



บทความวิจัย

Research Article

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท

พรไพลิน ว่องชนาการ* วรภัทร รัตอาภา** ปณต ผู้กฤตยาคามิ*** สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน****

* นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับบทความ: 14 มีนาคม 2566

วันแก้ไขบทความ: 16 พฤษภาคม 2566

วันตอบรับบทความ: 17 พฤษภาคม 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย: ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์และแบบประเมินรายบุคคล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่รับการตรวจและติดตามอาการที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์และหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ อาการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชตั้งแต่ มีนาคม - สิงหาคม 2564 จากการคำนวณทางสถิติได้จำนวน 115 ราย แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด - 19) จึงเก็บข้อมูลได้เพียง 48 ราย (ร้อยละ 41.73)

ผลการวิจัย: เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในรายด้าน พบว่า การรู้คิดด้านสมาธิ ($r=0.350, p<0.05$) การรู้คิดด้านความจำที่ระลึกได้ ($r=0.306, p<0.05$) การรู้คิดโดยรวม ($r=0.286, p<0.05$) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งพบว่า การรู้คิดด้านมิติสัมพันธ์และการบริหารจัดการ ($r=0.316, p<0.05$) การรู้คิดด้านสมาธิ ($r=0.371, p<0.01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การรู้คิดโดยรวม ($r=0.285, p<0.05$) และการรู้คิดด้านสมาธิ ($r=0.361, p<0.05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ผลการวิจัยพบว่า ภาวะการรู้คิดบกพร่องสามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้น การบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมที่ให้ความสำคัญกับการรู้คิดเช่นการบำบัดฟื้นฟูการรู้คิด (cognitive remediation therapy) การฝึกการรู้คิดทางสังคม (social cognition training) จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่จะช่วยใน การพัฒนาทักษะทางด้านการรู้คิดและสังคม ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคจิตเภท ภาวะการรู้คิดบกพร่อง การรู้คิด คุณภาพชีวิต



บทความวิจัย

Research Article

Correlation between cognitive impairment and quality of life among schizophrenia patients

Pornpilin Wongthanakarn* Woraphat Ratta-apha** Panate Pukrittayakamee*** Sucheera Phattharayuttawat****

*Master's degree student, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

**Assistant professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

***Assistant professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

****Associate professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Abstract

Received: March 14, 2023

Revised: May 16, 2023

Accepted: May 17, 2023

Objective: This study aimed to examine the correlation between cognitive impairment and quality of life in schizophrenia.

Materials and Methods: The data were collected using an individual interview and two questionnaires, The Montreal Cognitive Assessment Thai version and WHOQOL - BREF - THAI, then analyzed with descriptive and inferential statistics. The sample consisted of patients diagnosed with schizophrenia and followed up at the Psychiatric Outpatient or Psychiatric Rehabilitation and Community Unit, Siriraj Hospital, between March-August 2021. One hundred fifteen patients were derived from the statistic calculation. Nevertheless, due to the Coronavirus disease 2019 (Covid-19) epidemic, the number of samples decreased by only 48 cases (41.73%) that could be collected.

Results: After analyzing the correlation between cognitive function and quality of life in each domain, significantly positive correlations were found between attention domain ($r=0.350$, $p<0.05$), recall domain ($r=0.306$, $p<0.05$) of cognitive function, overall cognitive function ($r=0.286$, $p<0.05$) and environmental quality of life. Moreover, visuospatial and executive function ($r=0.316$, $p<0.05$) and attention ($r=0.316$, $p<0.05$) domains of cognitive function were positively correlated to psychological quality of life. In addition, there was a positive correlation between overall cognitive function ($r=0.285$, $p<0.05$), attention domain ($r=0.361$, $p<0.05$), and overall quality of life.

Conclusion: The results found that cognitive impairment can impact the patient's quality of life. Thus, some psychosocial treatments focusing on these deficits, such as cognitive remediation and social cognition training, are applicable for improving the cognition and psychosocial functions of patients, which impact the quality of life.

Keywords: schizophrenia, cognitive impairment, cognitive function, quality of life.

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญและพบได้บ่อยเนื่องจากทั่วโลกสามารถพบผู้ป่วยได้สูงถึง 20 ล้านราย¹ และพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 2.5 ถึง 5 หรือ 1000 รายต่อปี² สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ.2561 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับบริการในหน่วยงานภายใต้สังกัดจำนวนทั้งสิ้น 80,092 ราย จากทั้งหมด 300,288 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ³

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ การรับรู้ และพฤติกรรม ทั้งนี้หนึ่งในอาการสำคัญที่พบได้บ่อยเช่นกัน คือ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) ซึ่งสามารถพบได้สูงถึงร้อยละ 89.3⁴ ในด้านความจำเพื่อการใช้งาน (working memory) สมาธิ (concentration) ความเร็วในการประมวลผล (processing speed) การเรียนรู้จากการมองเห็น (visual learning) และการเรียนรู้ด้านภาษา (language learning)^{5,6}

ผู้ป่วยจะแสดงอาการแตกต่างกันไปตามระยะการดำเนินของโรค แม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแล้วแต่ก็สามารถกำเริบได้อีก ซึ่งความถี่ของการกลับมาเป็นซ้ำสูงจะส่งผลให้สมองเกิดความเสียหายมาก ทำให้ความสามารถในการทำงานและการดูแลตนเองลดลง นำไปสู่การแยกตัว ต้องพึ่งพิงบุคคลใกล้ชิด และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในเวลาต่อมา^{7,8}

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ใช่แค่เพียงทำให้มีอาการที่มีทุเลาลง แต่ยังต้องคำนึงถึงการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการรู้คิดเป็นหนึ่งในปัจจัยถูกพบว่า

มีความเกี่ยวข้องกับระยะอาการสงบและคุณภาพชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและปรับตัวกับบริบททางสังคมได้อย่างเหมาะสมรอบด้าน^{9,10}

ดังนั้น หนึ่งในวัตถุประสงค์ของการบำบัดรักษา คือ การทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองได้โดยพึ่งพิงบุคคลรอบข้างให้น้อยที่สุด แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษา ทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีลักษณะเป็นภาคตัดขวาง (cross sectional study) ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. เลขที่ Si 1050-2020) โดยใช้การสัมภาษณ์และการทำแบบสอบถามรายบุคคล เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์และหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ระหว่าง เดือนมีนาคม ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

2. แบบประเมินพุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (The Montreal Cognitive Assessment-Thai Version; MoCA-T) ถูกแปลและพัฒนาโดยแพทย์หญิง โสฬพัทธ์ เหมรัญโรจน์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ ใช้ในการประเมินการรู้คิดรายด้าน เช่น ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความคิดรวบยอด การคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน หากผู้ตอบมีระดับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี จะมีการเพิ่มคะแนนรวมให้หนึ่งคะแนน หากคะแนนรวมน้อยกว่า 25 คะแนน จะแสดงถึงการมีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.744 ค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 0.95^{11,12}

3. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป (generic quality of life scale) ประกอบด้วยคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.840 และค่าความเที่ยงตรง (validity) เท่ากับ 0.651¹³ คะแนนรวมทั้งหมด แสดงถึงลักษณะคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคล โดย 26-60 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนนแสดงถึง

การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 โดยคะแนนรวม 7-16 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 17-26 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ 27-35 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ได้แก่ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 โดยคะแนนรวม 6-14 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 15-22 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ 23-30 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม ได้แก่ข้อ 13, 14, 25 โดยคะแนนรวม 3-7 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 8-11 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ 12-15 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย 8 ข้อคำถาม ได้แก่ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 โดยคะแนนรวม 8-18 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 19-29 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ 30-40 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการตรวจที่หน่วยตรวจโรคจิตเวชศาสตร์ และหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 18 ปี ถึง 50 ปี ซึ่งมีสถิติสัมพัทธ์สมบรูณ์ สามารถสื่อสาร

ภาษาไทยได้ และให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 โดยเลือกการวิเคราะห์สถิติแบบ correlation: bivariate normal model และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 และค่าการทดสอบแบบหางเดียวได้จำนวนทั้งสิ้น 115 ราย แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 (COVID-19) ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้จริงมีเพียง 48 ราย (41.73%) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องพิจารณาคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าไปสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และดำเนินการขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้เลือกใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test และใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 48 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 60.4 และเพศหญิง ร้อยละ 39.6 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.1 มีอายุเฉลี่ย 37.52 ปี (SD = 9.20) มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 39.6 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 89.6 และกำลังประกอบอาชีพ ร้อยละ 50 และในส่วนของระยะเวลาการเจ็บป่วยเนื่องจากมีผู้ป่วย 1 รายไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนและไม่ได้มีการบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการคัดออกก่อนนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 47 รายไปวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ที่ 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.6 และมีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 13.91 ปี (SD = 9.33) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48)

ลักษณะทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	29	60.4
	หญิง	19	39.6
อายุ (ปี)	18-20	2	4.2
	21-30	11	22.9
	31-40	10	20.8
	41-50	25	52.1
	$\bar{X} = 37.52$, SD = 9.20, max = 50, min = 18		

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 48) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	1	2.1
	มัธยมศึกษาตอนต้น	8	16.6
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	13	27.1
	อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	4	8.3
	ปริญญาตรี	19	39.6
	ปริญญาโท	3	6.3
สถานภาพสมรส	โสด	43	89.6
	สมรส/อยู่ด้วยกัน	4	8.3
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	2.1
อาชีพ	กำลังศึกษา	4	8.3
	ว่างงาน	20	41.7
	ประกอบอาชีพ	24	50
ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี)*	1-10	20	42.5
	11-20	13	27.7
	21-30	12	25.5
	31-40	2	4.3
$\bar{X} = 13.91$, $SD = 9.33$, $max = 34$, $min = 1$			

*หมายเหตุ ภายหลังจากการเก็บข้อมูล ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถใช้ในการวิเคราะห์ได้มีเพียง 47 คน

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรภาวะการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภท

เมื่อทำการวิเคราะห์คะแนนการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งได้จากแบบประเมิน MoCA-T ด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่า การกระจายตัวของข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ โดยมีค่ามัธยฐาน 23 คะแนน ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับคะแนน

เฉลี่ยที่ 22.20 คะแนน แต่ต่ำกว่าจุดตัดคะแนนของแบบประเมินที่ 25 คะแนน แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.4 มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.6 มีการรู้คิดปกติ เมื่อพิจารณารายด้านสามารถแจกแจงค่าคะแนนได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนภาวะการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างจาก MoCA-T จำแนกเป็นรายด้าน (n=48)

ภาวะการรู้คิดรายด้าน	Min	Max	Med	$\bar{X}$
มิติสัมพันธ์	0	5	4	3.72
การเรียกชื่อ	2	3	3	2.91
สมาธิ	0	6	5	4.62
การใช้ภาษา	0	3	2	1.66
ความคิดนามธรรม	0	2	1	1.14
ความจำระยะใกล้	0	5	2.5	2.18
การรับรู้สภาวะรอบตัว	2	6	6	5.87

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภท

เมื่อทำการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตจากแบบประเมิน WHOQOL-BREF- THAI พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 ($\bar{X} = 89.25$, $SD = 13.63$) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านร่างกายมีจำนวนสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 77.1 ($\bar{X} = 23.79$, $SD = 3.95$) รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 70.8 ($\bar{X} = 9.89$, $SD = 2.44$) ด้านสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 54.2 ($\bar{X} = 28.75$, $SD = 4.02$) และด้านจิตใจคิดเป็นร้อยละ 50 ($\bar{X} = 19.87$, $SD = 5.09$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจาก WHOQOL- BREF- THAI จำแนกเป็นรายด้าน (n=48)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	$\bar{X}$	SD	ระดับคุณภาพชีวิต					
			คุณภาพชีวิตที่ดี		คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง		คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	
			n	%	n	%	n	%
ร่างกาย	23.79	3.95	10	20.8	37	77.1	1	2.1
จิตใจ	19.87	5.09	17	35.4	24	50	7	14.6
สัมพันธภาพทางสังคม	9.89	2.44	10	20.8	34	70.8	4	8.3
สิ่งแวดล้อม	28.75	4.02	22	45.8	26	54.2	-	-
โดยรวม	89.25	13.63	16	33.3	32	66.7	-	-

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการรู้คิดบกพร่องและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทจำแนกเป็นรายด้าน

เมื่อนำคะแนนการรู้คิดและคุณภาพชีวิตซึ่งจำแนกเป็นรายด้านของกลุ่มตัวอย่างมาทำการวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า การรู้คิดด้านสมาธิ ($r=0.350$, $p<0.05$) การรู้คิดด้านความจำที่ระลึกได้ ($r=0.306$, $p<0.05$) การรู้คิดโดยรวม ($r=0.286$, $p<0.05$) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งพบว่า การรู้คิดด้านมิติสัมพันธ์และการบริหารจัดการ ($r=0.316$, $p<0.05$) การรู้คิดด้านสมาธิ ($r=0.371$, $p<0.01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การรู้คิดโดยรวม ($r=0.285$, $p<0.05$) และการรู้คิดด้านสมาธิ ($r=0.361$, $p<0.05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้าน (n = 48)

รายด้าน	PHY-QOL	PSY-QOL	SR-QOL	EN-QOL	ALL-QOL
การรู้คิดโดยรวม	0.205	0.242	0.156	0.286*	0.285*
มิติสัมพันธ์และการบริหารจัดการ	0.199	0.316*	0.156	0.198	0.265
การเรียกชื่อ	0.194	0.278	-0.006	0.167	0.259
สมาธิ	0.235	0.371**	0.237	0.350*	0.361*
ภาษา	0.074	0.013	0.006	0.061	0.063
ความคิดเชิงนามธรรม	0.019	0.065	-0.112	0.005	0.004
ความจำระยะใกล้	0.112	0.106	0.164	0.306*	0.208
การรับรู้สภาวะรอบตัว	0.0430	-0.007	0.130	0.131	0.060

หมายเหตุ * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, คะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้จากแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI ได้แก่ ด้านร่างกาย (PHY-QOL) ด้านจิตใจ (PSY-QOL) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (SR-QOL), ด้านสิ่งแวดล้อม (EN-QOL) และโดยรวม (ALL-QOL)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรู้คิดด้านสมาธิ ความจำที่ระลึกได้ การรู้คิดโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะการรู้คิดบกพร่องทำให้ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยลดลง และขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ¹⁴ ส่งผลต่อด้านต่าง ๆ ในชีวิตไม่ว่าจะเป็นหน้าที่การงาน สภาพความเป็นอยู่ รวมไปถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ¹⁵ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมทั้งสิ้น¹³

อีกทั้งในการวิจัยครั้งนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดด้านมิติสัมพันธ์ การบริหารจัดการ และสมาธิกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{16,17} ทั้งนี้เนื่องจากสมาธิ ความยืดหยุ่นทางความคิดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทักษะด้านการบริหารจัดการ และความจำด้านมิติสัมพันธ์ ถูกพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมากกับทักษะการทำ

หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย¹⁸ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการพึ่งพิงตนเองของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลตนเองหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ และถูกพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต^{19,20} เมื่อเกิดความบกพร่องย่อมทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้ เกิดความเครียดและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่าการรู้คิดโดยรวมและด้านสมาธิมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{21,22} ทั้งนี้เนื่องจากภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็นตัวบ่งชี้ถึงการดำเนินของโรคที่ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันภายในสังคมได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การแยกตัว¹⁴ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นถูกพบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเกิดความบกพร่อง ย่อมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา²³

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะการรู้คิดบกพร่องสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้น การบำบัดรักษาทางด้านจิตสังคมที่ให้ความสำคัญกับการรู้คิดเช่นการบำบัดฟื้นฟูการรู้คิด (cognitive remediation therapy) การฝึกการรู้คิดทางสังคม (social cognition training) จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่จะช่วยในการพัฒนาทักษะทางด้านการรู้คิดและสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแตกต่างไปจากสถานการณ์ปกติ และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จึงไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วประเทศได้ นอกจากนี้ข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาด ยังส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ต่ำกว่าที่ได้ทำการคำนวณ ดังนั้น การวิจัยเพิ่มเติมในอนาคต จึงควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และเก็บข้อมูลให้ได้อยู่ในเกณฑ์ที่ได้คำนวณไว้

เอกสารอ้างอิง

1. Collaborators GBD, Nomura S. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2018; 392: 1789-858.
2. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล* 2558; 42: 159-67.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/reds.asp>.
4. Goonathilake P, Ediriweera D, Ruban R, Isuru A. Prevalence and correlates of cognitive impairment in schizophrenia: a cross-sectional study from a teaching hospital southern Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 2022; 22: 716.
5. Aich TK, Mahato A, Subedi S. Cognitive Impairment in Schizophrenia: current perspective. *JPAN* 2017; 5: 5.
6. Mihaljević-Peleš A, Bajsić Janović M, Šagud M, Živković M, Janović Š, Jevtović S. Cognitive deficit in schizophrenia: an overview. *Psychiatr Danub* 2019; 31 Suppl 2: S139-42.

7. มันทนา กิตติพิรัช, ปัทมา ศิริเวช, นุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, วีร์ เมฆวิสัย, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิศทอเรีย อิมเมจ จำกัด; 2560.
8. วลัยพร สุวรรณบุรณ์, สายใจ พัวพันธ์, สงวนธานี, จินห์จุฑาห์ ชัยเสนา ดาลาส. ผลของใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2558; 23: 68-79.
9. รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ, รัชนิกร อุปเสน. ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีษะเกษ. พยาบาลสาร 2563; 47: 66-75.
10. Mwesiga EK, Ssemata AS, Gumikiriza J, Nanteza A, Nakitende AJ, Nakku J, et al. The association of cognitive impairment with quality of life and functional impairment in Ugandan first-episode psychosis patients: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2022; 20: 113.
11. Hemrungronj S. Montreal cognitive assessment (MOCA) [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 12]. Available from: http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf.
12. Tangwongchai S, Charembon T, Phanasathit M, Akkayagorn L, Hemrungronj S, Phanthumchinda K, et al. The validity of Thai version of the montreal cognitive assessment (MoCA-T). *Dement Neuropsychol* 2009; 3: 172.
13. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, ราณีพรหมานะจิรัฐกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารกรมสุขภาพจิต* 2541; 5: 4-11.
14. Memedi I, Miloseva L. The impact of cognitive functioning on the quality of life in patients with schizophrenia. *Medical Journal Medicus* 2021; 26: 46-52.
15. Kadakia A, Fan Q, Shepherd J, Dembek C, Bailey H, Walker C, et al. Healthcare resource utilization and quality of life by cognitive impairment in patients with schizophrenia. *Schizophr Res Cogn* 2022; 28: 100233.
16. Mwesiga EK, Ssemata AS, Gumikiriza J, Nanteza A, Nakitende AJ, Nakku J, et al. The association of cognitive impairment with quality of life and functional impairment in Ugandan first-episode psychosis patients: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2022; 20: 113.
17. Cumming TB, Brodtmann A, Darby D, Bernhardt J. The importance of cognition to quality of life after stroke. *J Psychosom Res* 2014; 77: 374-9.
18. Wang Z, Ling Y, Wang Y, Zhu T, Gao J, Tang X, et al. The role of two factors of negative symptoms and cognition on social functioning in male patients with Schizophrenia: a Mediator Model. *Brain Sci* 2023; 13: 187.

19. Duțescu MM, Popescu RE, Balcu L, Duica LC, Strunoiu LM, Alexandru DO, et al. Social functioning in schizophrenia clinical correlations. *Current health sciences journal* 2018; 44: 151-6.
20. Ristic B, Batinic B. Correlation between social functioning and quality of life in patients diagnosed with schizophrenia. *European Psychiatry* 2022; 65 Suppl 1: S195.
21. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: a hospital- based cross-sectional study. *PloS one* 2020; 15: e0229514.
22. Rekhi G, Saw YE, Lim K, Keefe RSE, Lee J. Impact of cognitive impairments on health-related quality of life in schizophrenia. *Brain sciences* 2023; 13: 215
23. Suttajit S, Pilakanta S. Predictors of quality of life among individuals with schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015; 11: 1371-9.