



# ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัวและการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

## The Relationship between Social Cognition, Communicative Behavior in Family and Social Functioning in Schizophrenia Patients

สุภาพร ไม้พุทธร\*, ชนกฤทัย ชื่นอารมณ\*

Supaporn Phaiphut\*, Chanokruthai Choen-arom\*

\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\* Faculty of Nursing, Khon Kaen University

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

**วิธีการศึกษา** การศึกษาเชิงวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 62 คนที่มารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจิตเวชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสองแห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) แบบสอบถามเพื่อคัดกรองการรู้คิดทางสังคม (Social Cognition Screening Questionnaire : SCSQ) แบบประเมินการรับรู้อารมณ์ (The Face Test) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัว (Family Communication Behaviour Assessment) และแบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต (Living Skills Assessment : LSD 30) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไบเซเรียล และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุตัวแปร

**ผลการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (69.4%) อายุเฉลี่ย 42.2 ปี ส่วนใหญ่มีความบกพร่องของการรู้คิดทางสังคมในทุกด้าน การรู้คิดทางสังคมด้านการอนุมานแบบแผน ( $b = 3.472$ ,  $p = 0.008$ ) และความรุนแรงของอาการทางจิต ( $b = -1.244$ ,  $p = 0.001$ ) สามารถร่วมกันทำนายคะแนนทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 25.9 ( $R^2 = .259$ ) อย่างไรก็ตาม การศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรู้คิดทางสังคมกับพฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัว ( $r = .033$ ,  $p = 0.796$ ) และพบว่าอาชีพเป็นตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ( $r = .252$ ,  $p < 0.05$ )

**สรุป** ความรุนแรงของอาการทางจิต และการรู้คิดทางสังคมโดยเฉพาะการอนุมานแบบแผนสามารถทำนายคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่มีอาการทางจิตระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ ก็มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรเน้นการฝึกทักษะการจัดการอาการทางจิตของตนเอง และการอนุมานแบบแผน เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพและดำรงชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้

**คำสำคัญ** การรู้คิดทางสังคม การสื่อสารในครอบครัว การทำหน้าที่ทางสังคม วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 45-58

Corresponding author: สุภาพร ไม้พุทธร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น e-mail: supaph@kku.ac.th

วันรับ : 6 กรกฎาคม 2564 วันแก้ไข : 16 กันยายน 2564 วันตอบรับ : 17 กันยายน 2564

## Abstract

**Objective:** To examine the relationship among social cognition, family communication behavior, and social functioning in schizophrenic patients

**Methods:** The analytical study with predictive correlational design. Study samples were 62 schizophrenic patients who came to receive service at the inpatient and outpatient departments of two psychiatric hospitals in the northeastern region. Data collection tools include personal demographic record, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Social Cognition Screening Questionnaire (SCSQ), The Face Test, Family Communication Behaviour Assessment, and Living Skills Assessment (LSD 30). The data were analysed using descriptive statistics, Pearson correlation, Biserial correlation and multiple regression.

**Results:** The majority of samples were male (69.4%) with average age of 42.2 years. Most of them demonstrated deficits in every aspect of social cognition. Schematic inference ( $b = 3.472$ ,  $p = 0.008$ ) and severity of psychiatric symptoms ( $b = -1.244$ ,  $p = 0.001$ ) were jointly predicted 25.9 ( $R^2 = .259$ ) variance of the psychiatric patients' social functioning scores. This study, however, did not find the significant relationship between social cognition and family communication behaviour ( $r = .033$ ,  $p = 0.796$ ). The only demographic variable found to be significantly related to the social functioning was the occupation ( $r = .252$ ,  $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Severity of symptoms and social cognition, schematic inference dimension of social cognition to be specific, together can predict the social functioning score of the psychiatric patients who have mild to moderate psychiatric symptoms. Also, the ability to engage in occupations is significantly related to the social functioning score. The therapeutic care of this group of patients should focus on the training of symptom management and schematic inference skills in order to decrease the likelihood of disability and increase the chance of building social relationships and living the life as part of the community.

**Keywords:** Social cognition, Family communication behavior, Social functioning  
J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 45-58

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถพัฒนาไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุก 7 ต่อ 1,000 คนในประชากรวัยผู้ใหญ่โดยโรคจิตเภทถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 20 โรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ ตามดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years; DALY's) ของประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยร้อยละ 5.8 ในเพศชาย และร้อยละ 3.4 ในเพศหญิง<sup>1</sup> ในด้านพยาธิสภาพนั้น ความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมในผู้ป่วยจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยเฉพาะในช่วง 5-10 ปีแรก ซึ่งแต่ละครั้งที่อาการกำเริบจะมีอาการหลงเหลือ ทำให้พยาธิสภาพเรื้อรังสะสม จนส่งผล ให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและการใช้ชีวิตในสังคมในที่สุด<sup>2</sup> เมื่อมีอาการหลงเหลือมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อการรักษาลดลง และอาการทางจิตกำเริบถี่ขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 70<sup>3</sup>

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างชัดเจน และเป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษา เนื่องจากเข้าสังคมและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตและมีสุขภาพจิตที่ดี ในปัจจุบันได้มีคำอธิบายจากแง่มุมของการทำหน้าที่สมอง ว่าความสามารถในการเข้าสังคมของบุคคลเกี่ยวข้องกับสมองส่วนรู้คิดโดยเฉพาะหน้าที่ด้านบริหารจัดการ (executive function) ซึ่งหนึ่งในพยาธิสภาพสำคัญของโรคจิตเภทก็คือความผิดปกติด้านการรู้คิด (cognitive dysfunction) นั่นเอง และถึงแม้ว่าการฟื้นฟูการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการฝึกการรับรู้และการคิดได้ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็เป็นการฝึกกระบวนการรู้คิดโดยทั่วไป ที่เน้นการรับรู้ จำได้ และการเชื่อมโยงตรรกะ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยจิตเภท ได้หันมาให้ความสำคัญกับความสามารถด้านการรู้คิดทางสังคม (social

cognition) ซึ่งประกอบ ด้วย การรับรู้บริบทของสังคม การตีความความคิดหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น การคาดเดาความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้ การเห็นอกเห็นใจ และแปลความหมายการกระทำของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการบำบัดรูปแบบนี้ มีความเฉพาะเจาะจงในการฟื้นฟูทักษะการรู้คิด โดยเฉพาะในบริบทด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

Green และคณะ<sup>4,5</sup> ให้ความหมายของการรู้คิดทางสังคม ว่าประกอบด้วย การรับรู้อารมณ์ (emotional perception) การเข้าใจกฎเกณฑ์ทางสังคมหรือการอนุมานแบบแผน (social perception and social rules/schematic inferences) การเข้าใจใจ ความคิดความรู้สึกของคนอื่น หรือทฤษฎีของจิต (theory of mind) และความมีอคติในการเข้าใจพฤติกรรมของผู้อื่น (attributional style) และจาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับคะแนนการรู้คิดทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ ความสามารถและทักษะในการเข้าสังคมของผู้ป่วยจิตเภท และยังเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย<sup>6,7</sup> ( $\beta = -.085, p=0.02$ ) ซึ่งสอดคล้องกับอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรู้คิดทางสังคมบกพร่องว่ามักมีปัญหาปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่นและแยกตัวจากสังคม นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมา ยังพบปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท คือ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย<sup>8,9</sup> อาชีพ และอาการทางจิต<sup>10</sup> ทั้งนี้ ปัจจัยด้านการสื่อสารในครอบครัว เป็นอีกสิ่งหนึ่ง ที่มักพบว่าส่งผลต่อการฟื้นฟูและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยพฤติกรรมการสื่อสาร ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจัดอยู่ในระดับที่ 'ไม่ดี'<sup>11,12</sup> และมักเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำ

เป้าหมายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติ สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ พยาบาลจึงมุ่งเน้นการสร้างทักษะในการดูแลตนเอง และการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย

รวมทั้งขนาดอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ นี้จะสามารถช่วยให้วางแผนการพยาบาลได้อย่างมีทิศทาง ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากเป็นการศึกษาแบบแยกส่วนและการศึกษาเรื่องการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีไม่มาก การศึกษาครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างตัวแปร

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชสองแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 18 ถึง 60 ปี 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท 3) ไม่ได้อยู่ในช่วงที่ อาการกำเริบ และไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรงโดยประเมินจากคะแนน BPRS ไม่เกิน 36 คะแนน 4) สามารถพูดคุย สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก คือ 1) มีโรคทางสมอง มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง หรือมีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะ ที่ทำให้หมดสติและชัก 2) เป็นผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมเป็นโรคติดเชื้อ หรือติดเชื้อเรื้อรัง 3) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าภายใน 2 เดือน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 62 คน คำนวณโดยใช้สูตรการกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับ linear regression: R program (Hsieh, Bloch, & Larsen, 1998) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) ที่ .05 และขนาดความ

สัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรระดับปานกลาง

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ของ Overall & Gorham นำมาแปล เป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์<sup>13</sup> จำนวน 18 ข้อ มีค่าคะแนนได้ตั้งแต่ 18-126 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่จากไม่มีอาการเลยเป็น 0 จนถึงอาการรุนแรงมากเป็น 7 คะแนน และถ้ามีคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีอาการทางจิตที่รุนแรงมาก มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรู้คิดทางสังคม ประกอบด้วย แบบประเมิน 2 ชุดคือ

- 1) แบบสอบถามเพื่อคัดกรองการรู้คิดทางสังคม (Social Cognition Screening Questionnaire : SCSSQ) ที่พัฒนาขึ้นโดย โรเบิร์ต และคณะ<sup>14</sup> เป็นแบบสอบถามที่วัดการรู้คิดทางสังคม 4 ด้าน คือ ทฤษฎีของจิต (theory of mind), การอนุมานแบบแผน (schematic inference), การมีอคติไปในทางก้าวร้าว (hostility bias) และ ความทรงจำจากการบอกเล่า (verbal memory) มีผลคะแนนรวมได้ตั้งแต่ 0 ถึง 29 คะแนน โดยคะแนนที่มากกว่า หมายถึง ระดับการรู้คิดทางสังคมที่ดีกว่า ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคแปล แบบย้อนกลับ (back translation) และปรับเนื้อหาคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) ได้คะแนนระหว่าง 0.7 -1 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.7

2) แบบประเมินการรับรู้อารมณ์ (The Face test) พัฒนาโดย Baron-Cohen et al. และแปลเป็นภาษาไทยโดย ธรรมชาติ เจริญบุญ<sup>15</sup> ใช้วัดการรู้คิดทางสังคมด้านการรับรู้อารมณ์ เป็นแบบทดสอบที่ประกอบด้วยภาพใบหน้าคนที่แสดง อารมณ์พื้นฐานจำนวน 10 รูป และอารมณ์ที่ซับซ้อนอีก 10 รูป มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน โดยคะแนนที่สูงหมายถึง มีการรับรู้อารมณ์ที่ดี ทดสอบค่า internal consistency เท่ากับ 0.62 และค่า test-retest reliability ด้วย intraclass correlation เท่ากับ 0.85<sup>16</sup>

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว (Family Communication Behaviour Assessment) พัฒนาโดย ชินนานา จิตตารมณ<sup>17</sup> โดยใช้แนวคิดของกอร์ดอน มีจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วยพื้นฐานความเข้าใจของบุคคล การฟังอย่างตั้งใจ การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-112 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพดี โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมิน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.7-1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSD 30)<sup>18</sup> เพื่อใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาโดยนายแพทย์ พิทักษ์พล บุญยมาลิก และคณะประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านสุขภาพอนามัยส่วนตัว ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน ทักษะด้านการผ่อนคลาย และทักษะด้านการหางานเพื่อหาเลี้ยงชีพ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.94 มีผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมิน

## การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัคร

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE621196

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS version 26 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการทางจิต การรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล การรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการสื่อสาร ในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (point biserial correlation coefficients) และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation)

3. อำนาจการทำนายของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล การรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการสื่อสาร ในครอบครัว ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบเป็นขั้นตอน (step wise)

## ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 62 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (69.4%) มีสถานะโสด (59.7%) อายุเฉลี่ย 42 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (60%) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (67.7%) ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีระยะ เวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (75%) และมีความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับปกติ (75%) คือ คะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนของตัวแปรหลักในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรู้คิดทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 15.4 คะแนนการรับรู้อารมณ์เฉลี่ย

เท่ากับ 13.9 คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 99.7 และคะแนนพฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 85.9

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรหลัก (n = 62)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	SD
การรู้คิดทางสังคม	29	8.04 - 26	15.4	3.5
การรับรู้อารมณ์	20	7 - 19	13.9	2.7
พฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัว	112	48 - 100	85.9	9.9
การทำหน้าที่ทางสังคม	150	46 - 116	99.7	16.7

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการทางจิต กับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (point biserial correlation coefficient) และและสถิติ

สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิต ( $r = -.405, p = .001$ ) และการประกอบอาชีพ ( $r = .252, p = .047$ ) มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
เพศ	.059	.643
อายุ	.193	.132
ระดับการศึกษา	.114	.374
การประกอบอาชีพ	.252*	.047
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.019	.882
ความรุนแรงของอาการทางจิต	-.405*	.001

ตารางที่ 3 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรุนแรงของอาการทางจิต ( $r = -.405, p < 0.01$ ) การรับรู้อารมณ์ ( $r = .280, p < 0.05$ ) และการรู้คิดทางสังคมทั้งรายรวม ( $r = .344, p < 0.01$ ) และรายด้านใน 2 ด้าน คือด้านอนุমানแบบแผน ( $r = .323, p < 0.01$ ) และด้านความจำจากการบอกเล่า ( $r = .284, p < 0.05$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรุนแรงของอาการทางจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัว ( $r = -.410, p < 0.01$ ) และการรับรู้อารมณ์มีความสัมพันธ์กับ

การรู้คิดทางสังคม ( $r = .386, p < 0.01$ ) การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น ( $r = .305, p < 0.05$ ) และความจำจากการบอกเล่า ( $r = .440, p < 0.01$ ) ส่วนการรู้คิดทางสังคมรายรวมก็มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดทางสังคมรายด้านทั้ง 4 ด้าน และเมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างรายด้านของการรู้คิดทางสังคม พบว่าการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นสัมพันธ์กับทั้งการอนุমানแบบแผน การมีอคติไม่เป็นมิตร และความจำจากการบอกเล่า ในขณะที่ทั้งการอนุমানแบบแผน การมีอคติไม่เป็นมิตร และความจำจากการบอกเล่า นั้นไม่ได้มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1									
2	.033	1								
3	.280*	.212	1							
4	.344**	.153	.386**	1						
5	.189	.195	.305*	.696**	1					
6	.323*	.207	.205	.696**	.329**	1				
7	-.097	-.190	-.152	-.385**	-.608**	-.139	1			
8	.284*	.026	.440**	.639**	.251*	.159	-.071	1		
9	-.405**	-.410**	-.161	-.119	-.203	-.039	.196	-.164	1	
10	.193	-.079	-.218	-.026	.052	-.091	.135	.027	-.262	1

\* p &lt; 0.05, \*\* p &lt; 0.01

- 1 = การทำหน้าที่ทางสังคม      5 = การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น      9 = ความรุนแรงของอาการทางจิต  
 2 = พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว      6 = การอนุมานแบบแผน      10 = อายุ  
 3 = การรับรู้อารมณ์      7 = การมีอคติไม่เป็นมิตร  
 4 = การรู้คิดทางสังคม (รายรวม)      8 = ความจำจากการบอกเล่า

ตารางที่ 4 เป็นการแสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression) โดยวิธีกำจัดตัวแปรแบบถอยหลัง (backward elimination) พบว่าจากตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด มี 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรุนแรงของอาการทางจิต ( $b = -.1.169, p = 0.002$ ) และการรู้คิดทางสังคม (รายรวม) ( $b = 1.441, p = 0.010$ ) โดยทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายการทำหน้าที่

ทางสังคมได้ร้อยละ 25.3 ( $R^2 = .253$ )

อย่างไรก็ตามเมื่อนำตัวแปรการรู้คิดทางสังคมรายด้านมาวิเคราะห์อำนาจการทำนาย พบว่าการอนุมานแบบแผนเป็นด้านเดียวที่สามารถทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมได้ ( $b = 3.472, p = 0.008$ ) โดยร่วมกับความรุนแรงของอาการทางจิต ( $b = -1.244, p = 0.001$ ) ทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมได้ร้อยละ 25.9 ( $R^2 = .259$ )

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ในการทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท โดยนำตัวแปรการรู้คิดทางสังคมด้านการอนุมานแบบแผนเข้าในสมการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ตัวแปร	b	SE <sub>b</sub>	Beta (R)	t	P-value
ความรุนแรงของอาการทางจิต	-1.244	.355	-.393	-3.505	.001
การอนุมานแบบแผน	3.472	1.265	.308	2.744	.008

R = .509 R<sup>2</sup> = .259 F = 10.298 Constant = 111.641 SE<sub>est</sub> = 14.578

## วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรู้คิดทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคม ( $r = .344, p < 0.01$ ) และสามารถทำนายระดับการทำหน้าที่ทาง

สังคมได้ ( $b = 1.441, p = 0.010$ ) และเมื่อแยกตามองค์ประกอบย่อยของตัวแปรการรู้คิดทางสังคมแล้วพบว่า การอนุมานแบบแผน เป็นด้านเดียวที่มีอำนาจทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคมได้ ( $b = 3.472,$

$p = 0.008$ ) ส่วนองค์ประกอบย่อยด้านอื่น ทั้งการรับรู้อารมณ์ การเข้าใจความคิดความรู้สึกคนอื่น ความมีอคติไม่เป็นมิตร และความจำจากการบอกเล่านั้น มีเพียงความจำจากการบอกเล่าที่มีความสัมพันธ์ ( $r = .284, p < 0.05$ ) แต่ไม่สามารถทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคมได้ ผลการศึกษาขึ้นสอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานของ Fett และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่า การรู้คิดทางสังคมส่งผลต่อทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และ Benjamin E. Buck<sup>19</sup> ที่พบว่า ในโครงสร้างของการรู้คิดทางสังคมนั้น มิติด้านทักษะการรู้คิดทางสังคม จะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการทางลบ และระดับการทำหน้าที่ทางสังคม ส่วนมิติด้านการมีอคติและความไม่เป็นมิตรจะสัมพันธ์กับอาการทางลบมากกว่า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการทางจิตสงบและมีอาการทางลบสะสม ซึ่งอาจทำให้กระบวนการรู้คิดช้าลง<sup>45,46</sup> ส่งผลกระทบต่อการอนุมานแบบแผนและความจำเชิงคำพูด แต่ไม่ได้สูญเสียหน้าที่ด้านอารมณ์และการรับรู้และเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงมีอาการทางลบอยู่

การรับรู้ทางสังคมหรือในการศึกษานี้คือการอนุมานแบบแผน (schematic inferences) คือความสามารถที่จะรับรู้และแปลความสัญญาณทางสังคมและพฤติกรรมผู้อื่นได้ เป็นบ่อเกิดของความไม่ไว้วางใจในสัมพันธภาพ ส่งผลต่อการแก้ไขสถานการณ์ปัญหา การทำบทบาทหน้าที่ในชุมชน และคุณภาพชีวิต<sup>20</sup> สาเหตุที่การอนุมานแบบแผนเป็นด้านเดียวของการรู้คิดทางสังคมที่พบว่ามีความทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคมในการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก และเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูง คือ สูงกว่ามัธยมศึกษาถึงประมาณ 60% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pinkham และคณะ<sup>21</sup> ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการศึกษาสูงจะพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสังคมและทักษะทางสังคม และการศึกษาของ Revheim and Medalia<sup>22</sup> ที่พบว่าความสามารถในการอนุมานแบบแผนและแก้ไขปัญหามีการทำนาย

สถานะสังคมในชุมชนของผู้ป่วย รวมถึงสถานะการเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกได้ รวมถึงการศึกษาวเคราะห์อภิมานของ Savla et al<sup>7</sup> ที่พบว่า การรับรู้ทางสังคมเป็นองค์ประกอบย่อยของการรู้คิดทางสังคมที่ทำให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากกลุ่มควบคุมมากที่สุด นอกจากนี้ ยังมีการศึกษา แบบวิเคราะห์สหสัมพันธ์ที่อธิบายว่าการรับรู้ทางสังคมเป็นตัวแปรด้านการรู้คิดสังคมที่ทำหน้าที่ส่งผ่าน (mediator) อิทธิพลของประสาทวิทยาการรู้คิด (neurocognition) ไปยังผลลัพธ์ในการทำหน้าที่ทางสังคม (social function)<sup>23,24</sup>

ในการศึกษาคั้งนี้ การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น (theory of mind) ถูกพบว่ามีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านอื่นๆ ทั้งหมดของตัวแปรการรู้คิดทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fett และคณะ<sup>7</sup> ที่พบว่า การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ชัดเจนที่สุดต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นไม่ได้เป็นตัวทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งก็อาจอธิบายได้จากผลการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ ที่พบว่า การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่แสดงอาการทางลบอย่างชัดเจน<sup>25</sup> และในผู้ที่มีอาการทางลบในระดับปานกลางถึงสูงจึงจะพบว่ามีความสามารถในการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นที่แย่งแต่ในผู้ป่วยที่มีอาการทางลบเพียงเล็กน้อย (low positive symptoms) จะมีความสามารถนี้ไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป<sup>26</sup> การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นจึงถูกพบว่าเป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยใน<sup>10</sup> นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นเป็นตัวทำนายการทำหน้าที่โดยทั่วไป (global functioning) ในขณะที่การเข้าใจกฎเกณฑ์ทางสังคม (หรือการอนุมานแบบแผนในการศึกษานี้) เป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning)<sup>27</sup>

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้อารมณ์ (emotional perception) มีความสัมพันธ์ กับการทำหน้าที่ทางสังคม ( $r = .280, p < 0.05$ ) การเข้าใจความคิดความ



รู้สึกผู้อื่น ( $r = .305, p < 0.01$ ) และความจำจากการบอกเล่า ( $r = .440, p < 0.01$ ) ซึ่งสอดคล้องกับ กรอบมโนทัศน์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยของการรู้คิดทางสังคมต่อการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่เสนอโดย Couture และคณะ<sup>28</sup> ที่อธิบายว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้อารมณ์บกพร่อง จะไม่สามารถเข้าใจความคิดและความรู้สึกผู้อื่น จึงอาจแปลความเจตนาของผู้อื่นคลาดเคลื่อน นำมาสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการอยู่ร่วมสังคม ส่วนคำอธิบายว่าทำไมการรับรู้อารมณ์ไม่มีอำนาจทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่มีอาการทางจิตสงบ ซึ่งสถานะการเป็นผู้ป่วยในมีอิทธิพลมากต่อความสัมพันธ์ของการรับรู้อารมณ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท<sup>9</sup> และการศึกษาที่พบว่าการรับรู้อารมณ์มีอำนาจทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคมได้นั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใน

ส่วนองค์ประกอบด้าน การมีอคติไม่เป็นมิตร (attributional bias) นั้น ในการศึกษาพบว่ามีเพียงความสัมพันธ์กับการรู้คิดทางสังคมโดยรวม ( $r = -.385, p < 0.01$ ) และกับองค์ประกอบย่อยด้านการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นเท่านั้น ( $r = -.608, p < 0.01$ ) ซึ่งความสัมพันธ์นี้ สอดคล้องกับคำอธิบายตามกรอบมโนทัศน์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยของการรู้คิดทางสังคมของ Couture และคณะ<sup>28</sup> ว่าการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอคติและความไม่เป็นมิตรได้ อย่างไรก็ตาม ในศึกษานี้ ไม่พบค่าอำนาจทำนายของการมีอคติไม่เป็นมิตรต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นกลุ่มที่มีอาการทางจิตสงบ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในหลายการศึกษาที่พบว่า องค์ประกอบด้านนี้ มีความเจาะจงในการทำนายการทำหน้าที่ทางสังคม โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการทางบวกคือ ก้าวร้าว หวาดระแวงอยู่<sup>29,30</sup> โดยหลายการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่ามีมิติด้านการมีอคติไม่เป็นมิตร กับมิติด้าน

การรับรู้อารมณ์และการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น มักมีโครงสร้างที่แยกจากกัน<sup>19,31,32</sup> ซึ่งการรับรู้อารมณ์และการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นนั้นเป็น cognitive skill คือความสามารถที่จะรับรู้และเข้าใจผู้อื่นได้ถูกต้องหรือไม่ มักจะเป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมโดยทั่วไปได้ดี ในขณะที่การมีอคติไม่เป็นมิตร นั้นเป็น cognitive style ว่า จะแปลความไปในทางใด ซึ่งมักพบว่าสามารถทำนายอาการของผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะที่มีอาการก้าวร้าวได้

ในการศึกษานี้ ความรุนแรงของอาการทางจิตเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญของลงมา จากปัจจัยการรู้คิดทางสังคม ( $\beta = -.317, p = 0.002$ ) โดยมีอิทธิพลทางลบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม นั่นคือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความรุนแรงของอาการทางจิตเพิ่มขึ้น จะทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมได้<sup>10,33,34</sup> นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมา ยังได้เสนอแนะไปในทางเดียวกันว่า อาการทางลบ (negative symptoms) และการบกพร่องด้านการรู้คิด เป็นสองอาการหลักที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท<sup>44</sup> โดยอาการทางลบนี้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) โดยอาการทางลบส่งผลให้กระบวนการรู้คิดช้าลง<sup>45,46</sup> จึงเป็นปัจจัยส่งผ่าน (mediator) และกำกับ (moderator) อิทธิพลของความสามารถด้านการรู้คิดต่อการทำหน้าที่ทางสังคม<sup>35-37</sup> ผลการศึกษาเหล่านี้ สอดคล้องกับคำอธิบายด้านการทำงานของสมองและระบบประสาทที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยจิตเภท<sup>47</sup> ซึ่งพบว่าสารสื่อประสาทโดปามีนในเส้นทางที่ไปยังระบบลิมบิกนั้นทำงานมากเกินไป (hyperactivity of mesolimbic pathway) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางบวก ส่วนเส้นทางที่โดปามีนไปยังเปลือกสมองลดลง (hypoactivity of mesocortical pathway) ส่งผลให้เกิดอาการทางลบและการรู้คิดบกพร่อง และการศึกษาที่ผ่านมา ยังแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิง

โครงสร้างของสมองในผู้ป่วยจิตเภท คือ มีขนาดของสมองกลีบหน้าและกลีบขมับลดลง รวมถึงมีเนื้อสมองสีเทาซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ของจำนวนเซลล์ประสาทลดลง<sup>48</sup> แสดงให้เห็นในอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่สมองมีการทำงานเชิงบริหารลดลง มีปัญหาด้านความจำ (โดยเฉพาะความจำเชิงคำพูด) และมีกระบวนการเรียนรู้บกพร่องเพราะความยืดหยุ่นของสมองลดลง การบำบัดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการฟื้นฟูหน้าที่ด้านการรู้คิดของสมองจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เป็นที่น่าสนใจว่า ในปัจจัยพื้นฐานของบุคคลทั้งหมด การประกอบอาชีพเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับระดับการทำหน้าที่ทางสังคม ( $r = .252, p < 0.05$ ) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการทำงานหรือการประกอบอาชีพเป็นกลุ่มโดเมนย่อยของการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arsova และคณะ<sup>38</sup> และ Bae และคณะ<sup>39</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจ้างงานเนื่องจากต้องรักษาตัวและอาการทั้งทางด้านบวกและด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน และการไม่ได้ประกอบอาชีพก็จะส่งผลต่อเนื่องให้ผู้ป่วยขาดโอกาสมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การทำหน้าที่ทางสังคมลดลง และส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งหากผู้ป่วยขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยเฉพาะจากครอบครัว อาจยังส่งผลให้การทำงานที่ทางสังคมลดลง โดยการศึกษานี้ผ่านมาพบว่าสถานะการจ้างงานและระยะเวลาในการถูกจ้างงานของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการมีอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบ<sup>40</sup> โดยสถานการณ์จ้างงานเป็นปัจจัยกำกับ (moderator) อิทธิพลของความรุนแรงของอาการทางลบต่อระดับการทำงานที่ทางสังคม<sup>41</sup>

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวกับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความสัมพันธ์ของสองปัจจัยนี้<sup>42,43</sup> แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบความสัมพันธ์

ขนาดปานกลางระหว่างพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัว กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ( $r = -.410, p < 0.01$ ) โดยที่ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ แต่พฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวนั้นไม่มีอำนาจทำนาย ค่าอธิบายว่าทำไมพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวไม่สัมพันธ์กับระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรง (เกณฑ์คัดเข้าคือคะแนน BPRS ไม่เกิน 36 คะแนน) และเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 85.9) นั่นคือบุคคลในครอบครัวรับรู้ว่าคุณป่วยสามารถสื่อสารกับครอบครัวและสังคมได้ดี ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตค่อนข้างรุนแรงและมีปัญหาในการสื่อสารมาก นอกจากนี้ วิธีการประเมินพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวของผู้ป่วยในการศึกษานี้ มาจากการรับรู้ของผู้ดูแลคือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นการรับรู้ผ่านมุมมองและการตัดสินใจส่วนตัว (subjective data) ซึ่งอาจแตกต่างจากการประเมินโดยใช้บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (objective data) เพราะสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยอาจมีความคุ้นเคยกับวิธีการสื่อสารเฉพาะตัวของผู้ป่วยทำให้การสื่อสารเป็นไปได้อย่างดี และอาจมีความแตกต่างหากผู้ป่วยสื่อสารกับบุคคลอื่นในสังคม

**ข้อจำกัดในการศึกษานี้** คือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีข้อจำกัดในด้านความหลากหลายของระดับความรุนแรงของอาการทางจิต จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับรุนแรง การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์ และยังมีปัจจัยที่สำคัญที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างชัดเจนที่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ร่วมด้วยในการศึกษานี้ ได้แก่ neurocognition และ negative symptoms

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้** ฝึกทักษะการรู้คิดทางสังคม ควบคู่กับการบำบัดเพื่อลดอาการทางจิต โดย

เน้นทักษะการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และสังคม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ทางสังคมและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

## สรุป

การรู้คิดทางสังคมและระดับความรุนแรงของอาการทางจิต มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท แม้ไม่พบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวกับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้ แต่พบความสัมพันธ์ขนาดปานกลางระหว่างพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวกับระดับความรุนแรงของอาการทางจิต การช่วยเหลือผู้ป่วยจึงควรเน้นการฟื้นฟูทักษะการรู้คิดทางสังคม โดยเฉพาะการอนุমানแบบแผนซึ่งหมายถึงการเข้าใจความสามารถในการเข้าใจกฎหรือบริบททางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับคนในสังคมและทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลด้านการประกอบอาชีพเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับระดับการทำหน้าที่ทางสังคมอีกด้วย ดังนั้น การฟื้นฟูด้านอาชีพ (vocational rehabilitation) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนงบประมาณโครงการจาก ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน และฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น “Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working-Age People” and “Research and Graduate Studies” Khon Kaen University

## เอกสารอ้างอิง

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and

substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.

2. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi Essential Psychiatry. Fourth Edition. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015.
3. Udomratn P, Vasiknanonte S. Textbook of schizophrenia. Bangkok: Psychiatric Associations; 2009.
4. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull* 2008;34(6):1211-20.
5. Green MF, Horan WP. Social cognition in schizophrenia. *Curr Dir Psychol Sci* 2010; 19(4):243-8.
6. Barbato M, Liu L, Penn DL, Keefe RSE, Perkins DO, Woods SW, et al. Social cognition as a mediator between neurocognition and functional outcome in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2013;150(2-3):542-6.
7. Fett A-KJ, Viechtbauer W, Dominguez M-G, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35(3):573-88.
8. Amminger GP, Schäfer MR, Klier CM, Schölgerhofer M, Mossaheb N, Thompson A, et al. Facial and vocal affect perception in people at ultra-high risk of psychosis, first-episode schizophrenia and healthy controls: Affect perception in early psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2012;6(4):450-4.

9. Savla GN, Vella L, Armstrong CC, Penn DL, Twamley EW. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophr Bull* 2013;39(5):979-92.
10. Brown EC, Tas C, Can H, Esen-Danaci A, Brüne M. A closer look at the relationship between the subdomains of social functioning, social cognition and symptomatology in clinically stable patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2014;55(1):25-32.
11. Chouvong C. The factor effecting communication behavior of schizophrenic patient and their family member in out patients department of Suansaranrom Hospital. [dissertation]. Suansaranrom Hospital. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2002.
12. Chuamor P. Family communication behaviours as perceived by persons with relapsed schizophrenia in Suan Prung Psychiatric Hospital. [dissertation]. Chiang Mai University; 2005.
13. Kittirattanapaiboon P. Lecture documents assessment of psychiatric symptoms Suanprung Hospital. Training Program Guidelines for interviewing and scoring BPRS in the format of T-PANSS. Chiang Mai: Suanprung Hospital; 2001
14. Roberts DL, Fiszdon J, Tek C. Ecological validity of the social cognition screening questionnaire (SCSQ). In: William T. Carpenter, Baltimore, editors. Abstracts for the 13th International Congress on Schizophrenia Research (ICOSR). *Schizophrenia Bulletin*. 2011 Mar 1;37(suppl\_1):1-327.
15. Charernboon T, Patumanond J. Social cognition in schizophrenia. *Ment Illn* 2017; 9(1):7054.
16. Charernboon T. Validity and reliability of the Thai version of the Faces Test. *J Med Assoc Thai* 2017;100 (suppl. 5): S42-S45.
17. Chittarom C. The effect of effective communication skills training program on communication in families with adolescent children. The 8th International Mental Health Academic Conference 2002; *Mental Health and Drugs*.
18. Boonyamalik P, Suksawang S, Sawangwongsin S. Development of the living skills assessment for psychiatric rehabilitation (LSD 30). *Journal of Srithanya Hospital* 2012; 13: 1-12.
19. Buck BE, Healey KM, Gagen EC, Roberts DL, Penn DL. Social cognition in schizophrenia: factor structure, clinical and functional correlates. *J Ment Health* 2016;25(4):330-7.
20. Javed A, Charles A. The importance of social cognition in improving functional outcomes in schizophrenia. *Front Psychiatry* 2018;9: 157.
21. Pinkham AE, Penn DL, Green MF, Harvey PD. Social Cognition Psychometric Evaluation: Results of the Initial Psychometric Study. *Schizophre Bull* 2016;42(2):494-504.
22. Revheim N, Medalia A. Verbal memory, problem-solving skills and community status in schizophrenia. *Schizophr Res* 2004; 68(2-3), 149-58.
23. Sergi M, Rassovsky Y, Widmark C, Reist C, Erhart S, Braff D, et al. Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophr Res* 2007; 90(1-3):316-24.

24. Addington J, Saeedi H, Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis. *Br J Psychiatry*. 2006; 189(4):373-8.
25. Mazza M, Pollice R, Pacitti F, Pino MC, Mariano M, Tripaldi S, et al. New evidence in theory of mind deficits in subjects with chronic schizophrenia and first episode: correlation with symptoms, neurocognition and social function. *Riv Psichiat* 2012; 47: 327-36.
26. Okruszek L, Bala A, Wordecha M, Jarkiewicz M, Wysokinski A, Szczepocka E, et al. Social cognition in neuropsychiatric populations: a comparison of theory of mind in schizophrenia and mesial temporal lobe epilepsy. *Sci Rep*. 2017;7(1):484.
27. Roncone R, Falloon IRH, Mazza M, De Risio A, Pollice R, Necozone S, et al. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology* 2002;35(5):280-8.
28. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl. 1):S44-S63. doi:10.1093/schbul/sbl029
29. Martin JA, Penn DL. Attributional style in schizophrenia: an investigation in outpatients with and without persecutory delusions. *Schizophr Bull*. 2002;28(1):131-41.
30. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, Kinderman P, Howard R, Blackwood N, et al. The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(3): 236-47.
31. van Hooren S, Versmissen D, Janssen I, Myin-Germeys I, à Campo J, Mengelers R, et al. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis. *Schizophr Res* 2008; 103(1-3):257-65.
32. Mancuso F, Horan WP, Kern RS, Green MF. Social cognition in psychosis: Multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophr Res* 2011; 125(2-3):143-51.
33. Andrzejewska M, Wójciak P, Domowicz K, Rybakowski J. Emotion recognition and theory of mind in chronic schizophrenia: association with negative symptoms. *Arch Psych Psych* 2017;19(4):7-12.
34. Harvey PD, Strassnig MT, Silberstein J. Prediction of disability in schizophrenia: Symptoms, cognition, and self-assessment. *J Exp Psychopathol* 2019;10(3):204380871 986569.
35. Lindgren M, Holm M, Kieseppä T, Suvisaari J. Neurocognition and social cognition predicting 1-year outcomes in first-episode psychosis. *Front Psychiatry* 2020;11:603933.
36. Rajji TK, Miranda D, Mulsant BH. Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies. *Can J Psychiatry* 2014; 59:13-7.
37. Ventura J, Helleman GS, Thames AD, Koellner V, Nuechterlein KH. Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2009; 113:189-99.

38. Arsova S, Bajraktarov S, Barbov I, Hadzihamza K. Patients with schizophrenia and self-care. *Open Access Maced J Med Sci* 2014;2(2): 289-92.
39. Bae S-M, Lee S-H, Park Y-M, Hyun M-H, & Yoon H. Predictive factors of social functioning in patients with schizophrenia: Exploration for the best combination of variables using data mining. *Psychiatry Investig* 2010;7(2):93-101.
40. Mihwa H, Seong S-J. Effects of psychotic symptoms and social cognition on job retention in patients with schizophrenia in Korea. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17,2628.
41. Weinberg D, Shahar G, Davidson L, McGlashan TH, Fennig S. Longitudinal associations between negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The moderating role of employment status and setting. *Psychiatry* 2009;72(4):370-81.
42. Bowie CR, Harvey PD. Communication abnormalities predict functional outcomes in chronic schizophrenia: Differential associations with social and adaptive functions. *Schizophr Res* 2008 ;103(1-3): 240-7.
43. Bowie CR, Gupta M, Holshausen K. Disconnected and underproductive speech in schizophrenia: Unique relationships across multiple indicators of social functioning. *Schizophr Res* 2011;131(1-3):152-6.
44. Zhu R, Wang D, Wei G, Wang J, Zhou H, Xu H, et al. Association of negative symptoms with cognitive impairment in Chinese Han patients with chronic schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2021; 25(3):292-298.
45. Flavia S, Galaverna, Carlos A, Morra, Adrián MB. Severity of negative symptoms significantly affects cognitive functioning in patients with chronic schizophrenia: The slowing in cognitive processing. *Eur Psychiatry* 2014;28(3):145-153.
46. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl. 1):S44-S63. doi:10.1093/schbul/sbl029
47. Toda M, Abi-Dargham A. Dopamine hypothesis of schizophrenia: Making sense of it all. *Curr Psychiatry Rep* 2007;9(4):329-36.
48. DeLisi LE, Szulc KU, Bertisch HC, Majcher M, Brown K. Understanding structural brain changes in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 2006;8(1):71-8.