



## ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา Predicting factor of remission in persons with schizophrenia, Srithaya Hospital

รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ \*

Rattiyaporn Benjehma \*

รัชนีกร อุปเสน \*\*

Ratchaneekorn Upasen \*\*

### บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นปัญหาทางจิตเวชสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงและเรื้อรัง อย่างไรก็ตามการรักษา โรคจิตเภทก็มีความก้าวหน้าขึ้นอย่างมาก ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถรักษาให้อาการทางจิตสงบได้มากขึ้น การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 220 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง โดยสามารถเขียนสมการถดถอยโลจิสติกได้ ดังนี้ Predicted logit (อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท) =  $-13.066 + 0.130 * (\text{การหยั่งรู้สภาพของตนเอง}) + 0.071 * (\text{ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา}) + 0.325 * (\text{การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด})$  สามารถร่วมกันทำนายตัวแปรตามได้ ร้อยละ 46.8 ดังนั้นการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นปัจจัยที่พยาบาลควรส่งเสริมเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ

**คำสำคัญ:** อาการสงบ ผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยทำนาย

### Abstract

Schizophrenia is one of the major issue on psychiatric problems. The effect of schizophrenia is usually severe and chronic, however the current treatment has been advanced so that many symptoms can be managed easier. The purpose of this descriptive research was to determine

\* วิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

\* Registered Nurse Practitioner Level, Srithanya Hospital, o\_numphueng\_o@hotmail.com

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* Assistant Professor Faculty of nursing, Chulalongkorn University

วันที่รับบทความ 9 เมษายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 7 มกราคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 31 พฤษภาคม 2562

predictors of remission in persons with schizophrenia. The factors predicting variables were gender, duration of untreated psychosis, duration of illness, cognitive insight, medication adherence, highly-expressed emotion in family, and cognitive function. Subjects were persons with schizophrenia treated as in-patients and out-patients in Srithanya Hospital chosen purposively. A total of 220 patients were equally divided into two groups: remission and non-remission. The research instruments were demographic interview, The Beck Cognitive Insight Scale, medication adherence behavior questionnaire, The Level of Expressed Emotion, and Thai Mini-Mental State Examination. Data were analyzed by logistic regression.

The result was that factors predicting of remission in schizophrenic patients include three variables could significantly at the .05 levels were namely, cognitive function, medication adherence and cognitive insight. The logistic response formula were: Predicted logit (remission in persons with schizophrenia) =  $-13.066 + 0.130*(\text{insight}) + 0.071*(\text{medication Adherences}) + 0.325*(\text{cognitive function})$ . These predictors were accounted for 46.8 percent. Thus, medication adherence and cognitive function are factors that persons with schizophrenia should have and be promoted by the nurse in order to make progress in their remission of symptom.

**Keywords:** *remission, schizophrenia, predicting factor*

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยที่เรื้อรังของโรคจิตเภททำให้เกิดความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าของการรักษาทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย สามารถควบคุมให้อาการทางจิตสงบและใช้ชีวิตตามปกติได้มากขึ้น (Lieberman & Kopelowicz, 2002) จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปจึงมีการจัดตั้ง The Remission in Schizophrenia Working Group : RSWG โดยมีการกำหนดเกณฑ์ของอาการสงบ เพื่อให้เกิดมาตรฐานการประเมินในด้านอาการให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (Andreasen, Carpenter Jr, Kane, Lasser, Marder, & Weinberger, 2005) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในด้านการประเมินผลการรักษาและการศึกษาวิจัย โดยเกณฑ์อาการสงบของโรคจิตเภท มี 2 ประการ คือ 1) ระดับความรุนแรงของอาการโรคจิตหลัก (core psychotic symptoms) ลดลง ถึงระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับเล็กน้อย (mild)

และ 2) การลดลงของอาการคงอยู่นานติดต่อกันเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสำคัญต่อการลดโอกาสเกิดพยาธิสภาพที่ถาวรและอันตรายจากอาการของโรค ลดความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ ทำให้เกิดความพร้อมสำหรับการบำบัดด้านจิตสังคม การศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติงาน จัดระบบบริการ และพัฒนาองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากผลกระทบของความเจ็บป่วย มีอาการสงบ และนำไปสู่การฟื้นตัวด้านสังคม ด้านการทำหน้าที่ และฟื้นตัวจากโรคจิตเภทได้อย่างสมบูรณ์ สามารถอยู่ร่วมกับ การเจ็บป่วยได้อย่างสร้างสรรค์นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า มีความหมาย และบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้ในที่สุด

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กับอาการสงบในผู้ป่วยจิตเภท

## สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรทั้ง 7 ตัว ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด สามารถทำนายอาการสงบในผู้ป่วยจิตเภทได้

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดของ The Remission in Schizophrenia Working Group : RSWG (Andreasen et al., 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกปัจจัยที่น่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกณฑ์อาการสงบของโรคจิตเภทมีองค์ประกอบหลัก 2 ประการ คือ ระดับความรุนแรงของอาการโรคจิตหลัก (core psychotic symptoms) ลดลงถึงระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับเล็กน้อย (mild) และการลดลงของอาการคงอยู่ยาวนานติดต่อกันเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทประชากรในการวิจัย คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีบุญญา มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 2 ปี

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีบุญญา ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 - 59 ปี มีระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป อยู่ในสถานะที่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 10 เท่าของจำนวนตัวแปร (Lawley & Maxwell, 1971) และเพื่อป้องกันข้อมูลตกหล่นสูญหายจึงเก็บรวบรวมข้อมูลเกินกว่าที่กำหนดไว้ร้อยละ 30 ขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 220 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลผู้รับบริการทุกรายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7 มกราคม 2562 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2562

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการสงบ คือ แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale) ในหัวข้อที่เป็นอาการทางจิตโดยตรง (Andreasen et al., 2005) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .80 ค่าความเชื่อมั่น .95

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

2.2 แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (The Beck Cognitive Insight Scale: BCIS) ที่สร้างและพัฒนาโดย Beck, Baruch, Balter, Steer, & Warman (2004) แปลโดย Ketchai, Sitthimon-gkol, Vongsirimas, and Petrasuwan (2012) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .86 ค่าความเชื่อมั่น .75

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือใน

การรักษาด้วยยา พัฒนาโดย Washiradilok (2006) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) และปรับปรุงโดย Uthaiphan (2013) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .95 ค่าความเชื่อมั่น .80

2.4 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ในครอบครัว พัฒนาโดย Cole and Kazarian (1988) จากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) แปลโดย Sukthong (2011) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .92 ค่าความเชื่อมั่น .93

2.5 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination [TMSE]) พัฒนาขึ้น จากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (Mini mental state examination [MMSE]) (Marshal et al., 1975) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองของไทย (Train The Brain Forum Committee, 1993) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 1 ค่าความเชื่อมั่น .80

#### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีรัชญา เลขที่ ใบรับรอง STY.CO.A 013/2561 และมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ขออนุญาตก่อนเข้าพบ แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ และการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์จำนวน และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล

วิเคราะห์ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูล วิเคราะห์ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

#### ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท จากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 220 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 55 และ ร้อยละ 45 ตามลำดับ) ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี สถานภาพสมรส โสด มากที่สุด (ร้อยละ 73.6) รองลงมาเป็นสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 15.9) ระดับการศึกษา อยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 25) ส่วนอาชีพพบว่าประกอบอาชีพที่มีรายได้ มากที่สุด (ร้อยละ 43.6) รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่ได้รับผิดชอบงานบ้าน (ร้อยละ 24.1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38.85 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดคือวัยกลางคน 41 - 45 ปี (ร้อยละ 17.7)

สำหรับระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด แสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วยคือ 12.69 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุดคือ 43 ปี กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการหยั่งรู้สภาพอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 6.85$ , S.D. = 7.2) มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องสูง ( $\bar{X} = 50.95$ , S.D. = 8.69) การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 35.45$ , S.D. = 15.21) การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด อยู่ในระดับปกติ ( $\bar{X} = 26.12$ , S.D. = 3.57)

การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่มีความสัมพันธ์ กันสูงเกินไป ( $r \geq 0.8$ ) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

(Logistic Regression Analysis) ที่กำหนดว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาวิเคราะห์จะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันมากเกินไป (Multicollinearity) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ	1.000						
2. ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา	-.022	1.000					
3. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.116	.026	1.000				
4. การหยั่งรู้สภาพของตนเอง	.177**	-.002	.111	1.000			
5. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	.165*	-.013	.116	.343**	1.000		
6. การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว	.192**	.043	.065	.302**	.420**	1.000	
7. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	.215**	.130	-.048	.139*	.168*	.182**	1.000

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (2-tailed)

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2-tailed)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร วิธี Forward Stepwise (LR) ระหว่างปัจจัยทำนายกับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยทำนาย	$\beta$	SE	Wald's $\chi^2$	df	p	odds ratio
ค่าคงที่	-13.066	2.159	36.628	1	.000	.000
การหยั่งรู้สภาพของตนเอง	.130	.032	16.324	1	.000	1.139
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	.071	.022	10.590	1	.001	1.074
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	.325	.065	25.367	1	.000	1.385

-2 Log likelihood = 209.761, Hosmer and Lemeshow: Chi-square = 4.806 df = 8 sig = .778

Cox&Snell R2 = .351, Nagelkerke R2 = .468

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่า มีเพียง 3 ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ในขณะที่เพศหญิง

และการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว ไม่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ จากการพิจารณาความสัมพันธ์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.385 เท่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ และ

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.074 เท่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการหยั่งรูลสภาพของตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.139 เท่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ โดยสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

$$\text{Predicted logit(อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท)} = -13.066 + 0.130 * (\text{การหยั่งรูลสภาพของตนเอง}) + 0.071 * (\text{ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา}) + 0.325 * (\text{การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด})$$

โดยสมการสามารถทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละ 46.8

### การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติโลจิสติกวิธี Forward Stepwise (LR) มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรูลสภาพของตนเอง

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กรณีที่ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ให้คงที่ จะมีโอกาสอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.385 เท่า (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับ Robinson, Woerner, McMeniman, Mendelowitz, and Bilder (2004) ที่พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเป็นปัจจัยทำนายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบ และยังสามารถทำนายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ฟื้นตัวด้านสังคม และฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้อีกด้วย การศึกษาของ Wunderink, Sytema, Nienhuis, and Wiersma (2008) ก็พบว่าความบกพร่องของสมรรถภาพสมองเป็นปัจจัยทำนายอาการไม่สงบและยังสามารถทำนายความบกพร่องของการทำหน้าที่ได้อีกด้วย สอดคล้องกับ Kopelowicz, Liberman, Ventura, Zarate, and Mintz (2005)

ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่อาการสงบและ

ฟื้นตัวได้ มีระดับของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่สูงกว่ากลุ่มที่อาการไม่สงบและฟื้นตัวไม่ได้ แต่ทั้งสองกลุ่มก็ยังมีระดับของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ต่ำกว่าในบุคคลทั่วไป อภิปรายได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดดีส่งผลต่อการคิดวิเคราะห์ทำความเข้าใจ การตรวจสอบว่าประสบการณ์ที่ตนพบนั้นเป็นอาการของโรคจิตเภทหรือเป็นความจริง และส่งผลต่อความร่วมมือและค้นหาแนวทางการรักษา Saengpak, Tungpunkom, and Kitsumban (2005) การเรียนรู้เพื่อจัดการกับอาการของตนเอง ตลอดจนเรียนรู้ทักษะอื่นๆ ที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดอาการสงบได้ สอดคล้องกับ Rosen and Garety (2005) ที่พบว่าความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ทำให้ความสามารถในการค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ตนเองอาการสงบและความสามารถในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ น้อยกว่า นอกจากนี้ผู้ที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ไม่ดีอาจบ่งบอกถึงความรุนแรงและเรื้อรังของโรค ความบกพร่องของพัฒนาการทางสมองที่ซ่อนอยู่ ซึ่งส่งผลต่อการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีอีกด้วย

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น 1 จะมีโอกาสอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.074 เท่า (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kanchanarak (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีมักไม่ป่วยซ้ำ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดีจะมีการป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับ Novick, Haro, Suarez, Vieta, and Naber, (2009) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในขณะที่กลุ่มที่อาการไม่สงบนั้นพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้อาการทางจิตกำเริบและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช คือการขาดยาและขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง (Kane, 2007) อภิปรายได้ว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ยาต้านอาการทางจิตสามารถไปจัดการกับสาเหตุของอาการทางจิตโดยตรงได้ (Novick et al., 2009) ความล้มเหลวของความร่วมมือในการรักษาด้วยยานั้น ส่งผลต่อ

พยาธิสภาพ การป่วยซ้ำ สัมพันธภาพ ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงจากอาการทางจิตและคุณภาพชีวิต (Lieberman & Kopelowicz, 2002)

การหยั่งรู้สภาพของตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีการหยั่งรู้สภาพของตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.139 เท่า (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับ Cannavo, Minutoli, Battaglia, and Aguglia (2016) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบนั้น มีระดับของการหยั่งรู้สภาพของตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่อาการสงบ และการหยั่งรู้สภาพของตนเองยังสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาที่จะนำไปสู่การฟื้นตัวได้ สอดคล้องกับ Smith, Hull, Huppert, Silverstein, Anthony, and McClough (2004) ที่พบว่าการหยั่งรู้สภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับของอาการทางจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการสงบอีกด้วย อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตซึ่งส่งผลต่อความคิดและการรับรู้เกิดขึ้น ผู้ที่มีการสะท้อนดูตนเองมากกว่าจะทำให้มีโอกาสในการมีอาการสงบได้มากกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะทำให้การวิเคราะห์พิจารณาน้อยกว่าว่าประสบการณ์ที่ตนพบเจอไม่ใช่สิ่งที่เป็นจริงทั้งหมดแต่เป็นอาการของโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่มีการหยั่งรู้สภาพของตนเองสูงกว่า จะเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ เห็นความจำเป็นและร่วมมือในการรักษาเพื่อต่อสู้กับอาการทางจิตได้มากกว่า (Resnick, Rosenheck, & Lehman, 2004) ทำให้สามารถเรียนรู้ที่จะหาแนวทางการดูแลจัดการกับอาการของตนเองได้

ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วย

เพศ อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละเพศเปลี่ยนแปลงไปมีความใกล้เคียงกันมากขึ้น เพศชายก็ต้องพึ่งพาตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่วนเพศหญิงก็ต้องดิ้นรนในการหาปัจจัยยังชีพไม่ต่างจากเพศชาย สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Damruk (2002) ที่ศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะเนื่องจากเพศชายและเพศหญิงในปัจจุบันมีวิถีการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน

การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว จากผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.4) ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างกันอย่างชัดเจน เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา การใช้การสัมภาษณ์สอบถามย้อนไปถึงการมีอาการทางจิตครั้งแรกจนกระทั่งมีการรักษาครั้งแรก อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจดจำได้หรืออาจเข้าใจผิดว่าหมายถึงระยะเวลาของการป่วยทางจิตได้ เนื่องจากระยะเวลาที่ต้องผ่านอย่างน้อย 2 ปี ในกลุ่มตัวอย่างทุกราย และเมื่ออาการทางจิตกำเริบครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างเองอาจมีความจำในช่วงนั้นที่รางเลือนกว่าช่วงปกติทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ และการข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนก็ไม่สามารถยืนยันได้ถึงการรักษาครั้งแรก เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีบุญญานั้นมักไปรับการรักษาที่อื่นมาก่อนแล้ว นอกจากนี้การแบ่งช่วงในแบบสัมภาษณ์ยังค่อนข้างมีความแตกต่างกันในแต่ละชั้นอีก

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การใช้การสัมภาษณ์สอบถามย้อนไปถึงระยะเวลาการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างอาจจำไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน เพราะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อสมอง (Wyatt, 1991) และนอกจากอาการของโรคแล้ว ความเจ็บป่วยยังทำให้ทักษะทางเชาวน์ปัญญาและสังคมลดลงอีกด้วย (Seo, Ahn, Byun, & Kim, 2007) และกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งก็มีการรักษาที่หลากหลายทำให้ข้อมูลที่พบในเวชระเบียนอาจไม่ใช่ข้อมูลระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่แท้จริง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ดี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง เป็นปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจึงควรให้กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมปัจจัยดังกล่าว รวมถึงการให้ความรู้ในการส่งเสริมแก่ผู้ดูแลหรือบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การส่งเสริมแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการให้ความรู้กับตัวผู้ป่วยเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการของตนเอง ได้ทำให้อาการสงบได้อย่างต่อเนื่อง เกิดการรับผิดชอบต่อตนเอง การมีพลังอำนาจในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะในด้านอื่น ๆ ทำให้เกิดการใช้ชีวิตอย่างอิสระและเกิดการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้ในที่สุด

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาซ้ำโดยควบคุมคุณภาพของเครื่องมือเพื่อให้ผลการศึกษามีความแม่นยำ และเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะทำนายอาการสงบได้
2. การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาที่อาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยที่อาการสงบบางรายอาจยังมีคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ไม่ดีเท่าที่ควร เช่นแม้อาการจะสงบแต่ผู้ป่วยยังคงแยกตัว ใช้ชีวิตอย่างพื้พอง จึงควรมีการศึกษา

โดยเพิ่มเติมองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เป็นผลลัพธ์ในการรักษาที่ต้องการ เช่น เพิ่มองค์ประกอบของการเข้าสังคม การทำหน้าที่ เป็นต้น

3. ควรเพิ่มพื้นที่ในการศึกษา เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความต่าง หรือเพิ่มการสุ่มพื้นที่แล้วนำมาศึกษาร่วมกัน และใช้การสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเพิ่มความสามารถในการขยายผลการวิจัย

4. เกณฑ์อาการสงบของ RSWG มีความน่าเชื่อถือ มีการนำไปอ้างอิงและศึกษาอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ เป็นเกณฑ์ที่ใช้ง่าย มีความสะดวกรวดเร็วในการประเมิน สามารถนำมาใช้ได้จริงในการปฏิบัติงานในประเทศไทย สามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือ PANSS-T 8 ข้อ และ BPRS 7 ข้อได้ สามารถนำมาเป็นเกณฑ์ในการวางแผนการรักษา เกณฑ์ในการกำหนดผลลัพธ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของโรคจิตเภท อันจะนำไปสู่การพัฒนาการรักษาและการวิจัยที่น่าเชื่อถือ

5. ควรมีการศึกษาโปรแกรมที่ส่งเสริมให้เกิดการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง เพื่อให้การพยาบาลที่ส่งเสริมปัจจัยดังกล่าวซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบได้

### เอกสารอ้างอิง

- Andreasen, N. C., Carpenter Jr., W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The beck cognitive insight scale. *Schizophrenia Research*, 68(2), 319-329.
- Cannavo, D., Minutolo, G., Battaglia, E., & Aguglia, E. (2016). Insight and recovery in schizophrenic patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical*, 20(2), 83-90.
- Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. *Journal Psychology*, 44(3), 392-397.
- Damruk, P. (2002). *A study of being healthy of community psychiatric patients in three Southern Border Provinces* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)

- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Iris Medication Journal*, 92(6), 1-3.
- Kanchanarak, O. (2002). *Factors predicting medication adherence behavior of schizophrenic patients in community* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Ventura, J., Zarate, R., & Mintz, J. (2005). Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia. *Psychological medicine*, 35(8), 11-65.
- Kane, J. M. (2007). Treatment adherence and long-term outcomes. *CNS Spectrums*, 12(17), 21-26.
- Ketchai, S., Sitthimongkol, Y., Vongsirimas, N., & Petrasuwan, S. (2012). Predictors of depressive symptoms in individual with f-episode schizophrenia. *Journal of Nursing Science*, 30(4), 90-101. (In Thai)
- Lawley, D. N., & Maxwell, A. E. (1971). *Factor analysis as a statistical method*. London: Butterworth & Co.
- Left, P. J., & Vaughn, C. E. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 43-44.
- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: A challenge for the 21<sup>st</sup> century. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 245-255.
- Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Vieta, E., & Naber, D. (2009). Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the schizophrenia outpatients health outcomes (SOHO) study. *Schizophrenia Research*, 108(1-3), 223-230.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540-547.
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., McMeniman, M., Mendelowitz, A., & Bilder, R. M. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3), 473-479.
- Rosen, K., & Garety, P. (2005). Predicting recovery from schizophrenia: a retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 735-750.
- Seo, J. M., Ahn, S., Byun, E. K., & Kim, C. K. (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), 317-326.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Huppert, J. D., Silverstein, S. M., Anthony, D. T., & McClough, J. F. (2004). Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *Journal of Psychiatric Research*, 38(2), 169-176.
- Saengpak, C., Tungpunkom, P., & Kitsumban, V. (2017). Effect of the adherence therapy on medication adherence among persons with schizophrenia in community. *Nursing Journal*, 44(1), 137-148. (In Thai)

- Sukthong, K. (2011). *Effects of family group psychoeducation on burden and high expressed emotion in caregivers of schizophrenic patients in community* (Master's thesis), Chulalongkorn University. (In Thai)
- Train The Brain Forum Committee. (1993). Thai mental state examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette*, 45(6), 359-374. (In Thai)
- Uthaiphan, R. (2013). The effect of group motivational interviewing on medication compliance of schizophrenic patients in community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(1), 136-148. (In Thai)
- Wyatt, R. J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(2), 325.
- Washiradilok, P. (2006). *Effectiveness of motivation interviewing and cognitivebehavioral therapy for treatment compliance in schizophrenia* (Master's thesis), Khon Kaen University. (In Thai)
- Wunderink, L., Sytema, S., Nienhuis, F. J., & Wiersma, D. (2008). Clinical recovery in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 362-369.