

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง\*  
**SELECTED FACTORS RELATED TO MEMORY OF CHRONIC  
 SCHIZOPHRENIC PATIENTS**

กาญจนา เสวีการ, พยบ. (Kanjana Sewikan, RN.)\*\*

เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์, พย.ค. (Pennapa Dangdomyouth Ph.D., RN)\*\*\*

**Abstract**

**Objectives:** The purpose of this descriptive research was to investigate the relationships between age gender, duration of illness, positive and negative symptom, activity of daily living, stress and using drug substance and memory of chronic schizophrenic patients.

**Methods:** The sample were 154 persons diagnosed with chronic schizophrenia according to the International Classification of Diseases (ICD 10) who admitted and followed up at Outpatient clinic at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, who met the inclusion criteria and willing to participate in the study. The research instruments were 1) Mini-mental State Examination Thai version, 2) Stress questionnaire, 3) Positive and Negative Symptom Scale, and 4) Activity of daily living. All instruments were content validated by 5 professional experts. The

instruments' reliability reported by Chronbach' Alpha Coefficient were .82, .85, .92, and .78, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, the t-test, and Pearson's product Moment correlation.

**Results:** 1. Memory of chronic schizophrenic patients were at moderate level (Mean = 20.62, S.D. = 4.08)

2. Duration of illness, stress, positive and negative symptom were negatively correlated to memory of chronic schizophrenic patients at level .05 ( $r = -.55, -.34, -.49$  and  $-.50$ ; respectively)

3. Age, gender, activity of daily living, and using drug substance were not related to memory of chronic schizophrenic patients.

**Keywords:** Memory, Chronic Schizophrenic Patients

\*วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจบริการทางการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

\*\*\*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: dnayus@yahoo.com

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวก และอาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด การใช้สารเสพติด กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 154 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและในที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งได้รับการคัดเลือกตามคุณสมบัติและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับภาษาไทย 2) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง 3) แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการทางบวกและทางลบของโรคจิตเภท และ 4) แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82, 0.85, 0.92, และ 0.78 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

### ผลการศึกษา:

1. ความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 20.6, S.D. = 4.08)
2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเครียด อาการทางบวกและอาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.54, -.34, -.50$  และ  $-.45$  ตามลำดับ)

3. อายุ เพศ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์กับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

**คำสำคัญ:** ความจำ ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

### ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพ จัดเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเนื่องจากมีลักษณะการดำเนินโรคที่ยาวนานเรื้อรัง มักไม่หายขาด รวมทั้งการทำงานของสมองและความจำของผู้ป่วย โดยความเร็วในการนำกระแสประสาท รับความรู้สึกต่าง ๆ เข้าสู่สมองช้าลงถึงร้อยละ 15 (Ciocon & Potter, 1988) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) มีอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 ต่อ 1,000 ประชากรต่อปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี (World Health Organization [WHO], 2011) จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.14 ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556)

ความจำ หมายถึง ความสามารถของสมองในการเก็บสะสมข้อมูลโดยขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการเก็บสะสม (Hasher & Zacks, 1998) ความ

จำเป็นกระบวนการเชิงโครงสร้าง โดยเริ่มตั้งแต่การรับข้อมูล และการเรียกข้อมูลกลับมาใช้ได้ เป็นลักษณะที่ต่อเนื่องกันเพื่อคงไว้ซึ่งข้อมูลที่ได้รับและสามารถนำกลับมาใช้หรือระลึกเรื่องราว นั้นได้เมื่อต้องการ (Atkinson & Shiffrin, 1977) ความจำเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (dynamic process) มีส่วนเกี่ยวข้องกับสมองหลายส่วน ได้แก่ บริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe) หรือบริเวณสมองส่วนด้านข้าง (temporal lobe) และฮิปโปแคมปัส (hippocampus) การที่บุคคลจะสามารถเก็บความจำได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับสมาธิ ความตั้งใจ การหมั่นทบทวนข้อมูลนั้นอย่างสม่ำเสมอ (Nikolova, Demers, & Veland, 2007) ความจำจึงเป็นกระบวนการเชิงโครงสร้างเริ่มตั้งแต่การรับข้อมูล การบันทึกข้อมูล และการเรียกข้อมูลนั้นกลับมาใช้ได้ เป็นลักษณะที่มีต่อเนื่องกัน โดยความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งความจำระยะสั้นและความจำระยะยาว โดยความจำระยะสั้นสามารถเกิดขึ้นได้ กรณีที่เหตุการณ์เกิดขึ้นโดยบังเอิญหรือมีผู้สนใจ ทำให้เหตุการณ์เกิดขึ้นในขณะนั้น ส่วนความจำระยะยาวเป็นเหตุการณ์ที่สามารถเกิดขึ้นเป็นประจำและไม่ประจำของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การซื้อของในร้านขายของชำ โดยผู้ป่วยจะสามารถรำลึกเหตุการณ์ได้ เข้าและต้องมีการลำดับเหตุการณ์ไว้เท่านั้น โดยความจำระยะสั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยรำลึกเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันและจะส่งเสริมให้ฟื้นฟูความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ดีกว่า (Landgraf et al., 2011)

ปัญหาการบกพร่องด้านความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ย่อมส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของ McDerimid และ

Heinrichs (2002) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับความจำบกพร่อง มีระดับคุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับการพักผ่อน และด้านความสัมพันธ์ต่อครอบครัว และเพื่อนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องของความจำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tek และคณะ (Tek, Kirkpatrick, & Buchanan, 2001) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านความจำจะมีระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานต่ำกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีความบกพร่องด้านความจำ ความเสื่อมถอยของความจำส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความบกพร่องด้านความจำจะมีระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานต่ำกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีความบกพร่องด้านความจำ ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเมื่อประเมินด้วย The Rivermead memory test พบคะแนนความจำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Park & Holzman, 1992)

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่ามีหลายปัจจัยดังนี้ คือ อายุ (Ciocon & Potter, 1988) เพศ (Goldman-Rakic, 1992) ระดับการศึกษา (Stip & Lussier, 1996) อาชีพ (Goldman-Rakic, 1992) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (McDougall, 2002a). โรคประจำตัว (Meissner, 2001) การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (วนาพร หลอยกร, 2542; Ritch, Velligan, Tucker, Dicocco, & Maples, 2003) อาการทางบวกและอาการทางลบ (Aleman, Hijman, deHaan, & Kahn, 1999) ความเครียด (Goldman-Rakic, 1992) การใช้สารเสพติด

(Benaiges, Prat, & Adan, 2012) จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าปัญหาด้านความจำจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการของโรคทางจิต ซึ่งจะเห็นได้ว่าความจำมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพื่อช่วยให้เข้าใจปัญหาสามารถให้การช่วยเหลือ และพัฒนาแนวทางการดูแล ป้องกันความจำเสื่อมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Atkinson และ Shiffrin (1997) ที่กล่าวว่าความจำเป็นกระบวนการเชิงโครงสร้าง โดยเริ่มตั้งแต่การรับข้อมูลและการเรียกข้อมูลกลับมาใช้ได้เป็นลักษณะที่ต่อเนื่องกันเพื่อคงไว้ซึ่งข้อมูลที่ได้รับ และสามารถนำกลับมาใช้หรือระลึกเรื่องราวนี้ได้เมื่อต้องการ และจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวกและอาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด การใช้สารเสพติด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

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

### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ การใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวกและอาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

### วิธีดำเนินการวิจัย

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง ตามแนวทางการจำแนกโรคตาม ICD-10 (F20.0-F20.9) และมีการดำเนินโรคมานานกว่า 2 ปีขณะที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังตามแนวทางการจำแนกโรคและมีการดำเนินโรคมานานกว่า 2 ปีที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีวิธีคำนวณโดยใช้สูตรของทรอนไดร์ท (Thorndike, 1978) อ่างใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้  $N = 10k + 50$  ( $N =$  จำนวนกลุ่มตัวอย่าง  $k =$  จำนวนตัวแปรที่ศึกษา) แทนค่าด้วย  $N = (10 \times 9) + 50$  ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 140 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10 % ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Dillman,

2000) ในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 154 คน

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) มีดังนี้

1. มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยได้ตอบ พูดออกเสียง สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยการเซ็นยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีลักษณะอาการแสดงทางจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนขั้นรุนแรง เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น
2. มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย
3. มีอาการทางจิตกำเริบขณะสัมภาษณ์

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ให้เก็บข้อมูลระหว่างตุลาคม 2558 ถึงตุลาคม 2559 ผู้วิจัยขออธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์สิทธิประโยชน์และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์ ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้นและหากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถบอกเลิกได้ทันที

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ 3 ตัวแปร คือ เพศ อายุ ระยะการเจ็บป่วยและการใช้สารเสพติด มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพสมอง ฉบับภาษาไทย (MMSE: Thai version)** เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยนำมาจากการพัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 ข้อ มีค่าความเที่ยง .82

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง** เป็นแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (2550) เป็นแบบประเมินที่ใช้สอบถามอาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึกในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเที่ยง .85

**ส่วนที่ 4 แบบวัดระดับความรุนแรงของอาการทางบวกและอาการทางลบของโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย** ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) จำนวน 7 ข้อ มีค่าความเที่ยง .92

**ส่วนที่ 5 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (The Index of Independence in Activities of Daily Living หรือ Index of ADL)** ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เคลอเดีแอล จำนวน 10 ข้อ มีค่าความเที่ยง .78

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล นำเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนและได้รับอนุญาตให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้แล้วผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 5 พฤศจิกายน - 29 ธันวาคม 2558

4. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS มีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพ และข้อมูลการใช้สารเสพติด โดยการวิเคราะห์ค่าความถี่และร้อยละ

2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ความเครียด อาการทางบวก อาการทางลบ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ความเครียด อาการทางบวก อาการ

ทางทางลบ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความจำ (mean) จำแนกตามเพศ และการใช้สารเสพติดโดยใช้สถิติ t - test

### ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.6) มีอายุอยู่ในช่วง 31-50 ปี (ร้อยละ 35.8) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 49.4) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31.8) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.7) ระยะเวลาป่วยด้วยโรคจิตเภท 6-10 ปี (ร้อยละ 40.9) และส่วนใหญ่ใช้สารเสพติด 132 คน (ร้อยละ 85.71)

2. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่า

2.1 เพศ และการใช้สารเสพติด ไม่มีความเกี่ยวข้องกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการทางบวก อาการทางลบ ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.55, p < .001$ ;  $r = -.49, p < .001$ ;  $r = -.50, p < .001$ ;  $r = -.34, p < .001$  ตามลำดับ)

2.3 อายุ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ( $r = -.13, p = .101$ ;  $r = .15, p = .070$  ตามลำดับ)



**ตารางที่ 1** ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันแสดงความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเครียด อาการทางบวก อาการทางลบ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความจำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ สหสัมพันธ์ (r)	p - value	ระดับความ สัมพันธ์
อายุ	-.13	.10	ไม่มี
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.55	< .001	ปานกลาง
อาการทางบวก	-.49	< .001	ปานกลาง
อาการทางลบ	-.50	< .001	ปานกลาง
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.15	.070	ไม่มี
ความเครียด	-.34	< .001	ต่ำ

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความจำจำแนกตามเพศและการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

		จำนวน	mean	SD	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			

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้

#### 1. ความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

จากผลการศึกษาพบว่าความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความจำไม่ดีมีจำนวนทั้งหมด 82 คน คิดเป็นร้อยละ

53.2 อภิปรายได้ว่า จากการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาความจำส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 40-50 ปี มีสถานภาพโสดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง และป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลา 6-10 ปี ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Klapow และคณะ (1997) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีปัญหาเรื่องความจำโดยมีคะแนนจากแบบทดสอบ MMSE ต่ำ และกลุ่มผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในกิจกรรม

ชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องการสื่อสาร การจัดการทางการเงิน การเดินทาง การจับจ่ายซื้อสินค้า และการดูแลในการแต่งกาย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความจำกับคุณภาพชีวิตพบว่าระดับความจำบกพร่องมีระดับคุณภาพชีวิตด้านการนอนหลับและการพักผ่อน ด้านความสัมพันธ์ต่อครอบครัวและเพื่อนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีความบกพร่องของความจำและพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความจำบกพร่องระดับคุณภาพชีวิตต่ำ (McDermid & Heinrichs, 2002)

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ความเครียด อาการทางบวกอาการทางลบ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

**2.1 อายุ** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.13, p = .101$ ) ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ciocon และ Potter (1988) โดยพบว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความบกพร่องของจำจะรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น จากการศึกษาในระดับวิทยาลัยพบว่าความจำมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้นกล่าวคือ จะมีอุบัติการณ์ร้อยละ 10 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 50 (McDougall, 2002b) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดอายุอยู่ในช่วง 20 -59 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นระดับความจำของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงพบเพียงระดับปานกลาง

2.2 เพศ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศไม่มีความเกี่ยวข้องกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผลการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ragland และคณะ (Ragland, Yoon, Minzenberg, & Carter, 2007) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความจำโดยเพศหญิงมีแนวโน้มความจำต่ำกว่าเพศชายทั้งนี้อาจเนื่องมาจากถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยจะส่งผลต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาของเพศหญิงมากกว่าเพศชายในงานวิจัยต่างประเทศพบเพศหญิงมีปัญหาความจำมากกว่าเพศชาย ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง และมีความสนใจการดูแลสุขภาพ (Keltner & Johnson, 2002) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงยังมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชายอีกทั้งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายย่อมมีความสามารถในการที่จะปรับตัวเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเท่าเทียมกัน (วิลาสินี แผ้วชนะ, 2541) ดังนั้นในการศึกษานี้พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

**2.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับปานกลาง ( $r = -.55, p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานว่า ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กับความจำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gur และคณะ (2010) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียความจำเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการทางจิตที่อาศัยอยู่ในชุมชน



โดยไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นจะทำให้เกิดการสูญเสียความจำเพิ่มมากขึ้น

**2.4 อาการทางบวกจากการศึกษาครั้งนี้** พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับปานกลาง ( $r = -.49$ ,  $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับความจำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Aleman และคณะ (1999) พบว่า อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่สัมพันธ์กับคำพูด ความคิด ความจำ ทำให้เกิดความจำระยะสั้นสูญหายไป เช่นเดียวกับ Herbener และคณะ (Herbener, Rosen, Khine, & Sweeney, 2007) กล่าวว่าอาการทางบวกทำให้ผู้ป่วยขาดสติ มีการเผชิญหน้ากับปัญหาต่ำ (พิเชษฐ อดุมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์, 2552) อีกทั้งลักษณะอาการทางบวกยังเป็นลักษณะอาการที่แสดงออกถึงการมีอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทรมานทางใจของผู้ป่วยและส่งผลการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (Herbener et al., 2007) โดยที่ในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องความจำในแต่ละครั้งก็จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตที่ลดต่ำลงต้องพึ่งพิงแลเป็นภาระแก่คนอื่น (McDermid & Heinrichs, 2002; Tek et al., 2001)

**2.5 อาการทางลบจากการศึกษาครั้งนี้** พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับปานกลาง ( $r = -.50$ ,  $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานว่าอาการ

ทางลบเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความจำและจากการศึกษาของ Aleman และคณะ (1999) พบว่าการขาดความกระตือรือร้นไม่สนุกกับชีวิตแยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ชอบอยู่คนเดียว ทำให้ขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมหรือการกระตุ้นน้อยลง สมองจึงใช้งานน้อยลง หรืออาจไม่ได้ใช้งาน หากผู้ป่วยจิตเภทขาดการกระตุ้นเป็นเวลานานย่อมทำให้สมองฝ่อตามกฎการใช้และไม่ใช้งาน

**2.6 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ( $r = .15$ ,  $p = .070$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและไม่สอดคล้องกับ Goldman-Rakic (1992) ที่พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะช่วยบ่งบอกภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันทำให้คะแนนความจำแตกต่างกัน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานของการดำเนินชีวิตประจำวันและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างใกล้ชิดและส่งผลซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เมื่อทำให้ระบบประสาททำงานช้าลง การเคลื่อนไหวร่างกายจึงช้าลงด้วยดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้จะต้องใช้สมองคิดพิจารณาและวางแผนที่จะทำกิจกรรมหนึ่งแต่เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 31-50 ปีเป็นจำนวนมากถึง 95 คนซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังสามารถดูแลตนเองได้

**2.7 ความเครียด** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับต่ำ ( $r = -.34, p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานว่าความเครียดส่งผลกับความจำ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ Hausmann และFleischhacker (2002) พบว่า อารมณ์และจิตใจมีผลอย่างมากกับความจำ ฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ที่หลั่งในภาวะเครียดจะทำลายเซลล์ประสาทในสมองส่วนฮิปโปแคมปัสและฮิปโปทาลามัส ซึ่งมีผลต่อความจำและการปรับตัวต่าง ๆ ของร่างกาย

**2.8 การใช้สารเสพติด** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้สารเสพติดไม่มีความเกี่ยวข้องกับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มกาแฟร้อยละ 54.8 ซึ่งถือว่าเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Benaiges และคณะ (2012) ที่พบว่าจำนวนแก้วกาแฟที่ดื่มในแต่ละวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งนี้แม้ว่าในกาแฟมีสารคาเฟอีนซึ่งเป็นสารในกลุ่มแซนทีนแอลคาลอยด์ที่มีโครงสร้างคล้ายคลึงกับแอดิโนซีน (adenosine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่งในสมองโมเลกุลของคาเฟอีนสามารถจับกับตัวรับแอดิโนซีน (adenosine receptor) ในสมองและยับยั้งการทำงานของแอดิโนซีนได้ส่งผลให้มีการเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทโดพามีน (dopamine) นอกจากนี้พบว่าอาจจะมีการเพิ่มปริมาณของซีโรโทนิน (serotonin) (Fisone, Borgkvist & Usiello, 2004) ซึ่งทั้งสารสื่อประสาท

โดพามีนและซีโรโทนินมีความเกี่ยวข้องกับกลไกของความจำในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่การดื่มกาแฟเพียงเล็กน้อยคือดื่มน้อยกว่า 2 แก้วมาตรฐานเป็นปริมาณที่ไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย (พิชานันท์ ลิแก้ว, 2556) และพบว่ากาแฟในปริมาณดังกล่าวยังส่งผลดีต่อร่างกายคือช่วยลดอาการอ่อนเพลียเมื่อตื่นจากการพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้ร่างกายรู้สึกตื่นตัวกระปรี้กระเปร่า (Eaton & Mcleod, 1984) จากข้อมูลจำนวนแก้วของกาแฟที่ดื่มในแต่ละวันของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มกาแฟเพียง 1 - 2 แก้วมาตรฐานซึ่งเป็นปริมาณของกาแฟที่ส่งผลดีต่อร่างกาย (Garcia, Castillon, Munoz, Graciani, & Artalejo, 2014) ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีการวางแผนการพยาบาลที่พัฒนาฟื้นฟูความจำให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลต้องเจอสภาพแวดล้อมจำ บุคลากรผู้ป่วยด้วยกันเอง และสถานที่เดิม ๆ ในแต่ละวัน สิ่งเหล่านี้ส่งเสริมให้เกิดความเสื่อมถอยของความจำ

2. พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีการนำปัจจัยที่ส่งผลต่อความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังไปวางแผนจัดกิจกรรมที่ช่วยป้องกันและลดปัญหาความจำให้กับผู้ป่วยต่อไป

3. ควรมีการนำปัจจัยที่ได้ศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะความจำเสื่อมใน

ผู้ป่วยจิตเภทและช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้เป็นแรงผลักดันให้ประสบความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีใจเอื้อยยามในทันทีสำหรับการช่วยเหลือในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). *สถิติโรงพยาบาลจิตเวช*. รายงานประจำเดือน กองแผนงาน. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น. (2545). *แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2550). *Positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พิชานันท์ ลิแก้ว. (2556). *การดื่มกาแฟกับสุขภาพ*. เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม, 2556, จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/thai/knowledgeinfo.php?id=180>
- พิเชษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเตอร์ไพร์รต์นัศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาล-ศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนาพร หลอยกร. (2542). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา. สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- Aleman, A., Hijman, R., de Haan, E. H., & Kahn, R. S. (1999). Memory impairment in schizophrenia: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1358-1366. doi:10.1176/ajp.156.9.1358
- Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1977). Memory and cognition. In S. Worchel & W. Shebilsk (Eds.), *Psychology principles and application*. New Jersey: Prentice Hall.
- Benaiges, I., Prat, G., & Adan, A. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: Clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 106-128.
- Ciocon, J. O., & Potter, J. F. (1988). Age-related changes in human memory: Normal and abnormal. *Geriatrics*, 43(10), 43-48.

- Eaton, W. W., & Mcleod, J. (1984). Consumption of coffee or tea and symptoms of anxiety. *American Journal Public Health, 74*, 66-68.
- Fisone, G., Borgkvist, A., & Usiello, A. (2004). Review caffeine as a psychomotor stimulant: Mechanism of action. *Cellular and Molecular Life Science, 61*, 857-872.
- Garcia, L. E., Castillon, G. P., Munoz, L. L., Graciani, A., & Artalejo, R. F. (2014). Coffee consumption and health-related quality of life. *Clinical Nutrition, 33*, 143-149.
- Goldman-Rakic, P. S. (1992). The working memory. *Scientific American, 267*(3), 110-118.
- Gur, A. Y., Gücüyener, D., Korczyn, A. D., Üzüner, N., Gilutz, Y., Özdemir, G., et al. (2010). Cerebral vasomotor reactivity and dementia after ischemic stroke. *Acta Neurologica Scandinavica, 122*(6), 383-388. doi:doi:10.1111/j.1600-0404.2010.01323.x
- Hausmann, A., & Fleischhacker, W. W. (2002). Differential diagnosis of depressed mood in patients with Schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 83-96.
- Hasher, L., & 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.
- Herbener, E. S., Rosen, C., Khine, T., & Sweeney, J. A. (2007). Failure of positive but not negative emotional valence to enhance memory in schizophrenia. *Journal Abnormal Psychological, 116*(1), 43-55
- Keltner, N. L., & Johnson, V. (2002). Biological Perspectives. *Perspectives in Psychiatric Care, 38*(4), 157-159. doi:10.1111/j.1744-6163.2002.tb01566.x
- Klapow, J. C., Evans, J., Patterson, T. L., Heaton, R. K., Koch, W. L., & Jeste, D. V. (1997). Direct assessment of functional status in older patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 154*(7), 1022-1024. doi:10.1176/ajp.154.7.1022
- 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. *Public Library of Science One, 6*(10), 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0026140
- McDougall, G. J. (2002a). Memory improvement in assisted living elders. *Mental Health Nursing, 21*, 217-233.
- McDougall, G. J. (2002b). Memory improvement in octogenarians. *Applied Nursing Research, 15*, 2-10.
- McDermid Vaz, S. A., & Heinrichs, R. W. (2002). Schizophrenia and memory impairment: Evidence for a neurocognitive subtype. *Psychiatry Research, 113*(1-2), 93-105.

- Meissner, C. A., & Brigham, J. C. (2001). Thirty years of investigating the own-race bias in memory for faces: A meta-analytic review. *Psychology, Public Policy, and Law*, 7(1), 3-35.
- Nikolova, R., Demers, L., & Veland, S. (2007). Trajectories of Cognitive and Functional status in the frail order adults. *Achieves of Gerontology and Geriatric*, 14, 1-4.
- Park, S., & Holzman, P. S. (1992). Schizophrenics show spatial working memory deficits. *Archives of General Psychiatry*, 49(12), 975-982.
- Ragland, J. D., Yoon, J., Minzenberg, M. J., & Carter, C. S. (2007). Neuroimaging of cognitive disability in schizophrenia: Search for a pathophysiological mechanism. *International review of psychiatry*, 19(4), 417-427. doi:10.1080/09540260701486365
- Ritch, J. L., Velligan, D. I., Tucker, D., Dicocco, M., & Maples, N. J. (2003). Prospective memory in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60(1), 180.
- Stip, E., & Lussier, I. (1996). The Heterogeneity of Memory Dysfunction in Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41(7), 14-20. doi:10.1177/070674379604100703
- Tek, C., Kirkpatrick, B., & Buchanan, R. W. (2001). A five-year follow up study of deficit and non-deficit schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 49(3), 253-260.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Retrieved April 25, 2016, from [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/)