

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า Prevalence and Associated Factors of Cognitive Impairment in Major Depressive Disorders

สุธี คงนันทะ, พ.บ.*

Sutee kongnantha, M.D.*

*โรงพยาบาลบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000

*Bandan Hospital, Buri Ram Province, Thailand, 31000

Corresponding author, E-mail address: sutee8a@gmail.com

Received: 26 Aug 2025. Revised: 06 Oct 2025. Accepted: 03 Dec 2025.

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ภาวะบกพร่องของการรู้คิด พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและมีความเกี่ยวข้องกับ ความบกพร่องของการทำหน้าที่ทางจิตใจและสังคม ก่อให้เกิดความพิการต่อเนื่องยาวนาน หลังจากผู้ป่วยหายจากอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติของ การทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงานของผู้ป่วย
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า
- วิธีการศึกษา** : เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 140 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามข้อมูล การรักษา 3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และ 4) แบบประเมินภาวะบกพร่อง ของการรู้คิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และการวิเคราะห์ ถดถอย โลจิสติก กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- ผลการศึกษา** : กลุ่มตัวอย่างมีภาวะบกพร่องของการรู้คิด ร้อยละ 56.4 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะบกพร่องของการรู้คิดที่เป็นปัจจัยปกป้อง คือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ปวส. (adj OR = 0.08, 95%CI = 0.01, 0.46) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (adj OR = 0.05, 95%CI = 0.00, 0.52) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่อง ของการรู้คิดที่เป็นปัจจัยเสี่ยง คือ สถานภาพสมรสที่เป็นสมรสหรือคู่ (adj OR = 10.35, 95%CI = 2.62, 40.94) และการได้รับยารักษาโรคจิตในการรักษา (adj OR = 4.64, 95%CI = 1.50, 14.32)
- สรุป** : จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษา และดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะบกพร่องของการรู้คิดในประเทศไทย เพื่อให้เกิด ประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศไทย
- คำสำคัญ** : ความชุก ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ภาวะบกพร่องของการรู้คิด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ABSTRACT

- Background** : Cognitive impairment is commonly found in major depressive disorders and is associated with deficits in psychosocial functioning, leading to long-term disability even after remission of depressive symptoms. This impairment is a key factor contributing to social and occupational dysfunction in affected patients.
- Objective** : To study prevalence and factors associated of cognitive impairment in patients with depressive disorder.
- Methods** : It was a cross-sectional study. The sample consisted of 140 outpatients with depressive disorder. The assessment tools were composed of 4 parts: demographic questionnaire, Medical information questionnaire, Depressive Assessment (9Q) and The Montreal Cognitive Assessment: MoCA Thai Version (version 0.1). The data was analyzed by descriptive statistics, Pearson's Chi-Square test and Logistic regression analysis. Statistical significance was set at the 0.05 level.
- Results** : The prevalence of cognitive impairment in depressive patients was 56.4%. The protective factor associated with cognitive impairment was education level from high school, vocational certificate and high vocational certificated (adj OR = 0.08, 95%CI = 0.01, 0.46), bachelor's degree or above (adj OR = 0.05, 95%CI = 0.00, 0.52). The risk factors were marital status with marriage (adj OR = 10.35, 95%CI = 2.62, 40.94) and receiving antipsychotic medication for treatment (adj OR = 4.64, 95% CI = 1.50, 14.32).
- Conclusions** : The finding of this study could deliver fundamental data to develop care guideline for depressive patients with cognitive impairment in Thailand for getting the most out of patients, families and society, which was important driving force of the nation.
- Keywords** : prevalence, associated factors, cognitive impairment, depressive disorder.

หลักการและเหตุผล

โรคซึมเศร้า (depressive disorders) เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากทางจิตเวช สุขภาพจิตและระบบสาธารณสุขของไทยและของโลก จากการประเมินขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามีจำนวนมากกว่า 300 ล้านคน และผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 18 ในรอบ 10 ปี จากปี ค.ศ. 2005 ถึงปี ค.ศ. 2015⁽¹⁾ ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียความสามารถในการทำงานจากการวิเคราะห้ที่ออกมา

จำนวน 90 การศึกษาจาก 30 ประเทศระหว่างปี ค.ศ. 1994 ถึงปีค.ศ. 2014 พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าเป็นดังนี้ ความชุก 1 ปี เท่ากับร้อยละ 7.2 ความชุกชั่วชีวิตเท่ากับร้อยละ 10.8⁽²⁾ โรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ในด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ในด้านจิตใจและสังคม และความสามารถในด้านการทำงาน⁽³⁾ โดยลักษณะที่พบได้บ่อยของกลุ่ม

โรคนี้ ได้แก่ อารมณ์เศร้า รู้สึกว่าเปล่า หรืออารมณ์ หงุดหงิด ร่วมกับอาการทางกายและการเปลี่ยนแปลงของ พุทธิปัญญา (cognition) ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคล⁽⁴⁾ ภาวะบกพร่องของ การรู้คิดพบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และมีความเกี่ยวข้องกับ ความบกพร่องของการทำหน้าที่ทางจิตใจและสังคม⁽³⁾ ก่อให้เกิดความพิการต่อเนื่องยาวนานหลังจากผู้ป่วย หายจากอาการซึมเศร้า⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความผิดปกติของการทำหน้าที่ทางสังคมและการทำงาน ของผู้ป่วย⁽⁶⁾ และภาวะบกพร่องของการรู้คิดมีความ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการ รักษา⁽⁷⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุก ของภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีค่าหลากหลายตั้งแต่ร้อยละ 21⁽⁸⁾ ถึง 54⁽⁹⁾ และพบปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิด คือ อายุ ระดับการศึกษา การทำงาน ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีโรคจิตร่วมด้วย และการกลับเป็นซ้ำ

โดยการศึกษาระยะการรู้คิดใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งพบแต่เพียงการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟู การรู้คิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่อง ด้านการรู้คิด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างยังไม่ตรงกับสิ่งที่จะศึกษา และยังไม่เคยมีการศึกษาในโรงพยาบาลบ้านดำน โดยการ ศึกษาดังกล่าวจะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อ พัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลใน ประเทศไทย เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่าง มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะบกพร่อง ของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแบบ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านดำน ที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32, F33 และ F34) โรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย (F31.3, F31.4, F31.5, และ F31.6) และโรควิตกกังวลที่มีอาการ ซึมเศร้าร่วมด้วย (F41.2) ตามหลักเกณฑ์ ICD-10⁽¹⁰⁾ และมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลบ้านดำน

ภาวะบกพร่องของการรู้คิด หมายถึง ภาวะ ที่สมองเสื่อมถอยลงจากเดิม (ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลง ตามปกติของอายุ) อันส่งผลให้ความสามารถในการทำ หน้าที่ของสมองลดลงในหลาย ๆ ด้าน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร proportion population โดยกำหนดค่า p จากการศึกษาที่ผ่านมา ของ Gualtieri & Morgan (2008)⁽⁸⁾ เท่ากับ 0.21 และ ค่า d เท่ากับค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ร้อยละ 7 เท่ากับ 0.07 จะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 131 คน และ ป้องกันการ drop out ของข้อมูลร้อยละ 5 จะได้เท่ากับ 140 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างง่ายจากผู้ป่วยที่มารับบริการ แบบผู้ป่วยนอก โดยเชิญชวนอาสาสมัครตรงตามเกณฑ์ คัดเลือกที่ได้รับคิวเลขคู่เข้าร่วมโครงการ โดยมีเกณฑ์ คัดเข้าดังนี้ 1) อายุระหว่าง 18-59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัย ว่ามีอาการซึมเศร้า (F31.3, F31.4, F31.5, F31.6, F32, F33, F34 และ F41.2) ตามเกณฑ์ ICD-10⁽¹⁰⁾ 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ และ 4) มีอาการทางจิตสงบตามการวินิจฉัยของแพทย์ โดยเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีประวัติการได้รับการ

กระทบกระเทือนทางสมองอย่างรุนแรง 2) มีโรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก โรคสมองเสื่อม หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญา และ 3) อยู่ระหว่างการได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือสิ้นสุดการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่เกิน 2 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก

2. แบบประเมินภาวะบกพร่องของการรู้คิด (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ที่แปลโดย โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์ เป็นฉบับภาษาไทย (version 01)⁽¹¹⁾ มีคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน หากผู้รับการประเมินมีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี จะมีการเพิ่มคะแนนรวมให้หนึ่งคะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 25 ขึ้นไป จึงจะถือว่าปกติ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

3. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ⁽¹²⁾ สามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ 0-6 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการของ

โรคซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางและมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้าทุกราย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะบกพร่องของการรู้คิด โดยใช้สถิติ Chi-square test และนำปัจจัยที่มีสัมพันธ์มาวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย Multiple Logistic Regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่โครงการวิจัย BRO 2024-129 วันที่รับรอง 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) |
|---|----------------|
| เพศ | |
| ชาย | 39 (27.9%) |
| หญิง | 101 (72.1%) |
| อายุ (เฉลี่ย 35.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.93) | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี | 63 (45.0%) |
| 30 - 50 ปี | 55 (39.3%) |
| มากกว่า 50 ปี | 22 (15.7%) |
| ระดับการศึกษา | |
| ประถมศึกษา | 26 (18.6%) |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 32 (22.9%) |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. | 73 (52.1%) |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 9 (6.4%) |

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน (ร้อยละ) |
|----------------------------|----------------|
| สถานภาพสมรส | |
| โสด | 84 (60.0%) |
| สมรส/คู่ | 46 (32.9%) |
| หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 10 (7.1%) |
| การประกอบอาชีพ | |
| ว่างงาน | 32 (22.9%) |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 12 (8.6%) |
| รับจ้าง | 9 (6.4%) |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 22 (15.7%) |
| เกษตรกร | 50 (35.7%) |
| พนักงานเอกชน | 15 (10.7%) |
| โรคประจำตัวทางกาย | |
| ไม่มี | 91(65.0%) |
| มี | 49 (35.0%) |
| ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว | |
| ไม่มี | 89 (63.6%) |
| มี | 51 (36.4%) |

จากตารางที่ 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.1 อายุเฉลี่ย 35.2 ปี (SD = 12.93) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 52.1 สถานภาพโสด ร้อยละ 60.0 ประกอบอาชีพพนักงานเอกชนหรือพนักงานบริษัท ร้อยละ 35.7 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย ร้อยละ 65.0 และไม่มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 63.6

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

| ข้อมูลการรักษา | จำนวน (ร้อยละ) |
|---|----------------|
| การวินิจฉัย | |
| โรคซึมเศร้า | 91 (65.0%) |
| โรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย | 23 (16.4%) |
| โรควิตกกังวลที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย | 26 (18.6%) |
| อายุที่เริ่มเจ็บป่วย (เฉลี่ย 31.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.73) | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี | 77 (55.0%) |
| 30-50 ปี | 52 (37.1%) |
| มากกว่า 50 ปี | 11 (7.9%) |
| ระยะเวลาการเจ็บป่วย | |
| น้อยกว่า 1 ปี | 14 (10.0%) |
| 1-5 ปี | 99 (70.7%) |
| มากกว่า 5 ปี ประเภทยาที่ได้รับ* | 27 (19.3%) |
| ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressant) | 134 (95.7%) |
| ยาในกลุ่ม mood stabilizer | 18 (12.9%) |
| ยารักษาโรคจิต (antipsychotic) | 49 (35.0%) |
| ยาคลายกังวล (anxiolytic drugs) | 96 (68.6%) |

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140) (ต่อ)

| ข้อมูลการรักษา | จำนวน (ร้อยละ) |
|---------------------------------|----------------|
| ยาในกลุ่ม anticholinergic drugs | 15 (10.7%) |
| ยาอื่น ๆ | 3 (2.1%) |
| ระดับภาวะซึมเศร้า | |
| ไม่มีอาการซึมเศร้า | 56 (40.0%) |
| อาการซึมเศร้าระดับน้อย | 41 (29.3%) |
| อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง | 27 (19.3%) |
| อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง | 16 (11.4%) |
| ภาวะบกพร่องของการรู้คิด | |
| ไม่มีภาวะบกพร่องของการรู้คิด | 61 (43.6%) |
| มีภาวะบกพร่องของการรู้คิด | 79 (56.4%) |

*กลุ่มตัวอย่าง 1 คน อาจได้รับยาในการรักษามากกว่า 1 กลุ่มของยา

จากตารางที่ 2 พบว่า การวินิจฉัยส่วนใหญ่ antidepressant ร้อยละ 95.7 ไม่มีอาการภาวะซึมเศร้า คือ โรคซึมเศร้า ร้อยละ 65.0 อายุเฉลี่ยที่เริ่มเจ็บป่วย ร้อยละ 40.0 และมีภาวะบกพร่องของการรู้คิด 31.3 ปี (SD = 10.73) ส่วนใหญ่ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 56.4 1 - 5 ปี ร้อยละ 70.7 ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปข้อมูลการรักษากับภาวะบกพร่องของการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูล | จำนวนภาวะบกพร่องของการรู้คิด | | p-value |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|----------|
| | มี (ร้อยละ) (n = 79) | ไม่มี (ร้อยละ) (n = 61) | |
| เพศ | | | |
| ชาย | 21 (26.6%) | 18 (29.5%) | 0.702 |
| หญิง | 58 (73.4%) | 43 (70.5%) | |
| อายุ | | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี | 25 (31.6%) | 38 (62.3%) | < 0.001* |
| 30 - 50 ปี | 34 (43.0%) | 21 (34.4%) | |
| มากกว่า 50 ปี | 20 (25.3%) | 2 (3.3%) | |
| ระดับการศึกษา | | | |
| ประถมศึกษา | 24 (30.4%) | 2 (3.3%) | < 0.001* |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 20 (25.3%) | 12 (19.7%) | |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. | 30 (38.0%) | 43 (70.5%) | |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 5 (6.3%) | 4 (6.6%) | |
| สถานภาพสมรส | | | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 43 (54.4%) | 51 (83.6%) | < 0.001* |
| สมรส/คู่ | 36 (45.6%) | 10 (16.4%) | |
| การประกอบอาชีพ | | | |
| ว่างงาน | 25 (31.6%) | 7 (11.5) | 0.005* |
| ประกอบอาชีพ | 54 (68.4%) | 54 (88.5%) | |

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปข้อมูลการรักษากับภาวะบกพร่องของการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

| ข้อมูล | จำนวนภาวะบกพร่องของการรู้คิด | | p-value |
|--|------------------------------|----------------------------|----------|
| | มี (ร้อยละ) (n = 79) | ไม่มี (ร้อยละ) (n = 61) | |
| โรคประจำตัวทางกาย | | | |
| ไม่มี | 48 (60.8%) | 43 (70.5%) | 0.231 |
| มี | 31 (39.2%) | 18 (29.5%) | |
| ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว | | | |
| ไม่มี | 48 (60.8%) | 41 (67.2%) | 0.431 |
| มี | 31 (39.2%) | 20 (32.8%) | |
| การวินิจฉัย | | | |
| โรคซึมเศร้า | 54 (68.6%) | 37 (60.7%) | 0.584 |
| โรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย | 11 (13.9%) | 12 (19.7%) | |
| โรควิตกกังวลที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย | 14 (17.7%) | 12 (19.7%) | |
| อายุที่เริ่มเจ็บป่วย | | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี | 33 (41.8%) | 44 (72.1%) | < 0.001* |
| 30 - 50 ปี | 36 (45.6%) | 16 (26.2%) | |
| มากกว่า 50 ปี | 10 (12.7%) | 1 (1.6%) | |
| ระยะเวลาการเจ็บป่วย | | | |
| น้อยกว่า 1 ปี | 9 (11.4%) | 5 (8.2%) | 0.007* |
| 1 - 5 ปี | 48 (60.8%) | 51 (83.6%) | |
| มากกว่า 5 ปี | 22 (27.8%) | 5 (8.2%) | |
| ประเภทยาที่ได้รับ | | | |
| ยาแก้ซึมเศร้า (antidepressant) | 74 (93.7%) | 60 (98.4%) | 0.174 |
| ยาในกลุ่ม mood stabilizer | 11 (13.9%) | 7 (11.5%) | |
| ยารักษาโรคจิต (antipsychotic) | 37 (46.8%) | 12 (19.7%) | |
| ยาคลายกังวล (anxiolytic drugs) | 53 (67.1%) | 43 (70.5%) | |
| ยาในกลุ่ม anticholinergic drugs | 14 (17.7%) | 1 (1.6%) | |
| ยาอื่น ๆ | 2 (2.5%) | 1 (1.6%) | |
| ประเภทของยาแก้ซึมเศร้าที่ได้รับ | | | |
| Tricyclic antidepressant | 18 (24.3%) | 18 (30.0%) | 0.461 |
| Selective serotonin reuptake inhibitors | 57 (77.0%) | 54 (90.0%) | 0.048* |

*p-value < 0.05, chi-square test

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ อายุที่เริ่มเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม anticholinergic drugs และได้รับการรักษา

ด้วยยาต้านซึมเศร้าในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องของการรู้คิดจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square test มาวิเคราะห์ต่อโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่าง

| ปัจจัย | crude OR (95% CI) [†] | adjusted OR (95% CI) [‡] |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| อายุ | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี | 1.00 | 1.00 |
| 30-50 ปี | 2.46 (1.17, 5.17)* | 0.50 (0.09, 2.78) |
| มากกว่า 50 ปี | 15.20 (3.26, 70.81)* | 0.47 (0.02, 11.33) |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 1.00 | 1.00 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 0.14 (0.03, 0.70)* | 0.20 (0.03, 1.37) |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. | 0.06 (0.01, 0.27)* | 0.08 (0.01, 0.46)* |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 0.10 (0.02, 0.73)* | 0.05 (0.00, 0.52)* |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ | 1.00 | 1.00 |
| สมรส/คู่ | 4.27 (1.90, 9.60)* | 10.35 (2.62, 40.94)* |
| การประกอบอาชีพ | | |
| ว่างงาน | 1.00 | 1.00 |
| ประกอบอาชีพ | 0.28 (0.11, 0.70)* | 1.26 (0.31, 5.18) |
| อายุที่เริ่มเจ็บป่วย | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี | 1.00 | 1.00 |
| 30 - 50 ปี | 3.00 (1.43, 6.30)* | 1.25 (0.21, 7.49) |
| มากกว่า 50 ปี | 13.33 (1.63, 109.39)* | 4.71 (0.09, 249.64) |
| ระยะเวลาการเจ็บป่วย | | |
| น้อยกว่า 1 ปี | 1.00 | 1.00 |
| 1 - 5 ปี | 0.52 (0.16, 1.67) | 0.53 (0.13, 2.27) |
| มากกว่า 5 ปี | 2.44 (0.57, 10.55) | 2.60 (0.35, 19.12) |
| ประเภทยาที่ได้รับ | | |
| antipsychotic | 3.60 (1.67, 7.77)* | 4.64 (1.50, 14.32)* |
| anticholinergic drugs | 12.92 (1.65, 101.28)* | 5.82 (0.60, 56.73) |
| Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) | | |
| ไม่ใช่ | 1.00 | 1.00 |
| ใช่ | 0.373 (0.137, 1.015) | 0.28 (0.07, 1.12) |

*p-value < 0.05, [†]binary logistic regression, [‡]multiple logistic regression

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิดที่เป็นปัจจัยปกป้อง คือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. (adj OR = 0.08, 95%CI = 0.01, 0.46) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (adj OR = 0.05, 95%CI = 0.00, 0.52)

และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิดที่เป็นปัจจัยเสี่ยง คือ สถานภาพสมรสที่เป็นสมรสหรือคู่ (adj OR = 10.35, 95%CI = 2.62, 40.94) และการได้รับยารักษาโรคจิต (antipsychotic) ในการรักษา (adj OR = 4.64, 95%CI = 1.50, 14.32)

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบความชุกของภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 56.4 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Srisurapanont et al. (2017)⁽¹³⁾ ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของทวีปเอเชีย พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทวีปเอเชียพบภาวะบกพร่องของการรู้คิด และมักจะพบในผู้ป่วยช่วงกลุ่มอายุ 41-60 ปี แต่พบว่ามีความแตกต่างกับการศึกษาของ Wang et al. (2022)⁽¹⁴⁾ ทำการศึกษาแบบ case-control study พบความชุกภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 26.6 ซึ่งความแปรปรวนของความชุกของภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากการออกแบบการศึกษาที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของขนาดตัวอย่าง ความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศ และความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะบกพร่องของการรู้คิด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องทางการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยปกป้อง คือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. และระดับการศึกษาปริญญาตรี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sánchez-Carro et al. (2021)⁽¹⁵⁾ พบว่าจำนวนปีของการศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นหรือระดับการศึกษาที่สูงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเป็นปัจจัยปกป้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Venuri et al. (2014)⁽¹⁶⁾ พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับของการรู้คิดที่ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากการศึกษาช่วยเพิ่มระดับความเฉลียวฉลาด ทำให้ช่วยชะลอการเกิดความบกพร่องของการรู้คิด โดยการศึกษาของ Lee et al. (2017)⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีการเสื่อมถอยของการรู้คิดน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และการศึกษาของ Lee et al. (2012)⁽¹⁸⁾ ซึ่งเป็นวิเคราะห์แบบถ้อยคำ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการศึกษาต่ำจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงควรส่งเสริมให้ทุกคนสามารถศึกษาได้ตามศักยภาพอย่างเต็มที่ และมีการศึกษาที่เป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยง คือ สถานภาพสมรสคู่หรือมีการสมรส ซึ่งจะแตกต่างกับหลายๆ การศึกษา^(7,8) รวมไปถึงการศึกษาของ Giri et al. (2016)⁽¹⁹⁾ ซึ่งได้ศึกษาแบบภาคตัดขวางที่นครฉงชิ่ง ประเทศจีน พบว่า ภาวะบกพร่องของการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าและผู้ที่เป็นโสดหรือหย่า จะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่หรือมีการสมรส และการศึกษาของ Xu et al. (2021)⁽²⁰⁾ ซึ่งได้ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวางที่ประเทศจีน พบว่าผู้ชายสูงอายุที่เป็นหม้ายหรือหย่าจะมีภาวะการรู้คิดแย่กว่าผู้ที่มีการสมรสหรือสถานภาพสมรสคู่ แต่ในผู้หญิงสูงอายุ สถานภาพสมรสไม่มีผลต่อภาวะการรู้คิด ผู้วิจัยมีความเห็นว่าชีวิตสมรสที่ราบรื่น มีความเข้าใจกันของคู่สมรสช่วยให้เกิดความรู้สึกว่ามีชีวิตคู่ที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านจิตใจ เศรษฐกิจและสังคม มีความรู้สึกไม่เหงาและไม่โดดเดี่ยว ช่วยลดความเครียดในการดำเนินชีวิต มีความรู้สึกชีวิตมีความหมาย มีคุณค่า มองโลกในแง่บวก แต่ถ้าชีวิตสมรสมีความขัดแย้งกัน ความสัมพันธ์ไม่ดีต่อกัน มีปัญหาในชีวิตสมรส ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิด ก่อให้เกิดความบกพร่องของการรู้คิด จึงทำให้สถานภาพสมรสคู่หรือมีการสมรส เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยง คือ การได้รับการรักษาโรคจิตในการรักษา สามารถอธิบายด้วยเหตุผลดังนี้ จากการศึกษาของ Rothschild (2013)⁽²¹⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วมด้วยนั้นเป็นความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้า และยารักษาโรคจิต หรืออาจจะต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในบางราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการเจ็บป่วยและความตาย จากการทบทวนวรรณกรรมของ Wang et al. (2013)⁽²²⁾ พบว่ายารักษาโรคจิตที่ใช้ร่วมกับยาแก้ซึมเศร้านั้นอาจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษา และในการ

ใช้ยารักษาโรคจิตที่ใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นจะต้องคำนึงถึงขนาดของยาที่มีความเหมาะสมในการรักษา ระยะเวลาที่ให้ยารักษาโรคจิต ซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิผลในการรักษา และอาจต้องพิจารณาถึงการวิเคราะห์ต้นทุนและประโยชน์ที่ได้รับในการรักษา โดยการศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงเรื่องคูสมรส ซึ่งไม่ได้ศึกษาลงลึกลงไปว่ามีความرابรื่นในชีวิตคู่หรือไม่ เพราะหากราบรื่นในชีวิตคู่อาจจะไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงก็เป็นได้ และ 2) ยา antipsychotic ไม่ได้แยกเพิ่มเติมว่าเป็นยาประเภทใดบ้าง ซึ่งยาใหม่ ๆ บางตัวไม่มีผลต่อภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

สรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านด่าน มีภาวะบกพร่องของการรู้คิด ร้อยละ 56.4 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยปกป้อง คือ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส. และระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยง คือ สถานภาพสมรสคู่หรือมีการสมรส และการได้รับยารักษาโรคจิตในการรักษา ซึ่งข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะบกพร่องของการรู้คิดของผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านด่าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Depressive disorder (depression) . [Internet]. [cited 2022 Jul 1]. Available from:URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Sci Rep* 2018;8(1):2861. doi: 10.1038/s41598-018-21243-x.
3. Lam RW, Kennedy SH, McIntyre RS, Khullar A. Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Can J Psychiatry* 2014;59(12):649-54. doi: 10.1177/070674371405901206.
4. Gonda X, Pompili M, Serafini G, Carvalho AF, Rihmer Z, Dome P. The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression. *Ann Gen Psychiatry* 2015;14:27. doi: 10.1186/s12991-015-0068-9.
5. Yen YC, Rebok GW, Gallo JJ, Jones RN, Tennstedt SL. Depressive symptoms impair everyday problem-solving ability through cognitive abilities in late life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19(2):142-50. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181e89894.
6. Snyder HR. Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychol Bull* 2013;139(1):81-132. doi: 10.1037/a0028727.

7. Gualtieri CT, Morgan DW. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. *J Clin Psychiatry* 2008;69(7):1122-30. doi: 10.4088/jcp.v69n0712.
8. Ambaw A, Desalegn GT. Magnitude and correlates of cognitive impairment among major depressive disorder patients in Addis Ababa: institution based cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2019;12(1):135. doi: 10.1186/s13104-019-4184-5.
9. Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 12th. ed. Philadelphia : Wolters Kluver ; 2022.
10. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th. revision. 5th. ed. France : World Health Organization ; 2016.
11. สุระพัทธ์ เหมรัญชโรจน์, ผู้แปล. The Montreal Cognitive Assessment: MoCA ฉบับภาษาไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2565]. ค้นได้จาก:URL: <http://www.mocatest.org>.
12. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2561; 63(4):321-34.
13. Srisurapanont M, Ming MY, Kuang YY, Heng-Nieng C, Constantine D, Zuraida ZN, et al. Cognitive Dysfunction in Asian Patients with Depression (CogDAD): A Cross-Sectional Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2017;13:185-99. doi: 10.2174/1745017901713010185.
14. Wang M, Yin D, Liu L, Zhou S, Liu Q, Tian H, et al. Features of cognitive impairment and related risk factors in patients with major depressive disorder: A case-control study. *J Affect Disord* 2022;307:29-36. doi: 10.1016/j.jad.2022.03.063.
15. Sánchez-Carro Y, Portella MJ, Leal-Leturia I, Salvat-Pujol N, Etxandi M, de Arriba-Arnau A, et al. Age at illness onset and physical activity are associated with cognitive impairment in patients with current diagnosis of major depressive disorder. *J Affect Disord* 2021;279:343-52. doi: 10.1016/j.jad.2020.10.032.
16. Vemuri P, Lesnick TG, Przybelski SA, Machulda M, Knopman DS, Mielke MM, et al. Association of lifetime intellectual enrichment with cognitive decline in the older population. *JAMA Neurol* 2014;71(8):1017-24. doi: 10.1001/jamaneurol.2014.963.
17. Lee WJ, Liang CK, Peng LN, Chiou ST, Chen LK. Protective factors against cognitive decline among community-dwelling middle-aged and older people in Taiwan: A 6-year national population-based study. *Geriatr Gerontol Int* 2017;17 Suppl 1:20-7. doi: 10.1111/ggi.13041.
18. Lee RS, Hermens DF, Porter MA, Redoblado-Hodge MA. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *J Affect Disord* 2012; 140(2):113-24. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.023.

19. Giri M, Chen T, Yu W, Lü Y. Prevalence and correlates of cognitive impairment and depression among elderly people in the world's fastest growing city, Chongqing, People's Republic of China. *Clin Interv Aging* 2016;11:1091-8. doi: 10.2147/CIA.S113668.
20. Xu PR, Wei R, Cheng BJ, Wang AJ, Li XD, Li HB, et al. The association of marital status with cognitive function and the role of gender in Chinese community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Aging Clin Exp Res* 2021;33(8):2273-81. doi: 10.1007/s40520-020-01743-5.
21. Rothschild AJ. Challenges in the treatment of major depressive disorder with psychotic features. *Schizophr Bull* 2013;39(4):787-96. doi: 10.1093/schbul/sbt046.
22. Wang P, Si T. Use of antipsychotics in the treatment of depressive disorders. *Shanghai Arch Psychiatry* 2013;25(3):134-40. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.03.002.