล่มที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548
- พงศธร มีสวัสดิ์สม และจุฑามณี สิทธิสีสังข์, "Aripipazole". เมดิคอลไทม์ (เมษายน 2548):13-18
- ไพรัช พลกษชาติคุณากร. ความบกพร่องทางเพศ. ในไพรัช พลกษชาติคุณากร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่มที่1. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่:ชนบรรณาการพิมพ์, 2534ก.
- ไพรัช พลกษชาติคุณากร. โรคจิตเภท. ในไพรัช พลกษชาติคุณากร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่มที่3. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่:ชนบรรณาการพิมพ์, 2534ข.
- ไพรัช พลกษชาติคุณากร. ยาต้านโรคจิต. ในไพรัช พลกษชาติคุณากร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่มที่4. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่:ชนบรรณาการพิมพ์, 2534ค.
- มานิต ศรีสุรภานนท์. การใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่:ชนูชพริ้นติ้ง, 2545.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวานิช. โรคจิตเภทและโรคจิตอื่น ๆ . ในมานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวานิช, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2542
- มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. โรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:เมื่อดอินโฟ จีดี, 2542
- มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:หมอชาวบ้าน, 2546

มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท. ในมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, บรรณาธิการ.

จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์, 2545.

ยุทธ ไถยวรรณ. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี, 2546.

รัชนี นพเกตุ. มนุษย์:จิตวิทยาทางเพศ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ประกายพริก, 2542.

ราตรี สุตทรวง. ประสาทศรีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

วีรวุฒิ เอกกมลกุล. การรักษาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537

ศิริชัย กาญจนวาสิ, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุขโข. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์, 2544.

ศิริยุพา นันสุนานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

สเปญ อุ๋นอองค์. ความผิดปกติทางเพศ. ในมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์, 2545.

สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2536.

สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา (Manual of Psychological Testing). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2545.

สุพรพิมพ์ เกียสกุล. ศรีวิทยาทางการแพทย์ระบบฮอว์โมน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2545.

สุพรพิมพ์ เกียสกุล. ระดับโปรแลคติน โภนาโดโทรปินส์ สตีรอยด์เพศ และคอติซอล ในพลาสมาหญิงและชายไทยวัยเจริญพันธุ์. สารศิริราช. 41(32):299-308

สุวทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางเพศ (Sexual disorder). ในเกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย. เล่มที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536

ภาษาอังกฤษ

Aizenberg D.et.al. Comparison of sexual dysfunction in male schizophrenic patients maintained on treatment with classical antipsychotics versus clozapine.

Journal of clinical psychiatry 2001;62(7):541-4

Aizenberg D.et.al. Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. The Journal of Clinical Psychiatry 1995;56(Iss4):137-141

American Psychiatric Association. American Psychiatric Association Task Force on Treatments of Psychiatric Disorders. 1st ed. Washington: American Psychiatric Association, 1989

American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. 1st ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000

Arena, George W. and Rosenbaum, Jerrold F. Handbook of Psychiatric Drug Therapy. 4th ed. Philadelphia: Lippincott William&Wilkins, 2000

Benjamin J. Sadock and Verginia A. Sadock. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral science/Clinical Psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott William&Wilkins, 2003

Beyer, W.H., Handbook of tables for Probability and Statistics. 2nd ed. USA. The Chemical Rubber Co., 1976

Byerly, M.J.et al. An empirical evaluation of the Arizona sexual experience scale and a simple one-item screening test for assessing antipsychotic-related sexual dysfunction in outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophrenia research 2006;81;311-6

Cynthia A. McGahuey.et.al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and Validity. Journal of Sex & Marital Therapy 2000; 26:25-40

Cutler, A.J. Sexual dysfunction and Antipsychotic treatment. Psychoneuroendocrinology 2003;28(sub1):69-82

Department of psychiatry. Sexual Disorders Screening for Men(online). NYU Medical Center/NYU School of Medicine. Available form : [http:// www. Med.nyu.edu/psych/screens/sdsm.html\(2005, April 1\)](http://www.Med.nyu.edu/psych/screens/sdsm.html(2005, April 1))

- Dickson, R.A., and Glazer W.M. Neuroleptic-induced Hyperprolactinemia. Schizophrenia Research 1999;35(sub1):s75-86
- Elena Portyansky. Expert tackle antipsychotic-induced hyperprolactinemia. Drug Topics 1999;145(Iss7):21
- Evan, W.S., et al., Prolactin and its disorders. In Becker, K.L., (ed), Principles and Practice of endocrinology and metabolism. Philadelphia:Lippincott, 1990:134-40
- Gabbard, Glen O. Schizophrenia and Other Psychotic Disorder. In Glen O. Gabbard (ed). Treatment of Psychiatric Disorders. 2nd ed. Washington:American Psychiatric Press, 1995
- Ghadirian, A. Missagh., Guy Chouinard and Lawrence Annable. Sexual dysfunction and plasma prolactin level in neuroleptic treated schizophrenia outpatient. The Journal of Nervous and Mental Disease 1982; 170(No.8): 463-7
- Henderson, D.C., Schizophrenia and Comorbid Metabolic Disorders. J Clin Psychiatry 2005;66(Sub 6):11-20
- Hudson and Walter W. The Index of Sexual satisfaction. AZ:WALMYR Publishing, 1990. Available form : [http://www.hksrch.com.hk/quiz/sexan.htm\(2005.July12\)](http://www.hksrch.com.hk/quiz/sexan.htm(2005.July12))
- Hummer, M.; Kurz, M.; Oberbauer, H.; Kurzthaler, I.; Schnegg, G. and Fleischhacker, W.W. Sexual dysfunction induced by typical and atypical antipsychotic. European neuropsychopharmacology 1995;5: 333.
- Humner M. The effects of atypical antipsychotics on serum Prolactin levels. Annals of Clinical Psychiatry(NLM-MEDLINE) 2002;4(Iss3):163
- Janda, L.H., and O'Grady, E.E. Development of a sex anxiety inventory. J Consulting and Clinical Psychology, 1980;48;169-75. Available form : [http://www.hksrch.com.hk/quiz/sexan.htm\(2005.July 12\)](http://www.hksrch.com.hk/quiz/sexan.htm(2005.July 12))
- Johnson, DAW, et al. Maintenance treatment of chronic schizophrenia. Copenhagen, Denmark, H. Lundbeck A/S, 1989
- Joseph P. McEvoy. Guide to assessment scales in schizophrenia. London:Science Press, 2000

- Kastler, B., et al. Sexuality and schizophrenia. Results of an epidemiologic study involving clinical subtype neuroleptic treatment and quality of life. Biological Psychiatry 1997;42(sub1):187S
- Kelly, D.L., and Conley, R.R. Evaluating sexual function in patients with treatment-resistant schizophrenia. Schizophrenia Research. 2002. Available from : [http://www.sciencedirect.com\(2003,July11\)](http://www.sciencedirect.com(2003,July11))
- Kinon, B.J., et al. Prevalence of hyperprolactinemia in schizophrenic patients treated with conventional antipsychotic medication or risperidone. Psychoneuroendocrinology 2003;28(sub2):55-68
- Knegtering, H., M. Boks and C. Ten Brink. Sexual dysfunction and serum prolactin levels in patients using classical antipsychotics or risperidone. Schizophrenia research 1998;29(Issue 1-2):186
- Knegtering, H., et al. Serum Prolactin levels and sexual dysfunction in antipsychotic medication such as risperidone: a review. Acta Neuropsychiatr 2000;12:82-5
- Labbate, L.A. and Lare, S.B. Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: Validity of the Massachusetts general hospital sexual functioning questionnaire. Psychotherapy and Psychosomatics 2001;70(Iss 4);221-5
- Lavelle, C., et al, Correlation study between prolactin androgens in male patients with systemic lupus erythematosus. The Journal of Rheumatology 1987;14:268-72
- Lieberman, J.A., T. Scott Stroup, MacEvoy, Joseph P., Swartz, Marvin S., Rosenheck, Robert A., Perkins, Diana O., et al. The New England Journal of Medicine 2005;353(No.12);1209-23
- Lingjadred O. et al. The UKU Side Effect Rating Scale: a new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. Acta Psychiatr Scand 1987;76(sub 334):1-100
- McDonald S. et al. Nithsdale schizophrenia survey 24: Sexual dysfunction-case-control study. British Journal of Psychiatry 2003;182:50-6
- Meaney, A.M., and O'Keane, V. Prolactin and schizophrenia: clinical consequences of hyperprolactinaemia. Life Sciences 2002; 71(9):979-92

- Melmed, S., and Kleinberg, D. Anterior Pituitary. In Larsen, P.R., Kronenberg, H.M., Melmed, S., and Polonsky K.S. Williams Textbook of Endocrinology. 10th ed. Philadelphia:WB Saunders, 2003;177-279
- Mullen, Blair.,ed al. Frequency of Sexual dysfunctions in patients with schizophrenia on Haloperidol Clozapine or Risperidone. Schizophrenia Research 2003;48(1);155-6
- Noel, G.L., Suh, H.K., Stone, J.G., and Farntz, A.G., Prolactin release during nursing and breast stimulation in postpartum and nonpostpartum subject. J Clin Endocrinol metab 1974;38(3):413-23
- Overall, J.E. and Gorham D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep 1962; 10: 799-821
- Sex Program Quiz(online). Available form : <http://www.braintricks.com/quiz/sex-quiz2.html>(2005, April 1)
- Smith, S., et al. A cross-sectionnal survey of sexual dysfunction in patients taking antipsychotic medication. Europian Psychiatry 1998;13(sub4):285S
- Smith, S.M., V. O'Keane and Murray R. Sexual dysfunction in patient taking conventional antipsychotic medication. British Journal of Psychiatry 2002;181:49-55
- Teusch, L.,et al. Different patterns of sexual dysfunctions associated with psychiatric-disorders and psychopharmacological treatment-results of an investigation by semistructured interview of schizophrenic and neurotic patients and methadone-substituted opiate addicts. Pharmacopsychiatry 1995;28(3):
- Vernal, S.et.al. A cross-sectional survey of sexual dysfunction in patient taking antipsychotic medication. European Psychiatry 1998;13(Sup4):285S
- William H. Master, Verginia E. Johnson and Robert C. Kolodny. Human Sexuality. 2nd ed. USA:Little, Brown & Company (Canada) Limited, 2000
- Wirshing, D.A., et.al. Sexual side effect of novel antipsychotic medication. Schizophrenia research 2002;56(Issue1-2):25-30
- Zemishlany, Z.et.al. Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. The Journal of Clinical Psychiatry 1995;56(Issue4):137-41



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ผู้วิจัยขอความกรุณา ให้ช่วยตรวจความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัด
ภาวะทางเพศ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณระพี สุทธิวรรณ รองคณะบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะ
จิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นายแพทย์สุกมล วิภาวีพลกุล จิตแพทย์ประจำคลินิกครอบครัว โรงพยาบาลพญาไท2
3. นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน จิตแพทย์และโฆษกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
4. นายแพทย์อ้อมสิน บุลภักดิ์ คลินิกครอบครัว ช.สุขุมวิท 51



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินอาการทางจิต BPRS

ข้อ 1-10 จากการซักถามผู้ป่วย

ข้อ 11-18 จากการสังเกต

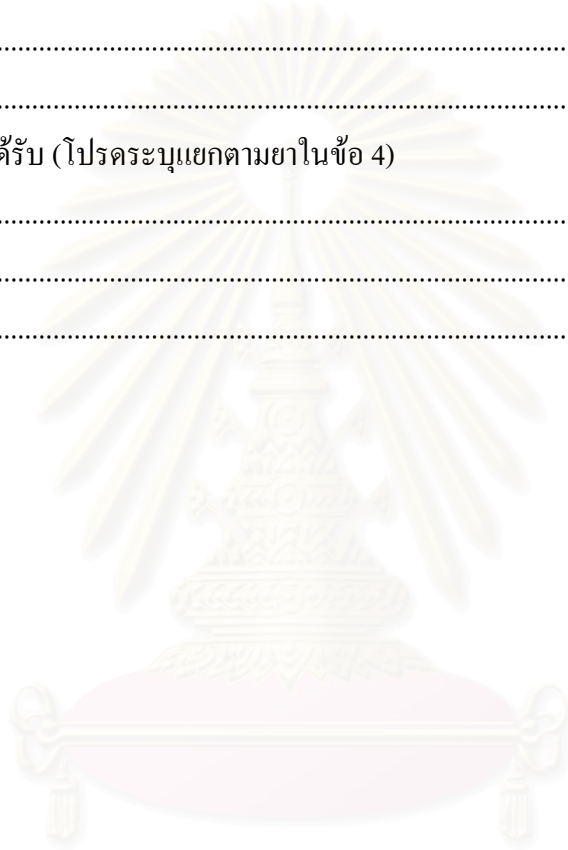
Rating Key 0 = ไม่มีอาการ 1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 2 = มีอาการเล็กน้อย
 3 = อาการปานกลาง 4 = อาการค่อนข้างรุนแรง 5 = อาการรุนแรง
 6 = อาการรุนแรงมาก

ข้อ	เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	0	1	2	3	4	5	6
1.	Somatic concern (G) คุณมีความรู้สึกว่าคุณเองป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่							
2.	Anxiety (G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม / ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม / รู้สึกมีอาการใจสั่น เหงื่อออก / อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของของคุณไหม							
3.	Depressive mood (G) คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความสุข หรือมีความสุขน้อย / รู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหน / สามารถเบนความสนใจไปเรื่องที่ทำให้มีความสุขได้ไหม / ความรู้สึกรบกวนการทำงานของของคุณไหม							
4.	Guilt feeling (G) คุณรู้สึกตำหนิตนเองในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
5.	Hostility (P) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อย ๆ / เคยมีปัญหาขัดแย้งหรือทะเลาะกับคนอื่น สัมพันธภาพกับผู้อื่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงานเป็นอย่างไร							
6.	Suspiciousness (P) คุณรู้สึกเหมือนกับมีคนคอยจับผิด มีคนคิดร้ายบ้างไหม / โดยวิธีใด / รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบางคนไหม							
7.	Unusual thought content (G) ความคิดแปลก เช่นมีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ หากพบในข้อ Somatic Grandiosity delusion จะพบข้อในนี้ด้วย							
8.	Grandiosity (P) คุณรู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่างหรือไม่ / ที่ผ่านมามีความคิดว่าเป็นใครที่มีชื่อเสียงหรือไม่							
9.	Hallucination (P) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนมาพูดด้วยโดยไม่เห็นตัวหรือไม่ / คุณมองเห็นหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้ / ประสบการณ์นี้มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไหม							
10.	Disorientation (G) ถาม วันที่ สถานที่ เวลา บุคคล							
11.	Conceptual disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดค้อมค้อม ไม่ต่อเนื่อง คูใน 15 นาทีแรก							
12.	Excitement (P) มีท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบ อยู่ไม่สุข							
13.	Motor retardation (G) การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (สังเกตพฤติกรรม)							
14.	Blunted affect (N) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
15.	Tension (G) มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะที่พูดอาจมีการกระตุก มือช่วย							
16.	Mannerism & Posturing (G) มีท่าทางการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ เก้งก้าง แข็ง คูแปลก ๆ							
17.	Uncooperativeness (G) มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
18.	Emotional withdrawal (N) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าตาเฉยเมย							
	รวม							

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. อายุ (ปี).....
2. ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท (จำนวนปี).....
3. ระยะเวลาที่ใช้ยารักษาโรคจิต (จำนวนปี).....
4. ยารักษาโรคจิตที่ใช้ (โปรดระบุทั้งหมด)

5. ขนาดของยาที่ได้รับ (โปรดระบุแยกตามยาในข้อ 4)



สถาบันวิทย์บริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรม หรือ ความรู้สึก	ระดับอาการ			
	0 ไม่เคย เลย	1 เป็นครั้ง คราว	2 เป็นบ่อย ๆ	3 เป็น ประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด หรือ รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า				
12. รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่น เวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่				
18. ตื่นตื่นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

แบบสอบถามภาวะทางเพศ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด
(ขอให้ท่านคิดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายใน 1 ปีที่ผ่านมารวมถึงวันนี้ด้วย)

1. คุณมีจินตนาการในเรื่องเพศมากน้อยแค่ไหน

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมากที่สุด	ไม่มีเลย
5	4	3	2	1	0

2. คุณต้องการร่วมเพศกับคู่นอน มากน้อยแค่ไหน

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมากที่สุด	ไม่มีคู่นอน
5	4	3	2	1	0

3. คุณต้องการช่วยตัวเอง มากน้อยแค่ไหน

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมากที่สุด	ไม่ช่วยตัวเอง
5	4	3	2	1	0

4. เมื่อคุณเห็นรูปภาพหรือสิ่งที่ใช้กระตุ้นอารมณ์ทางเพศที่คุณชอบ (เช่น ภาพโป๊, หนังสือโป๊, ชุดชั้นใน หรือสิ่งอื่น ๆ) คุณเกิดอารมณ์ทางเพศมากน้อยแค่ไหน

มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยมากที่สุด	ไม่เกิดอารมณ์ทางเพศ
5	4	3	2	1	0

5. เมื่อคุณกระตุ้นอารมณ์ทางเพศให้กับตนเอง คุณเกิดอารมณ์ได้ง่ายเพียงใด

ง่ายมากที่สุด	ง่าย	ปานกลาง	ยาก	ยากมากที่สุด	ไม่เกิดอารมณ์ทางเพศ
5	4	3	2	1	0

6. เมื่อคุณถูกกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ(เช่น ภาพ, เสียง หรือสิ่งอื่น ๆ ที่คุณชอบ) จนเกิดอารมณ์ทางเพศแล้ว บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณมีการร่วมเพศและ/หรือการช่วยตัวเอง

ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	มีบ้าง	น้อยครั้ง	น้อยครั้งมาก	ไม่เคยเลย
5	4	3	2	1	0

7. เมื่อคุณได้รับการเล่าโลมทางกาย (ทั้งจากตัวเอง และ/หรือจากผู้อื่นของคุณ) จนเกิดอารมณ์ทางเพศแล้ว บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณมีการร่วมเพศ และ/หรือการช่วยตัวเอง

ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	มีบ้าง	น้อยครั้ง	น้อยครั้งมาก	ไม่เคยเลย
5	4	3	2	1	0

8. เมื่อคุณมีความต้องการทางเพศ อวัยวะเพศของคุณแข็งตัวบ่อยครั้งแค่ไหน

ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	เกือบไม่เคยแข็งตัวเลย	ไม่เคยแข็งตัวเลย
5	4	3	2	1	0

9. คุณมั่นใจแค่ไหนว่าอวัยวะเพศของคุณจะแข็งตัวได้ เมื่อถึงเวลาที่คุณต้องการร่วมเพศ และ/หรือช่วยตัวเอง

ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	เกือบไม่มั่นใจเลย	ไม่เชื่อมั่นใจเลย
5	4	3	2	1	0

10. บ่อยครั้งแค่ไหนที่อวัยวะเพศของคุณแข็งตัวได้จนกระทั่งถึงจุดสุดยอด ทั้งในการร่วมเพศและ/หรือการช่วยตัวเอง

ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	แทบไม่มีเลย น้อยมาก	ไม่เคยเลย
5	4	3	2	1	0

11. เมื่อคุณต้องการร่วมเพศ บ่อยครั้งแค่ไหนที่อวัยวะเพศของคุณแข็งตัว จนคุณสามารถสอดใส่ได้

ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	แทบไม่เคยสอดใส่ได้	ไม่เคยสอดใส่ได้เลย
5	4	3	2	1	0

12. เมื่อคุณมีการร่วมเพศ คุณถึงจุดสุดยอดได้ง่ายเพียงใด

ง่ายมากที่สุด	ง่าย	ปานกลาง	ยาก	ยากมากที่สุด	ไม่เคยถึงจุดสุดยอด
5	4	3	2	1	0

13. เมื่อคุณช่วยตัวเอง คุณถึงจุดสุดยอดได้ง่ายเพียงใด

ง่ายมากที่สุด	ง่าย	ปานกลาง	ยาก	ยากมากที่สุด	ไม่เคยถึงจุด สุดยอด
5	4	3	2	1	0

14. ไม่ว่าระดับความต้องการทางเพศของคุณจะอยู่ในระดับใด คำถามคือ คุณพึงพอใจกับระดับ
ความต้องการทางเพศของคุณหรือไม่

พอใจมาก ที่สุด	พอใจมาก	พอใจปาน กลาง	พอใจน้อย	พอใจน้อย มาก	ไม่พอใจเลย
5	4	3	2	1	0

15. ไม่ว่าคุณจะมีจินตนาการทางเพศมากน้อยเพียงใด คำถามคือ คุณพึงพอใจกับจินตนาการทางเพศที่
คุณมีอยู่หรือไม่

พอใจมาก ที่สุด	พอใจมาก	พอใจปาน กลาง	พอใจน้อย	พอใจน้อย มาก	ไม่พอใจเลย
5	4	3	2	1	0

16. คุณพอใจกับการแข็งตัวของอวัยวะเพศของคุณ หรือไม่

พอใจมาก ที่สุด	พอใจมาก	พอใจปาน กลาง	พอใจน้อย	พอใจน้อย มาก	ไม่พอใจเลย
5	4	3	2	1	0

17. คุณพอใจกับการถึงจุดสุดยอดของคุณ หรือไม่

พอใจมาก ที่สุด	พอใจมาก	พอใจปาน กลาง	พอใจน้อย	พอใจน้อย มาก	ไม่พอใจเลย
5	4	3	2	1	0

18. โดยภาพรวมแล้ว คุณพึงพอใจกับชีวิตทางเพศของคุณในปัจจุบันหรือไม่

พอใจมาก ที่สุด	พอใจมาก	พอใจปาน กลาง	พอใจน้อย	พอใจน้อย มาก	ไม่พอใจเลย
5	4	3	2	1	0

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายกฤตยกร แสงขาว เกิดเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2519 ที่จังหวัดปัตตานี สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย รามคำแหง ในปีการศึกษา 2543 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา เพศศาสตร์(สหสาขา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2545



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย