

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO MEMORY OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Kanjana Sewikan



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิต เภทเรื้อรัง
โดย	นางสาวกาญจนา เสวีการ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณีรัตน์)

กาญจนา เสวีการ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
(SELECTED FACTORS RELATED TO MEMORY OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC
PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 114 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 154 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง แบบวัดอาการทางบวก แบบวัดอาการทางลบ และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

สรุปผลการวิจัยที่สำคัญ ได้ดังนี้

1. ความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย (Mean=20.62) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 4.08
2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเครียด อาการทางบวก และอาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.54, -.34, -.50$ และ $-.45$ ตามลำดับ)
3. อายุ เพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677154736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS / RELATED TO MEMORY

KANJANA SEWIKAN: SELECTED FACTORS RELATED TO MEMORY OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 114 pp.

The purpose of this research were to study the memory of chronic schizophrenic patients and relationship among selected factors including age, gender , duration of illness, using drug substance, positive symptom, negative symptom, activity daily living, stress, and memory of chronic schizophrenic patients. The subjects were 154 persons with chronic schizophrenia at Psychiatric hospital. They were selected by simple random sampling technique. Data was collected by using the Demographic Data Form. Mini-mental State Examination, Stress questionnaire, Positive symptom Scale, Negative symptom Scale, Barthel Index of Activity of daily living. Statistical technique used in data analysis were Frequency, Percent, Mean, Standard deviation, Pearson's product Moment correlation.

Major findings were as follows ;

1. The level of memory of chronic schizophrenic patients were moderate (Mean=20.62, S.D.=4.08)
2. Duration of illness, stress, Positive symptom, negative symptom were negatively correlated to memory of chronic schizophrenic patients at level .05 (r = -.54, -.34, -.50 and -.45 respectively)
3. Age, gender, activity of daily living, using drug substance were not significantly related to memory of chronic schizophrenic patients

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความเมตตากรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ามาให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิดเห็นและเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ ห่วงใยและให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาจ ณ วิเชียร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทสรรพวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้คำแนะนำต่างๆตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล บุคลากรตึกประสาทจิตเวชศาสตร์หญิง พยาบาลประจำการ และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือ และรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อคำบอล และคุณแม่นาง เสวีการที่ให้ความเอาใจใส่ ห่วงใย และเป็นกำลังใจให้เสมอมา ขอขอบคุณคุณคุณปวีวัฒน์ และเด็กชายปุณณพัฒน์ สารรัตน์ รวมถึงทุกคนในครอบครัวที่รักและเข้าใจ รวมทั้งคอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนมาโดยตลอด ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลในทุกๆด้าน ให้ความสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งให้กำลังใจที่มีคุณค่ายิ่งเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	12
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความจำ.....	22
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง.....	38
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	53
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	54
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	56

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
การหาความเที่ยง (Reliability)	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล	60
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเครียด อาการ ทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน และ เพศ การใช้สารสนเทศการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนเฉลี่ยความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดังตารางที่ 8 – 9.....	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	70
สรุปผลการวิจัย.....	72
อภิปรายผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	76
รายการอ้างอิง	78
ภาคผนวก.....	83
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	84
ภาคผนวก ข เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ	86
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	90
ภาคผนวก ง สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม.....	95
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	100
ภาคผนวก ฉ เอกสารขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	110

ณ

หน้า

ภาคผนวก ซ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	112
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	114



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก	55
ตารางที่ 2 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเปรียบเทียบเมื่อนำเครื่องมือไป ทดลองใช้และเมื่อใช้จริง	60
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรังจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลา การเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด(n = 154).....	64
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=154).....	66
ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับความเครียด ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=154).....	67
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของอาการทางบวก และอาการทางลบ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=154).....	67
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=154).....	68
ตารางที่ 8 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเครียด อาการทางบวก อาการทางลบ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับ ความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	68
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนเฉลี่ย ความจำ จำแนกตามเพศและการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=154)	69

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ จัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเนื่องจากมีลักษณะการดำเนินโรคที่ยาวนานเรื้อรัง มักไม่หายขาด รวมทั้งการทำงานของสมองและความจำของผู้ป่วย โดยความเร็วในการนำกระแสประสาท รับความรู้สึกต่างๆ เข้าสู่สมองช้าลงถึงร้อยละ 15(Cioccon & Potter,1988) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) มีอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 ต่อ 1,000 ประชากรต่อปี(สมภพ เรืองตระกูล,2553)พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี (WHO,2011)จากการรายงานของกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2558 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ49.82 ของผู้ป่วยในทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต,2558)

จากสถิติของผู้ป่วยจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่รับรักษามีจำนวน 5,929 รายต่อปี (กรมสุขภาพจิต,2558) และพบผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำคิดเป็นร้อยละ35.24 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการป่วยซ้ำและการมารับยาไม่ต่อเนื่อง (รายงานประจำปี สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2558) ส่งผลทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ ที่สำคัญเกิดการเสื่อมของบุคลิกภาพที่เกิดขึ้นอย่างถาวร และมีโอกาสเกิดมากขึ้นถ้าผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำบ่อยครั้ง(Liberman,1992)มีรายงานว่าภายหลังจากอาการกำเริบซ้ำครั้งที่สอง ส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ตีประคบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเป็นๆ หายๆ และร้อยละ80ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป อาการของโรคมักแสดงออกในกลุ่มอาการทางลบ คือ พุดน้อยการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง ขาดความกระตือรือร้น เก็บตัวเงียบ(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) เนื่องจากเซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีน้ำหล่อเลี้ยงเพิ่มขึ้นและมีไลโปฟุสซิน (lipofussin) มาสะสมอยู่ ร่วมกับน้ำหนักและจำนวน

เซลล์สมองมีจำนวนลดลงร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 20 (Hasher & Zacks 1998) เป็นสาเหตุทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของความจำลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยจะพบการสูญเสียความจำไปประมาณร้อยละ 20-40 ของความจำเดิมที่มีอยู่ (Delis, Lucas & Kopelman, 2000) จึงทำให้มีการตอบสนองต่อการกระตุ้นและปฏิกิริยาสะท้อนกลับช้าลงกว่าเดิมและความแม่นยำจะบกพร่องไป นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความสามารถในการแบ่งแยกความสนใจระหว่างงานหรือสิ่งของสองอย่างในทันทีทันใดลดลง สมารถสั้น ถูกรบกวนได้ง่าย จึงทำให้การบันทึกหรือสนใจรับข้อมูลลดลง การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ต้องใช้เวลามากขึ้น (Hasher & Zacks 1998)

ความจำ (Memory) เป็นส่วนหนึ่งในระบบการทำงานของสมองที่สำคัญของมนุษย์ เนื่องจากช่วยบ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการบันทึกข้อมูลของสมอง (Baddeley, A.D., 1999; Bekkerian, D.A., Bowers, J.M., 1983; Joan Tumblety, 2013) รวมทั้งเป็นพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้ต่างๆ (Alba & Hasher, 1983; Johnson, 2006; Loftus, 1980) ดังนั้นการเข้าใจเรื่องความจำจึงช่วยให้สามารถเข้าใจกระบวนการคิดของมนุษย์ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งการจำแนกประเภทของความจำแบ่งได้เป็น 3 ชนิด ดังนี้ 1. ความจำสัมผัส (Sensory Memory) เป็นการรับรู้ที่คงอยู่ชั่วขณะ (memontary lingering) ของข้อมูลจากประสาทรับรู้ความรู้สึก (Sensory information) หลังจากที่สิ่งเร้าถูกเอาออกไป 2. ความจำระยะสั้นหรือความจำชั่วคราว (Short-term Memory) เป็นความจำที่คงทนกว่า Sensory Memory ประกอบด้วยเนื้อหาของการรับรู้ขณะมีสติ (conscious awareness) ซึ่งหมายถึงสิ่งที่มนุษย์กำลังคิดในช่วงเวลานั้น อาจเป็นสิ่งเร้าใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือเป็นข้อมูลที่เรียก (retrieve) จากความจำระยะยาว (long-term memory) เป็นการจัดการข้อมูลผ่านความจำระยะสั้นซึ่งสามารถเก็บข้อมูลได้จำกัดในแต่ละครั้งและเนื้อหา (contents) โดยสามารถหายไป 20 วินาที หากมีการคิดใหม่ซ้ำๆ บางครั้งจึงเรียกความจำชนิดนี้ว่า active memory และ 3. ความจำระยะยาวหรือความจำถาวร (Long-term Memory) หรือความจำระยะยาว เป็นความจำที่สามารถเก็บข้อมูลได้ไม่จำกัดจำนวนและระยะเวลาโดยไม่ต้องใช้ความพยายามในการจำ (active effort) มากนัก (วุฒิชัย บุนยณฤดี, 2557; ปิ่นมณี สุวรรณโมลี, 2557)

สมองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังแม้จะอยู่ในภาวะเป็นปกติ ไม่มีโรคหรือพยาธิสภาพใดๆ ก็มีการเปลี่ยนแปลงแบบซ้ำๆ การทำหน้าที่ ทางสังคมบกพร่องนำไปสู่การดำเนินโรคที่เรื้อรัง โดยสมมติฐานของโรคจิตเภท เชื่อว่าเกิดจากการทำงานของสมองส่วนลิมบิก (Limbic) ที่ผิดปกติไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับความจำ ระดับความจำในผู้ป่วยจิตเภทมักอยู่ในระดับต่ำกว่าคนปกติทั่วไป ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนหนึ่ง เป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของความจำโดยพบมากในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการด้านลบ นอกจากนี้ อาจจะเป็นตั้งแต่กำเนิดเนื่องจากพบพยาธิสภาพ ทางสมองของผู้ป่วยจิตเภทคือสมองฝ่อและช่องสมองขยายกว่าคนปกติ (Braff, 1991)

การลดลงของความจำก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทำให้ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือกิจวัตรประจำวัน และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน และเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บางรายไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ต้องเจอสภาพแวดล้อมจำเจ บุคลากร ผู้ป่วย สถานที่เดิมๆ ในแต่ละวัน สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้เกิดความเสื่อมถอยของความจำ (จุฬารัตน์ วิระขรรัตน์, 2556) บางรายอาจล้มรับประทุพพินาศตามเวลา สื่อมอเตอร์โทรศัพท์ของบุคคลใกล้ชิด เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเสียความมั่นใจในการดำเนินชีวิตและความมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าที่ค่อนข้างรุนแรงได้ (Kassin, 1998) ส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านความจำจะมีระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีความบกพร่องด้านความจำ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเมื่อ ประเมินด้วยแบบประเมินความจำ (The Rivermead behavioral memory test) พบว่าคะแนนความจำของผู้ป่วย โรคจิตเภทแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยปกติอย่างมีนัยสำคัญ (McKenna 1990) ดังนั้นการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีปัญหาด้านความจำ จะเป็นไปอย่างไร้ชีวิตชีวา ไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างอิสระได้ ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระแก่ผู้อื่น ความรู้สึก เหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการเยียวยาเพื่อฟื้นคืนสภาพให้กับผู้ป่วย

การเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพและสรีรวิทยาของสมองที่เสื่อมถอยลงเนื่องมาจากอายุมากขึ้น (Raz and Rodrigue, 2006) โดยผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะส่งผลให้น้ำหนักและเนื้อสมองลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น (Kawal K. Jain, 2006) เนื่องจากสมองมีการลดขนาดของเซลล์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเสื่อมตามธรรมชาติของร่างกาย การลดลงของปริมาณสมองส่งผลให้ปริมาณน้ำในเซลล์สมองลดลงทำให้เกิดช่องว่างภายในสมองโดยจะเห็นเป็นลักษณะของโพรงสมอง (Ventricle) โตขึ้นและมีสารไลโปฟุสซิน (Lipofuscin) หรือเม็ดสีลึงควัตถุขนาดเล็กมาสะสมอยู่ นอกจากนี้การเสื่อมของสมองยังส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง (Decrease cerebral blood flow) ขณะที่ความต้านทานของหลอดเลือดในสมองกลับเพิ่มขึ้น เนื่องจากเสื่อมและการแข็งตัวของหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงสมองได้ไม่เพียงพอ (สมศรี ปานพันธุ์โพธิ์, 2555) อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยมีเนื้อสมองส่วนนอก (Grey matter) ฝ่อลงมากกว่าส่วนอื่นทั้งที่จำนวนเซลล์สมองในผู้ป่วยซึ่งมีความจำปกติไม่ได้ลดลง สืบเนื่องมาจากสมองสูญเสียส่วนประกอบบางอย่าง โดยเฉพาะบริเวณสมองใหญ่ส่วนเปลือกนอก (Cerebral cortex) ตำแหน่ง พรีฟรอนทัลแอสโซซิเอชันคอร์เทก (Prefrontal Association Cortex) บริเวณใต้เปลือกสมอง (Subcortical areas) และระบบลิมบิก (Limbic system) ที่มีบทบาทโดยตรงต่อความจำ (สมศรี ปานพันธุ์โพธิ์, 2555 ; Duncan, Emslie and Williams, 1996)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทที่แยกตัว ไม่เข้ากิจกรรมทางสังคมสังสรรค์กับผู้อื่น และถูกลดบทบาททางสังคม (Robert Havghurst,1971) เช่น การถูกมองว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพและความสามารถลดลงเนื่องจาก เกิดภาวะเจ็บป่วย รวมถึงการสื่อสารกับคนทั่วไปทำได้ลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องอยู่ในบ้าน ซึ่งหากปล่อยให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตามลำพังไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่เหมาะสมหรือไม่ให้ความสนใจในการกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเสื่อมของสมองมากขึ้น จากการลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (Frontotemporal) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ความคิดน้อยลงจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความจำเสื่อมตามมา (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2542 ;Emslie and Williams,1996)

ความจำของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถของสมองในการเก็บสะสมข้อมูลโดยขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการเก็บสะสม(Boje,2002)ความจำเป็นกระบวนการเชิงโครงสร้าง โดยเริ่มตั้งแต่การรับข้อมูล และการเรียกข้อมูลกลับมาใช้ได้ เป็นลักษณะที่ต่อเนื่องกันเพื่อคงไว้ซึ่งข้อมูลที่ได้รับและสามารถนำกลับมาใช้หรือระลึกเรื่องราวนั้นได้เมื่อต้องการ (Atkinson & Shiffrin,1977) ความจำเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา(Dynamic process) มีส่วนเกี่ยวข้องกับสมองหลายส่วน ได้แก่ บริเวณสมองส่วนหน้า(frontal lobe) หรือบริเวณสมองส่วนด้านข้าง (temporal lobe) และฮิปโปแคมปัส(hippocampus)การที่บุคคลจะสามารถเก็บความจำได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับสมาธิ ความตั้งใจ การหมั่นทบทวนข้อมูลนั้นอย่างสม่ำเสมอ(Delis,Lucus&Kopelman,2000) ความจำจึงเป็นกระบวนการเชิงโครงสร้าง เริ่มตั้งแต่การรับข้อมูล การบันทึกข้อมูล และการเรียกข้อมูลนั้นกลับมาใช้ได้ เป็นลักษณะที่มีต่อเนื่องกัน โดยความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว โดยความจำระยะสั้นสามารถเกิดขึ้นได้กรณีที่เกิดเหตุการณ์เกิดขึ้นโดยบังเอิญหรือมีผู้จงใจทำให้เกิดเหตุการณ์เกิดขึ้นในขณะนั้น ส่วนความจำระยะยาวเป็นเหตุการณ์ที่สามารถเกิดขึ้นเป็นประจำและไม่ประจำของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การซื้อของในร้านขายของชำ โดยผู้ป่วยจะสามารถรำลึกเหตุการณ์ได้ชัดและต้องมีการลำดับเหตุการณ์ไว้เท่านั้น โดยความจำระยะสั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยรำลึกเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันและจะส่งเสริมให้ฟื้นฟูความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ดีกว่า (Landgraf et al , 2011)

มีการศึกษาความสัมพันธ์สมรรถภาพทางสมองของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ (orientation) การจดจำ(registration) ความใส่ใจ(attention) การคำนวณ(calculation) ภาษา (language) และการระลึกได้(recall) การเสื่อมของสมองจะเพิ่มขึ้นตามวัย (Nikolova et al , 2007) ซึ่งเป็นผลมาจากการลดลงของ acetylchline (Greenwell , 2002) ส่งผลให้ความจำและความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ดังนั้นความเสื่อมของสมองจึงเป็นภาวะที่เกิดการสูญเสียหน้าที่ของสมองหลายๆด้านพร้อมกัน (cognitive impairment) อย่างช้าๆแต่ถาวร จะเห็นได้ชัดในเรื่อง

ความจำ(Gruetzner , 2001) ซึ่งพบพยาธิสภาพทางสมองคือ สมองฝ่อและช่องสมองขยายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยจะมีระดับความสามารถทางความคิดและการแสดงออก คือ สมาธิ ความจำ ภาษา ความสามารถในการบอกทิศทาง การรับรู้วัน เวลา สถานที่ การคิดคำนวณ การใช้เหตุผลและการตัดสินใจ การคิดเชิงนามธรรม เป็นต้น จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาคนอื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)โดยสมมติฐานของโรคจิตเภทเชื่อว่าเกิดจากการทำงานของสมองส่วนลิมบิก(Limbic)ผิดปกติไป ซึ่งเกี่ยวข้องกับความจำ ระดับความจำในผู้ป่วยจิตเภทมักอยู่ในระดับต่ำกว่าคนปกติ(Morrison,2011) เมื่อทดสอบด้วยแบบทดสอบทางด้านความจำ (digit span) และแบบประเมินสมรรถภาพ (MMSE) ในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีอายุระหว่าง 18-68 ปีพบผู้ป่วยมีความจำบกพร่องเล็กน้อยถึงรุนแรงมีประมาณ ร้อยละ 20 ความจำที่บกพร่องนี้พบมากในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง(Rajji et al,2014)

ปัญหาการบกพร่องด้านความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ย่อมส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของ McDerimid et al. (2002) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความจำบกพร่อง มีระดับคุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับการพักผ่อน และด้านความสัมพันธ์ต่อครอบครัว และเพื่อนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องของความจำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tek et al.(2001)พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านความจำจะมีระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีความบกพร่องด้านความจำ ความเสื่อมถอยของความจำส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความบกพร่องด้านความจำจะมีระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีความบกพร่องด้านความจำ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเมื่อประเมินด้วย The Rivermead memory test พบคะแนนความจำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Park , Holzman,1992)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีหลายปัจจัยดังนี้ คือ อายุ (Gerretsen et al., 2013) เพศ(Goldman-Rakic ,1992) ระดับการศึกษา(Emmanuel Stip et al,1996) อาชีพ(Goldman-Rakic ,1992)การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (McDougall,2002). โรคประจำตัว(Meissner ,2001)การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม(Ritch,2003:วนาพร หลอยกร ,2542) อาการทางบวก อาการทางลบ(Rajji et al,2014) ความเครียด(Goldman-Rakic,1992) การใช้สารเสพติด (Schaar and Ojehagen ,2003 :สถาบันประสาท,2551) จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดของ Atkinson & Shiffrin(1997) ร่วมกับการได้ทบทวนวรรณกรรม

เพิ่มเติมเพื่อคัดเลือกรูปแบบที่สามารถจัดกระทำและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด การใช้สารเสพติด ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เพื่อช่วยให้เข้าใจปัญหา สามารถให้การช่วยเหลือ และพัฒนาแนวทางการดูแล ป้องกันความจำเสื่อมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในแต่ละกลุ่มให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด การใช้สารเสพติด กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Atkinson & Shiffrin(1997) กล่าวว่าความจำเป็นการทำงานของระบบประสาทที่สลับซับซ้อนเกิดขึ้นเมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้า หรือมีสิ่งต่างๆ จะเกิดการดำเนินงานของระบบกระตุ้น(Arousal system)ร่วมกับการมีสมาธิหรือมีความตั้งใจ (Attention) ในการรับข้อมูล จึงเกิดความจำสัมผัส(sensory memory)ภายหลังที่มีความจำสัมผัสแล้ว หากมีการทบทวนหรือรับข้อมูลนั้นซ้ำอีกจะเกิดความจำระยะสั้น (short term memory)แต่หากไม่ได้ทบทวนก็จะทำให้ข้อมูลนั้นถูกหลงลืมไปในเวลาเพียงไม่กี่วินาทีแต่ถ้าได้รับสิ่งกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าหรือข้อมูลเดิมซ้ำๆ หรือมีการทบทวนสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความจำระยะยาว (long term memory)ที่มีการคงอยู่ของความจำเป็นปีหรือคงอยู่ตลอดชีวิตได้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องนำมาคัดสรร คือ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้คัดเลือกรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภท (Philip Gerretsen,2013)โดยพบว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความบกพร่องของจำจะรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น จากการศึกษาาระบาดวิทยาพบว่า ความจำมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นกล่าวคือจะมีอุบัติการณ์

ร้อยละ 10 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 50(McDougall,2002)

เพศ มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภท (Ola Omar Shaheen,2011)พบว่าเพศหญิงและเพศชายอาจมีปัจจัยเสี่ยงด้านความผิดปกติด้านฮอโมนแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีความจำเสื่อมมากกว่าเพศชาย(Aleman,1999) ในประเทศสวีเดน ฟินแลนด์ ไชล์แลนด์ รัสเซีย จีน และญี่ปุ่นพบอุบัติการณ์ ความจำเสื่อมในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศจึงเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความจำ เช่นเดียวกับ Ritch(2003) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความจำเสื่อมของผู้ป่วยจิตเภท ในเพศหญิงพบร้อยละ 15 และพบในเพศชายร้อยละ 8.9ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทจริงๆ

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยในระยะเวลาอันยาวนานจะส่งผลต่อการดำเนินโรคที่ไม่ดีทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความจำลดลง (Al-Uzri et al, 2006) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรค เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นระยะเวลาอันยาวนานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค เช่น ผู้ป่วยที่มารับการรักษาครั้งแรก หลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี เป็นอย่างน้อย หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สอง จะให้ยาถึง 5 ปีและถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป(มานิช ตรีตระกูล, 2555) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากและฝืนใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จึงมีความอดทนน้อย อาจไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา(สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจึงมักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง(American Psychiatric Association,1994) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือนหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปีหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 70 (Fowler,1992) และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนานๆทำให้ระดับศักยภาพลดลง (Quilan & Ohlund,1995) ถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock,1995) ทำให้ผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมักมีความเสื่อมถอยของความสามารถในทุกๆด้านรวมทั้งการดูแลตนเอง (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์ ,2547)

การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยพบว่าการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดทำให้เกิดความผิดปกติของสมองและพฤติกรรมเนื่องจากพิษของสารเสพติดเป็นอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ และการตัดสินใจ หรือการไม่มีความสามารถในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้เป็นคนไร้สมรรถภาพและเป็นอันตรายต่อสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สมองถูกทำลายในระยะยาว การใช้สารเสพติดจะทำให้เกิดความจำบกพร่อง(cognitive impairment) (สถาบันประสาท,2551) และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมและการทำให้อาการทางจิตแย่ลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้เวลาเสพ

ติดในการรักษาตนเอง (Self Medicate) เพื่อพยายามบรรเทาอาการของโรคจิตเภทหรือบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต รายงานการสำรวจพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสุบบุหรี่เป็นจำนวน 3 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด การสูบบุหรี่นั้นมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาทางจิตเวช คือ ลดอาการข้างเคียงจากยาได้ แต่จะไปเพิ่มการกำจัดยาทางจิตเวช ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง (Sodock & Sodock,2003) ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบไม่สนใจดูแลตนเองจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของ (Drake,Osher &Wallach, 1989) ที่พบว่าการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภททำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆมีปัญหาด้านสังคม ด้านกฎหมาย และการรักษามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท จำพวกแอมเฟตามีน หรือยาบ้า นั้น เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความคิดระแวงและหูแว่วได้ (Mueser et al,1990) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

อาการทางบวก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่สัมพันธ์กับคำพูด ความคิด ความจำ ทำให้เกิดความจำระยะสั้นสูญหายไป (Rodrigo ,2013)อาการทางบวกทำให้ผู้ป่วยขาดสติ มีการเผชิญหน้ากับปัญหาต่ำ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์,2552)

อาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อาการทางลบของผู้ป่วย คือขาดความกระตือรือร้นไม่สนุกกับชีวิต แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ชอบอยู่คนเดียว ทำให้ขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมหรือการกระตุ้นน้อยลง สมองจึงใช้งานน้อยลง หรืออาจไม่ได้ใช้งาน หากผู้ป่วยจิตเภทขาดการกระตุ้นเป็นเวลานานย่อมทำให้สมองฝ่อตามกฎการใช้และไม่ใช้งาน จึงพบว่า “อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง บกพร่องทางเขาว์ความคิด (Aleman,1999)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะช่วยบ่งบอกภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันทำให้คะแนนความจำแตกต่างกัน (Goldman-Rakic ,1992) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mc Dougall(2002) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานของการดำเนินชีวิตประจำวันและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างใกล้ชิดและส่งผลซึ่งกันและกัน อยู่ตลอดเวลาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เมื่อทำให้ระบบประสาททำงานช้าลง การเคลื่อนไหวร่างกายจึงช้าลงด้วย ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้จะต้องใช้สมองคิดพิจารณาและวางแผนที่จะทำกิจกรรมหนึ่ง

ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ความเครียดทางด้านอารมณ์และจิตใจมีผลอย่างมากกับความจำ ฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ที่หลั่งในภาวะเครียดจะทำลายเซลล์ประสาทในสมองส่วนฮิปโปแคมปัสและฮัยโปธาลามัสซึ่งมีผลต่อความจำและการปรับตัวต่างๆ ของร่างกาย(Rajji et al,2014) ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจในการรายงานทางสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดต่อสาเหตุ ระยะเวลาการดำเนินโรค และผลลัพธ์ต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภทวิตกกังวล และซึมเศร้า(Stuart & Sundeen,1991) Holme & Rahe ได้ให้ความหมายของคำว่าความเครียด ว่าเหตุการณ์ต่างๆที่เมื่อเกิดกับบุคคลแล้วจะทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ Dohrenwend & Dohrenwend (1947) กล่าวว่าความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่คาดคิด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ หรือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่เป็นไปตามความต้องการเป็นเหตุการณ์ความเครียด

จากแนวเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เพศ การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวก อาการทางลบ ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังตามแนวทางการจำแนกโรคที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด

ตัวแปรตาม คือ ความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลช่วยลดปัญหาความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- 2.สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านความจำและผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอื่นๆต่อไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง ความสามารถของสมองของผู้ป่วยจิตเภทในการบันทึกเรื่องราว เหตุการณ์ และสิ่งของต่างๆได้อย่างถูกต้องแม่นยำ แล้วสามารถระลึกหรือถ่ายทอดสิ่งที่จำออกมาได้อย่างถูกต้อง ประเมินได้จากแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(MMSE-Thai 2002) พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (2542)

อายุ หมายถึง การนับจำนวนเต็มเป็นปีของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง นับตั้งแต่ปีที่เกิดจนถึงปีที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงออกถึงความเป็นเพศชายหรือเพศหญิง ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยนับระยะเวลาเป็นเดือนและป็นจนถึงวันที่ทำการศึกษา ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การใช้สารเสพติด หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีการใช้ยาหรือสารที่เสพหรือนำเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการติดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ต้องมีการเสพเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและความถี่ เมื่อหยุดเสพยาหรือสารเสพติดจะก่อให้เกิดอาการอยากใช้ยาหรือมีอาการถอนยา ประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

อาการทางบวก หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยแสดงออกในด้านอาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ความคิดว่าตนมีความสามารถเหนือคนอื่น ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย และมีความรู้สึกไม่เป็นมิตร ประเมินได้จากแบบประเมินอาการทางบวก ตามแนวคิดของ Kay et al.(1987) ที่แปลมาเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550)

อาการทางลบ หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกด้าน การแสดงอารมณ์น้อยกว่าคนปกติ เฉยเมย ไม่สบตา มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดเชิงนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สั่นไหวอย่างต่อเนื่อง และมีความคิดอย่างตายตัว ประเมินได้จากการใช้แบบประเมินอาการทางลบ ตามแนวคิดของ Kay et al.(1987) ที่แปล

มาเป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2550)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การดูแลร่างกาย การเดิน การขึ้นและลงเตียง การอาบน้ำ การใช้ห้องส้วม ประเมินได้จากแบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามแนวคิดของ Sidney katz(1976)ที่พัฒนาโดยวนาพร หลอยกร (2542)

ความเครียด หมายถึง ภาวะของอารมณ์ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กัดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกขใจ สับสน โกรธ หรือเสียใจ (Evec,1976) ประเมินได้จากแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (2550)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ และ รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการของโรค
- 1.4 ผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
- 1.5 การรักษา
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความจำ

- 2.1 ความหมายของความจำ
- 2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความจำ
- 2.3 พยาธิสภาพของความจำ
- 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำ
- 2.5 การประเมินความจำ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ในปี ค.ศ. 1911 จิตแพทย์ชาวสวิสได้ใช้คำว่า โรคจิตเภทแทนคำว่า Dementia Praecox จากอาการที่ผิดปกติที่ไม่ใช่อาการเสื่อมทางสมอง (Bleuler , 1911 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2558)ในการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder Foeth Edition : DSM-IV) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าหมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดง ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้นเฉยชา เก็บตัว เป็นต้น ลักษณะอาการเหล่านี้เป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงความแปรปรวนเรื่องอื่นๆ ร่วมด้วย เป็นเวลานาน 6 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน อรพรรณ วรรณชาติ, 2550)องค์การอนามัยโลก (The 10*Edition of the International Classification Diseases:ICD-10) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมมีสติสัมปชัญญะ ความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักคืออยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการนึกคิด โดยมีระยะการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 2006 อ้างถึงใน อรพรรณ วรรณชาติ, 2550)

โรคจิตเภท (schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การทำงานและสังคม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

องค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of International Classification Disease: ICD-10) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะ ที่บุคคลมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม แต่ความสามารถทางเชาว์ปัญญาและสติสัมปชัญญะมักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการนึกคิดในช่วงที่มีการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป (World Health Organization [WHO], 2006)

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม

กนกวรรณ ลัมศรีเจริญ (2558) กล่าวว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม

ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลกๆ

การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV Text Revision : [DSM-IV-TR]) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทว่า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดงทางบวก ได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น และอาการแสดงทางลบ ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว เป็นต้น อาจมีอาการแสดงความแปรปรวนอย่างอื่นร่วมด้วย เป็นเวลานาน 6 เดือน และมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 2005)

สรุป โรคจิตเภท หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ป่วยพร่องหน้าที่ทางด้าน การงาน ด้านสังคม ถึงแม้ว่าจะสูญเสียการนึกคิด แต่ยังคงพบความสามารถทางเชาว์ปัญญาังปกติอยู่ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งทางสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้มีการวินิจฉัยแยกโรคตามการจำแนกโรค ขององค์การอนามัยโลก (The 10th Edition of the International Classification Disease: ICD -10)

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทมีดังนี้ (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558)

1.2.1 สาเหตุด้านชีวภาพ (Biological Factor Model)

1.2.1.1 พันธุกรรม พบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ผลการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทในเครือญาติพบว่า ประชากรทั่วไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 1 พี่น้องของผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 8 ลูกที่บิดาหรือมารดาป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 12 คู่แฝดต่างไข่ของผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 12 ลูกที่บิดาและมารดาป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 40 คู่แฝดไข่ใบเดียวกันของผู้ป่วยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 47

1.2.1.2 สารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ dopamine จากการศึกษามีสมมุติฐานว่าเกิดจากdopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะmesolimbic และ mesocortical tract (D2receptor) สารสื่อประสาทชนิดอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น serotonin พบว่า serotonergic activity (โดยเฉพาะ 5-HT2Areceptor) และ norepinephrine ทำงานมากเกินไป สำหรับ gamma-

aminobutyric acid (GABA) ถ้าทำงานน้อยลง dopamine จะทำงานมากเกินไป นอกจากนี้ยังมี glutamate ซึ่งมี NMDA (N-methyl-D-aspartic acid) receptor ทำงานน้อยลง รวมทั้ง acetylcholine และ nicotine ทำงานน้อยลง

1.2.1.3 ประสาทกายวิภาค พบ ventricle และ sulci โตกว่าปกติ มี cortical atrophy โดยเฉพาะบริเวณ limbic และ thalamus พบว่าปริมาณและน้ำหนักของสมองน้อยกว่าปกติ

1.2.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่าสมองมีสภาพ hypofrontality คือ cerebral bloodflow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe ตรงส่วน prefrontal cortex และบางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

1.2.2 สาเหตุด้านครอบครัว (Family Factors Model) ลักษณะของครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง (High Expressed Emotion: high EE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ ไม่เป็นมิตร จู้จี้ยุ่งเกี่ยวมากเกินไปมีผลต่อการกำเริบของโรคจิตเภท

1.2.3 สาเหตุทางสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมุติฐานว่าการที่มีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม และการที่ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตอยู่ตลอดอาจทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตแบบเดิมได้ หรือสภาพทางสังคมที่กดดันอาจทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทเพิ่มมากขึ้น

1.3 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

ลักษณะอาการทางคลินิก อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ อาการด้านบวก (positive symptoms) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2550)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะของอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆคือ 1) อาการของโรคจิต (psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน 2) ความคิดและพฤติกรรมไม่เป็นระบบกระจัดกระจาย (disorganized dimension) ได้แก่ การพูดจาวกวน การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ ซึ่งจัดไว้ในกลุ่มอาการดังนี้

1.3.1.1 อาการหลงผิด (delusions) ได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusions) หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) รู้สึกว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) การหลงผิดที่มีลักษณะแปลกที่เป็นไปไม่ได้เลย (bizarre delusions) ซึ่งจะให้มีน้ำหนักในการวินิจฉัย

1.3.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucinations) ได้แก่ เสียงที่ได้ยินเป็นเรื่องราวที่ชัดเจน เป็นการได้ยินเสียงคนอื่นพูดเรื่องราวของตนเอง (voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) เสียงว่านี่จะเบาลงหากผู้ป่วยมีสิ่งที่สนใจกำลังจะฟังอยู่ และจะดังรอบตัวมากขึ้นหากรอบตัวไม่มีเสียงที่ชัดเจน ประสาทหลอนรองลงมาคือการเห็นภาพหลอน ภาพหลอนอาจจะเป็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นสีสัน มีรายละเอียดชัดเจน ส่วนประสาทหลอนทางกลิ่นแปลกๆ หรือลิ้นรับรูรสแปลกๆ อาจจะได้พบได้แต่ไม่บ่อย

1.3.1.3 อาการด้านความคิดและคำพูดไม่มีแบบแผน (disorganized thought and speech) ผู้ป่วยมักคิดในลักษณะที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอดได้ การพูดไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็จะเปลี่ยนเรื่องทันที โดยเรื่องที่เปลี่ยนไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิมหรืออาจเกี่ยวเนื่องเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นหลายๆการวางคำในประโยคจะสับสน ทำให้ฟังไม่เข้าใจ (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆ (neologism) ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติ (lack of insight)

1.3.1.4 อาการด้านพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) พฤติกรรมจะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด เช่น ซึ่งอาจจะเกิดจาก การหลงผิด หรือประสาทหลอน หรือความคิดแปลกๆ บางครั้งจู่ๆก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะขึ้นมา เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำ หลากๆวันติดกัน กลางคืนไม่ยอมนอน แต่งตัวแปลกๆ เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้งๆที่อากาศร้อน บางคนจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่เดิมไม่เคยเป็นมาก่อน ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมากจนต้องพามาพบแพทย์

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะแสดงอาการให้เห็น ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่ พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (alogia) การแสดงทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเรียบเฉย ไม่ค่อยสบตา (affective flattening) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ทำอะไรไม่ค่อยนานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล ระยะเวลาหลังมักพบได้ก่อนเกิดอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองพร่องไป มีความพร่องในการจำชั่วคราว (working memory)

สรุปโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมไม่เป็นระเบียบแบบแผน ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงทางบวก และทางลบ

1.4 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

1.4.1 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วย(สมภาพ เรื่องตระกูล, 2553)

ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในทุก ๆ ด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมดังนี้

1.4.1.1 ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง

ๆ จนถึงการเสียชีวิตนั้น ๆ ไปเลย ทำให้เสียภาพลักษณ์ เสียบุคลิกภาพที่ดี และอาจต้องทนทุกข์กับความเจ็บป่วยและอาการของโรค

1.4.1.2 ด้านจิตใจ จากการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย พยายามแยกตัวขาดความมั่นใจของตนเอง สูญเสียเสถียรภาพทางจิตใจ คุณค่าในตัวเองลดลง เสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง เพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลัวการตีจากของบุคคลรอบข้างหรือคนที่เป็นที่รัก หรือสูญเสียสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย กลัวเสียความรักจากครอบครัว และหมดหวังในที่สุด อารมณ์และความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะแสดงออกมาก็คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เสียใจ เศียดแค้น และความรู้สึกสูญเสีย

1.4.1.3 ด้านอาชีพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย ต้องการการพักผ่อนหรือฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ ผู้ป่วยบางราย ต้องออกจากงาน หรือเปลี่ยนงานอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ถ้าผู้ป่วยต้องขาดงานบ่อย ๆ หรือเกษียณก่อนเวลา ก็จะส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวอย่างมาก

1.4.1.4 ด้านสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียภาพลักษณ์ และฐานะการเงินลดลง จะลดบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัวในฐานะสามี หรือภรรยา พ่อหรือแม่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ เนื่องจาก อัตมโนทัศน์ถูกรบกวน มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป สังคมจะไม่ยอมรับ และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น

1.4.2 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อสังคม

เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหา และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมากมาย เช่นนี้ย่อมจะต้องส่งผลกระทบต่อสังคมรอบข้างด้วย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นในทางสังคมสามารถแบ่งเป็น 2 ประการ คือ

1.4.2.1. ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1.4.2.1.1 ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าอาหารพิเศษ เครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น ต้องแยกห้องเพื่อป้องกันโรค หรือเพิ่มสิ่งแวดล้อมเฉพาะโรค เป็นต้น หากผู้ป่วยเป็นผู้เลี้ยงครอบครัว ต้องหยุดพักรักษาตัว จะทำให้ขาดรายได้ และผู้ป่วยจะถูกมองเป็นภาระ นำความยุ่งยากมาสู่ครอบครัว

1.4.2.1.2 มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น ต้องแยกห้อง หรือเครื่องใช้บางอย่าง เป็นต้น

1.4.2.1.3 มีการเปลี่ยนสถานภาพ บทบาท และหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป เช่น ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยลง ต้องหยุดพักรักษาตัว ทำให้ครอบครัวมีปัญหา แม่บ้านจำเป็นต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนสภาพและบทบาทในครอบครัว

1.4.2.1.4 เกิดปัญหาด้านอารมณ์ ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้น แต่สมาชิกในครอบครัวก็อาจมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดบ่อย ทำอะไรไม่ถูกต้องไม่ถูกใจ มีความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกรบกวน ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงสวัสดิการในครอบครัวเพื่อผ่อนคลายให้สมาชิกในครอบครัวถูกรบกวนกระทบน้อยที่สุด

1.4.2.2 ผลกระทบที่มีต่อชุมชนและสังคม

1.4.2.2.1 ต้องมีงบประมาณค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ โดยรัฐจัดบริการแพทย์ และสาธารณสุขประชาชนอาจต้องเสียภาษีเพิ่มขึ้น เพื่อจัดสร้างสถานบริการตามความเหมาะสม

1.4.2.2.2 ความเจ็บป่วยหรือพิการทำให้บุคคล ไม่อาจทำหน้าที่ทางสังคม ตามปกติได้ เป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข เพื่อรักษาโรคและความพิการ

1.4.2.2.3 ความเจ็บป่วยทำให้เกิดความยุ่งยากเดือดร้อนแก่ครอบครัว ครอบครัวไม่มีความสุขตามปกติ ทำให้ชุมชนไม่มีความสุขและขาดความมั่นคงด้วย ความสุขและความมั่นคงของครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เพราะครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นเอง ชุมชนหรือสังคม จึงต้องหาทางให้ความเจ็บป่วยหมดสิ้นไป หรือลดน้อยลงโดยเร็ว

1.4.3 ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังทางจิตใจ

1.4.3.1 ความกลัวตาย ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูง และกลัวตายจากภาวะของโรค ความกลัวตายนี้จะมีผลกระทบกระเทือนไปถึงบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย รวมทั้งการทำงานด้วย ผู้ป่วยจึงควรจะได้รับคำอธิบายให้ทราบว่าโรคเรื้อรังส่วนมากมิได้มีอันตรายร้ายแรงจนถึงแก่ชีวิต ในระยะเวลาอันสั้น หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขพอสมควร

1.4.3.2 ความกลัวความพิการไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังมักจะเป็นคนพิการไร้สมรรถภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลควรสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดีที่สุด จะช่วยให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

1.4.3.3 ความกลัวความเจ็บป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดแตกต่างกันความเจ็บปวดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย สำหรับบางโรคที่

ทราบถึงระยะการดำเนินของโรครายอย่างแน่ชัด แพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงระยะเวลาที่อาจเกิดความเจ็บปวดและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยทันทีที่มีอาการเจ็บปวด

1.4.3.4 ความกลัวการแพร่เชื้อโรค ผู้ป่วยอาจกลัวว่า จะเป็นผู้แพร่เชื้อโรคให้กับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว แพทย์หรือพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนว่า โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นสามารถติดต่อได้ทางใดบ้าง สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้หรือไม่ ควรมิบุตรหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

1.4.3.5 ความกลัวความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยอาจกลัวว่าจะมีอาการเลวลง แพทย์ผู้ให้การรักษาคควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนั้น อยู่ในระยะใดของการดำเนินของโรคหรือมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง และควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับอาการของโรค

1.4.3.6 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยอาจกลัวว่าจะต้องออกจากงานหรือไม่สามารถทำงานได้เท่าเดิม หรืออาจมีหนี้สินจากภาวะความเจ็บป่วย

1.4.3.7 ภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เมื่อเกิดความเจ็บป่วยและไร้สมรรถภาพ นอกจากจะมีผลกระทบกระเทือนต่อระบบต่างๆของร่างกายแล้ว จะมีผลกระทบกระเทือนต่อภาวะทางด้านจิตใจในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.4.3.8 อັตมโนภาพ (Body image) เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ที่ได้รับอิทธิพลมาจากความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่นด้วย บุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นมักจะมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น ความรู้สึก เช่นนี้บางส่วน อาจเป็นผลจากอิทธิพลของการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ พบว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจะแสดงความรังเกียจและไม่พอใจที่จะต้องทำความสะอาดให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการดูถูกเหยียดหยาม นอกจากนี้ปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัว และอิทธิพลของสังคมก็จะมีผลต่ออັตมโนภาพของผู้ป่วยเช่นกัน

1.4.3.9 ความรู้สึกสูญเสีย (Loss) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อต้องสูญเสียหรือต้องจากกับบุคคลที่ตนรัก หรือต้องสูญเสียทรัพย์สิน หน้าที่การทำงาน หรืออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยปกติบุคคลจะสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การเดิน การนั่ง การพูดคุย การอาบน้ำ แต่งตัว หรือ การรับประทานอาหาร แต่ในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย หรือมีความพิการเกิดขึ้นผู้ป่วยก็จะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น สูญเสียการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น สูญเสียความมั่นใจในตัวเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือดำเนินตามบทบาท

ต่าง ๆ ของตนเองได้ เช่น การเป็น พ่อ แม่ และการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น

1.4.3.10 ความเศร้าโศกเสียใจ (Grief) มิใช่จะเกิดขึ้นเฉพาะในกรณีที่คุณคนซึ่งเป็นที่รักต้องสูญเสียชีวิตจากไปเท่านั้น แต่อาจเกิดขึ้นเมื่อต้องสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อชีวิต เช่น ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคมะเร็งซึ่งเมื่อป่วยแล้วมักจะเป็นเรื้อรัง และต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก เบื่อ ท้อแท้ ซึมเศร้า

1.5 การรักษา

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัย การรักษาจึงมักใช้วิธีการหลายอย่างรวมกันไป ซึ่งอาจประกอบด้วย การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล การใช้ยารักษาโรคมะเร็ง การรักษาทางจิตสังคม เช่น พฤติกรรมบำบัด การฝึกพฤติกรรมทางสังคม ครอบครัวบำบัด กลุ่มบำบัดจิตบำบัด ประคับประคอง และการรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยที่แต่ละวิธีก็มีส่วนช่วยรักษาและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกต่างกัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

1.5.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล พิจารณาเฉพาะราย กรณีมีข้อบ่งชี้ เช่น เพื่อเป้าหมายในการวินิจฉัยโรคในบางรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัย เพื่อควบคุมอาการที่ยังรุนแรงระหว่างให้ยา เพื่อความปลอดภัยกรณีผู้ป่วยมีความคิดหรือพฤติกรรมที่บ่งถึงการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอย่างมาก เช่น ไม่ดูแลตนเอง ไม่กินอาหาร เป็นต้น

1.5.2 การรักษาด้วยยารักษาโรคมะเร็ง

ยาต้านโรคมะเร็งมีชื่อเรียกหลายอย่างได้แก่ neuroleptic drugs, major tranquilizers รักษาที่อาการของโรคและไม่สามารถรักษาโรคมะเร็งได้ ยาต้านโรคมะเร็งที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันแบ่งออกตามโครงสร้างทางเคมีเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ คือแบ่งยาต้านโรคมะเร็ง เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 2 กลุ่ม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) คือ

1.5.2.1 ยากลุ่มดั้งเดิม (conventional antipsychotics หรือ dopamine antagonists : DA) ที่มีฤทธิ์ปิดกั้น dopamine D2 receptors ในสมองด้วย affinity ที่แตกต่างกัน และความสามารถในการปิดกั้น dopamine D2 receptors นี้ จะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับขนาดยาที่ให้ผลในการรักษา ซึ่งทฤษฎีนี้ได้รับการยอมรับมาตั้งแต่เริ่มมีการค้นพบ “ Dopamine hypothesis of Schizophrenia ” เมื่อ 30 ปีที่แล้ว เช่น chlorpromazine, haloperidol, sulpiride

1.5.2.2 ยากลุ่มใหม่ (novel antipsychotics หรือ serotonin – dopamine antagonists : SDAs) เป็นยาที่แตกต่างจาก conventional antipsychotics คือ เป็นยาที่ถูกออกแบบขึ้นมาให้มีฤทธิ์ปิดกั้นทั้ง D2 และ 5-HT 2A receptors ในโมเลกุลเดียวกัน และจะต้องมีฤทธิ์ในการปิดกั้น 5-HT 2A receptors มากกว่า D2 receptor ตัวอย่างเช่น clozapine, risperidone, olanzapine ซึ่งองค์การอาหารและยาได้รับรองแล้ว และยังมียาตัวใหม่อีก 3 ชนิด คือ sertindole, quetiapine และ Ziprazidone ยาอื่น ๆ ที่อาจใช้ร่วมเพื่อรักษาที่มีข้อมูลสนับสนุน ได้แก่

Lithium ยากันชัก เช่น Carbamazepine, Valproate เป็นต้น benzodiazepine เช่น alprazolam, diazepam ขนาดสูงตัวเดียว แต่กรณีหลังนี้ต้องระวังอาจมีอาการถอนยา

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.6.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้หลายท่าน ดังนี้

Watson (1989 อ้างใน สิริินทร์ เขียวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาล ว่าเป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เน้นการเป็นมนุษย์แบบองค์รวม ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีเป้าหมายของการพยาบาลเพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิต การพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ตรงกัน ในการตัดสินใจเลือกสิ่งปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมที่สุด

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การบำบัดรักษาอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย(2554) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ (2558) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขา ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเองและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุขศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิต โดยการให้การดูแลผู้ป่วยนั้นต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะ ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะ

สุขภาพจิต ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

1.6.2 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึงการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ในการเข้าไปช่วยเหลือปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการและการประเมินผล เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง (Shives, 1994) ประกอบด้วย

1.6.2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) แหล่งข้อมูลคือ ผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย บันทึกของทีมสุขภาพ โดยแบ่งข้อมูลเป็น การเจ็บป่วยทางกาย ประวัติส่วนตัว ประวัติทางสังคม และครอบครัว สุขภาพทั่วไป การเจ็บป่วยทางจิต และการตรวจสภาพจิต

1.6.2.2 การวิเคราะห์/การวินิจฉัย (Analysis or Diagnosis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาพิจารณา ตรวจสอบเปรียบเทียบกับสภาพทั่วไปของบุคคล ในด้านความต้องการพื้นฐาน การปฏิบัติกิจกรรมตามหน้าที่ และการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันตามสภาพสังคม เพื่อให้การพยาบาลตอบสนองความต้องการของบุคคล

1.6.2.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของบุคคลเป็นลำดับ โดยเริ่มจากความต้องการพื้นฐาน จนกระทั่งถึงการทำความเข้าใจตนเองและจัดการกับสถานการณ์

1.6.2.4 นำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ (Intervention) การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น

1.6.2.5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยว่าผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การประเมินจากพัฒนาการของผู้ป่วย และประเมินจากการทำงานของพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาลดังกล่าวนี้ ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยมีมีโนมติทางการพยาบาล ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ สิ่งแวดล้อมบุคคล สุขภาพ และการพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยตรง สอดคล้องกับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

1.6.3 ระบบบริการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ในสภาพการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป การปฏิบัติการของพยาบาลจิตเวช ต้องใช้การผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย และขึ้นอยู่กับสถานการณ์สิ่งแวดล้อม สถานที่ และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามสถานที่ที่พยาบาลปฏิบัติงาน นอกจากนี้การปฏิบัติการพยาบาลก็จะมีผลแตกต่างกัน

ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการทางบวกและลบ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การตัดสินใจโดยการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะกระทำในกรณีต่อไปนี้ (มาโมช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550)

1.6.3.1 มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

1.6.3.2 มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น อาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยา

1.6.3.3 เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

1.6.3.4 มีปัญหาในการวินิจฉัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีอาการทางจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น การรับไว้รักษาเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากอาการทางจิตและให้การพยาบาลเพื่อบำบัดอาการทางจิต หลังจากให้การบำบัดจนอาการทุเลาแล้ว ผู้ป่วยก็สามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนต่อไป

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความจำ

2.1 ความหมายของความจำ

ความจำเป็นการทำงานของระบบประสาทที่สลับซับซ้อน เป็นความสามารถที่เก็บข้อความไว้ และรำลึกได้ในโอกาสต่อมา ซึ่งอาจเป็นเวลา 2-3 นาที หรือเป็นวัน เป็นเดือน เป็นปี หรือเป็นสิบๆปี (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2520) ความจำจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยประสาททั้ง 5 ในการรับรู้ จากประสาทตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัส และส่งการรับรู้ขึ้นไปยังสมอง ก่อให้เกิดความคิด ความจำ การเรียนรู้ และความมีสติ ฉะนั้นการเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การลิ้มรส และการสัมผัสที่ได้รับหรือกระทำซ้ำๆกันบ่อยๆ จึงเป็นบ่อเกิดของการเรียนรู้ที่ดี บุคคลที่มีความจำดีแสดงว่ามีอวัยวะในการรับรู้ประสาทและสมองอยู่ในสภาพที่ดี และทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ แม้ว่าอวัยวะบางส่วนจะทำหน้าที่ไม่ได้ตามปกติ เช่น ตาบอดหรือหูหนวก ต้องอาศัยการรับรู้จากอวัยวะอื่นแต่จะไม่สมบูรณ์เท่ากับคนที่มีอวัยวะในการรับรู้ครบถ้วน (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ , 2533) สำหรับคำจำกัดความของความจำมี

นักวิชาการทั้งในและต่างประเทศได้ให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

กมล แสงทองศรีกมล (2556) ให้ความหมายของความจำไว้ว่า ความจำ คือ การเรียนรู้้อย่างเป็นระบบที่ต้องผ่านกระบวนการ 3 ขั้นตอนของระบบความจำ คือ การรับรู้และบันทึกข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูล และการดึงข้อมูลที่จดจำไว้มาใช้

Adams (2007) กล่าวว่า ความจำเป็นพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ซึ่งเกิดขึ้นภายในจิตเช่นเดียวกับความรู้สึก การรับรู้ ความชอบ จินตนาการและพฤติกรรมทางสมองด้านอื่น ๆ ของมนุษย์

Thurstone (2008) กล่าวว่า สมรรถภาพสมองด้านความจำเป็นสมรรถภาพด้านการระลึกได้ และจดจำเหตุการณ์หรือเรื่องราวต่าง ๆ ได้ถูกต้องแม่นยำ

Guilford (2010) กล่าวว่า ความจำเป็นความสามารถที่จะเก็บหน่วยความรู้ไว้ และสามารถระลึกได้หรือนำหน่วยความรู้นั้นออกมาใช้ได้ในลักษณะ เดียวกันกับที่เก็บเข้าไว้ ความสามารถด้านความจำเป็นความสามารถที่จำเป็นในกิจกรรมทางสมองทุกแขนง

Matlin (1995) ความจำ หมายถึง การเก็บรักษาข้อมูลได้ระยะเวลาหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องกับการเก็บรักษาข้อมูลในช่วงเวลาที่ผ่านไป อาจจะเก็บไว้ในช่วงเวลาที่น้อยกว่า 1 วินาที หรือยาวนานตลอดชีวิต การจำมีขั้นตอนที่สำคัญ 3 ประการ คือ การแปลงรหัส การเก็บรักษา และการกู้กลับคืนมา โดยการแปลงรหัส เป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าความรู้สึกให้อยู่ในรูปของข้อมูลที่สามารถนำไปเก็บไว้ในบริเวณที่เก็บความจำ การเก็บรักษาเป็นขั้นที่ 2 มนุษย์เก็บข้อมูลที่มนุษย์จำเพื่อที่จะนำมาใช้ในภายหลัง ส่วนขั้นตอนสุดท้ายคือ การกู้กลับคืนมา เป็นการดึงข้อมูลที่เก็บไว้ออกมาใช้ได้

Mortan (1975) ให้คำจำกัดความของความจำไว้ว่า กระบวนการที่สมองสามารถเก็บสะสมสิ่งที่ได้รับรู้ไว้ และสามารถนำออกมาใช้เมื่อถึงคราวจำเป็น โดยความจำสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

- 1.การจำได้(Recognition) คือ การจำสิ่งแรกที่เรารับรู้หรือเคยรู้จักเมื่อเราได้พบอีกครั้งหนึ่ง
- 2.การระลึกได้ (Recall) คือ การจำสิ่งที่เคยรับรู้หรือเคยเรียนรู้มาก่อนโดยไม่ต้องพบเห็นสิ่งนั้น
3. การเรียนใหม่ (Relearning) คือการจำในสิ่งที่เคยรับรู้หรือเคยเรียนรู้มาก่อนแต่บัดนี้ลืมไปแล้ว เมื่อกลับมาเรียนใหม่ปรากฏว่าเรียนได้รวดเร็วกว่า หรือจำได้เร็วกว่าในอดีต
4. การระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต (Reintegration) คือการจำเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องในอดีตได้เมื่อพบเห็นเหตุการณ์บางอย่างที่เกี่ยวข้องกัน

Schank and Abelson (1997) ความจำ หมายถึง การนำบางส่วนของคำตอบสนองที่เกิดจากการเรียนรู้มาแสดงให้ปรากฏในสถานการณ์ปัจจุบัน หรือกล่าวอีกในหนึ่ง การจำ หมายถึง การเก็บรักษาข้อมูลไว้ระยะหนึ่ง อาจจะเป็นเวลาน้อยกว่า 1 วินาที หรือยาวตลอดชีวิตก็ได้ ถือว่าเป็น

กระบวนการพุทธิปัญญา (Cognitive Process) มีที่เกี่ยวข้องกัน คือ การเรียนรู้ (Learning) การจำ (Memory) และการลืม (Forgetting) ซึ่งการจำถือว่าเป็นหัวใจของกระบวนการดังกล่าว และการจำมีผลต่อการตั้งใจรับรู้การเรียนและการใช้ภาษา การสร้างมโนทัศน์ การแก้ปัญหา การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ โดยขั้นตอนของการจำมี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. เปลี่ยนแปลงกายภาพของสิ่งเร้าเป็นข้อมูล เช่น เมื่อเห็นสิ่งของ เราอาจเปลี่ยนสัญลักษณ์นี้เป็นรูปของมโนภาพ (Mental Image) ในรูปของภาพที่มีความหมาย (Semantic Cod) เป็นต้น

2. เก็บข้อมูลและบันทึกไว้

3. เรียกใช้ข้อมูล

สำหรับประสิทธิภาพหรือความล้มเหลวของความจำนั้นอาจเกิดขึ้นได้ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของทั้ง 3 ขั้นตอน ความจำเป็นระบบการทำงานที่ตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา (active system) ในการที่จำรับ (receives) เก็บ (stores) จัดการ(organizes) เปลี่ยนแปลง(alters) และนำข้อมูลออกมา (recovers) การทำงานของความจำคล้ายๆกับคอมพิวเตอร์ คือ เริ่มจากการใส่รหัสข้อมูลเข้าไป จากนั้นจะเก็บข้อมูลไว้ในระบบ (ซึ่งการจำของมนุษย์จะมีระบบการเก็บข้อมูล 3 ระบบ) เมื่อต้องการข้อมูลใดก็เรียกออกมาได้ (Roger Shank and Robert P. Abalson,1997)

จากความหมายของความจำที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ความจำเป็นความสามารถของสมองของผู้ป่วยในการบันทึกเรื่องราว เหตุการณ์ และสิ่งของต่างๆ ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ แล้วสามารถระลึกหรือถ่ายทอดสิ่งที่จำออกมาได้อย่างถูกต้อง

ปัญหาความจำ เป็นกลุ่มอาการอันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ที่เกิดขึ้นทั่วไป การดำเนินโรคมักเป็นไปอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง จะพบว่ามี การสูญเสียความทรงจำระยะสั้นและระยะยาว มีการตัดสินใจบกพร่อง มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติของความคิดนามธรรม หรืออาการแสดงความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ส่วนอื่นๆ เช่น การไม่สามารถใช้ภาษาหรือเข้าใจภาษา ทักษะการเคลื่อนไหวผิดปกติ การแปลความรู้สึกผิดพลาด เป็นต้น โดยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ และอาการที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม(Meissner,2001)

กลไกของความจำ

อาศัยส่วนต่างๆของสมองหลายส่วน ทำหน้าที่ต่างกันออกไป การทำหน้าที่ของสมองมนุษย์ ความคล้ายคลึงกับการทำงานของเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยมีกระบวนการจำตั้งแต่การรับเข้าโดยผ่านทางอุปกรณ์หรือเครื่องรับข้อมูล การบันทึกข้อมูลและการเรียกกลับข้อมูลออกมาใช้ ในระหว่างกระบวนการนี้หากเกิดข้อบกพร่องในขั้นตอนใด ก็มีผลทำให้กระบวนการจดจำเสียไป โครงสร้าง ความจำ (Organizational structures) ช่วยให้เราสามารถคาดเดาเรื่องราวที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต เซลล์สมอง (neuron) ที่ใช้สร้างวงจรความจำนี้เป็นเซลล์ที่มีจำนวนจำกัด ลดจำนวนลงทุกปี

ที่เป็นต้นเหตุของอาการหลงๆ ลืมๆ ทำให้การเรียนอะไรใหม่ๆ เป็นเรื่องยากขึ้น เยื่อหุ้ม neuron มีความสำคัญในการสื่อสารระหว่างกัน และเครือข่ายสื่อสารของ neuron เป็นที่เก็บความทรงจำ

สมองที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำชั่วคราว hippocampus ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญที่สุดเกี่ยวกับความจำ จะทำหน้าที่เหมือนกับกระดาษทดโดยจะสะสมรอยความจำเอาไว้ชั่วคราว จนกระทั่งความจำเหล่านี้ได้รับการถ่ายทอดไปยังแหล่งเก็บความจำถาวรที่ cerebral cortex สมองส่วนหน้าของ cerebrum ที่เรียกว่า cerebral cortex ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างความคิดสติปัญญา ประสาทการรับรู้ และความทรงจำ เป็นต้นกำเนิดของการใช้ความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการ ทั้งยังทำหน้าที่ในการเลือกสรรข้อมูลที่เข้ามาในสมอง โดยการจัดระเบียบข้อมูลที่ได้อ่านมานั้นไว้ และพร้อมที่จะส่งข้อมูลนั้นออกจากสมอง เพื่อเป็นการแสดงถึงความจำมนุษย์ เพราะฉะนั้นถ้าส่วนนี้ทำหน้าที่บกพร่องหรือไม่ยอมทำงานเป็นเครื่องแสดงว่า บุคคลจะจดจำสิ่งใดๆ ไม่ได้ ผู้ป่วยที่ส่วนนี้ถูกทำลายจะไม่สามารถจำเรื่องราวใหม่ๆ ได้แต่จำเรื่องราวเก่าๆ ที่เกิดขึ้นก่อนที่สมองถูกทำลายได้

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความจำ

ในทางจิตวิทยา ได้มีการกล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจำและการลืมไว้หลายทฤษฎีแต่ที่สำคัญสรุปได้มี 4 ทฤษฎี คือ

2.2.1. ทฤษฎีความจำสองกระบวนการ (Two-process Theory of Memory)

ทฤษฎีสร้างขึ้นโดย Atkinson & Shiffrin (1977) ความจำแบ่งโดยใช้การวัดพื้นฐานทางจิตเวชศาสตร์และการศึกษาทางสรีรวิทยาออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

2.2.2.1. ความจำสัมผัส (sensory memory) หมายถึง ความจำที่เกิดจากการรับรู้ข้อมูลเข้าไปในสมองโดยที่บุคคลนั้นยังไม่รู้ความหมาย จะหายไปภายใน 1 วินาที หากบุคคลไม่ได้ให้ความสนใจ ความจำสัมผัสจะอยู่ในสมองในช่วงเวลาที่สั้นมาก แต่มีประโยชน์โดยในการรับข้อมูลที่เป็นคำๆ เฉลี่ย 20 คำต่อวินาที ซึ่งถือเป็นกระบวนการเก็บความจำขั้นต้น

2.2.2.2. ความจำระยะสั้นหรือความจำชั่วคราว (short-term memory / primary memory / recent memory) หมายถึง ความจำหรือการรับรู้ข้อมูลที่ได้รับและบุคคลได้ให้ความหมายข้อมูลนั้น โดยเมื่อมีการทบทวนหรือท่องจำข้อมูลซ้ำ จะทำให้คงอยู่ในสมองในช่วงระยะเวลาประมาณ 2-3 นาที จนถึง 2-3 วัน ความจำกลุ่มนี้จะใช้ประโยชน์ในการบันทึกคำพูด ตัวเลข ตัวหนังสือ หรือข้อมูลอื่นๆ ซึ่งมีความยาวมากกว่ากลุ่มคำที่บันทึกโดยความจำสัมผัส เฉลี่ยประมาณ 7 กลุ่มคำต่อครั้ง ความจำระยะสั้นสามารถระลึกได้ทันที คงอยู่นานโดยใช้การซ้ำหรือทบทวน (rehearsal)

2.2.2.3. ความจำระยะยาวหรือความจำถาวร (long-term memory / permanent memory / remote memory) หมายถึง ความจำหรือข้อมูลที่มีการคงอยู่ได้ยาวนานตลอดชีวิต โดย

ผ่านขั้นตอนการเกิดความจำสัมผัสและความจำระยะสั้นแล้ว เมื่อบุคคลมีการทบทวนข้อมูลซ้ำๆ จะเกิดเป็นความจำระยะยาว ซึ่งการสร้างความจำระยะยาวต้องอาศัยการสังเคราะห์โปรตีนจากวงจรประสาทเพื่อให้มีการปรับปรุงโครงสร้างของจุดประสาน(synaptic) เพิ่มจำนวนรีเซพเตอร์(receptor) ความจำระยะยาวสามารถรำลึกได้เมื่อเวลาผ่านไปและรำลึกได้อย่างรวดเร็ว เป็นความจำที่ฝังอยู่นานจนชั่วชีวิต

2.2.2.ทฤษฎีการสลายตัว (Decay theory) เป็นทฤษฎีการลืม กล่าวคือ การลืมเกิดขึ้นเพราะการละลายในการทบทวน หรือไม่นำสิ่งที่จะจำออกมาใช้เป็นประจำ การละลายจะทำให้ความจำค่อยๆ สลายตัวไปเองในที่สุด ทฤษฎีการสลายตัวนี้น่าจะเป็นจริงในความจำระยะสั้น เพราะในความจำระยะสั้นหากเราไม่ได้จดจำหรือสนใจทบทวนในสิ่งที่ต้องการจะจำเพียงชั่วครู่สิ่งนั้นจะหายไปจากความทรงจำทันที (Adams,1967)

2.2.3.ทฤษฎีการรบกวน (Interference theory) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการลืมที่ยอมรับกันในปัจจุบันทฤษฎีหนึ่ง ทฤษฎีนี้ขัดแย้งกับทฤษฎีการสลายตัว โดยกล่าวว่าเวลาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้เกิดการลืมได้ แต่สิ่งที่เกิดในช่วงดังกล่าวจะเป็นสิ่งคอยรบกวนสิ่งอื่นๆในการจำ การรบกวนนี้แยกออกเป็น 2 แบบ คือ การตามรบกวน (Proactive Interference) หรือการรบกวนตามเวลา หมายถึง สิ่งเก่าๆที่เคยประสบมาแล้วหรือจำได้อยู่แล้วมารบกวนสิ่งที่จะจำใหม่ ทำให้จำสิ่งเร้าใหม่ไม่ค่อยได้ อีกแบบของการรบกวนก็คือ การย้อนรบกวน (Retroactive Interference) หรือการรบกวนย้อนเวลา หมายถึง การพยายามจำสิ่งใหม่ทำให้ลืมสิ่งเก่าที่จำได้มาก่อน(Adams,1980:299-307) จึงได้กล่าวว่า ทฤษฎีการลืมนี้เกิดขึ้นโดยความรู้ใหม่ไปรบกวนความรู้เก่า ทำให้ลืมความรู้เก่าและความรู้เก่าก็สามารถไปรบกวนความรู้ใหม่ได้ด้วย

2.2.4.ทฤษฎีการจัดกระบวนการตามระดับความลึก (Depth-of-Procssing theory) ทฤษฎีนี้สร้างโดย Craik and Lockhart (1972) ซึ่งขัดแย้งกับความตื้นของ แอดคินสัน และซิฟพริน ที่กล่าวว่า ความจำมีโครงสร้างและตัวแปรสำคัญของความจำในความจำระยะยาวคือ ความยาวนานของเวลาที่ทบทวนสิ่งที่จำในความจำระยะสั้น แต่แครก และล็อกฮาร์ท มีความคิดว่า ความจำไม่มีโครงสร้างและความจำที่เพิ่มขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นเพราะมีเวลาทบทวนในความจำระยะสั้นนาน แต่เกิดขึ้นเพราะความซับซ้อนของการเข้ารหัสที่ซับซ้อน หรือการโยงความสัมพันธ์ของสิ่งที่ต้องการจำ ย่อมอาศัยเวลา แต่เวลาดังกล่าวไม่ใช่เพื่อทบทวน แต่เพื่อการระลึกหรือการระลึกหรือซับซ้อนของการกระทำกับสารที่เข้าไป(การเข้ารหัส) ถ้ายิ่งลึก(ซับซ้อน) ก็จะยิ่งจำได้มาก นั่นคือในด้านเชิงปัญญาและความถนัดนั้น ทฤษฎีความถนัดด้านความจำยังไม่มีผู้ใดกล่าวไว้โดยตรง แต่รวมอยู่เป็นองค์ประกอบหนึ่งในทฤษฎีต่างๆ เช่น

2.2.4.1. ทฤษฎีหลายองค์ประกอบ (Multiple Factor Theory) ของ Terstone ซึ่งวิเคราะห์องค์ประกอบในปี 1958 พบว่า ความสามารถปฐมภูมิของสมอง (Primary Mental Ability) ของมนุษย์ที่เห็นและสำคัญมีอยู่ 7 ประการ คือ องค์ประกอบด้านภาษา (Verbal Factor) องค์ประกอบด้านความคล่องแคล่วในการใช้คำ (Word Fluency Factor) องค์ประกอบด้านจำนวน (Number Factor) องค์ประกอบด้านมิติสัมพันธ์ (Space Factor) องค์ประกอบด้านความจำ (Memory Factor) องค์ประกอบด้านการรับรู้ (Perception Factor) และองค์ประกอบด้านเหตุผล (Relation Factor) สำหรับองค์ประกอบด้านความจำนั้นเป็นความสามารถด้านความทรงจำเรื่องราว และมีสติระลึกจูนสามารถถ่ายทอดได้ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2551)

2.2.4.2. โครงสร้างทางสมอง (The Structure of Intellect Theory) ของ Guilford เสนอว่า โครงสร้างทางสมองมองได้ในลักษณะ 3 มิติ ผลของการคิด หมายถึง ผลของกระบวนการจัดกระทำของความคิดกับข้อมูลจากเนื้อหา นับองค์ประกอบรวมกันได้ 120 องค์ประกอบ (Guilford, 1971) ต่อมาได้พบว่าในส่วนของภาพ (Figural) แบ่งเป็นสิ่งที่มองเห็น (Visual) และสิ่งที่ได้ยิน (Auditory) ส่วนที่เป็นความจำ (Memory) นั้น แบ่งออกเป็นการบันทึกความจำ (Memory Recording) และการเก็บรักษาความจำ (Memory Retention) นับองค์ประกอบรวมขึ้นเป็น 180 องค์ประกอบ (Guilford, 1988)

2.2.4.3. ทฤษฎีความสามารถทางสมองสองระดับ (Two – Level Theory of Mental Ability) กล่าวว่า ความสามารถทางสมองมีอยู่ 2 ระดับ ระดับที่ 1 (Level I) เป็นความสามารถด้านการเรียนรู้และจำอย่างนกแก้ว นั่นคือ เป็นความสามารถที่จะส่งสมหรือสะสมข้อมูลไว้ได้และพร้อมที่จะระลึกออกได้ ระดับนี้ไม่ได้รวมการแปลงรูปหรือการกระทำทางสมองแต่ประการใด เป็นวิธีการที่ไม่ใช้ความคิดเลย ระดับที่ 2 (Level II) เป็นระดับที่สมองสร้างมโนภาพ เหตุผล และแก้ปัญหา

2.3 พยาธิสภาพของความจำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าสมองของมนุษย์นั้นเป็นอวัยวะที่ได้รับการพัฒนามาสูงสุดของร่างกายมนุษย์และมีความสลับซับซ้อนในการทำงานมากที่สุด (Bradshaw and Mattingley, 1996; Duncan, Emslie and Williams, 1996 ; Dywan et al., 1993) เซลล์สมองเป็นเซลล์ที่มีความจำเพาะมากและเปราะบางที่สุด (Anke H. Snijders et al., 2007) ในคนปกติมีเซลล์สมองมากมายนับเป็นพันๆ ล้านเซลล์ เซลล์เหล่านี้เมื่อตายไปจะไม่มีการงอกมาทดแทนได้เช่นอวัยวะอื่นๆ (Barry Gordon, 1995) ดังนั้นปริมาณและจำนวนเซลล์สมองที่ทำหน้าที่ในคนปกติจะมีการลดจำนวนลงเรื่อยๆ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น (Magarat Gatz, 2005; Sekiguchi A. and Kawashima R., 2007) ในผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของสมองจะพบว่ามีปริมาณหรือจำนวนเซลล์ของสมองที่ทำงานลดลงมากมายอย่างเห็นได้ชัดเจนโดยอาศัยกล้องจุลทรรศน์ จึงทำให้มีปัญหาในด้านความคิด ความจำ การรับรู้ การบริหารจัดการ และการตัดสินใจผิดไปจากเดิมอย่างมาก นอกจากนี้ยังอาจพบว่ามีเส้นใยประสาทใน

สมองพันกันยุ่งเหยิงอีกด้วย (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556) ซึ่งความจำบกพร่องเกิดจากการมีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนต่างๆต่อไปนี้

เปลือกสมองใหญ่ (Cerebral Cortex) เป็นส่วนที่อยู่นอกสุดประกอบด้วยเนื้อสีเทาอีกประมาณ 5 มม. คือ ซีรีบรัม (Cerebrum) หรือสมองใหญ่ กับสมองส่วนที่เรียกว่าสมองน้อย หรือซีรีเบลลัม (Cerebellum) เกาะอยู่ใต้สมองใหญ่ ซึ่งสมองส่วนนี้มีเซลล์ประสาทและเส้นประสาทที่ไม่มีปลอกหุ้ม myelin เป็นบริเวณที่ประสาทรับความรู้สึกส่วนใหญ่มาสิ้นสุด ทำหน้าที่ควบคุมและประสานการทำงานของร่างกาย โดยสมองน้อยทำงานประสานกับสมองใหญ่ ซึ่งสองส่วนนี้มีเซลล์ประสาทอยู่มากที่สุด หากการทำหน้าที่ของสมองบริเวณนี้สูญเสียไปจะทำให้บุคคลนั้นมีความบกพร่องในเรื่องภาษา ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม การตัดสินใจ การเรียนรู้ ความจำ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เป็นต้น (Magarat Gatz,2005; Sekiguchi A.and Kawashima R.,2007)

สมองส่วนซีรีบรัม (Cerebrum) หรือสมองใหญ่ มีลักษณะเป็นครึ่งวงกลม มีรอยหยักเป็นร่อง และมีลอนนูนทั่วไป มีร่องใหญ่มากที่ด้านบนตรงกลางกระหม่อม ตรงกลางนี้จะมีร่องแบ่งครึ่งออกเป็น 2 ซีก จากด้านหน้าไปด้านหลัง ทำให้สมองแยกออกเป็นสมองซีกซ้ายและสมองซีกขวา สมองทั้งสองซีกนี้ไม่ขาดออกจากกัน แต่มีกล้ามเนื้อเชื่อมอยู่ในตอนกลาง เรียกว่า คอร์ปัสคัลโลซัม (Corpus callosum) จะเชื่อมโยงการทำงานของสมองด้านซ้ายและด้านขวาไว้ด้วยกัน ซึ่งเป็นเสมือนทางจราจร ทำให้เกิดความถนัดหรือความเชี่ยวชาญด้านใดด้านหนึ่ง หากการทำหน้าที่ของสมองบริเวณนี้สูญเสียไปจะทำให้แยกแยะข้อเท็จจริงหรือวิเคราะห์เหตุผลไม่ได้ (ดาราร ศัตร์สุลิ้ม, 2532 ;วารรณภวาลิมณาวรรณ, 2537 ; สถาบันศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548 ;สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543; ปิ่นมณี สุวรรณโมลี, 2557; Anke H. Snijders et al.,2007) มหาวิทยาลัย

ธารามัส (Thalamus) เป็นศูนย์รวมกระแสประสาทที่ผ่านเข้าออกและแยกกระแสประสาทไปยังสมองที่เกี่ยวข้องประสาทรันหรืออาจเรียกว่าเป็นสถานีถ่ายทอดกระแสประสาทเพื่อส่งไปยังจุดต่างๆในสมองและยังทำหน้าที่ในการรับความเจ็บปวด ทำให้มีการสั่งการ และแสดงออกด้านพฤติกรรมด้านความเจ็บปวด ธารามัสอยู่เป็นคู่ตั้งอยู่ระหว่างเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral Cortex) กับสมองส่วนกลาง (Mid brain) บริเวณใจกลางสมองและเป็นศูนย์รวมประสาทสั่งการ มีหน้าที่ส่งผ่านกระแสประสาท ประสาทสัมผัสจำเพาะ (Special Sense) และผ่านไปยัง (Cerebral Cortex) หรือเปลือกสมองใหญ่ เป็นไปตามภาวะปกติของความมีสติ (Consciousness) ในยามหลับและยามตื่นธารามัสจะห้อมล้อมรอบๆ Third Ventricle มันเป็นผลผลิตหลักของเอ็มบริโอไนค ไดเอนซีฟาโลน (Embryonic Diencephalon) หรือตัวอ่อนของสมองส่วนกลางทาลามัสเป็นโครงสร้างใหญ่ที่สุดของสมองส่วนกลาง ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่ตั้งอยู่ระหว่างสมองส่วนกลาง (Mid brain) มีเซนซีฟาโลน และสมองส่วนหน้า เทเลซีฟาโลน (Telecephalon) ในมนุษย์ครึ่งหนึ่งของทาลามัสแต่ละอันมีรูปร่างเหมือนจุกยางกลมๆ คล้ายปลายเทอร์โมมิเตอร์ สามารถบีบและคลายตัวได้ หากการทำหน้าที่ของสมองบริเวณนี้สูญเสียไป

จะทำให้สูญเสียการรับความรู้สึก เพราะธาตุลามีเส้นประสาทรับความรู้สึกใหญ่ๆทั้งหมด (ยกเว้นเส้นประสาทเกี่ยวกับการรับกลิ่น) มาประสานประสาทกันแล้วจึงถ่ายทอดกระแสประสาทไปบริเวณที่เหมาะสมในเปลือกสมองใหญ่ (วรรณิภา ลิมณาวรรณ, 2537 ; สถาบันศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548 ;สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543; ปิ่นมณี สุวรรณโมลี, 2557; Anke H. Snijders et al.,2007)

ก้านสมอง (Brain stem) เป็นสมองส่วนเล็กที่เชื่อมต่อระหว่าง Cerebral cortex ,Cerebrum และไขสันหลัง ก้านสมองประกอบด้วยสมองส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ สมองที่อยู่ส่วนต้นเรียกว่า สมองส่วนกลาง (Midbrain) ต่อจากสมองส่วนกลางลงมา เรียกว่า Pons และส่วนที่ 3 คือ Medulla oblongata เป็นส่วนที่อยู่ใต้ต่อ Pons เป็นส่วนสุดท้ายของก้านสมองที่ต่อกับไขสันหลัง (Bradshaw and Mattingley, 1996; Duncan,Emslie and William, 1996 ; Dywan et al.,1993) ก้านสมองมีบทบาทสำคัญที่สุดเพราะเป็นบริเวณแรกของการผสมผสานข้อมูลความรู้สึกและมีการทำงานร่วมกันกับระบบประสาทส่วนกลาง(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548 ; ปิ่นมณี สุวรรณโมลี, 2557) ซึ่งมีลักษณะการทำงานดังนี้ ระบบประสาทส่วนกลางจะมีการทำงานเป็นลำดับขั้นตอน คือ สมองระดับคอร์เทกซ์ (Cortex level) จะทำงานเมื่อได้รับพลังงานความรู้สึกที่เหมาะสมจากสมองส่วนล่าง (Lower brain center) ซึ่งจะมีการจัดระเบียบและส่งพลังงานความรู้สึกขึ้นไปยังสมองที่สูงกว่า (Higher brain center) เพื่อให้มีการประมวลผลข้อมูลในลักษณะที่ซับซ้อนและเฉพาะเจาะจงมากกว่า การทำงานของสมองระดับสูงจะเกิดขึ้นได้ต้องมีกระบวนการรับข้อมูลและให้ความหมายของสิ่งเร้านั้นก่อน ร่างกายของมนุษย์จะมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นกระบวนการแรก โดยอวัยวะรับสัมผัสแต่ละชนิดจะรับความรู้สึกในรูปของพลังงานไฟฟ้าที่เพียงพอต่อการกระตุ้นสมองให้เกิดการให้ความหมายว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับตัวเองในขณะนั้น แล้วเกิดการตอบสนองต่อร่างกายตามมา ซึ่งสมองมีการจัดระเบียบข้อมูลการรับรู้อย่างเป็นธรรมชาติ มีโปรแกรมของสมองเพื่อแสวงหาสิ่งกระตุ้น (Stimulation) ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง การเกิดพฤติกรรมการปรับตัวจะช่วยให้มีการผสมผสานกับการรับความรู้สึก แต่ต้องมีพื้นฐานจากการมีข้อมูลความรู้สึกจากระบบรับความรู้สึกอื่นๆ และมีผลกระทบต่อร่างกายทุกส่วนด้วย โดยอาจเป็นลักษณะการกระตุ้นหรือยับยั้งก็ได้ ระบบประสาทส่วนกลางมีเซลล์ประสาทมากมายซึ่งติดต่อกับบริเวณที่เรียกว่าไซเนปส์ ดังนั้นการกระตุ้นหรือยับยั้งจึงไม่สามารถเกิดขึ้นแต่เฉพาะระบบรับความรู้สึกเพียงระบบเดียว นอกจากนี้ระบบประสาทส่วนกลางมีคุณสมบัติที่เรียกว่า นิวรอน พลาสติซิติ (Neural plasticity) หมายถึง ความสามารถในการปรับเปลี่ยนการทำงานของเซลล์ประสาทอาจเกิดขึ้นทั้งในระดับการปรับเปลี่ยนหน้าที่การทำงานในระยะแรกไปจนถึงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างในระยะยาว หากสมองส่วนนี้สูญเสียการทำงานที่ไปจะส่งผลกระทบต่อ การมองเห็น การได้ยิน การพูด การกลืน การทรงตัวด้วย (สถาบันศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548 ;สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543; ปิ่นมณี สุวรรณโมลี, 2557; Anke H. Snijders et al.,2007)

อาการของความจำ

การสูญเสียความทรงจำจะเป็นอาการอันดับแรก และเป็นอาการที่เด่นชัดที่สุด โดยเฉพาะความจำใหม่ๆ ผู้ป่วยจำพูดซ้ำๆ ในการสนทนา หลงง่าย ในบ้านถ้ามีการเปลี่ยนแปลงข้าวของในบ้าน และสิ่งแวดล้อม อาจลืมนัดหมาย และถ้าเป็นมากขึ้นจะมีอาการเสียความจำเก่าๆ และในที่สุดจะจำสมาชิกในบ้านไม่ได้ รวมทั้งจำชื่อตัวเองไม่ได้ จะมีการสูญเสียความคิดที่เป็นแบบนามธรรม โดยมีการสูญเสียความคิดแบบเชื่อมโยง การจำแนก การใช้เหตุผล และความคิดรวบยอด จะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงออกในรูปแบบอารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจผู้อื่น และเป็นภาวะผู้อื่นในการดูแล จะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีกวิตกกังวล มีบุคลิกภาพย้ำคิดย้ำทำ ชอบหมกมุ่น และบ่นเรื่องสุขภาพของตนเอง หงุดหงิดได้ง่ายขึ้น รวมทั้งอาจมาบุคลิกภาพแบบอันธพาลได้ อาจโกรธง่าย และทำร้ายคนในบ้าน ถ้าถูกขัดใจ ผู้ป่วยจะสูญเสียความอยากอาหาร หรือลืมหิว ทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารหรืออดอาหาร หรือหนีออกจากบ้านโดยไม่มีจุดหมาย(Ritch,2003)อาการที่พบร่วมได้แก่ อารมณ์เศร้าซึ่งอาการนี้จะพบน้อยลงเมื่อความจำเสื่อมรุนแรงมากขึ้น อาการทางโรคจิตได้แก่ ประสาทหลอน และความหลงผิดชนิดหวาดระแวง รวมทั้งหลงผิดว่ามีคนขโมยของ หลงผิดว่าถูกทิ้ง อาการหลงผิดเหล่านี้จะเป็นไปตามความจำที่เสียไป เช่น หางของไม้พบ หรือลืมหิวไปว่ารับประทานอาหารไปแล้ว จะโทษว่ามีคนขโมยของ ทำให้ทะเลาะกับคนในบ้านและเป็นปัญหาเรื่องสับสนเวลา บางครั้งอาจจะนอนกลางวัน ตื่นกลางคืน เดินเรื่อยเปื่อย ออกนอกสถานที่ทำให้ผู้ดูแลลำบาก และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน และเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บางรายไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ต้องเจอสภาพแวดล้อมจำเจ บุคลากร ผู้ป่วย สถานที่เดิมๆในแต่ละวัน สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้เกิดความเสื่อมถอยของความจำ (จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์,2556)

การจำแนกระดับความรุนแรงของความจำ

เนื่องจากความจำมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้นเรื่อยๆ มีการจำแนกความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้นออกเป็น 3 ระยะ

1.ระดับอ่อนหรือระดับไม่รุนแรง (Mild) มีความบกพร่องในหน้าที่การงาน ละสังคมอย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยตัวเองในกิจวัตรที่ทำอยู่เป็นประจำได้ และยังสามารถตัดสินใจเองเองได้โดยทั่วไป

2.ระดับปานกลาง (Moderate) เริ่มไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ถ้าหากปล่อยให้อยู่คนเดียวอาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อการดำรงชีวิต และจำเป็นต้องมีคนดูแล

3.ระดับรุนแรง (severe) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย แม้แต่กิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตัวเอง นอนซึม เคลื่อนไหวไม่ได้ต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา

ดังนั้นการศึกษาคำนี้ ความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มอาการทางประสาท เป็นผลจากความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ที่เกิดขึ้นอย่างทั่วไป ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียความทรงจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว ร่วมกับการเสื่อมของบุคลิกภาพ การตัดสินใจ การคิดเชิงนามธรรม ความผิดปกติของการใช้ภาษา และทักษะของการเคลื่อนไหว เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มีความรุนแรงจะเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในสังคม

กระบวนการเกิดความจำ

ความจำในมนุษย์จะเริ่มต้นในส่วนของสมอง ได้แก่ สมองใหญ่(cerebrum) ซึ่งเป็นส่วนของสมองที่มีความเจริญมากที่สุด มีเซลล์ประสาทฝังตัวอยู่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะบริเวณครึ่งล่างของกลีบข้าง(temporal lobe) จะมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการเกิดความจำระยะสั้น โดยส่วนของซีรีบรัลคอร์เท็กซ์(cerebral cortex) ซึ่งมีวงจรของเซลล์ประสาทจำนวนมากทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างสมองใหญ่และสมองเล็ก (cerebellum) และระหว่างสมองเล็กกับไขสันหลัง (spinal cord) กระบวนการเกิดความจำที่เกิดขึ้นจะอาศัยกลไกของระบบประสาทที่สามารถเก็บสัญญาณไว้เป็นวินาทีหรือเป็นนาทียี่เมื่อมีสิ่งเร้าหรือข้อมูลเข้าสู่สมองบริเวณซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ จะทำให้ระบบกระตุ้น (arousal system) รับข้อมูลนั้นแล้วบันทึกเป็นความจำสัมผัส (sensory memory) โดยจะสลายไปอย่างรวดเร็วหากไม่มีการทบทวนหรือกระตุ้นซ้ำ หากมีการทบทวนหรือได้รับข้อมูลนั้นซ้ำ ก็จะส่งต่อสิ่งเร้าหรือข้อมูลนั้นเข้าสู่ระบบลิมบิก (limbic system) บริเวณฮิปโปแคมปัส (hippocampus) แมมมิลลารี (mammillary body) และดอร์ซามีเดียล นิวเคลียส (dorsomedial nucleus) และทำการเก็บบันทึกข้อมูลนั้นไว้เป็นความจำใหม่หรือความจำระยะสั้น (short-term memory / recent memory) โดยเป็นความจำที่คงอยู่ระยะเป็นวันหรือ 2-3 วัน หากได้รับการทบทวนหรือท่องจำข้อมูลนั้นอย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดเป็นความจำระยะยาวหรือความจำถาวร (long-term memory / remote memory) นอกจากระบบลิมบิกจะมีความสำคัญต่อการเกิดความจำแล้ว ยังเป็นศูนย์แห่งอารมณ์และความพึงพอใจด้วย โดยจะพบว่าถ้าเป็นข้อมูลหรือสิ่งที่บุคคลนั้นพอใจก็จะทำให้จดจำได้ง่ายและนานขึ้น(Delis,Lucas & Kopelman,2000; Mattenson,1997)

ขั้นตอนการเกิดความจำมี 3 ขั้นตอน

- 1.การบันทึกความจำ (record / registration) จัดเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการของความจำ จะต้องอาศัยการทำงานของตัวรับความรู้สึก (receptor) ต่างๆ เพื่อที่จะบันทึกข้อมูลที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก แล้วส่งข้อมูลไปยังวิถีประสาทรับภาพหรือรับเสียงจนถึงบริเวณที่รับหรือแปลความรู้ของซีรีบรัลคอร์เท็กซ์ (cerebral cortex) เกิดเป็นความจำสัมผัส (sensory memory) โดยการบันทึกให้ได้ผลดีต้องมียอดประกอบ ได้แก่การมีสมาธิ ความตั้งใจจดจ่อ มีกลยุทธ์การช่วยจำ(Delis,Lucas & Kopelman,2000; Mattenson,1997)

2.การเก็บความจำ (storage) เป็นส่วนที่มีประสิทธิภาพสูงสุดของความจำ การเป็นข้อมูลนั้นจัดเป็นวิธีการแบบแอกทีฟ (active process) การจัดเก็บข้อมูลที่เป็นความจำไว้ได้นั้นจะขึ้นอยู่กับสมองหลายบริเวณรวมทั้งขึ้นอยู่กับความสนใจของสมองที่ตื่นตัวและมีสติ หรือมีสมาธิเพราะถ้าสมองไม่ตื่นตัว เช่น ในขณะที่หลับหรือหมดสติจะไม่สามารถเก็บความจำได้ หากมีการทบทวนหรือได้รับข้อมูลเดิมซ้ำอีก จะทำให้เก็บความจำสัมพัสนั้นเปลี่ยนเป็นความจำระยะสั้น (short-term memory) แต่หากไม่มีการทบทวนสิ่งเร้าหรือข้อมูลนั้นก็สลายตัวไปอย่างรวดเร็ว

3.การระลึกความจำ (recall) ต้องอาศัยกลไกการทำงานของสมองหลายอย่างสำหรับค้นหาความจำที่ได้เก็บไว้ แต่ปัจจุบันยังไม่สามารถอธิบายกลไกได้ชัดเจน มีความเชื่อว่าเมื่อสมองได้รับข้อมูลหรือสิ่งเร้าเดิมเป็นครั้งที่ 2 สมองจะมีกระบวนการในการเรียกความจำหรือข้อมูลที่ได้นั้นที่ทักไว้แล้วนำออกมาประมวลซ้ำอีกครั้ง ซึ่งขั้นตอนการทบทวนท่องจำอย่างสม่ำเสมอหรือบ่อยครั้ง ร่วมกับการใช้กลยุทธ์ในการช่วยจำจะเปลี่ยนความจำระยะสั้นเป็นความจำระยะยาวที่ถาวรคงอยู่ตลอดชีวิตได้โดยบุคคลสามารถระลึกถึงสิ่งเร้านั้นได้ทันทีเมื่อต้องการ

กระบวนการจำจะเริ่มต้นเมื่อได้รับสิ่งเร้าจะเกิดความจำสัมผัส (sensory memory) โดยบุคคลยังไม่รู้ตัว หากได้มีขั้นตอนของการทบทวนสิ่งเร้าหรือข้อมูลและการมีสมาธิตั้งใจจดจ่อในการรับข้อมูล จะทำให้ความจำสัมผัสเปลี่ยนเป็นความจำระยะสั้น (short-term memory) หากไม่มีการทบทวนสิ่งเร้าหรือข้อมูลนั้นก็สลายตัวไปอย่างรวดเร็ว ความจำระยะสั้นที่เกิดขึ้นเมื่อมีการทบทวนและมีกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ต้องการจำกับสิ่งที่มีอยู่และผ่านขั้นตอนการทบทวนท่องจำอย่างสม่ำเสมอหรือบ่อยครั้งร่วมกับการใช้กลยุทธ์ในการช่วยจำจะเปลี่ยนไปเป็นความจำระยะยาวที่ถาวรคงอยู่ตลอดชีวิตได้โดยบุคคลสามารถระลึกถึงสิ่งเร้านั้นได้ทันทีเมื่อต้องการ

การประเมินความจำเป็นการตรวจหรือทำการทดสอบการเก็บรักษาข้อมูลหลังจากที่ได้รับไว้และเมื่อต้องการก็สามารถระลึกได้ (Mattenson,1997) เนื่องด้วยความจำเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน การประเมินความจำเป็นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ หรือผู้ดูแลหรือญาติความจะทราบและสามารถประเมินความจำเป็นเบื้องต้นได้ เพื่อที่จะได้เข้าใจภาวะที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกำลังประสบอยู่ และสามารถที่จะดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การประเมินเกี่ยวกับความจำเป็นมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวินิจฉัยการมีพยาธิสภาพทางสมอง ซึ่งการประเมินเกี่ยวกับความจำเป็นทางคลินิกในช่วงเวลาที่ผ่านมายังไม่มีเครื่องมือประเมินความจำเป็นโดยเฉพาะแต่พบว่าการนำแบบทดสอบทางจิตวิทยา (Neuropsychological test) มาใช้

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลง การรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท
เรื้อรัง

1. น้ำหนักสมองลดลงทีละน้อย 2-3 กรัม/ปี ช่วงแรกจะสูญเสียสมองส่วนสีขาว (White matter) โดยเฉพาะสมองส่วนหน้า (Goldman-Rakic, 1992) มีการศึกษาพบว่า บริเวณของสมองซึ่งเล็กลงมากที่สุด คือสมองส่วนหน้า และพบร่องในบริเวณสมองส่วนหลัง ส่วนของเปลือกสมอง (cortex) จะสูญเสียไปเร็วกว่าสมองส่วนสีขาวระหว่างอายุ 20 -50 ปีและระหว่างอายุ 70-90 ปี สมองส่วนสีขาวจะสูญเสียเร็วกว่า อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การสูญเสียของสมองส่วนสีขาวจะมากกว่าส่วนเปลือกสมองในวัยสูงอายุ (สมภพ เรื่องตระกูล ,2547)

2. มีการขยายใหญ่ของโพรงสมอง (ventricle) โดยปริมาณเฉลี่ยชั้นโพรงสมองเพิ่มขึ้นจาก 15 มิลลิกรัมในวัยรุ่น ถึง 55 มิลลิกรัมในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (Simensky & Abeles, 2000, Cited in miller ,2009)

3. ร่องหรือรอยแยก (sulci) ของสมองมีขนาดกว้างขึ้น (Miller, 2009)

4. เส้นใยประสาทหดตัวและมีการสูญเสียใยประสาทบริเวณสมองส่วนหน้าและสมองด้านข้าง (Miller, 2009) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดรายงานว่า ในผู้เข้ารับการการศึกษา 10 คน ซึ่งมีความบกพร่องของการรู้คิดน้อยมากไม่ได้มีการสูญเสียเซลล์ประสาท (Neuron loss) ในบริเวณสมองกลีบขมับ (temporal lobe) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

5. มีการสูญเสียสารสื่อประสาท บริเวณจุดเชื่อมต่อ (Miller ,2009) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

5.1 โมโนเอมีน (Monoamines) ประสิทธิภาพของเอ็นไซม์ไทโรซีน ไฮดรอกซีเลส (Tyrosine Hydroxylase) ซึ่งเปลี่ยนไทโรซีน เป็นโดปามีน (Dopa) ลดลง ส่วนเอ็นไซม์ที่จะเปลี่ยนโดปามีน เป็นโดปามีน (Dopamine) ในส่วนต่าง ๆ ของสมองมีการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

5.2 อะซิติลโคลีน การดูดซึมสารโคลีน จะรวมกับเอ็นไซม์ อะซิติลโคเอ (Acetyl CoA) เปลี่ยนเป็นอะซิติลโคลีนลดลง แต่ไม่มากเท่ากับในโรคอัลไซเมอร์

5.3 การทำหน้าที่ของสารโดปามีนลดลง 6% ถึง 10 % ในรอบ 10 ปี จากช่วงต้น และช่วงท้ายของวัย (Miller, 2009)

5.4 การไหลเวียนของเลือดลดลงโดยเฉพาะในเปลือกสมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortex) (Miller, 2009) และมีการศึกษาด้วยการตรวจวัดกระบวนการทางชีวภาพของเซลล์ (Positron Emission Tomography: PET Scanning) พบว่าการไหลเวียนของเลือดบริเวณสมองลดลงในโดยเฉพาะในบริเวณ ซินกิวเรท ไจโร (Cingulate Gyri) พาราฮิปโปแคมปัส (Parahippocampal) สมองกลีบขมับด้านหลัง (Superior Temporal) และสมองกึ่งกลางส่วนหน้า

(Medial frontal) ด้วยเหตุนี้ในบางส่วนของสมอง ได้แก่ ระบบลิมบิก (Limbic System) และ เพอริเวนทริคูลา ไวท์ แมทเทอร์ (Periventricular White Matter) จึงมีปริมาณของเลือดไปเลี้ยงลดน้อยลง นอกจากนี้งานวิจัยในปัจจุบันยังบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเช่นนี้มีส่วนทำให้เกิดการเสื่อมของเส้นใยประสาทซึ่งเป็นสาเหตุของโรคอัลไซเมอร์ และจากการศึกษาด้วยการตรวจวัดกระบวนการทางชีวภาพของเซลล์ และการตรวจเอ็มอาร์ไอ พบว่ามีการลดลงของการไหลเวียนของเลือดในสมอง ซึ่งมีผลต่อความบกพร่องของการรับรู้และความจำ (สมภพเรืองตระกูล, 2547)

5.5 สารไลโปฟุสซิน (Lipofuscin) ในเซลล์ประสาทมีการสะสมเพิ่มมากขึ้น (Miller, 2009)

2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำ

ความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลหลากหลายปัจจัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องและเอื้อต่อกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความจำไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียวเท่านั้น จากแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอิทธิพลของสิ่งต่างๆทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลที่มีผลต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

2.4.1. เพศหญิงพบความจำเสื่อมมากกว่าเพศชาย ตามทฤษฎีฮอร์โมนเอสโตรเจนสามารถกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่ในการสร้างสารโคลีนซึ่งเป็นสารสื่อประสาทด้านความคิด ความจำ และความเฉลียวฉลาด (Goldman-Rakic, 1992) นอกจากนี้ฮอร์โมนเอสโตรเจนยังมีคุณสมบัติในการกระตุ้นเอนไซม์ตัวหนึ่ง ซึ่งเป็นตัวทำปฏิกิริยาของสารโปรตีนชนิดหนึ่ง และจะมีผลต่อยีนชื่อ อะโพลิโปโปรตีนอี ยีนนี้มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับความจำเสื่อม

2.4.2. อายุ ภาวะความจำเสื่อมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Raz and Rodrigue, 2006) โดยผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จะส่งผลให้น้ำหนักและเนื้อสมองลดลงถึงร้อยละ 5 และลดลงอีกเท่าตัวทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น (Kawal K. Jain, 2006) เนื่องจากสมองมีการลดขนาดของเซลล์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเสื่อมตามธรรมชาติของร่างกาย การลดลงของปริมาณสมองส่งผลให้ปริมาณน้ำในเซลล์สมองลดลงทำให้เกิดช่องว่างภายในสมองโดยจะเห็นเป็นลักษณะของโพรงสมอง (Ventricle) โตขึ้นและมีสารไลโปฟุสซิน (Lipofuscin) หรือเม็ดสีลึกลับขนาดเล็กมาสะสมอยู่ จากผลการศึกษาระบาดวิทยาพบว่าอุบัติการณ์ของความจำเสื่อมขั้นรุนแรงนั้นพบได้ประมาณร้อยละ 1.1-6.2 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และที่มีอาการน้อยและปานกลางรวมกันประมาณร้อยละ 2.6-15.4 (Cumming & Benson, 1983) คูเปอร์ (Cooper & Beckman, 1990) ศึกษาการเกิดอาการความจำเสื่อมในผู้สูงอายุ 8 ประเทศ คือ สวีเดน สหรัฐอเมริกา เดนมาร์ก อังกฤษ ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย และเยอรมัน พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นอัตราความชุกของความจำเสื่อมจะเป็นร้อยละ 2-3 ในช่วงอายุ 65-70 ปี ช่วงอายุ 80-89 ปี ความชุกจะมากขึ้นร้อยละ 20 และจะสูงขึ้นอีกเมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไป จะพบว่าความชุก เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 30

2.4.3.การศึกษา Anthony et al , 1982 ใช้แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อเพื่อแยกผู้ป่วยที่มีอาการความจำเสื่อมและสับสนออกจากคนปกติในโรงพยาบาล จอห์น ฮอฟ กิน 101 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า 8 ปีในโรงเรียน ได้คะแนนหัวข้อการรับรู้เวลา ความตั้งใจ การคำนวณ การรำลึก และการลอกเรียนแบบโครงสร้างจะต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษามากกว่า 8 ปี

2.4.4.อาชีพ จากการศึกษาของยูคนธ์ กาญจนรักษ์(2527) พบผู้ที่มีภาวะความจำเสื่อม มีอาชีพเดิมส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิญา กังสนารักษ์ และคณะ (2536) การอธิบายทางชีววิทยาที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่า หากเดินไดรต์ ของเซลล์ประสาทได้รับการกระตุ้นมากไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ความยาวหรือแขนงของเดินไดรต์ จะยิ่งยาวและซับซ้อนมากขึ้น การทำงานของสมองจะดีขึ้น ดังนั้นการประกอบอาชีพเป็นตัวกระตุ้นสมองให้มีการคิดตัดสินใจ (อภิญา กังสนารักษ์,2534)

2.4.5.รายได้ จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกและประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่มฐานะทางเศรษฐกิจทางสังคม (Lee,1987)การศึกษาของวัลลภ ศิริพานิช และคณะ(2531) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 41.8 มีสถานภาพทางเศรษฐกิจลดลง กลุ่มที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงมาจากครอบครัวที่ร่ำรวยมากกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง ผู้ป่วยจิตเภทไทยมีอัตราการทำงานต่ำและมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ(ศิริวรรณ ศิริบุญ,2536) การมีรายได้ก็นำไปสู่การขาดอาหารที่มีคุณภาพเพียงพอกับการเสริมสร้างร่างกายโดยเฉพาะสมอง

2.4.6.ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือขนาดของครอบครัวได้ลดลง โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว เนื่องจากเหตุผลด้านต่างๆ เช่น ด้านสังคม เศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหงาขึ้นมาได้ ส่งผลทำให้สภาพจิตใจเสื่อมไปด้วย การเรียนรู้อยู่เสมอจะทำให้ทักษะทางด้านความจำคงสภาพอยู่ได้ การไม่ได้ใช้งานจะทำให้ความสามารถทางด้านการใช้ความจำลดลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์,2532) ผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หรือขาดการเรียนรู้สิ่งใหม่ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะความจำเสื่อมได้

2.4.7.การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่ากิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย จากการศึกษาของ Goldman-Rakic (1992) พบว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และยังพบผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องเรื่องความจำผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมบ่อยครั้งกว่าจะมีสุขภาพจิตและความจำดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมน้อยครั้งกว่า (Ritch,2003) และผู้ป่วยที่มีกิจกรรมทางสังคมสูงจะมีการ

ปรับตัวที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้มองโลกมีชีวิตชีวา ไม่หดหู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนาพร หลอยกร (2542) พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากน้อยแตกต่างกันจะมีระดับคะแนนของภาวะสมองเสื่อมที่แตกต่างกัน ได้แก่การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การทำบุญตั้งบาตร การร่วมงานบุญประเพณี การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่น การไปทัศนศึกษากับเพื่อน นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับ การรับรู้ และความจำของผู้สูงอายุสูงขึ้น

2.4.8.โรคประจำตัว จากทฤษฎีเกี่ยวกับการไหลเวียนของโลหิตหล่อเลี้ยงสมองจากการศึกษาด้านเมตาบอลิกของสมอง โดยใช้เครื่องมือเมตาบอริซึมของสมองพบว่าในผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงสมองลดน้อยลงมาก โรคสมองเสื่อมที่เกิดจากหลอดเลือดผิดปกติมีสาเหตุมาจากเลือดไปหล่อเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ กล่าวคือโรคหลอดเลือดสมองอาจนำไปสู่ความบกพร่องทางสติปัญญาและโรคสมองเสื่อมได้

2.4.9.การดื่มสุรา การดื่มสุรามีผลต่อการทำงานของสมองและระบบประสาท พิษของแอลกอฮอล์ ทำให้ความจำเสื่อมเนื่องจากไปทำลายเซลล์สมอง(Clare,1993) ตัวทำลายเซลล์สมองที่ดีตัวหนึ่ง อธิบายได้ดังนี้ ผู้ที่มีเอนไซม์ชื่อ อัลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส ซึ่งพบในคนที่ติดเหล้า เอนไซม์ชื่อ อัลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส มีหน้าที่ทำลายแอลกอฮอล์ให้เป็นอะเซตัลดีไฮด์ ปฏิกิริยา 2 ตัวนี้ทำให้เกิดสารพิษที่ไปทำลายตับกับสมอง(เฉลี่ย วัชรพุกก์ ,2539) และการดื่มสุราเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความจำ

2.4.10.การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยเฉพาะเซลล์สมอง สารพิษที่เกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่ ทำให้เกิดการระคายเคืองต่ออวัยวะที่สัมผัส และมีฤทธิ์กระตุ้นร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว แตกและตีบได้(วนาพร หลอยกร ,2542)

2.5 การประเมินความจำ

การประเมินความจำเป็นการตรวจหรือทำการทดสอบการเก็บรักษาข้อมูลหลังจากที่ได้รับไว้แล้วเมื่อต้องการก็สามารถระลึกได้ (Mattenson,1997) เนื่องด้วยความจำเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน การประเมินความจำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพหรือผู้ดูแลหรือญาติควรจะทราบและสามารถประเมินความจำเบื้องต้นได้ เพื่อที่จะเข้าใจสภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ และสามารถที่จะให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การประเมินเกี่ยวกับความจำนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการตรวจวินิจฉัยการมีพยาธิสภาพทางสมอง ซึ่งการประเมินเกี่ยวกับความจำทางคลินิกในช่วงเวลาที่ผ่านมายังไม่มีเครื่องมือประเมินความจำโดยเฉพาะ แต่พบว่ามีำการนำแบบทดสอบทางจิตวิทยา (Neuropsychological test) มาใช้ โดยเครื่องมือแบบประเมินที่นิยมใช้ทั่วไปมีดังนี้

2.5.1. Wechsler Memory Scale-Revised (WMS-R) แบบประเมินความจำนี้สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1945 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความจำและได้มีการปรับปรุง เมื่อปี ค.ศ.1987 จึงได้เป็นแบบทดสอบเวคสเลอร์ แมมเมอรี สเกลรีวิวด์ (Wechsler Memory Scale-Revised :WMS-R) จะประกอบด้วยชุดทดสอบย่อย 13 ชุด คือ Information and Orientation, Mental Control, Figural Memory, Logical Memory I-II, Verbal Paired Associated I-II, Visual Paired Association I-II, Visual Reproduction I-II, Digit Span และ Visual Memory span Subtests ซึ่งนิยมในต่างประเทศ ส่วนในประเทศไทย วิริยา สุวัตถิ (2538) ได้นำแบบประเมินนี้มาศึกษาและทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน พบว่าแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมที่จะใช้ในการประเมินความจำของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี เนื่องจากสามารถที่จะบอกรายละเอียดของความจำของแต่ละด้านได้ชัดเจน แต่ต้องใช้เวลานาน 1-2 ชม ในการประเมินความจำ(วิริยา สุวัตถิ ,2538)

2.5.2. Bent on Visual Retention Test เป็นแบบประเมินที่มีความไวต่อการสูญเสียความจำระยะสั้น (short term memory loss) แบบทดสอบประกอบด้วยรูปทรงเรขาคณิต โดยผู้ทดสอบจะให้ผู้รับการทดสอบดูรูปแต่ละรูปนาน 10 วินาที หลังจากนั้นผู้รับการทดสอบต้องวาดรูปดังที่ได้เห็นจากความจำ แต่เนื่องจากแบบประเมินนี้ใช้ระยะเวลาที่ค่อนข้างรวดเร็ว

2.5.3. Mini-Mental State Examination (MMSE) เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท (Neuropsychiatric evaluation) ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1975 โดยโฟลสไตน์(Folstein) สามารถวัดการทำงานของสมอง 2 ซีกได้อย่างครอบคลุม ในประเทศไทยกลุ่มฟื้นฟูสมองของไทยได้นำแบบทดสอบนี้แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาเป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) เมื่อปี พ.ศ.2542 ได้มีการพัฒนาแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai 2002:MMSE-Thai 2002) ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 1) orientation for time (5 คะแนน) 2) orientation for place (5 คะแนน) 3) registration (3 คะแนน) 4) attention/calculation (5 คะแนน) 5) recall (3 คะแนน) 6) naming (2 คะแนน) 7) re-petition (1 คะแนน) 8) verbal command (3 คะแนน) 9) written command (1 คะแนน) 10) writing (1 คะแนน) 11) visuoconstruction (1 คะแนน) โดยมีจุดตัดของคะแนนที่สงสัยภาวะสมองหรือความจำเสื่อม ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10) จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (2) ผู้สูง อายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (3) ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนจากคะแนน เต็ม 30 คะแนน

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยในการประเมินภาวะความจำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่(Orientation) การจดจำ

(Registration) ความตั้งใจ(Attention) การคำนวณ(Calculation) การใช้ภาษา(Language) และการระลึกได้(Recall) ผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย เพราะมีการใช้กันอย่างกว้างขวางในประเทศไทยมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วยเรื้อรัง แบบทดสอบนี้ใช้ได้สะดวก ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 10 นาทีต่อคน เนื่องจากมีความไว เชื่อถือได้และเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากแนวคิด Atkinson & Shiffrin,(1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่จะสามารถจัดการและป้องกันความจำเสื่อม โดยใช้บทบาทของพยาบาลจิตเวชได้อย่างเต็มความสามารถ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1 อายุ

เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความบกพร่องของจำจะรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นจากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่า ของความจำมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นกล่าวคือจะมีอุบัติการณ์ร้อยละ 10 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 50(McDougall,2002)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

Gerretsen et al. (2013) ศึกษาความเข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การเจ็บป่วยโดยเน้นความรุนแรงของการเจ็บป่วย ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท 50 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 60 ขึ้นไปจะมีการขาดสมรรถภาพในการรับรู้การเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่อายุน้อย และพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การรับรู้การเจ็บป่วยลดลงส่งผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความจำมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Uzri et al. (2006) พบว่าการวัดความบกพร่องด้านความจำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 190 คน พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ที่มีอายุมากจะมีระดับคะแนนความจำน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย โดยใช้รูปแบบประเมิน Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) (McKenna et al ,1990 :Kelly et al ,2000)

2. เพศ

เพศจะบ่งบอกถึงหน้าที่ทางด้านสังคม ลักษณะบุคลิกภาพ ทัศนคติ พฤติกรรม การให้คุณค่าเป็นตัวกำหนดบทบาทความแตกต่างด้านสรีรวิทยาและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกันระหว่างเพศหญิงกับเพศชายอาจมีปัจจัยเสี่ยงด้านความผิดปกติด้านฮอร์โมนแตกต่างกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักพบว่าการเจ็บป่วยจะส่งผลให้เกิดการตอบสนองในลักษณะของความผิดปกติในด้านการทำ

หน้าที่ของร่างกายในเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จึงพบว่าเพศหญิงมักจะได้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายมากกว่าเพศชาย (Orfila et al., 2006) อีกทั้งเพศหญิงเป็นเพศที่ถูกกำหนดให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลงานบ้าน และความสุขสบายของสมาชิกในครอบครัว (Servellen, Chung and Lombardi, 2002) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นก็จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายได้ มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความจำเสื่อมของผู้ป่วยจิตเภท ในเพศหญิงพบร้อยละ 15 และพบในเพศชายร้อยละ 8.9 (Ritch,2003)

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

เพศหญิงและเพศชายอาจมีปัจจัยเสี่ยงด้านความผิดปกติด้านฮอโมนแตกต่างกันพบว่า เพศหญิงมีความจำเสื่อมมากกว่าเพศชาย ในประเทศสวีเดน ฟินแลนด์ ไอร์แลนด์ รัสเซีย จีน และญี่ปุ่นพบอุบัติการณ์ ความจำเสื่อมในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศจึงเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความจำ เช่นเดียวกับ EL-Rahman Ahmed et al. (2015) ศึกษาภาวะบกพร่องความจำในเพศหญิงและความสัมพันธ์กับฮอโมนเพศหญิงในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน พบว่า เพศหญิงมีการหลั่งฮอโมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้นจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะ (verbal memory) และ (Visual and complex memory) ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรคเพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค เช่น ผู้ป่วยที่มารับการรักษาครั้งแรก หลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี เป็นอย่างน้อย หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สอง จะให้ยาถึง 5 ปีและถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป(มาโนช หล่อตระกูล, 2555) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากและฝืนใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความอดทนน้อย อาจไม่ยอมรับประทานยาตามแผนการรักษา(สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจึงมักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง(American Psychiatric Association,1994) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือนหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปีหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 70 (Fowler,1992) และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนานๆทำให้ระดับศักยภาพลดลง (Quilan & Ohlund,1995) ถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock,1995) ทำให้ผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมักมีความเสื่อมถอยของความสามารถในทุกๆด้านรวมทั้งการดูแลตนเอง (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์ ,2547)

ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วยกับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

Al-Uzri et al (2006) กล่าวว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียความจำเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการทางจิตที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นจะทำให้เกิดการสูญเสียความจำเพิ่มมากขึ้นดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าระยะเวลามีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

4. การใช้สารเสพติด

การใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมและการทำให้อาการทางจิตแย่ลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้ยาเสพติดในการรักษาตนเอง (Self Medicate) เพื่อพยายามบรรเทาอาการของโรคจิตเภทหรือบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต รายงานการสำรวจพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสุบบุหรี่เป็นจำนวน 3 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด การสูบบุหรี่นั้นมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ยาทางจิตเวชคือ ลดอาการข้างเคียงจากยาได้ แต่จะไปเพิ่มการกำเริบทางจิตเวช ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง (Sodock & Sodock,2003) ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบไม่สนใจดูแลตนเองจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการศึกษาของ (Drake,Osher &Wallach, 1989) ที่พบว่าการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภททำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆมีปัญหาด้านสังคม ด้านกฎหมาย และการรักษามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์ และสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาทจำพวกแอมเฟตามีน หรือยาบ้า นั้น เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความคิดระแวงและหูแว่วได้ (Mueser et al,1990) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น การใช้สารเสพติดจึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดร่วม ผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมส่วนใหญ่มักเกิดจากที่ผู้ป่วยมีปัญหาโรคจิตเวชเกิดขึ้นก่อนแล้วจึงมีการใช้สารเสพติดตามมา เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอนมักจะหาวิธีการใช้สารเสพติดเช่น สุรา หรือยาเสพติดอื่นๆ ในการลดอาการประสาทหลอนของตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบายขึ้น ลดความวิตกกังวล ในอีกด้านหนึ่งผู้ป่วยเหล่านี้อาจใช้สารเสพติดเพื่อลดความไม่สุขสบายของตนเองจากการใช้ยารักษาอาการทางจิต นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนต้องการการยอมรับจากสังคม หรือกลุ่มเพื่อนจึงใช้สุราหรือสารเสพติด ในขณะที่เข้าสังคมกับเพื่อน(Carey,1996)

ชนิดของสารเสพติด

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งชนิดของสารเสพติดออกเป็น 10 กลุ่ม (งชัย อุ่นเอกลาภ,2541) คือ 1) สุรา 2) กลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น 3)กลุ่มกัญชา 4)ยาระงับประสาทละลายนอนหลับ 5)โคเคน 6) กลุ่มกระตุ้นประสาท 7) กลุ่มหลอนประสาท 8)ยาสูบ 9) สารระเหย 10)ใช้ยาหลายตัวและวัตถุออกฤทธิ์

ต่อจิตประสาทอื่นๆ

ปกรณ ศิริยงค์ (2544) กล่าวถึงสารเสพติดที่เป็นปัญหาในประเทศไทย คือ 1) ยาเสพติดจำพวกกัญชาและพวกกระท่อม 2) ยาเสพติดประเภทฝิ่น 3) ยาเสพติดจำพวกกระตุ้นประสาทที่ระบาดมากในปัจจุบัน คือ แอมเฟตามีน 4) ยาเสพติดจำพวกหลอนประสาท เช่น ยาอี ยาเค 5) ยาเสพติดประเภทยานอนหลับ 6) สารระเหย 7) สิ่งเสพติดประเภทแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50-75 ปี มีปัญหาการใช้สารเสพติด พบว่ามีการใช้แอลกอฮอล์มากที่สุด และมากกว่าร้อยละ 70 สูบบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Mohr,2003 ; Ziedonis & George,1997) และสารเสพติดที่ผิดกฎหมายอีกชนิดหนึ่งที่ทำให้อาการเจ็บป่วยแย่ลง และมีอาการกำเริบได้บ่อยคือ แอมเฟตามีน (Muser et al,1990)

ความหมาย

สารเสพติด หมายถึง ยาหรือสารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆซึ่งเมื่อเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าโดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆแล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะที่สำคัญ (สำนักงาน ป.ป.ส.2541) ดังนั้นคือ ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อยๆ มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจต้องเพิ่มขนาดของยาที่เสพมากขึ้น เมื่อหยุดยาจะมีอาการขาดยา สุขภาพทั่วไปทรุดโทรมจากการเสพยานั้น (ทวิพร วิสุทธิมรรค,2544) ดังนั้นการใช้สารเสพติด หมายถึง จำนวนและความถี่ของการใช้สารเสพติด โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือใช้วิธีอื่นๆเข้าสู่ร่างกาย

สรุปการที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้ยาเสพหรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะเป็นวิธีการใดๆ ไม่จะเป็นการรับประทาน การสูดดม สูบ นัตถ์ หรือฉีดติดต่อกันทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการติดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้เสพต้องมีการเสพเพิ่มมากขึ้นทั้งปริมาณและความถี่ เมื่อหยุดเสพยาสารเสพติดจะก่อให้เกิดอาการอยากใช้ยา หรือเกิดอาการอยากถอนยา

ลักษณะของสารเสพติด

แอลกอฮอล์ หมายถึง กลุ่มเครื่องดื่มที่มีเอธิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) เป็นส่วนผสม เช่น เหล้า เบียร์ กระแ่เอธิลแอลกอฮอล์ได้จากการหมักพืชประเภทผลไม้ ผัก หรือข้าว เครื่องดื่มแต่ละชนิดจะมีปริมาณเอธิลแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันในเบียร์มีอยู่ประมาณร้อยละ 4 ไวน์ประมาณร้อยละ 12 และเหล้ามีประมาณร้อยละ 40

ยาบ้า (แอมเฟตามีน)

กระตุ้นประสาทส่วนกลางโดยทำให้มีการหลั่งสารพวกแอดรีนาลีน (Adrenaline) เพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท และมีการหลั่งสารโดปามีนเพิ่มขึ้น ออกฤทธิ์ทำให้เกิดอาการทางจิต นอกจากนี้ยังออกฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนปลาย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว แน่นหน้าอก ปวดศีรษะ และอื่นๆ

บุหรี่

ในบุหรี่แต่ละมวนจะมีปริมาณนิโคตินอยู่ประมาณ 15-20 มิลลิกรัม เมื่อสูบบุหรี่ 1 มวนจะได้ นิโคตินประมาณเพียงเล็กน้อย (น้อยกว่า 1 มิลลิกรัม) เข้าสู่กระแสโลหิต คนสูบบุหรี่เพื่อให้เกิด ความรู้สึกสบายและผ่อนคลาย การสูบบุหรี่นอกจากจะได้รับนิโคตินแล้วยังรับคาบอนมอนนอกไซด์ (Carbon Monoxide) และทาร์ (Tar) ซึ่งเป็นสารที่ก่อมะเร็ง

ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การใช้สารเสพติดในทางที่ผิด(ทำให้เกิดความผิดปกติของสมองและพฤติกรรมเนื่องจากพิษ ของสารเสพติด)พิษของสารเสพติดเป็นอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ และการตัดสินใจ หรือการไม่มี ความสามารถในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้เป็นคนไร้สมรรถภาพและเป็นอันตรายต่อ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สมองถูกทำลายในระยะยาว การใช้สารเสพติดจะทำให้เกิดความจำบกพร่อง (cognitive impairment) (Schaar and Ojehagen ,2003 :สถาบันประสาท,2551) ดังนั้นจึงสรุปได้ ว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

5. อาการทางบวก

อาการทางบวก เป็นลักษณะอาการทางจิตด้านบวกของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้มีผู้ศึกษาให้ ความหมายและอธิบายลักษณะอาการดังนี้

Kay et al. (1987) กล่าวว่า อาการทางบวก คือ อาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของ ระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อาการด้านบวกนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทุกช่วงของโรคจิตเภท ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำ ช่วงระยะอาการทางจิตกำเริบ และช่วงระยะอาการหลงเหลือ กลุ่มอาการ ด้านบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมแปลกประหลาด ซึ่งมี รายละเอียด ดังนี้

1) อาการหลงผิด (Delusion) คือ อาการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงหรือไม่มีหลักฐาน สนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออกจากความ เชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมของผู้ป่วยซึ่งเป็นความเชื่อในสังคมโดยทั่วไปที่ผู้ป่วยอยู่ และ ไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆของผู้ป่วย เหมือนอาการหลงผิดที่เกิดในผู้ป่วย อาการหลงผิด สามารถแบ่งเป็น 9 ชนิด ได้แก่

1.1) อาการหลงผิดคิดว่าถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (Persecutory delusion) ผู้ป่วยจะหลงผิด คิดว่าตนเองถูกปองร้าย ถูกติดตาม หรือตกเป็นเหยื่อในเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยใน ผู้ป่วยจิตเภท อาการหลงผิดชนิดนี้อาจเป็นแบบคลุมเครือ ไม่คงที่ และมีจำนวนน้อย หรืออาจเป็นการ หลงผิดหลายๆเรื่องเกี่ยวข้งกันเป็นระบบก็ได้

1.2) หลงผิดคิดว่าเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องหรือเชื่อมโยงถึงตนเอง (Delusion of reference) ผู้ป่วยหลงผิดว่าคำพูดหรือท่าทางของผู้อื่นมีเจตนาเกี่ยวข้องกัตนเองทั้งที่ความจริงไม่ได้

เป็นเช่นนั้น ผู้ป่วยเชื่อว่าสิ่งที่ตนเองคิดเป็นความจริงแน่นอนโดยไม่ต้องการหาหลักฐานมายืนยัน อาการหลงผิดชนิดนี้ที่พบได้บ่อย ได้แก่ คิดว่ารายการโทรทัศน์กล่าวถึงตนเอง คิดว่าผู้อื่นพูดถึงตน ในทางเสื่อมเสีย วางแผนจะทาร้ายตนเอง หรือพูดว่าตนเองเป็นคนสำคัญ

1.3) อาการหลงผิดคิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (Delusion of being controlled) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอำนาจภายนอกหรือองค์กรต่างๆพยายามควบคุมความคิด ความรู้สึก หรือร่างกายตนเองอยู่ ซึ่งความหลงผิดนี้ต้องมากกว่าความรู้สึกว่าถูกชักจูงหรือถูกบังคับ ความหลงผิดชนิดนี้มักเกี่ยวข้องกับอาการประสาทหลอนทางกาย โดยผู้ป่วยมักใช้ความหลงผิดว่าถูกควบคุมของตนเองมาใช้อธิบายความรู้สึกผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้น

1.4) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (Thought insertion) ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าความเชื่อบางส่วนไม่ได้เป็นของตนเอง แต่ได้รับการสอดแทรกจากภายนอก ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจที่ถูกรบกวนความคิด อาจนำไปสู่พฤติกรรมแปลกประหลาดหรือก้าวร้าว

1.5) อาการหลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปหรือกระจายออกนอกตัว (Thought withdrawal and Thought broadcasting) Thought withdrawal ผู้ป่วยจะเชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไป ผู้ป่วยอาจเล่าว่าตนกำลังคิดเรื่องหนึ่งอยู่แล้วความคิดนั้นก็หายไปทันทีทันใด ส่วน Thought broadcasting ผู้ป่วยจะคิดว่าความคิดของตนสามารถถ่ายทอดไปยังผู้อื่นได้หรือคนอื่นได้ยินความคิดตน

1.6) อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (Delusion of sin or guilt) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองมีความผิดที่ใหญ่โต สมควรได้รับการลงโทษ

1.7) อาการหลงผิดว่าตนมีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (Grandiose delusion) ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนมีพลังพิเศษ ร่ำรวย มีชื่อเสียง อาการหลงผิดชนิดนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยค่อนข้างมาก รุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้ เช่น คิดว่าตนเองบินได้เหมือนนกจึงกระโดดตกจากที่สูง

1.8) อาการหลงผิดที่เกี่ยวกับเรื่องศาสนา (Religious delusion) ผู้ป่วยจะหมกมุ่นแต่เรื่องศาสนามากกว่าที่เป็นตามวัฒนธรรมทางสังคม

1.9) อาการหลงผิดทางกาย (Somatic delusion) ผู้ป่วยจะหมกมุ่นอยู่กับการที่อวัยวะบางส่วนของร่างกายทำงานผิดปกติไปหรืออาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยที่ได้รับการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผลการตรวจปกติ

2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยที่ไม่มีสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้น ทั้งการรับรู้ทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ได้แก่

2.1) อาการหูแว่ว (Auditory hallucination) เป็นอาการประสาทหลอนที่พบมากที่สุด ในผู้ป่วยจิตเภท ประมาณร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่พบร่วมกับอาการหลงผิดด้วยเสมอ

เสียงที่ได้ยินมักเป็นเสียงที่ตำหนิ หรือพูดเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยบางรายอาจได้ยินเป็นเสียงอื่น นอกจากเสียงพูด เนื้อหาที่ได้ยินเป็นเรื่องเป็นราวจับใจความได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ยินเสียงต่อเนื่องและได้ยินทุกวัน

2.2) อาการเห็นภาพหลอน (Visual hallucination) ผู้ป่วยจะเห็นภาพคน สิ่งของหรือสิ่งต่างๆที่ไม่มีอยู่จริง

2.3) ประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (Tactile hallucination) อาการนี้เป็นความรู้สึกทางกาย เช่น รู้สึกว่าถูกสัมผัส หรือรู้สึกว่าร่างกายของตนเองเปลี่ยนไปจากเดิม และอาจมีความรู้สึก ร้อน เย็น หรือเหมือนถูกไฟฟ้าช็อตตามตัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเชื่อว่ามียุคคลหรือพลังงานจากภายนอกทำให้ตนมีความรู้สึกแปลกประหลาดนั้น

2.4) ประสาทหลอนในการได้กลิ่น (Olfactory hallucination) ผู้ป่วยจะได้กลิ่นแปลกๆที่บุคคลรอบข้างไม่ได้กลิ่น อาการประสาทหลอนชนิดนี้ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง โดยมักพบกับอาการประสาทหลอนเกี่ยวกับการรับรู้รสชาติ

3) อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre behavior) โดยผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกประหลาดเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป เช่น ผู้ป่วยอาจจะพูดคนเดียว เดินลอยหลัง หัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล การแสดงออกทางอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่พูด หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ แสดงออกในลักษณะต่างๆ ดังนี้

3.1) การแต่งตัวและลักษณะภายนอก (Clothing and appearance) โดยผู้ป่วยแต่งตัวในแบบที่ไม่เหมือนคนทั่วไป ดูแปลกประหลาด และที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยไม่สนใจในการดูแลตนเอง แต่งตัวไม่เรียบร้อย สกปรก สุขอนามัยไม่ดี

3.2) สังคมและพฤติกรรมทางเพศ (Social and Sexual behavior) จะผิดไปจากแบบแผนทางสังคม เช่น อาจปัสสาวะในที่สาธารณะ ทำท่าล้อเลียนท่าทางของผู้อื่นโดยไม่เหมาะสม หรือหัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น

3.3) การเคลื่อนไหว (Motor behavior) ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติได้หลายแบบ เช่น การเคลื่อนไหวซ้ำๆต่อเนื่องโดยไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน

3.4) การแสดงทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) โดยการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ และไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูดขณะนั้น อาจพบว่าผู้ป่วยมีการแสดงอารมณ์อย่างทันทีทันใด เช่น ผู้ป่วยยิ้ม หัวเราะขณะพูดเรื่องเศร้า

4) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement symptoms) อาการที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย การไม่ให้ความร่วมมือ การไม่เป็นมิตรและก้าวร้าว

มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ให้ความหมายของอาการทางบวกล หมายถึง ลักษณะอาการที่แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม แบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.1) อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบได้บ่อย ได้แก่ Persecutory delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่ม Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น Somatic delusion, Religious delusion หรือ Grandiose delusion เป็นต้น ซึ่งอาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ Bizarre delusion เป็นอาการหลงผิดในลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ หรือเป็นไปไม่ได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น Bizarre delusion

1.2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ประเภทของอาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ Auditory hallucination ซึ่งเป็นลักษณะการได้ยินเสียงคนพูดคุยกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอย วิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือเสียงสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงต่างๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ Auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

2) Disorganization dimension ได้แก่

2.1) Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันได้ ตลอด แสดงให้เห็นผ่านการพูด การสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการ เช่น Loose associations, Incoherent speech หรือ Tangentiality เป็นต้น

2.2) Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัว สกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อผ้าหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกน เสียงดังโดยไม่มีสาเหตุ

จากความหมายของอาการทางบวกดังกล่าว สรุปได้ว่า อาการทางบวกล หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม แสดงออก ในลักษณะหลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพจริง ความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันได้ มีความผิดปกติของการพูด พูดไม่เป็นเรื่องเป็นราว ขาดการเชื่อมโยง พูดหลายๆ เรื่องในเวลาเดียวกัน มีความผิดปกติของพฤติกรรม มีการแสดงท่าทางแปลกๆ ทำพฤติกรรมซ้ำๆ เออะอะไวยวาย หงุดหงิด รู้สึกระแวงเหมือนจะมีคนมาทำร้าย

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางบวกกับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ดังนั้นอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท(Haddock, 2013) ที่แสดงออกในลักษณะหลงผิด ประสาทหลอน การรับรู้ผิดจากสภาพจริง ความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันได้ มีความผิดปกติของการสื่อสาร ไม่สามารถสื่อสารเพื่อแสดงความต้องการให้ผู้อื่นรับรู้หรือเข้าใจได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่สัมพันธ์กับคำพูด ความคิด ความจำ ทำให้เกิดความจำระยะสั้นสูญหายไป(Rodrigo ,2013)อาการทางบวกทำให้ผู้ป่วยขาดสติ มีการเผชิญหน้ากับปัญหาต่ำ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์,2552)อีกทั้งลักษณะอาการทางบวกยังเป็นลักษณะอาการที่แสดงออกถึงการมีอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางใจของผู้ป่วยและส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (Lewis et al., 2002) โดยที่ในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องความจำในแต่ละครั้งก็จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตที่ลดต่ำลงต้องพึ่งพิงแลเป็นภาระแก่คนอื่น (McDermid,2002;Tek,2001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rodrigo (2013) ที่พบว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

6. อาการทางลบ

อาการทางลบ เป็นลักษณะอาการทางจิตด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้มีผู้ศึกษาให้ความหมายและอธิบายลักษณะอาการดังนี้

Kay et al. (1987) กล่าวว่า อาการทางลบ คือ อาการในลักษณะที่ขาดไปจากปกติ โดยมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

- 1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) คือ การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์ที่น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น
- 2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) การขาดความสนใจและความรู้สึกที่เกี่ยวข้อง ขาดความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต
- 3) ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นบกพร่อง (Poor rapport) คือ การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่น ไม่สามารถสื่อสารเพื่อแสดงความรู้สึกของตนเองได้
- 4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/ Apathetic social withdrawal) คือ ความสนใจที่จะริเริ่มในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ขาดพลังแรงผลักดันภายในในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงการขาดความสนใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน

5) มีความยากลำบากในการใช้ความคิดแบบนามธรรม (Difficult in abstract thinking) แสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไปและการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดในระดับสูง

6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and Flow of conversation) คือ การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรงกระตุ้นภายใน ความบกพร่องของการรับรู้ มีการพูดที่แสดงออกถึงการมีคำพูดที่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่องช้าลง ได้เนื้อหาในการสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7) มีความคิดที่ตายตัว (Stereotyped thinking) ความคิดขาดความสิ้นไหล ขาดความเป็นธรรมชาติ ความยืดหยุ่น แสดงออกโดยมีความคิดตายตัว เนื้อหาซ้ำซาก ไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ให้ความหมายของอาการทางลบว่า อาการทางลบ หมายถึง ภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

- 1) Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- 2) Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรืออารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก
- 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไรเลย
- 4) Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

จากความหมายของอาการทางลบดังกล่าว สรุปได้ว่า อาการทางลบ หมายถึงลักษณะการแสดงออกทั้งในด้านการพูด การแสดงออกด้านอารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ลดน้อยลงจากปกติ ลักษณะการพูดช้ากว่าปกติ ขาดความต่อเนื่องในการพูด การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ หน้าตาเฉยเมย บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แยกตัวจากสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

อาการทางลบ เป็นลักษณะอาการทางจิตด้านลบของผู้ป่วยจิตเภท แสดงออกโดยมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตตามปกติ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคมน้อยลง (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ทั้งนี้ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีปัญหาทางด้านความจำ พบว่ามีอาการทางจิตด้านลบเช่นเดียวกับในผู้ป่วยจิตเภท (Talamo et al., 2006) อาการทางลบส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยที่ลดลง ผู้ป่วยขาดความสนใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการช่วยเหลือตนเองโดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา อาการทางลบส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น ลืมกินยา กินยาไม่ตรงตามเวลา นำไปสู่การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (Ohel et al.,

2000) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงดูตนเองได้ ส่งผลให้เป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเบื่อหน่าย ต่ำทมิ ต่อว่า มีการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงต่อผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดกำลังใจ นำมาซึ่งอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยซึ่งการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยแต่ละครั้งจะยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบที่รุนแรงและซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น และเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตที่ลดลง และรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (อติญา โพธิ์ศรี, 2551) เช่นเดียวกับ Aleman ,(1999) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการขาดความกระตือรือร้นไม่สนุกกับชีวิต แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ชอบอยู่คนเดียว ทำให้ขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมหรือการกระตุ้นน้อยลง สมองจึงใช้งานน้อยลง หรืออาจไม่ได้ใช้งาน หากผู้ป่วยจิตเภทขาดการกระตุ้นเป็นเวลานานย่อมทำให้สมองฝ่อตามกฎการใช้และไม่ใช้งาน จึงมีข้อสมมุติฐานว่า อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

7. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความจำของผู้ป่วยจิตเภท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะช่วยบ่งบอกภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันทำให้คะแนนความจำแตกต่างกัน(Goldman-Rakic ,1992) Mc Dougal(2002) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานของการดำเนินชีวิตประจำวันและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างใกล้ชิดและส่งผลซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เมื่อทำให้ระบบประสาททำงานช้าลง การเคลื่อนไหวร่างกายจึงช้าลงด้วย ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้จะต้องใช้สมองคิดพิจารณาและวางแผนที่จะทำกิจกรรมหนึ่ง

ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

Mc Dougal(2002) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานของการดำเนินชีวิตประจำวันและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างใกล้ชิดและส่งผลซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เมื่อทำให้ระบบประสาททำงานช้าลง การเคลื่อนไหวร่างกายจึงช้าลงด้วย ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้จะต้องใช้สมองคิดพิจารณาและวางแผนที่จะทำกิจกรรมหนึ่ง ดังนั้นจึงสันนิษฐานได้ว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

8. ความเครียด

ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจในการรายงานทางสุขภาพ มีการศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียดต่อสาเหตุ ระยะเวลาการดำเนินโรค และผลลัพธ์ต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภทวิตกกังวล และซึมเศร้า(Stuart & Sundeen,1991) Holme & Rahe ได้ให้ความหมายของคำว่าความเครียด ว่าเหตุการณ์ต่างๆที่เมื่อเกิดกับบุคคลแล้วจะทำให้บุคคลนั้นมี

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ Dohrenwend & Dohrenwend (1947) กล่าวว่าความเครียดเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่คาดคิด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ หรือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่เป็นที่ไปตามความต้องการเป็นเหตุการณ์ความเครียด

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

Rajji et al. (2014) ศึกษา ภาวะเครียดในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 136 คน พบว่าความเครียดทางด้านอารมณ์และจิตใจมีผลอย่างมากกับความจำ ฮอว์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ที่หลั่งในภาวะเครียดจะทำลายเซลล์ประสาทในสมองส่วนฮิปโปแคมปัสและฮัยโปธาลามัสซึ่งมีผลต่อความจำและการปรับตัวต่างๆของร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดสูงกว่าจะมีความจำไม่ดีเท่าผู้ที่มีความเครียดน้อย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเรื้อรัง และการรักษาที่ยาวนาน จะทำให้มีการเสื่อมถอยของความจำ ความสามารถในการดูแลตนเอง อันเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีความคิดทางลบต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทำให้สัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมถอยลงด้วย

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เยาวลักษณ์ โอธสาณนท์ และจุฬารัตน์ วิเศษรัตน์ (2554) ได้ทำการฝึกความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 10 คน โดยเข้าฝึกโปรแกรมความจำ จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 1 ชม.เป็นเวลา 1 เดือน ผลพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยหลังการฝึกความจำสูงกว่าก่อนการฝึกความจำ

จุฬารัตน์ วิเศษรัตน์ (2555) ได้ทำการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 10 คน เข้ารับการฟื้นฟูสมองใน 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจและการคำนวณ ภาษา และการระลึกได้ จำนวน 20 ครั้งๆละ 2 ชม เป็นระยะเวลา 1 เดือน ผลพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทุกคนมีคะแนน MMSE เพิ่มขึ้น คะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นและคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

Mckenna et al. (1990) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีอายุระหว่าง 18-68 ปี พบว่าคะแนนจากการทดสอบ MMSE ในระดับที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยถึงรุนแรงมีประมาณ ร้อยละ 20 และเมื่อทดสอบด้วยแบบทดสอบ The Rivermead behavioral memory test (RBMT) พบว่าคะแนนความจำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยปกติอย่างมีนัยสำคัญ

Goldman (1992). ความจำกับความเครียดให้เพศหญิงและชายร่วมการทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง แล้วให้กลุ่มทดลองอาบอ่างน้ำเย็นเหมือนน้ำแข็งเป็นเวลา 3

นาที โดยมีการเช็คและถ่ายวิดีโอไปพร้อมกัน หลังจากนั้นจึงให้คำ 32 คำกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อจะจำ ต่อมาอีก 24 ชั่วโมง จะเช็คทั้ง 2 กลุ่มดูว่า สามารถจำคำที่เรียนได้กี่คำ และสามารถรู้จักคำที่เรียนได้กี่คำในรายการคำที่เรียนและไม่ได้เรียน ผลการทดลองพบอย่างชัดเจนว่า ประสิทธิภาพความจำของกลุ่มทดลองสามารถระลึกถึงคำที่เรียนมา 30 % น้อยกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน(Meissner,2001) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของความจำที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด โดยให้นักศึกษาทั้ง ชายและหญิงจำนวน 72 คน รับการเลือกโดยสุ่มให้อยู่ในกลุ่มทดลองแบบ SECPT หรือในกลุ่มควบคุม มีการให้นักศึกษาจำสถานที่เก็บไฟที่มีรูป 15 คู่เป็นเกมส์คอมพิวเตอร์เหมือนกับเกมส์(concentration) หรือ memory มีการฉีกลิ้นวะนิลาในห้องที่ทำการทดลอง เพราะวากลิ้นวะนิลาเป็นตัวช่วยที่มีกำลังสำหรับความจำ การทดสอบความจำจะทำในวันต่อไป ในห้องเดียวกันที่มีกลิ่นวะนิลา หรือในห้องต่างกันที่ไม่มี ประสิทธิภาพของผู้เข้ารับการทดลองที่เกิดความเครียดในช่วงการเรียนรู้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อทำการทดสอบในห้องที่ไม่คุ้นเคยไม่มีกลิ่นวะนิลา(incongruent context คือมีสถานการณ์ที่ไม่เข้ากัน) ส่วนประสิทธิภาพของผู้ที่รับการทดสอบในห้องเดียวกันที่มีกลิ่นวะนิลา ไม่มีความเสียหาย ผู้เข้าร่วมการทดลองทุกคนไม่ว่าจะเกิดความเครียดหรือไม่เกิดทำข้อทดสอบได้เร็วกว่า

Saykin et al .(1994) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก และยังไม่มีการรับยารักษาโรคจิตเภท (naive patients with first-episode schizophrenia) พบความผิดปกติทางด้านความจำแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยควบคุมเช่นกัน ทั้งจากแบบทดสอบ attention-vigilance , verbal intelligence and language function , spatial organization , verbal memory and learning , visual memory และ speeded visualmotor processing and attention อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตเภทกำเริบเคยมีประวัติการได้รับยา แต่ในปัจจุบันไม่ได้รับยานั้น พบว่าระดับความจำของผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน แต่ไม่พบความแตกต่างนี้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก และยังมีประวัติการได้รับยา

Kassin (1998) ได้ทำการศึกษาความจำ การรับรู้คุณค่าในตัวเอง และอายุในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความจำ และการรับรู้คุณค่าในตนเอง ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีกลุ่มอายุน้อย และกลุ่มที่มีอายุมาก โดยการทำ face to face interview ในผู้ป่วยจิตเภท 86 คนเก็บข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเภท อายุเฉลี่ย 54 ปี 55 % เป็นเพศหญิง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อายุน้อยมีการรับรู้ความจำดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

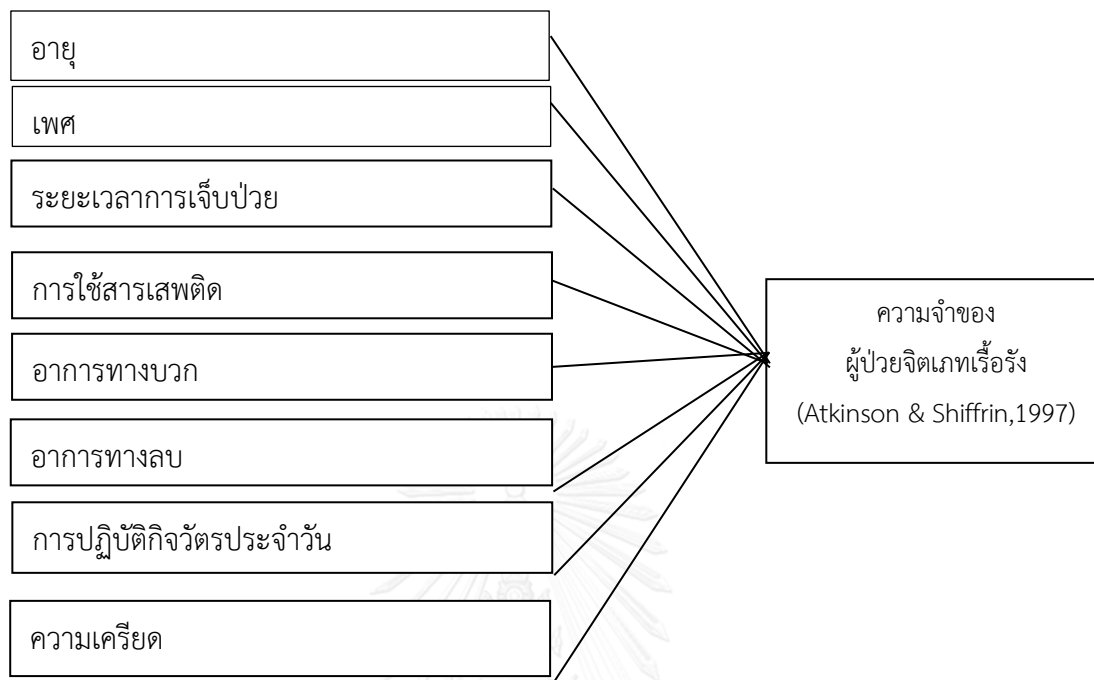
Tek et al.(2001)พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านความจำจะมีระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีความบกพร่องด้านความจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < 0.0001$ และน้อยกว่า 0.002 ตามลำดับ)

McDermid et al. (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความจำที่บกพร่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความจำกับคุณภาพชีวิต เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตคือ sickness impact profile (SIP) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความจำบกพร่อง มีระดับคุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับการพักผ่อน(subscales SIPA ; sleep and rest) และด้านความสัมพันธ์ต่อครอบครัว และเพื่อน(subscales SIPC ; contact with family and friends) ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องของความจำ และพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความจำบกพร่องมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

Rajji et al. (2014) ได้ทำการศึกษาความจำและการแสดงออกทางอารมณ์ : ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีน โดยวิธีการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 952 ราย และผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 608 ราย ที่อาศัยอยู่ในประเทศจีน ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990-2000 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 จากการสัมภาษณ์ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบจากความจำเสื่อมของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง และส่งผลกระทบต่อที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับสูง ถ้าครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงและผู้ป่วยจะมีอาการทางบวกรุนแรงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า ความจำเป็นปัญหาส่วนหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมารับการรักษา จึงควรศึกษาความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้ คือ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด และแสดงเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

กรอบแนวคิด



การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังโดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ อายุ (Gerretsen et al., 2013) เพศ (EL-Rahman Ahmed et al, 2015) ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Al-Uzri et al, 2006) อาการทางบวก (Rodrigo ,2013) อาการทางลบ (Rodrigo ,2013) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Goldman-Rakic ,1992) ความเครียด (Rajji et al, 2014) การใช้สารเสพติด (Schaar and Ojehagen ,2003 :สถาบันประสาท, 2551)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามแนวทางการจำแนกโรคตาม ICD-10 (F20.0-F20.9) และมีการดำเนินโรคมานานกว่า 2 ปีขณะที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามแนวทางการจำแนกโรค ICD-10 (F20.0-F20.9) และมีการดำเนินโรคมานานกว่า 2 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระนเรศวรมหาราช

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกการวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง ตามแนวทางการจำแนกโรคตาม ICD-10 (F20.0-F20.9) และมีการดำเนินโรคมานานกว่า 2 ปี มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบ พูดออกเสียง สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. ไม่มีลักษณะอาการแสดงทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนขั้นรุนแรง เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุทางสมอง โรคลมชัก หรือปัญญาอ่อน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

-มีอาการทางจิตกำเริบ ขณะสัมภาษณ์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีวิธีคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างใน รัตนศิริ ทาโต, 2552) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N = 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 9) + 50$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 140 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10 % ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Dillman, 2000) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ประชากรทั้งสิ้น จำนวน 154 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. คัดเลือกโรงพยาบาลโดยเริ่มจากผู้วิจัยสำรวจรายชื่อโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในภาคกลาง ซึ่งมีทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลราชานุกูล โรงพยาบาลยุวประสาททวโยปถัมภ์ โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติในการเป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังลักษณะใกล้เคียงกัน มี 3 แห่ง ประกอบด้วย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ จากนั้นคัดเลือกโรงพยาบาลโดยการสุ่มแบบง่าย (Sample Random Sampling) โดยการจับฉลากได้สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง จากการสำรวจกลุ่มประชากรที่มารับบริการผู้ป่วยใน และ ผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปี 2558 ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

ผู้ป่วย	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ผู้ป่วยใน	จำนวนผู้ป่วย 2,183 คน	จำนวน 57 คน
ผู้ป่วยนอก	จำนวนผู้ป่วย 3,746 คน	จำนวน 97 คน
รวม	จำนวนผู้ป่วย 5,929 คน	จำนวน 154 คน

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 154 คน

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ซึ่งมีวิธีดำเนินการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่สุ่มเก็บข้อมูลทุกคนในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

3.2 ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีข้อมูลการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่เรื้อรังในเวชระเบียนและมีคุณสมบัติตาม เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

3.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 จนแล้วเสร็จ แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนต่อไปจนครบ 154 คนในช่วงระยะเวลาที่กำหนด โดยก่อนที่ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ในวันเดียวกับที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ การเก็บข้อมูลจะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการตามนัดหมายของแพทย์ ยกเว้นผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตามนัด แต่มารับบริการในวันที่ผู้วิจัยเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลจึงจะขออนุญาตศึกษาเวชระเบียนในช่วงที่ผู้ป่วย รอพบแพทย์ โดยผู้วิจัยเริ่มต้นเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 ถึงคนที่ 82 ของผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างคนที่ 83 ถึงคนที่ 154 ของผู้ป่วยใน ซึ่งจะเก็บข้อมูลในวันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเวลา 08.00-16.00 น. โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 5 พฤศจิกายน-29 ธันวาคม 2558

4. ดำเนินการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายด้วยตัวผู้วิจัยเองจนครบตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 7 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ 3 ตัวแปร คือ เพศ อายุ ระยะเวลาเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมี 3 ลักษณะ คือ คำถามแบบปลายปิดมีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือกจำนวน 2 ข้อ คำถามปลายปิดมีหลายคำตอบให้เลือกตอบจำนวน 2 ข้อ คำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความจำนวน 2 ข้อ และคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความในข้อเดียวกันจำนวน 1 ข้อโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับ ภาษาไทย (MMSE: Thai version)

ประกอบด้วย การประเมิน

- 1) orientation for time (5 คะแนน)
- 2) orientation for place (5 คะแนน)
- 3) registration (3 คะแนน)
- 4) attention/calculation (5 คะแนน)
- 5) recall (3 คะแนน)
- 6) naming (2 คะแนน)
- 7) re-petition (1 คะแนน)
- 8) verbal command (3 คะแนน)
- 9) written command (1 คะแนน)
- 10) writing (1 คะแนน)
- 11) visuoconstruction (1 คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนน

- | | | |
|-------|---|----------------------|
| คะแนน | 0 | ตอบไม่ได้ / ทำไม่ได้ |
| คะแนน | 1 | ตอบได้ / ทำได้ |

การแปลผล

คะแนน ≤ 14 หมายถึง ความจำไม่ดีในผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

คะแนน ≤ 17 หมายถึง ความจำไม่ดีในผู้ป่วยเรียนระดับประถมศึกษา

คะแนน ≤ 22 หมายถึง ความจำไม่ดีในผู้ป่วยเรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา

ผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือ(ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10) คะแนนเต็ม 23 คะแนน ผู้ป่วยเรียนระดับประถมศึกษาและผู้ป่วยเรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนน เต็ม 30 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง เป็นแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2550) เป็นแบบประเมินที่ใช้สอบถามอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน รวมคะแนนไม่คะแนน 60 คะแนน โดยจำนวนคำถาม 20 ข้อ ตอบว่า

ไม่เคยเลย 0 คะแนน

เป็นครั้งคราว 1 คะแนน

เป็นบ่อยๆ 2 คะแนน

เป็นประจำ 3 คะแนน

การแปลผล

คะแนน 0-5 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์

คะแนน 6-17 มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คะแนน 18-25 มีความเครียดอยู่ระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย

คะแนน 26-29 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง

คะแนน 30-60 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550) วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยอาการทางบวก (Positive symptoms) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

ค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ (absent)

ค่าคะแนน 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด (minimal)

ค่าคะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (mild)

ค่าคะแนน 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง (moderate)

ค่าคะแนน 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate severe)

ค่าคะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง (severe)

ค่าคะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก (extreme)

วิธีการคิดค่าคะแนน Positive scale จะมีคะแนนให้ตั้งแต่ 7-49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดค่า Composite scale ได้ โดยนำค่าคะแนนของ Negative scale มาลบออกจาก Positive scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite scale เป็นบวก (>0) จะถูกจัดเป็นกลุ่มอาการทางบวก

ส่วนที่ 5 แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550) วัดอาการทางจิต

ของผู้ป่วยอาการทางลบ (Negative symptoms) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

ค่าคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ (absent)
ค่าคะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด (minimal)
ค่าคะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย (mild)
ค่าคะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง (moderate)
ค่าคะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate severe)
ค่าคะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง (severe)
ค่าคะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก (extreme)

วิธีการคิดค่าคะแนน Negative scale จะมีคะแนนให้ตั้งแต่ 7-49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดค่า Composite scale ได้ โดยนำค่าคะแนนของ Negative scale มาลบออกจาก Positive scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite scale เป็นลบ (<0) จะถูกจัดเป็นกลุ่มอาการทางลบ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Index of Independence in Activities of Daily Living หรือ Index of ADL) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชเนียร์เรลเอตีแอส ประเมินจาก การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การดูแลร่างกาย การเดิน การขึ้นและลงเตียง การอาบน้ำ การใช้ห้องส้วม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 2	หมายถึง	ทำได้เอง
คะแนน 1	หมายถึง	ทำได้บางส่วนแต่ต้องมีคนช่วย
คะแนน 0	หมายถึง	ทำไม่ได้เลยต้องมีคนช่วยทั้งหมด

คะแนนรวมทั้ง 10 ข้อ ถือว่าเป็นคะแนนรวมด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ระหว่าง 0-20 คะแนน

การแปลผล

คะแนน	>12	ไม่ต้องการการพึ่งพา
คะแนน	5-11	ต้องการการพึ่งพานปานกลาง
คะแนน	0-4	ต้องการการพึ่งพาสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 คน (ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเครื่องมือทุกชุดเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (gold standard) จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

การหาความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทำได้โดยนำข้อคำถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ซึ่งมีคุณสมบัติตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (Inclusion criteria) จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วลงคะแนนตามที่กำหนดไว้ และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมินสมรรถภาพสมอง แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง แบบวัดอาการทางบวก แบบวัดอาการทางลบ และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากการทดลองใช้ และจากการใช้จริง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเปรียบเทียบเมื่อนำเครื่องมือไปทดลองใช้และเมื่อใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ (N= 30)	ใช้จริง (N =154)
แบบประเมินสมรรถภาพสมอง	0.75	0.82
แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง	0.84	0.85
แบบวัดอาการทางบวกของโรคจิตเภท	0.94	0.92
แบบวัดอาการทางลบของโรคจิตเภท	0.87	0.86
แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.72	0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 5 พฤศจิกายน 2558 -29 ธันวาคม 2558 โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

ผู้วิจัยขอหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

2. ขั้นตอนดำเนินการ

2.1 เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา แล้วทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

2.2 ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัยและการให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.3.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย รวมทั้งการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย ดำเนินการคัดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบทั้งสิ้น 154 คน ตามสัดส่วนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

2.3.2 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามในครั้ง นี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับแล้วนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบ ประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง แบบวัดความจำ แบบ สัมภาษณ์ข้อมูลการใช้สารเสพติด แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง แบบประเมิน อาการทางบวก แบบประเมินอาการทางลบ แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและ แบบ ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งใช้เวลาคนละประมาณ 40 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 62 ข้อ โดยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมิน ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบ ประเมินให้ผู้ป่วยฟังจนเข้าใจ และเรียงลำดับของแบบสอบถามที่ต้องใช้ความคิดในการตอบน้อย ไปยัง แบบสอบถามที่ใช้ความคิดในการตอบเพิ่มมากขึ้น

2.4 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบเพื่อให้ได้แบบ สอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 154 ฉบับ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงเดือน ตุลาคม 2558- ตุลาคม 2559 ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล เกี่ยวกับโครงร่างของงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของ การวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็น มนุษย์ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงการพยาบาลในอนาคต และ

ผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์ และพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถบอกเลิกได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS มีขั้นตอน ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล(อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และข้อมูลการใช้สารเสพติด) โดยการวิเคราะห์ความถี่และร้อยละ

2.แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ความเครียด อาการทางบวก อาการทางลบ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ความเครียด อาการทางบวก อาการทางลบ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความจำ ของตัวแปรเพศ และการใช้สารเสพติด

เปรียบเทียบค่าความสัมพันธ์ r โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (Davis, 1992 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) เมื่อ r มีค่า $> .70$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูงมาก

.50 – .69 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูง

.30 – .49 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

.10 – .29 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำ

.01 – .09 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์แทบจะไม่สัมพันธ์กันเลย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะการเจ็บป่วย อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด การใช้สารเสพติด กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดย การขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 154 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ มีขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนำมาวิเคราะห์โดยแสดงข้อมูลแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ข้อมูล ความจำ อาการทางบวก อาการทางลบ ความเครียด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4-7

ตอนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ ความเครียด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 8-9

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

1.1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด($n = 154$)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	56	36.4
หญิง	98	63.6
อายุ (ปี)		
20-30	12	7.8
31 -40	43	27.9
41-50	58	37.7
51-59	41	26.6
Mean±S.D. (Min-Max)	44.18±9.09	(23 - 59)
สถานภาพสมรส		
โสด	76	49.4
คู่	37	24.0
หม้าย	13	8.4
หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่	28	18.2

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.6) มีอายุอยู่ในช่วง 40-50 ปี (ร้อยละ 37.7) รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 27.9) มีอายุน้อยสุดน้อยกว่า 23 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 44.18 ปี (S.D. = 9.09) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 49.4) รองลงมาคือสถานภาพสมรสคู่(ร้อยละ 24.0)

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (n = 154)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	7	4.5
ประถมศึกษา	49	31.8
มัธยมศึกษาต้น	36	23.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	36	23.4
อนุปริญญา/ปวส.	5	3.2
ปริญญาตรี	19	12.3
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	2	1.3
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	52	33.8
รับจ้าง	57	37.0
เกษตรกรกรรม	26	16.9
รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	4	2.6
ค้าขาย	11	7.1
ทำงานเอกชน	4	2.6
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 – 5 ปี	25	16.2
6 – 10 ปี	63	40.9
11 – 15 ปี	59	38.3
> 15 ปี	7	4.5
Mean±S.D. (Min-Max)	9.68±3.73	(2 - 20)
การใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้สารเสพติด	22	14.29
ใช้สารเสพติด	132	85.71

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31.8) รองลงมาคือจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.(ร้อยละ 23.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.0) รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 33.8) เมื่อพิจารณาระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทพบว่า ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลา 6-10 ปี (ร้อยละ 40.9) รองลงมาคือ 11-15 ปี (ร้อยละ 38.3) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทน้อยที่สุด 3 ปี มากที่สุด 39 ปี โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.68 ปี (SD = 3.73) และมีการใช้สารเสพติดมากที่สุด 132 คน(ร้อยละ 85.71)

ตอนที่ 2 ศึกษา ความจำ อาการทางบวก อาการทางลบ ความเครียด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=154)

สมรรถภาพสมอง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ	82	53.2
ผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ	72	46.8
Mean = 20.62 S.D.=4.08		

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และผล MMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ผู้ป่วยที่เรียนระดับประถมศึกษา และ MMSE ≤ 17 คะแนนจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ผู้ป่วยที่เรียนระดับสูงกว่าระดับประถมศึกษา และ MMSE ≤ 22 คะแนนจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 38.9 ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 และผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ และ MMSE ≥ 22 คะแนน จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 46.8

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของระดับความเครียด ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=154)

ระดับความเครียด	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์	0-5	3	1.9
ปกติ	6-17	56	36.4
เล็กน้อย	18-25	50	32.5
ปานกลาง	26-29	12	7.8
มาก	30-60	33	21.4
Mean =21.39 S.D.=9.79			

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 รองลงมาคือระดับความเครียดปกติเล็กน้อยจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 32.5 ระดับความเครียดปกติมากจำนวน 33คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 ระดับความเครียด ปกตปานกลาง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 และระดับความเครียดต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยของอาการทางบวก และอาการทางลบ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=154)

อาการ	จำนวน	Mean	S.D.
อาการทางบวก	72	25.53	6.99
อาการทางลบ	82	26.08	7.03

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางบวก 72 คน ค่าคะแนนอาการทางบวกเฉลี่ย 25.53 (S.D.=6.99) และผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางลบ 82 คนมีค่าคะแนนอาการทางลบเฉลี่ย 26.08 (S.D.=7.03)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=154)

ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
พึ่งตนเองได้	≥12	95	61.7
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	5-11	59	38.3
พึ่งตนเองไม่ได้	0-4	-	-
Mean = 13.29 S.D.=3.27			

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึ่งตนเองได้ จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 61.7 รองลงมาที่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้บ้างจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 38.3

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเครียด อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ เพศ การใช้สารเสพติดการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนเฉลี่ยความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดังตารางที่ 8 - 9

ตารางที่ 8 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเครียด อาการทางบวก อาการทางลบ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ ระดับของความ		ขนาด
	สหสัมพันธ์ (r)	มีนัยสำคัญ(p)	
อายุ	-0.13	0.10	ไม่มี
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-0.55	< 0.001	ปานกลาง
อาการทางบวก	-0.49	< 0.001	ปานกลาง
อาการทางลบ	-0.50	< 0.001	ปานกลาง
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.15	0.070	ไม่มี
ความเครียด	-0.34	< 0.001	ต่ำ

p-value from Pearson Correlation

จากตารางที่ 8 พบว่า

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเครียด อาการทางบวก และอาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = -.540$) อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = -.494$) และอาการทางลบมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = -.453$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = -.335$) กับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2. อายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนเฉลี่ยความจำ จำแนกตามเพศและการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ($n=154$)

		จำนวน	\bar{x}	S.D.	t	df	p-value
เพศ	ชาย	56	19.64	4.11	1.26	152	0.20
	หญิง	98	20.54	4.25			
การใช้สารเสพติด	ไม่ใช้	22	21.45	4.99	1.50	152	0.14
	ใช้	132	20.01	4.05			

p-value from Independent t-test

จากตารางที่ 10 พบว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์ กับความจำ เนื่องจากมีคะแนนเฉลี่ยความจำไม่แตกต่างกัน ซึ่งเพศชายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.64 เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.54 และการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเนื่องจากการใช้สารเสพติดกับการไม่ใช้สารเสพติดมีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่ต่างกัน ซึ่งการไม่ใช้สารเสพติดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.45 และการใช้สารเสพติดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.01

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด การใช้สารเสพติด กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวก อาการทางลบ ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรของ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง ตามแนวทางการจำแนกโรคตาม ICD-10 (F20.0-F20.9) และมีการดำเนินโรคนานกว่า 2 ปีขณะที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคนานกว่า 2 ปีขณะที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวนทั้งหมด 154 คน ได้รับคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ มีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยได้ตอบ พูดออกเสียง สื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ไม่มีลักษณะอาการแสดงทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น หูแว่ว

ประสาทหลอนขั้นรุนแรง เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุทางสมอง โรคลมชัก หรือปัญญาอ่อน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีวิธีคำนวณโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างใน รัตนะศิริ ทาโต, 2552) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N = 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 9) + 50$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 140 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 10 % ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Dillman, 2000) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประชากรทั้งสิ้น จำนวน 154 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 6 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ
2. แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับ ภาษาไทย (MMSE: Thai version) มีข้อความทั้งหมด 11 ข้อ
3. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง มีข้อความทั้งหมด 20 ข้อ
4. แบบประเมินอาการทางบวก (PASS – T) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) และแปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ (มปป.) มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ
5. แบบประเมินอาการทางลบ (PASS – T) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) และแปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์ (มปป.) มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ
6. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Index of Independence in Activities of Daily Living หรือ Index of ADL) ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนหรือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนหรือได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทาวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. ผู้วิจัยเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 5 พฤศจิกายน – 29 ธันวาคม 2558
4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS มีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูล อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.6) มีอายุอยู่ในช่วง 31-50 ปี (ร้อยละ 35.8) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 49.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31.8) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.7) ระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตเภท 6-10 ปี (ร้อยละ 40.9) และส่วนใหญ่ใช้สารเสพติด 132 คน (ร้อยละ 85.71)
2. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า
 - 2.2 เพศ การใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวก อาการทางลบ ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.548, p = <.001$), ($r = -.494, p = <.001$), ($r = -.453, p = <.001$), ($r = -.333, p = <.001$) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

2.4 อายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.133, p = .101$), ($r = .146, p = .070$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความจำไม่ดีซึ่งสอดคล้องกับ McDermid et al.(2002) ที่พบว่า

1. ศึกษาความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จากผลการศึกษาพบว่า ความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความจำไม่ดีมีจำนวนทั้งหมด 82 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 อภิปรายได้ว่า จากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาความจำส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 40-50 ปี มีสถานภาพสมรสสัดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างและป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลา 6-10 ปี ซึ่งสอดคล้องกับ Klapow et al.(1997) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาเรื่องความจำโดยมีคะแนนจากแบบทดสอบ MMSE ต่ำ และกลุ่มผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในกิจกรรมชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องการสื่อสาร การจัดการทางการเงิน การเดินทาง การจับจ่ายซื้อสินค้า และการดูแลเครื่องแต่งกายนอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความจำกับคุณภาพชีวิต พบว่าระดับความจำบกพร่องมีระดับคุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับและการพักผ่อน ด้านความสัมพันธ์ต่อครอบครัวและเพื่อนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องของความจำ และพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความจำบกพร่องระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่า (McDermid & Heinrichs ,2002)

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ความเครียด อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.1 อายุ จากการศึกษานี้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.13, p = .101$) ผลการศึกษานี้ยังไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gerretsen et al., 2013 โดยพบว่า

เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความบกพร่องของจำจะรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น จากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่า ของความจำมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นกล่าวคือจะมีอุบัติการณ์ร้อยละ 10 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 50 (McDougall, 2002) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากเมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างที่วิจัยครั้งนี้มีอายุอยู่ในช่วง 20 -59 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ระดับความจำของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงพบเพียงระดับปานกลาง

2.2 เพศ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Carpentier et al. (2009) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความจำ โดยเพศหญิงมีแนวโน้มความจำต่ำกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะส่งผลต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Orfila et al., 2006) ในงานวิจัยต่างประเทศพบเพศหญิงมีปัญหาความจำมากกว่าเพศชาย แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายจึงอาจส่งผลให้เพศไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อความจำ และเพศชายก็มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยมากกว่าเพศหญิง เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสนใจการดูแลสุขภาพ (Keltner, 2002) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตที่ลดลง (Kalman et al., 2004) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงยังมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย (Norman et al., 2000) อีกทั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายย่อมมีความสามารถในการที่จะปรับตัวเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเท่าเทียมกัน (วิลาสินี แผ้วชนะ, 2541) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับปานกลาง ($r = -.55$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานแสดงว่า ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กับความจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Uzri et al. (2006) กล่าวว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียความจำเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการทางจิตที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยไม่มีใครร่วมทางจิตเวชอื่นจะทำให้เกิดการสูญเสียความจำเพิ่มมากขึ้น

2.4 อาการทางบวก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับปานกลาง ($r = -.49$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานแสดงว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับความจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rodrigo, (2013) พบว่า อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่

เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่สัมพันธ์กับคำพูด ความคิด ความจำ ทำให้เกิดความจำระยะสั้นสูญหายไป เช่นเดียวกับ Rodrigo ,(2013) กล่าวว่าอาการทางบวกทำให้ผู้ป่วยขาดสติ มีการเผชิญหน้ากับปัญหาต่ำ (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิณานนท์,2552)อีกทั้งลักษณะอาการทางบวกยังเป็นลักษณะอาการที่แสดงออกถึงการมีอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงส่งผลต่อความทุกข์ทรมานทางใจของผู้ป่วยและส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (Lewis et al., 2002) โดยที่ในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องความจำในแต่ละครั้งก็จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตที่ลดต่ำลงต้องพึ่งพิงแลเป็นภาระแก่คนอื่น (McDermid,2002;Tek,2001)

2.5 อาการทางลบ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับปานกลาง ($r=-.45$, $p<.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่าอาการทางลบเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำและจากการศึกษาของ Aleman,(1999) พบว่าการขาดความกระตือรือร้นไม่สนุกกับชีวิต แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ชอบอยู่คนเดียว ทำให้ขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมหรือการกระตุ้นน้อยลง สมองจึงใช้งานน้อยลง หรืออาจไม่ได้ใช้งาน หากผู้ป่วยจิตเภทขาดการกระตุ้นเป็นเวลานานย่อมทำให้สมองฝ่อตามกฎการใช้และไม่ใช้งาน จึงมีข้อสมมติฐานว่า “อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.6การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ($r=.15$, $p=.070$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งไม่สอดคล้องกับ(Goldman-Rakic ,1992) ที่พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะช่วยบ่งบอกภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันทำให้คะแนนความจำแตกต่างกัน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานของการดำเนินชีวิตประจำวันและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างใกล้ชิดและส่งผลซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เมื่อทำให้ระบบประสาททำงานช้าลง การเคลื่อนไหวร่างกายจึงช้าลงด้วย ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้จะต้องใช้สมองคิดพิจารณาและวางแผนที่จะทำกิจกรรมหนึ่ง แต่เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 31-50 ปี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังสามารถดูแลตนเองได้ จำนวน 95 คน

2.7ความเครียด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับต่ำ ($r=-.34$, $p =<.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่าความเครียดส่งผลกับความจำ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Rajji et al.(2014) ทางด้านอารมณ์และจิตใจมีผลอย่างมากกับความจำ ฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ที่หลั่งในภาวะเครียดจะทำลายเซลล์

ประสาทในสมองส่วนฮิปโปแคมปัสและฮัยโปทาลามัสซึ่งมีผลต่อความจำและการปรับตัวต่างๆของร่างกาย

2.8 การใช้สารเสพติด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มกาแฟร้อยละ 54.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Benaiges et al. (2012) ที่พบว่า จำนวนแก้วของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้แม้ว่าในกาแฟมีสารคาเฟอีนซึ่งเป็นสารในกลุ่มแซนทีนแอลคาลอยด์ที่มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับแอดิโนซีน (Adenosine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งในสมอง โมเลกุลของคาเฟอีนสามารถจับกับตัวรับ แอดิโนซีน (Adenosine receptor) ในสมองและยับยั้งการทำงานของแอดิโนซีนได้ ส่งผลให้มีการเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine) นอกจากนี้พบว่าอาจจะมีการเพิ่มปริมาณของซีโรโทนิน (Serotonin) (Fisone, Borgkvist and Usiello, 2004) ซึ่งทั้งสารสื่อประสาทโดพามีนและซีโรโทนินมีความเกี่ยวข้องกับกลไกของความจำในผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่การดื่มกาแฟเพียงเล็กน้อย คือดื่มน้อยกว่า 2 แก้วมาตรฐาน เป็นปริมาณที่ไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย (พิชานันท์ สีแก้ว, 2556) และพบว่าการดื่มกาแฟในปริมาณดังกล่าวยังส่งผลดีต่อร่างกาย คือ ช่วยลดอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้าจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายรู้สึกตื่นตัว กระปรี้กระเปร่า (Eaton and Mcleod, 1984) จากข้อมูลจำนวนแก้วของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวันของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มกาแฟเพียง 1 - 2 แก้วมาตรฐาน ซึ่งเป็นปริมาณของกาแฟที่ส่งผลดีต่อร่างกาย (Garcia et al., 2014) ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องความจำ ควรจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วย ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเครียด อาการทางบวก อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทและพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน และเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บางรายไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ในฐานะพยาบาลต้องมีการพัฒนากิจกรรมที่ใช้ในการฟื้นฟูความจำเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลต้องเจอ

สภาพแวดล้อมจำเจ บุคลากร ผู้ป่วย สถานที่เดิมๆในแต่ละวัน สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้เกิดความเสื่อมถอยของความจำ

2. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ 82 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาคนอื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน (McGurk et al, 2000) ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรให้ความสำคัญในการวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำกลุ่มนี้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

3. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความจำสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท

ด้านการวิจัย

ควรมีการนำปัจจัยที่ได้ศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและพัฒนาความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). **โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น**.ในนันทวัช สิทธีภิรักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). จิตเวช ศิริราช DSM-5. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์
- กรมสุขภาพจิต.(2558). **สถิติโรงพยาบาลจิตเวช**.รายงานประจำเดือน กองแผนงาน.
- กึ่งกาญจน์ ไชยบุศย์. (2556). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย** รัชนี้ นามจันทร์. (2553) การฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีสภาวะสมองเสื่อม วารสาร มฉก. วิชาการ 14(27),137-150
- คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น.(2545). **แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย(MMSE-Thai 2002)**.กรุงเทพมหานคร:กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- จุฬารัตน์ วิเศษรัตน์.(2556).**โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง**. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ดารา ศัตร์สุลี.(2532).**คู่มือปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช**.ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยาธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (มปป.) **Positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุษบา คำสวน. (2554). **ความชุกและภาวะเสี่ยงต่อสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิ่นมณี สุวรรณโมลี.(2557).**ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง**.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัฒน์ พงษ์วิจิตร.(2555). **เทคนิคพัฒนาสมองเพิ่มพลังความจำ**.กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไพลิน บุ๊คเน็ต จำกัด (มหาชน)
- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ .(2547). **ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทลิบบราเตอร์การพิมพ์.
- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. กรุงเทพมหานคร :สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**.พิมพ์ครั้งที่ 2.

- กรุงเทพมหานคร : ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพซ์
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนนิษฐ์.(2545). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 7.
กรุงเทพฯ:สววิชาญการพิมพ์
- วนาพร หลอยกร.2542.**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี**.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิลาวัลย์ ไชยวงศ์.(2548). **ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุ**.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ.บัณฑิตวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สิรพัชร รัตแพทย์.(2535). **ผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรัง**.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุคนธา ศิริ.(2556). **เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน**.ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข ,27(1,115-130)
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2543).**การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม**.ภาควิชาอายุศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2544).**หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**.พิมพ์ครั้งที่ 3 .กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 4
กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอกอุมา วิเชียรทอง.(2543).**ผลการใช้โปรแกรมฝึกความจำต่อความจำต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับน้อย**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาษาอังกฤษ

- Aleman A,Hijman R,de Haan EH,Kahn RS.(1999).Memory impairment in schizophrenia:a meta-analysis. **Am J Psychiatry**
- American Psychiatric Association.(1994).**Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington(DC):American Psychiatric Press
- Atkinson and Shiffrin.(1997).**Memory and cognition**.In S. Worchel & W.Shebilsk (Eds.)Psychology Principles and application new Jersey:Prentice Hall.

- Blumenfeld RS, Ranganath C.(2006). Dorsolateral prefrontal cortex promotes long-term memory formation through its role in working memory organization. **J Neurosci** 26:916–925.
- Calev A. Memory in schizophrenia. In: Weller M, editor.(1990). International perspectives in schizophrenia: biological, social and epidemiological findings. **London: John Libbey .**
- Carroll RO.(2000).**Cognitive impairment in schizophrenia**.Advan Psychiatr Treat
- Christophe Lancon et al.(2012). **Are Cardiovascular Risk Factors Associated with Verbal Learning and Memory Impairment in Patients with Schizophrenia A Cross-Sectional Study** .Public Health, Chronic Disease, and Quality of Life Research Unit, Aix-Marseille University
- Ciocon.J.O.&Potter.J.F.(1988).Age-related changes in human memory :Normal and abnormal.**Geriatrics** 43(10):43-48.
- Clare L, McKenna PJ, Mortimer AH, Baddelley AD.(1993). Memory in schizophrenia: what is impaired and what is preserved. **Neuropsychologia** 31:1225–41
- Duncan,J.,Emslie,H.,and Williams,P.(1996).Intelligence and the frontal lobe : The organization of goal-directed behavior.**Cognitive Psychology** 30:257-303.
- Dywan,J.,Segalowitz,S.J.,Hendercon,D.,and Jacoby,L.(1993) Memory for source after traumatic brain injury. **Brain and Cognition** 21:20-43
- Einstein, G. O., & McDaniel, M. A. (1990). Normal aging and prospective memory. **Journal of Experimental Psychology-Learning Memory and Cognition**16:717–726.
- Emmanuel Stip, MD, MSc, CSPQ1, Isabelle Lussier. (1996). The Heterogeneity of Memory Dysfunction in Schizophrenia. **Can J Psychiatry** 41(1):14S–20S
- EveC. Johnstone, et al. (1976). **Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia**. article. 924-926.
- Gauthier,S.et al.(2006).**Mild cognitive impairment**.Lancet,367 :1262-1270.
- Goldman-Rakic PS.(1992). The working memory. **Scientific American** 267(3):110–8.
- Hasher, L., and Zacks, R. T. (1998).**Working memory dysfunction and its relevance to schizophrenia**. In G. Bower (Ed.), The psychology of learning and motivation New York: Academic Press. 193–225.

- Henry, J. D., Rendell, P. G., Kliegel, M., & Altgassen, M. (2007). **Prospective memory in schizophrenia: Primary or secondary impairment?** *Schizophrenia Research*
- Kassin, S. (1998). **Memory** In S. Kassin (Ed). *Psychology*. (2nd ed.) New Jersey: Prentice Hall 206-253.
- Taylor SF, Liberzon I, Decker LR, Koeppe RA. (2002). **Function-anatomic study of emotion in schizophrenia.** *Schizophrenia Research* 58:159-72.
- Tek C, Kirkpatrick B, Buchanan RW. (2001). A five-year follow up study of deficit and nondeficit schizophrenia. *Schizophrenia Research* 49:253-60.
- Kaplan, H.L. and Sadock, B.J. (2000). **Comprehensive textbook of psychiatry**. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- K.M. Haut, K. O. Lim, and A. MacDonald. (2010). Prefrontal cortical changes following cognitive training in patients with chronic schizophrenia: effects of practice, generalization, and specificity. *Neuropsychopharmacology* 35(9):1850-1859.
- Landgraf S, Steingen J, Eppert Y, Niedermeyer U, van der Meer E, Krueger F. (2011). Temporal information processing in short- and long-term memory of patients with schizophrenia. *PubMed*. 6(10).
- McDougall, G.J. (2002). Memory improvement in assisted living elders. *Issues in Mental Health Nursing* 21:217-233.
- McDougall, G.J. (2002). Memory improvement in octogenarians. *Applied Nursing Research* 15:2-10.
- Meissner, F., Hacker, W., and Heilemann, H. (2001). Memory performance and instruction effects in schizophrenia. A comparative study of chronic schizophrenic patients and healthy probands (in German). *Psychiatrische Praxis* 28:180-188.
- Nikolova, R., Demers, L., and Veland, S. (2007). Trajectories of Cognitive and Functional status in the frail older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 14, 1-4
- Park S, Holzman PS. (1992). Schizophrenics show spatial working memory deficits. *Arch Gen Psychiatry* 49:975-82.
- Ritch et al. (2003). Prospective memory in schizophrenia. *Schizophrenia Research*.
- Saykin et al. (2001). **Neuropsychological function in memory and learning.** *Arch Gen Psychiatry* 49:253-60.

Waltz JA, Gold JM, Waltz JA, Gold JM. (2007). Probabilistic reversal learning impairments in schizophrenia: further evidence of orbitofrontal dysfunction. *Schizophrenia Res.* 93: 296–303.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์	นายแพทย์เชี่ยวชาญผู้เชี่ยวชาญ
นางวีณา วิทย์เจียกขจร	ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา พญาบาลวิชาวชิพชำนานุกการ ผู้เชี่ยวชาญ
นางสาวรัชณี ปานเพชร	ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการ
นางอำพันธ์ หิรัญอุทก	พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระยา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการ
อาจารย์ เกสร สายธนู	พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาล
	จิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



ภาคผนวก ข
เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 1349

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

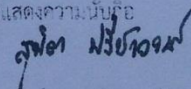
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกาญจนา เสวีการ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยกีดขวางที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภท เรื่องจริง" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ นรวิทย์ พุ่มจันทร์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 2. นางวินา วิทยเจียกขจร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |
| 3. นางสาวรังษิณี ปานเพชร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้เป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรัชชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนงานเรียน	นายแพทย์ นรวิทย์ พุ่มจันทร์, นางวินา วิทยเจียกขจร และ นางสาวรังษิณี ปานเพชร
หน่วยวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
ติดนิสิต	นางสาวกาญจนา เสวีการ โทร. 09-0558-5207

ที่ ศร 0512.11/1349

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

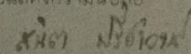
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกาญจนา เสวีการ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอำพันธ์ หิริญอุทก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน

นางอำพันธ์ หิริญอุทก

ส่วนวิชาการ

โทร 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์พิเศษรักษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวกาญจนา เสวีการ โทร. 09-0558-5207

ที่ ศร 0512.11/1348

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดทรงราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๖ กันยายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกาญจนา เสวีสาร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ เกสร สายธนู อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตดสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สนิดา บริขารวงศ์

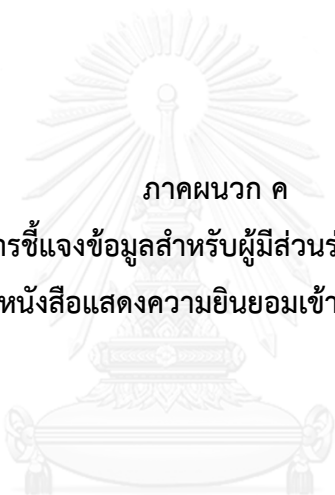
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สนิดา บริขารวงศ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
วิจัยอิสระ

อาจารย์ เกสร สายธนู
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางสาวกาญจนา เสวีสาร โทร. 09-0558-5207



ภาคผนวก ค
เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกาญจนา เสวีการ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ถ.สมเด็จเจ้าพระยา เขตคลอง

สาน จ.กรุงเทพมหานคร 10600

E-mail :namw_an@hotmail.com

1.ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจในงานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอย่างไรรวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2.โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด อาการทางบวก อาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

4.การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่ไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ครั้งนี้ในการตอบแบบสอบถาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 154 คน โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ

5.1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง ตามแนวทางการจำแนกโรคตามICD-10 (F20.0-F20.9) และมีการดำเนินโรคมานานกว่า 2 ปี มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

5.2. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบ พูดออกเสียง สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

5.3. ไม่มีลักษณะอาการแสดงทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนขั้นรุนแรง เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

5.4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุทางสมอง โรคลมชัก หรือปัญญาอ่อน

6. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งไม่มีการกระทำการทดลองใดๆกับท่าน การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีเพียงการขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งแบบสอบถามที่นำมาใช้ในครั้งนี้มีทั้งหมด 6 ชุด ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แบบประเมินสมรรถภาพสมอง
- 3) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
- 4) แบบประเมินอาการทางบวก
- 5) แบบประเมินอาการทางลบ
- 6) แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลช่วยลดปัญหาความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านความจำและผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอื่นๆต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 090-5585207

9. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดย**สมัครใจ** และสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาที่พึงได้รับ

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

13. หากท่าน**ไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว** สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา อาคารราชสาทิศชั้น 1 หมายเลขโทรศัพท์ 02-442-2500 ต่อ 59286,59277

หรือหากข้าพเจ้ามีความสงสัยต้องการได้รับความช่วยเหลือ/คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับ**ข้อมูล คำแนะนำในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** สามารถขอความช่วยเหลือ/ขอคำแนะนำเพิ่มเติมได้ที่ ผู้วิจัย นางสาวกาญจนา เสวีการ หมายเลขโทรศัพท์ 090-558-5207

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วันที่ 31 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
ชื่อโครงร่างวิจัย “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง”

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกาญจนา เสวีการ

ที่อยู่ติดต่อ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน
กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ 09-0558-5207

E-mail Address namw_an@hotmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ** รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ **ได้รับ
คำอธิบาย**จากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึง **สมัครใจ** เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ **ถอนตัว** ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ **เก็บเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอ
ข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมนั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้า
สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ
เจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ 0-2442-2500
โทรสาร 0-2218-8147 หรือติดต่อผู้วิจัยโดยตรง นางสาวกาญจนา เสวีการ โทรศัพท์ 09-0558-
5207

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสาร
ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก ง
สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม



แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
stress1	12.07	46.271	.236	.843
stress2	11.87	43.499	.541	.823
stress3	11.90	47.128	.231	.840
stress4	11.90	46.714	.367	.832
stress5	12.20	43.890	.496	.826
stress6	12.30	44.079	.574	.822
stress7	12.07	43.995	.607	.820
stress8	12.23	44.254	.520	.824
stress9	12.10	45.197	.512	.825
stress10	12.33	47.333	.434	.830
stress11	12.27	46.340	.408	.830
stress12	12.03	46.585	.413	.830
stress13	11.93	44.892	.448	.828
stress14	12.23	45.702	.481	.827
stress15	12.40	48.731	.238	.836
stress16	12.30	49.597	.104	.840
stress17	12.33	47.540	.309	.834
stress18	11.80	45.752	.537	.825
stress19	11.90	45.403	.566	.824
stress20	12.40	48.248	.310	.834

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.84	20

แบบประเมินอาการทางบวก

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
อาการบวก1	14.20	57.269	.479	.927
อาการบวก2	14.47	52.671	.717	.906
อาการบวก3	15.30	49.045	.783	.899
อาการบวก4	15.13	46.051	.731	.909
อาการบวก5	15.13	46.533	.881	.887
อาการบวก6	15.53	51.637	.819	.897
อาการบวก7	15.63	50.585	.854	.893

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.92	7

แบบประเมินอาการทางลบ

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
อาการลบ1	14.10	18.300	.762	.835
อาการลบ2	14.07	18.409	.561	.861
อาการลบ3	13.77	20.530	.555	.861
อาการลบ4	13.73	19.099	.654	.849
อาการลบ5	14.27	17.513	.779	.830
อาการลบ6	14.23	17.013	.764	.831
อาการลบ7	14.03	17.275	.539	.873

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.87	7

แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ADL1	12.73	9.306	.146	.746
ADL2	13.40	10.041	.105	.732
ADL3	12.17	7.730	.562	.660
ADL4	12.33	8.644	.522	.675
ADL5	12.10	8.921	.281	.716
ADL6	12.57	9.495	.229	.718
ADL7	12.50	7.707	.646	.645
ADL8	13.33	9.264	.386	.697
ADL9	12.43	8.185	.756	.644
ADL10	12.43	9.426	.304	.707

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ILALONGKORN UNIVERSITY

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.72	10

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง “ปัจจัยคัตสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง”

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้มี 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ
ส่วนที่ 2. แบบประเมินสมรรถภาพสมอง	มีข้อความทั้งหมด 11 ข้อ
ส่วนที่ 3. แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง	มีข้อความทั้งหมด 20 ข้อ
ส่วนที่ 4. แบบประเมินอาการทางบวก	มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ
ส่วนที่ 5. แบบประเมินอาการทางลบ	มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ
ส่วนที่ 6. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ข้อความทั้งหมด 10 ข้อ

2. ข้อมูลของท่านถือเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน จึงขอให้ท่านกรุณาตอบคำถามทุกข้อตามจริง

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี (เกิน 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่า/ แยก

4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่อ่านออกเขียนได้() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช

() 5. อนุปริญญา/ปวส. () 6. ปริญญาตรี

() 7. ปริญญาโทหรือสูงกว่า

5. อาชีพ

() 1. ไม่มีอาชีพ () 2. รับจ้าง

() 3. เกษตรกรรม () 4. รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ

() 5. ค้าขาย () 6. ทำงานเอกชน

() 7. อื่นๆ ระบุ.....

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปีเดือน(นับถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม)

7. การใช้สารเสพติด () ไม่ใช้สารเสพติด () ใช้สารเสพติด ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(MMSE- Thai 2002)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่ออะไร
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก / คุ่ม / ย่าน / ถนนอะไร
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นารทดสอบความจำผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน)พูดจบให้คุณ (ตา, ยาย....) พูดทบทวน ตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันถามซ้ำ* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาทีต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้1 คะแนน)

- ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ

**ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำใหม่ เช่น ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention / Calculation (5 คะแนน)

(ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิคุณ (ตา, ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม? ถ้าตอบคิดเป็น ให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ

ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

.....)
(93 86 79 72 65)

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำไม่ได้ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยายฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย....) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาว สะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน

ไหนคุณ (ตา, ยาย....) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ

.....
ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง”

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ

.....

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยืนดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

.....

6.2 ชี้นำพิกาะข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

.....

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย....) พูดตามผม (ดิฉัน)

จะบอกเพียงทีละคำเดียว

“ใครใคร่ขายไก่ไข่”

.....

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังให้ดีเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้แล้วให้คุณ (ตา, ยาย....) รับผิดชอบมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่..... (พื้น โต๊ะ เติง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับให้

ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น โต๊ะ เติง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นตัวคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย....) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

“หลับตา”

หลับตาได้

10. Writing (1 คะแนน)

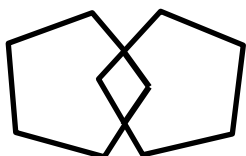
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้

ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ในที่ว่างของภาพตัวอย่าง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หลับตา

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก
ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดขีดเครื่องหมาย ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน
ตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	0	1	2	3
	ไม่เคย เลย	เป็นครั้ง คราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึง เครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5.				
6.				
7.				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				
คะแนนรวม				

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการทางบวก

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสอบถามชุดนี้มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ วัตถุประสงค์เพื่อสอบถามอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ค่าคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
ค่าคะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
ค่าคะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
ค่าคะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
ค่าคะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
ค่าคะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
ค่าคะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางบวก	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
Psychotic dimension							
1. อาการหลงผิด							
2. อาการประสาทหลอน							
3.							
4.							
5.							
6.							
7. พฤติกรรมไม่เป็นมิตร							

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการทางลบ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ วัตถุประสงค์เพื่อสอบถามอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ค่าคะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
ค่าคะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
ค่าคะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
ค่าคะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
ค่าคะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
ค่าคะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
ค่าคะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางลบ	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. การไม่แสดงอารมณ์							
3.							
4.							
5.							
6.							
7. ยึดมั่นในความคิดตนเอง							

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ โปรดพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านแล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

ข้อ	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	คะแนนที่ได้
1	Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) 0 คะแนน = ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้ 1 คะแนน = ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า 2 คะแนน = ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ	
2	Grooming (ล้างหน้า, หวีผม ,แปรงฟัน,โกนหนวดในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 0 คะแนน = ความต้องการความช่วยเหลือ 1 คะแนน = ทำได้เอง(รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	Bladder (การกลั้นปัสสาวะ) 0 คะแนน = กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ 1 คะแนน = กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง 2 คะแนน = กลั้นได้ปกติ	

ภาคผนวก ฉ

เอกสารขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย



ที่ ศธ 0512.11/ 1389



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ กันยายน 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกาญจนา เสวีคร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง ตามแนวทางการจำแนกโรคตาม ICD-10 (F20.0-F20.9) มีอายุ 20-59 ปี ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 154 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถภาพสมอง ฉบับภาษาไทย (MMSE: Thai version) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการใช้สารเสพติด แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกาญจนา เสวีคร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

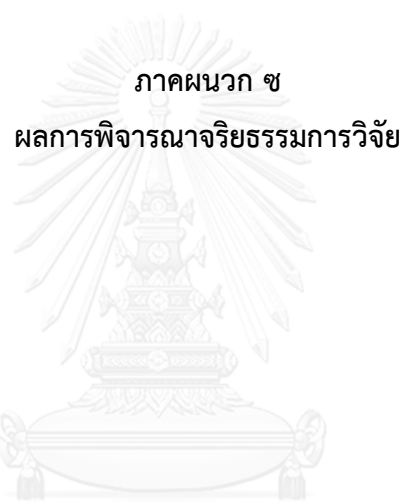
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางสาวกาญจนา เสวีคร โทร. 09-0558-5207



ภาคผนวก ซ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวกาญจนา เสวีคาร

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : ตุลาคม ๒๕๕๘ - ตุลาคม ๒๕๕๙

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมปอง)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกาญจนา เสวีการ เกิดเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2528 ที่จังหวัดร้อยเอ็ด สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากมหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี เมื่อปีการศึกษา 2551 และเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2556 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ติ๊กประสาทจิตเวชศาสตร์หญิง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

