

## ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

อรภรณ์ สวนซัง, วท.ค.\*, กฤตนิษฐ์ แก้วยศ, วท.ม.\*\*\*, ฐปนีย์ ฟูมูลเจริญ, วท.ม.\*,  
ธิดิมา ณรงค์ศักดิ์, วท.ม.\*, ฐิติมา สงวนวิชัยกุล, พ.บ.\*, นฤทธิพรธณ ล้อมวงษ์, ศษ.ม.\*,  
ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์, ปร.ค.\*\*\*

\*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

\*\*สถาบันประสาทวิทยา

\*\*\*คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** 1) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท 2) เพื่อศึกษาลักษณะของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท และ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท

**วัสดุและวิธีการ :** การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา MOCA และ 3) Vienna test system สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ผล :** การศึกษานี้พบความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 58.5 มีความบกพร่องในด้าน attention, memory, executive functions และ processing speed ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท คือ การเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย (adjusted OR = 0.052; 95%CI = 0.006, 0.427) การเรียนจบชั้นปริญญาตรีขึ้นไป (adjusted OR = 0.065; 95%CI = 0.007, 0.562) ปัจจัยด้านยาซึ่งพบว่าผู้ที่ได้รับยา trihexyphenidyl จะมีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยานี้ (adjusted OR = 3.097; 95%CI = 1.178, 8.140)

**สรุป :** ปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท คือ ระดับการศึกษาที่สูง ส่วนปัจจัยเสี่ยง คือ การใช้ยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก

**คำสำคัญ :** ความชุก, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, ผู้ป่วยจิตเภท, ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง

# PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Orabhorn Suanchang, Ph.D.\*, Krittanai Kaewyot, M.Sc.\*\*\*, Thapanee Foomooljareon, M.Sc.\*,  
Thitima Narongsak, M.Sc.\*, Thitima Sanguanvichaikul, M.D.\*,  
Nalitipan Lomwong, M.Ed.\*, Thanapoom Rattananupong, Ph.D.\*\*\*

*\*Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

*\*\*Neurological Institute of Thailand*

*\*\*\*Faculty of Medicine, Chulalongkorn University*

## Abstract

**Objectives:** 1) To examine the prevalence of cognitive impairment in patients with schizophrenia, 2) To explore the characteristics of cognitive impairment, and 3) To identify associated factors contributing to cognitive impairment in this population.

**Material and Methods:** This analytical cross-sectional included 130 outpatients with schizophrenia at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry who met the inclusion and exclusion criteria. The assessment tools consisted of 1) a demographic questionnaire, 2) the Thai version of Montreal Cognitive Assessment (MOCA) and 3) the Vienna Test System. Descriptive statistics, Chi-square tests, and logistic regression analysis were used to analyses with statistically significant level of 0.05.

**Results:** The prevalence of cognitive impairment was 58.5%. Domain of impairment included attention, memory, executive functions, and processing speed. The significant protective factors against cognitive impairment included education level: lower or upper secondary school (adjusted OR = 0.052; 95%CI = 0.006, 0.427), and bachelor's degree or higher (adjusted OR = 0.065; 95%CI = 0.007, 0.562). In addition, receiving trihexyphenidyl was associated with higher risk of cognitive impairment (adjusted OR = 3.097; 95%CI = 1.178, 8.140).

**Conclusion:** Higher education levels were protective factors against cognitive impairment, whereas the use of anticholinergic drugs was identified as a risk factor.

**Key words:** prevalence, associated factors, schizophrenia, cognitive impairment

## บทนำ

โรคจิตเวชถือเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) นับเป็นผู้ป่วยซึ่งพบมากที่สุด มีอัตราความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 0.3 - 0.7 ของประชากรโลก<sup>1</sup> ประเทศไทยพบความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 15 - 59 ปี จำนวน 8.8 คน ต่อประชากร 1,000 คน (95% CI: 7.2 - 10.6) โดยมีอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 1.1 ต่อ 1 นอกจากนี้จากการศึกษาภาระโรคในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.3 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชชนิดอื่น และพบว่าโรคจิตเภทเป็นลำดับที่ 17 ใน 20 อันดับแรกของโรคที่สร้างภาระให้กับระบบสาธารณสุขของประเทศไทย<sup>2</sup>

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรง จากการศึกษพบว่าพยาธิสภาพของโรคนี้ทำให้มีความผิดปกติของความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมการตัดสินใจ บุคลิกภาพ และทำให้เกิดความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม<sup>3</sup> ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างรุนแรงและหลายมิติ<sup>4</sup> โดยมูทิตา พนาสถิตย์ และคณะ<sup>5</sup> กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้พุทธิปัญญา (cognitive function) เสียไป ส่วนของพุทธิปัญญาที่เสียไปได้ ได้แก่ memory function, attention, executive function และ working memory ซึ่งความผิดปกติที่กล่าวมานี้เป็นพยาธิสภาพทางสรีรวิทยาที่สำคัญของ

ผู้ป่วยจิตเภท เช่นเดียวกับการศึกษาของ Green et al.<sup>6</sup> ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดความบกพร่องพุทธิปัญญาในมิติ working memory, attention/vigilance, verbal learning and memory, visual learning and memory, reasoning and problem solving, speed of processing และ social cognition นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (meta-analysis) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพุทธิปัญญาโดยเฉลี่ยต่ำกว่าอย่างน้อยหนึ่งมิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม<sup>4,7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 50.0-81.3<sup>8-10</sup> โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง คือ เพศ การศึกษาน้อยกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 การรักษาด้วย anticholinergic drugs การรักษาด้วย selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)<sup>5</sup> ส่วนการศึกษาของ Mascio et al.<sup>11</sup> พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท คือ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส และการจ้างงาน ซึ่งความผิดปกตินี้มีผลต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งปัจจุบันการศึกษภาวะพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด และพบว่ามีภาวะประเมิน cognitive function โดยใช้แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เพียงอย่างเดียว โดยยังไม่ได้เปรียบเทียบกับแบบประเมินทางจิตวิทยาอื่น ๆ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA ควบคู่กับ

Vienna test system ซึ่งเป็นการประเมินโดยผ่านระบบคอมพิวเตอร์ที่มีความน่าเชื่อถือและประเมินได้ละเอียดมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาที่ประเมินพุทธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภทด้วย Vienna test system ในประเทศไทยมาก่อน โดยการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยสื่อสารให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และญาติที่ดูแลได้ตระหนักถึงภาวะนี้ และหาแนวทางดูแลรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

#### วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกรรมสุขภาพจิต เลขที่รับรอง DMH.IRB.CO.A 035/2565 ลงวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่รับรอง SD.IRB.APPROVAL 028/2565 ลงวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - ธันวาคม พ.ศ. 2566

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อาสาสมัครได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท

(F20.X) ตามหลักเกณฑ์ ICD-10 2) อาสาสมัครอายุระหว่าง 20 - 50 ปี 3) อาสาสมัครสามารถอ่านเขียน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ 4) อาสาสมัครมีอาการทางจิตสงบ (คะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน) และ 5) อาสาสมัครไม่ได้เปลี่ยนยา antipsychotic ที่เป็นการรักษาหลักอย่างน้อย 3 เดือน ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) อาสาสมัครมีประวัติการได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองอย่างรุนแรง 2) อาสาสมัครโรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางสติปัญญา และ 3) อาสาสมัครที่อยู่ระหว่างการได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือสิ้นสุดการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่เกิน 2 สัปดาห์

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร population proportion<sup>12</sup> อ้างอิงค่า P จากการศึกษาของ Arunpongpaisal & Sangsirilak (2013)<sup>8</sup> เท่ากับ 0.81 และค่า d เท่ากับ 0.07 จะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 121 คน และป้องกันการ drop out ของข้อมูล ร้อยละ 5 จะได้เท่ากับ 127 คน จึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) จากผู้ป่วยที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก โดยเชิญชวนอาสาสมัครตรงตามเกณฑ์คัดเลือกที่ได้รับคิวเลขคู่เข้าร่วมโครงการ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

อาสาสมัครจะได้รับการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ โรคประจำตัวทางกาย

ประวัติโรคจิตเวชใดครรอบครัว การมีผู้ดูแล การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน ยาและขนาดที่ได้รับ (ยาเกินและยาผิด) การแพ้ยา และระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนการรักษา (duration of untreated psychosis)

2. แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา (The Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ที่แปลโดย โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์<sup>13</sup> เป็นฉบับภาษาไทย (version 01) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ เพื่อประเมินความตั้งใจสมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการ สร้างรูปแบบ ความคิดรวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว มีคะแนนตั้งแต่ 0 - 30 คะแนน หากผู้รับการประเมินมีการศึกษาน้อยกว่า หรือเท่ากับ 6 ปี จะมีการเพิ่มคะแนนรวมให้หนึ่ง คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 25 ขึ้นไปจึงจะถือว่าปกติ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

3. Vienna Test System เป็นชุดเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจประเมินภาวะการรับรู้ สำหรับใช้ในการตรวจประเมินทางประสาทจิตวิทยา (neuropsychological test) เป็นซอฟต์แวร์ที่ใช้ประเมินความคิด ความจำ และการเรียนรู้ (cognitive function training) โดยใช้คำสั่งชุดประเมิน cognitive functions สำหรับ schizophrenic disorders โดยเลือกแบบทดสอบ 3 มิติ คือ 1) attention ใช้ระยะเวลาประมาณ 8 นาที 2) memory ใช้ระยะเวลาประมาณ 24 นาที และ 3) executive

functions and processing speed ใช้ระยะเวลา ประมาณ 27 นาที ระยะเวลารวมประมาณ 59 นาที โดยจะรายงานผลออกมาในรูปแบบสัญลักษณ์สีที่ แสดงว่าบกพร่องหรือไม่บกพร่องในมิตินั้น ๆ

4. แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการนำมาใช้ในการปฏิบัติงานที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ มีลักษณะตัวเลือก 7 ตัวเลือก ซึ่งคิดเป็นคะแนนตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน คือ ไม่มีอาการ = 1 คะแนน มีเล็กน้อย เป็นบางครั้ง = 2 คะแนน มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน อาการปานกลาง = 4 คะแนน อาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน อาการรุนแรง = 6 คะแนน และอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน ดังนั้นคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18 - 126 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรครุนแรงมาก และถ้าผู้ป่วยมีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรครุนแรงเล็กน้อย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง โดยใช้สถิติ chi-square test และ fisher's exact test และวิเคราะห์ต่อยอดด้วย logistic

regression นำเสนอเป็นค่า crude OR (95%CI) และ adjusted OR (95%CI) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**ผล**

**ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท**

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 130 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.5) อายุเฉลี่ย  $38.1 \pm 7.94$  ปี เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ

57.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 85.4) ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 76.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48.5) รายได้ต่อเดือน (median, IQR) 3,600 (0, 10,000) บาท รายได้เพียงพอ (ร้อยละ 57.7) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 53.8 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.0 มีคู่นอน ร้อยละ 80.8 และไม่ได้ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 40.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	76	58.5
หญิง	54	41.5
อายุ (เฉลี่ย $38.1 \pm 7.94$ ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	28	21.5
31 - 40 ปี	45	34.6
41 - 50 ปี	57	43.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	21	16.2
มัธยมศึกษา (ตอนต้นและปลาย)	75	57.7
ปริญญาตรีขึ้นไป	34	26.2
สถานภาพสมรส		
โสด	111	85.4
สมรส	13	10.0
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	4.6
โรคประจำตัวทางกาย		
ไม่มี	100	76.9
มี	30	23.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	63	48.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.8
รับจ้าง	35	26.9
เกษตรกร	5	3.8
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	12.3
พนักงานเอกชน	8	6.2
อื่น ๆ	2	1.5
รายได้ต่อเดือน;		
มีฐาน (IQR) 3,600 (0 - 10,000) บาท		
ไม่มีรายได้	46	35.4
1 - 10,000 บาท	57	43.8
มากกว่า 10,000 บาท	27	20.8
ความเพียงพอต่อรายได้		
เพียงพอ	75	57.7
ไม่เพียงพอ	55	42.3
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	70	53.8
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	14	10.8
สูบบุหรี่อยู่	46	35.4
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	104	80.0
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	15	11.5
ดื่มอยู่	11	8.5
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	105	80.8
ไม่มีผู้ดูแล	25	19.2

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกายเลย	53	40.8
ออกกำลังกายเลข 1 - 3 วันต่อสัปดาห์	41	31.5
ออกกำลังกายเลข 4 - 6 วันต่อสัปดาห์	14	10.8
ออกกำลังกายทุกวันต่อสัปดาห์	22	16.9

ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 130 คน พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย  $10.0 \pm 7.94$  ปี ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนการรักษาเฉลี่ย  $5.5 \pm 11.87$  เดือน ส่วนใหญ่จำนวนครึ่งของการรับรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 - 5 ครั้ง (ร้อยละ 60.8) ส่วนใหญ่ได้รับยา trihexyphenidyl (ร้อยละ 76.9) risperidone (ร้อยละ 50.0) diazepam (ร้อยละ 24.6) ไม่ได้รับยา

ฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (ร้อยละ 83.1) ได้รับยา 3 ชนิด (ร้อยละ 29.2) ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ  $97.21 \pm 7.17$ ) ไม่มีประวัติแพ้ยา (ร้อยละ 78.5) ดัชนีมวลกายไม่ปกติ (ร้อยละ 74.6) และไม่มีประวัติโรคจิตเวชใดครอบคลุมคร่าว (ร้อยละ 70.8) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (เฉลี่ย $10.0 \pm 7.94$ ปี)		
0 - 3 ปี	30	23.1
4 - 6 ปี	24	18.5
7 - 9 ปี	18	13.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	58	44.6
ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนการรักษา (เฉลี่ย $5.5 \pm 11.87$ เดือน)		
0 - 6 เดือน	99	76.2
7 - 12 เดือน	21	16.2
มากกว่า 12 เดือน	10	7.7

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการรับรักษาแบบผู้ป่วยใน		
0 ครั้ง	33	25.4
1 - 5 ครั้ง	79	60.8
มากกว่า 5 ครั้ง	18	13.8
รายการยาที่ได้รับ 3 เดือนขึ้นไป		
ยาด้าน โคลิเนอร์จิก (anticholinergics)		
trihexyphenidyl	100	76.9
diphenhydramine	1	0.8
ยาด้าน โรคจิต (antipsychotics)		
clozapine	25	19.2
risperidone	68	52.3
quetiapine	11	8.5
olanzapine	2	1.5
aripiprazole	2	1.5
paliperidone	1	0.8
lurasidone	3	2.3
perphenazine	28	21.5
haloperidol	12	9.2
flupentixol	6	4.6
chlorpromazine	21	16.2
trifluoperazine	3	2.3
ยาด้าน ซึมเศร้า		
vortioxetine	1	0.8
sertraline	22	16.9
fluoxetine	12	9.2
fluvoxamine	1	0.8
amitriptyline	5	3.8
imipramine	2	1.5
clomipramine	1	0.8

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ยาด้านซึมเศร้า (ต่อ)		
nortriptyline	1	0.8
trazodone	2	1.5
mianserin	3	2.3
ยากลากังวล		
lorazepam	21	16.2
clonazepam	17	13.1
clorazepate	12	9.2
diazepam	32	24.6
Mood stabilizer		
lithium	7	5.4
sodium valproate	26	20.0
ยาฉีดด้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์นาน (Long acting antipsychotic injection; LAI)		
fluphenazine decanoate	22	16.9
flupenthixol decanoate	8	6.2
haloperidol decanoate	3	2.3
paliperidone palmitate	2	1.5
aripiprazole extended-released	1	0.8
การได้รับยาฉีด long acting antipsychotic (LAI)		
ไม่ได้รับ	95	73.1
ได้รับ (กลุ่ม first generation)	32	24.6
ได้รับ (กลุ่ม second generation)	3	2.3
จำนวนขนานยาที่ได้รับ		
1 ขนาน	10	7.7
2 ขนาน	24	18.5
3 ขนาน	38	29.2
4 ขนาน	34	26.2
5 ขนานขึ้นไป	24	18.5

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท (n = 130) (ต่อ)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ความร่วมมือในการใช้ยา (%medication adherence) ; mean $\pm$ SD	97.21 $\pm$ 7.17	
ประวัติแพ้ยา		
ไม่เคยแพ้ยา	102	78.5
เคยแพ้ยา	28	21.5
ดัชนีมวลกาย		
ปกติ	33	25.4
ไม่ปกติ (อ้วนหรือผอม)	97	74.6
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว		
ไม่มี	92	70.8
มี	38	29.2
ภาวะทุพธิปัญญาบกพร่อง	76	58.5

**ข้อมูลภาวะทุพธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภท**

จากการประเมินพุทธิปัญญาผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) พบความชุกของภาวะทุพธิปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 58.5 ซึ่งเมื่อประเมินลงรายละเอียดแต่ละ ด้านของพุทธิปัญญาที่บกพร่องด้วยเครื่องมือ Vienna test system พบว่า ด้านที่บกพร่อง 5 ลำดับแรกเรียงจากมากไปน้อย คือ attention ส่วน divided attention, cross-modal (ร้อยละ 93.8) executive functions ส่วน planning ability, visuospatial (ร้อยละ 90.0) memory ส่วน long-term memory, figural learning ability (ร้อยละ 78.5) executive functions ส่วน cognitive flexibility (ร้อยละ 73.8) และ memory

ส่วน long-term memory, figural recognition (ร้อยละ 71.5) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท**

จากการประเมินพุทธิปัญญาด้วยเครื่องมือ MOCA ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ chi-square test หรือ fisher's exact test พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะทุพธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ระดับการศึกษา ( $p$ -value = 0.001) ความเพียงพอของรายได้ ( $p$ -value = 0.035) และการได้รับยา trihexyphenidyl ( $p$ -value = 0.006) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ลักษณะของภาวะพุทธิปัญญาในผู้ป่วยจิตเภท

ด้าน	จำนวน (ร้อยละ)		
	ปกติ	บกพร่องระดับ moderate	บกพร่องระดับ severe
<b>attention</b>			
alertness, intrinsic	82 (63.1)	21 (16.2)	27 (20.8)
divided attention, cross-modal	8 (6.2)	4 (3.1)	118 (90.8)
<b>memory</b>			
working memory, spatial	74 (56.9)	0 (0.0)	56 (43.1)
long-term memory, figural	28 (21.5)	15 (11.5)	87 (66.9)
learning ability			
long-term memory, figural short-term delayed recall	41 (31.5)	17 (13.1)	72 (55.4)
long-term memory, figural long-term delayed recall	43 (33.1)	17 (13.1)	70 (53.8)
long-term memory, figural recognition	37 (28.5)	7 (5.4)	86 (66.2)
<b>executive functions</b>			
cognitive flexibility	34 (26.2)	11 (8.5)	85 (65.4)
response inhibition	38 (29.2)	23 (17.7)	69 (53.1)
planning ability, visuospatial	13 (10.0)	28 (21.5)	89 (68.5)
<b>processing speed</b>			
information processing speed	47 (36.2)	5 (3.8)	78 (60.0)

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ด้วย chi-square test หรือ fisher's exact test มาวิเคราะห์ต่อด้วยสถิติ binary logistic regression พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ ปัจจัยที่เป็นปัจจัย

ปกป้อง คือ การเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หรือตอนปลาย (crude OR = 0.054; 95%CI = 0.007, 0.424) การเรียนจบตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (crude OR = 0.050; 95%CI = 0.006, 0.416) ส่วนปัจจัยเสี่ยง คือ การมีรายได้ไม่เพียงพอ (crude OR =

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพุทรีปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัย	ภาวะพุทรีปัญญา (ร้อยละ)		p-value
	บกพร่อง (n = 76)	ไม่บกพร่อง (n = 54)	
เพศ, n(%)			0.571 <sup>a</sup>
ชาย	46 (60.5)	30 (55.6)	
หญิง	30 (39.5)	24 (44.4)	
อายุ, n(%)			0.419 <sup>a</sup>
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	15 (19.7)	13 (24.1)	
31 - 40 ปี	24 (31.6)	21 (38.9)	
41 - 50 ปี	37 (48.7)	20 (37.0)	
ระดับการศึกษา, n(%)			0.001* <sup>a</sup>
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	20 (26.3)	1 (1.9)	
มัธยมศึกษาตอนต้นและปลาย	39 (51.3)	36 (66.7)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	17 (22.4)	17 (31.5)	
สถานภาพสมรส, n(%)			0.796 <sup>b</sup>
โสด	66 (86.8)	45 (83.3)	
สมรส	7 (9.2)	6 (11.1)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3 (3.9)	3 (5.6)	
โรคประจำตัวทางกาย, n(%)			0.537 <sup>a</sup>
ไม่มี	57 (75.0)	43 (79.6)	
มี	19 (25.0)	11 (20.4)	
อาชีพ, n(%)			0.767 <sup>a</sup>
ว่างงาน	36 (47.4)	27 (50.0)	
ประกอบอาชีพ	40 (52.6)	27 (50.0)	
รายได้ต่อเดือน, n(%)			0.938 <sup>a</sup>
ไม่มีรายได้	27 (35.5)	19 (35.2)	
1 - 10,000 บาท	34 (44.7)	23 (42.6)	
มากกว่า 10,000 บาท	15 (19.7)	12 (22.2)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะพุทธิปัญญา (ร้อยละ)		p-value
	บกพร่อง (n = 76)	ไม่บกพร่อง (n = 54)	
ความเพียงพอต่อรายได้, n(%)			0.035* <sup>a</sup>
เพียงพอ	38 (50.0)	37 (68.5)	
ไม่เพียงพอ	38 (50.0)	17 (31.5)	
การสูบบุหรี่, n(%)			0.650 <sup>a</sup>
ไม่สูบบุหรี่	40 (52.6)	30 (55.6)	
เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว	7 (9.2)	7 (13.0)	
สูบบุหรี่อยู่	29 (38.2)	17 (31.5)	
การดื่มแอลกอฮอล์, n(%)			0.458 <sup>a</sup>
ไม่ดื่ม	59 (77.6)	45 (83.3)	
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	11 (14.5)	4 (7.4)	
ดื่มอยู่	6 (7.9)	5 (9.3)	
ผู้ดูแล, n(%)			0.862 <sup>a</sup>
มีผู้ดูแล	61 (80.3)	44 (81.5)	
ไม่มีผู้ดูแล	15 (19.7)	10 (18.5)	
การออกกำลังกาย, n(%)			0.241 <sup>a</sup>
ไม่ออกกำลังกายเลย	26 (34.2)	27 (50.0)	
ออกกำลังกายเลข 1 - 3 วันต่อสัปดาห์	26 (34.2)	15 (27.8)	
ออกกำลังกายเลข 4 - 6 วันต่อสัปดาห์	8 (10.5)	6 (11.1)	
ออกกำลังกายทุกวัน	16 (21.1)	6 (11.1)	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย, n(%)			0.118 <sup>a</sup>
0 - 3 ปี	23 (30.3)	7 (13.0)	
4 - 6 ปี	14 (18.4)	10 (18.5)	
7 - 9 ปี	10 (13.2)	8 (14.8)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	29 (38.2)	29 (53.7)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพหุติปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะพหุติปัญญา (ร้อยละ)		p-value
	บกพร่อง (n = 76)	ไม่บกพร่อง (n = 54)	
ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนการรักษา, n(%)			0.445 <sup>a</sup>
0 - 6 เดือน	59 (77.6)	40 (74.1)	
7 - 12 เดือน	10 (13.2)	11 (20.4)	
มากกว่า 12 เดือน	7 (9.2)	3 (5.6)	
จำนวนครั้งของการรับรักษาแบบผู้ป่วยใน, n(%)			0.065 <sup>a</sup>
0 ครั้ง	21 (27.6)	12 (22.2)	
1 - 5 ครั้ง	49 (64.5)	30 (55.6)	
มากกว่า 5 ครั้ง	6 (7.9)	12 (22.2)	
รายการยาที่ได้รับ, n(%)			
ยาด้าน โคลิเนอร์จิก (anticholinergics)			
trihexyphenidyl	65 (85.5)	35 (64.8)	0.006* <sup>a</sup>
diphenhydramine	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 <sup>a</sup>
ยาด้าน โรคจิต (antipsychotics)			
clozapine	17 (22.4)	8 (14.8)	0.282 <sup>a</sup>
risperidone	39 (51.3)	29 (53.7)	0.788 <sup>a</sup>
quetiapine	7 (9.2)	4 (7.4)	0.716 <sup>b</sup>
olanzapine	0 (0.0)	2 (3.7)	0.171 <sup>b</sup>
aripiprazole	0 (0.0)	2 (3.7)	0.171 <sup>b</sup>
paliperidone	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 <sup>b</sup>
lurasidone	1 (1.3)	2 (3.7)	0.570 <sup>b</sup>
perphenazine	18 (23.7)	10 (18.5)	0.480 <sup>a</sup>
haloperidol	8 (10.5)	4 (7.4)	0.760 <sup>a</sup>
flupentixol	3 (3.9)	3 (5.6)	0.692 <sup>a</sup>
chlorpromazine	15 (19.7)	6 (11.1)	0.188 <sup>a</sup>
trifluoperazine	2 (2.6)	1 (1.9)	0.770 <sup>a</sup>

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพหุติปัญหาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะพหุติปัญหา (ร้อยละ)		<i>p</i> -value
	บกพร่อง (n = 76)	ไม่บกพร่อง (n = 54)	
ยาด้านซึมเศร้า			
vortioxetine	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 <sup>a</sup>
sertraline	10 (13.2)	12 (22.2)	0.174 <sup>a</sup>
fluoxetine	7 (9.2)	5 (9.3)	0.992 <sup>b</sup>
fluvoxamine	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 <sup>b</sup>
amitriptyline	3 (3.9)	2 (3.7)	0.943 <sup>b</sup>
imipramine	0 (0.0)	2 (3.7)	0.171 <sup>b</sup>
clomipramine	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 <sup>b</sup>
nortriptyline	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 <sup>b</sup>
trazodone	1 (1.3)	1 (1.9)	0.807 <sup>b</sup>
mianserin	0 (0.0)	3 (5.6)	0.069 <sup>b</sup>
any tricyclic antidepressants (TCAs)	3 (3.9)	6 (11.1)	0.162 <sup>b</sup>
any selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)	17 (22.4)	18 (33.3)	0.165 <sup>a</sup>
ยากลายกั้ววล			
lorazepam	11 (14.5)	10 (18.5)	0.537 <sup>a</sup>
clonazepam	10 (13.2)	7 (13.0)	0.974 <sup>a</sup>
clorazepate	5 (6.6)	7 (13.0)	0.235 <sup>b</sup>
diazepam	19 (25.0)	13 (24.1)	0.904 <sup>a</sup>
any benzodiazepines	40 (52.6)	32 (59.3)	0.454 <sup>a</sup>
Mood stabilizers			
lithium	5 (6.6)	2 (3.7)	0.699 <sup>b</sup>
sodium valproate	15 (19.7)	11 (20.4)	0.929 <sup>a</sup>
ยานี้ดด้าน โรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (Long acting antipsychotic injection; LAI)			
fluphenazine decanoate	17 (22.4)	5 (9.3)	0.056 <sup>a</sup>
flupenthixol decanoate	3 (3.9)	5 (9.3)	0.275 <sup>b</sup>
haloperidol decanoate	1 (1.3)	2 (3.7)	0.570 <sup>b</sup>

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะพหุติปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะพหุติปัญญา (ร้อยละ)		p-value
	บกพร่อง (n = 76)	ไม่บกพร่อง (n = 54)	
ยาฉีดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์เนิ่น (Long acting antipsychotic injection; LAI) (ต่อ)			
paliperidone palmitate	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 <sup>b</sup>
aripiprazole extended-released	0 (0.0)	1 (1.9)	0.415 <sup>b</sup>
การได้รับยาฉีด long acting antipsychotic (LAI)			0.086 <sup>a</sup>
ไม่ได้รับ	55 (72.4)	40 (74.1)	
ได้รับ (กลุ่ม first generation)	21 (27.6)	11 (20.4)	
ได้รับ (กลุ่ม second generation)	0 (0.0)	3 (5.6)	
จำนวนขนานยาที่ได้รับ			0.599 <sup>a</sup>
1 ขนาน	4 (5.3)	6 (11.1)	
2 ขนาน	13 (17.1)	11 (20.4)	
3 ขนาน	25 (32.9)	13 (24.1)	
4 ขนาน	21 (27.6)	13 (24.1)	
5 ขนานขึ้นไป	13 (17.1)	11 (20.4)	
ความร่วมมือในการใช้ยา, mean ± SD	97.11 ± 6.79	97.35 ± 7.74	0.848 <sup>c</sup>
ประวัติแพ้ยา			0.553 <sup>a</sup>
ไม่เคยแพ้ยา	61 (80.3)	41 (75.9)	
มีประวัติแพ้ยา	15 (19.7)	13 (24.1)	
ดัชนีมวลกาย			0.772 <sup>a</sup>
ปกติ	20 (26.3)	13 (24.1)	
ไม่ปกติ (อ้วนหรือผอม)	56 (73.7)	41 (75.9)	
ประวัติโรคจิตเวชใดรอบครอบครัว			0.933 <sup>a</sup>
ไม่มี	54 (71.1)	38 (70.4)	
มี	22 (28.9)	16 (29.6)	

\*p-value &lt; 0.05, a = chi-square test, b = fisher's exact test, c = independent sample T-test

2.176; 95%CI = 1.050, 4.513) และการได้รับยา trihexyphenidyl (crude OR = 3.208; 95%CI = 1.373, 7.495) โดยเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่เป็นปัจจัยปกป้อง คือ การเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย (adjusted OR = 0.052; 95%CI = 0.006,

0.427) การเรียนจบตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (adjusted OR = 0.065; 95%CI = 0.007, 0.562) โดย การได้รับยา trihexyphenidyl ยังคงเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะพหุธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท (adjusted OR = 3.097; 95%CI = 1.178, 8.140) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพหุธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัย	crude OR (95%CI) <sup>a</sup>	adjusted OR (95%CI) <sup>b</sup>
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	1.000	1.000
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย	0.054 (0.007, 0.424)* <sup>a</sup>	0.052 (0.006, 0.427)* <sup>b</sup>
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.050 (0.006, 0.416)* <sup>a</sup>	0.065 (0.007, 0.562)* <sup>b</sup>
ความเพียงพอต่อรายได้		
เพียงพอ	1.000	1.000
ไม่เพียงพอ	2.176 (1.050, 4.513)* <sup>a</sup>	1.937 (0.867, 4.328)
ยา trihexyphenidyl		
ไม่ได้รับ	1.000	1.000
ได้รับ	3.208 (1.373, 7.495)* <sup>a</sup>	3.097 (1.178, 8.140)* <sup>b</sup>

\*p-value < 0.05, a = binary logistic regression, b = multiple logistic regression

**อภิปราย**

จากการศึกษาพบความชุกของภาวะพหุธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 58.5 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 50.0 - 81.3<sup>8-10, 14, 15</sup> การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะพหุธิปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยโรคจิตเภท ประการแรก คือ การได้รับยาที่มีฤทธิ์ต้าน โคลิเนอร์จิกอย่างแรง

เช่น trihexyphenidyl เป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีนัยสำคัญซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพหุธิปัญญาบกพร่องประมาณ 3 เท่าของผู้ที่ไม่ได้รับยานี้ (adjusted OR = 3.10, 95%CI = 1.18 - 8.14) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษา Joshi และคณะ<sup>16</sup> และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจาก 17 การศึกษาโดย Georgiou และคณะ<sup>17</sup> แสดงให้เห็นถึงผลกระทบทางลบที่ชัดเจนของยากลุ่ม

anticholinergics ต่อการทำงานของสมองซึ่งส่งผลต่อพุทธรูปปัญหาของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยปกป้องต่อการเกิดภาวะพุทธรูปปัญหาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนหนังสือต่ำกว่า ซึ่งพบว่าผู้เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาและผู้เรียนจบตั้งแต่ชั้นปริญญาตรีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนจบชั้นประถมศึกษาประมาณ 19 เท่า (adjusted OR = 0.052; 95% CI = 0.006, 0.427) และ 15 เท่า (adjusted OR = 0.065; 95% CI = 0.007, 0.562) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งล้วนแสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาที่ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความบกพร่องทางสติปัญญาในผู้ป่วยจิตเภท<sup>9, 18, 19</sup>

พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะพุทธรูปปัญหาบกพร่องในระดับเบื้องต้น (crude) แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวหายไปหลังจากวิเคราะห์ด้วยการปรับปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าอิทธิพลทางเศรษฐกิจอาจส่งผลต่อพุทธรูปปัญหาโดยผ่านกลไกอื่น ๆ เช่น การเข้าถึงการรักษา การเข้าถึงยา ความเครียด มากกว่าเป็นผลโดยตรง อีกทั้งตัวโรคจิตเภทเองเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะพุทธรูปปัญหาบกพร่องได้เช่นกัน ทั้งด้าน memory function, attention, executive function และ working memory<sup>20</sup> ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความเครียดจากปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ อาจเป็นสาเหตุที่กระทบต่อการเข้าถึงการรักษา

หรือการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้พุทธรูปปัญหาของผู้ป่วยลดลงได้มากขึ้น

การศึกษาของ Mascio et al.<sup>11</sup> พบว่า จากผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 24,614 คน มีภาวะพุทธรูปปัญหาบกพร่อง ร้อยละ 55 และพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธรูปปัญหาบกพร่องคือ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส และการจ้างงาน ตลอดจนผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ การมีกิจกรรมที่ฝึกฝนสติปัญญาอย่างสม่ำเสมอ จะเป็นการลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม รักษาการทำงาน ของเซลล์ประสาท กระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาท และส่งผลลัพธ์ทางบวกต่อพุทธรูปปัญหา<sup>21, 22</sup> และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจากการศึกษาของมูทิตา พนาสติดิย์ และคณะ<sup>5</sup> ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพุทธรูปปัญหาด้าน attention-concentration, working memory, secondary verbal fluency, language fluency และ delayed recall memory ของผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่าเฉลี่ยเวลาในการทำแบบทดสอบพุทธรูปปัญหาด้าน psychomotor speed และ executive function มากกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยคะแนนพุทธรูปปัญหาทุก ๆ ด้านมีแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะพุทธรูปปัญหา ได้แก่ เพศ การศึกษา ระดับมัธยมปลายหรือ ปวส. ขึ้นไป การรักษาด้วย atypical antipsychotic drugs, selective serotonin reuptake inhibitors และยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic drugs) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ซึ่งไม่พบนัยสำคัญทางสถิติของพุทธรูปปัญหาที่

ลดลงจากการใช้ยา atypical antipsychotics, conventional antipsychotics, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), tricyclic antidepressants และ long-acting antipsychotic injection

เมื่อพิจารณาโดยรวม ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนความจำเป็นทางคลินิกในการลดการใช้ยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะพหุปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sathienluckana et al.<sup>2,3</sup> ที่พบว่าการหยุดหรือลดขนาดยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกสามารถทำให้พหุปัญญาของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้าน executive function ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า executive function เป็นพหุปัญญาด้านที่ลดลงค่อนข้างมากในผู้ป่วยจิตเภท หากสามารถปรับขนาดยาต้านโคลิเนอร์จิกให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น จะสามารถเพิ่มพหุปัญญาด้านนี้ของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

## สรุป

ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา มีภาวะพหุปัญญาบกพร่อง ร้อยละ 58.5 โดยมีความบกพร่องในด้าน attention, memory, executive functions และ processing speed ปัจจัยปกป้องการเกิดภาวะพหุปัญญาบกพร่องในผู้ป่วยจิตเภท คือระดับการศึกษาที่สูง ส่วนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวคือการใช้ยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก ผลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งผู้ที่มีภาวะพหุปัญญาบกพร่องแล้วและผู้ที่ยังไม่มีภาวะดังกล่าว รวมทั้งปรับเปลี่ยนปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อให้เกิดผลด้านบวกต่อพหุปัญญาของผู้ป่วย อีกทั้งสื่อสารให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และญาติผู้ดูแล ได้ตระหนักถึงภาวะนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับสนับสนุนทุนวิจัยประมาณ 2565 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรม (สกว.)

## เอกสารอ้างอิง

1. Lortrakul M, Sukanich P. Textbook of Ramathibodi psychiatry. 3rd ed. Bangkok: Beyond Enterprise; 2009.
2. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. Popul Health Metr 2010; 8: 24-35.
3. Gubman GD, Tessler RC. The impact of mental illness on families. J Fam Issues 1987; 8(2): 226-45.
4. Dickinson D, Ramsey ME, Gold JM. Overlooking the obvious: a meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2007; 64(5): 532-42.
5. มุทิตา พนาสติกข์, นันทิกา ทวีชาชาติ, พวงสร้อย วรกุล. ภาวะพหุปัญญาของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551; 52(1): 1-15.

6. Green MF, Nuechterlein KH, Gold JM, Barch DM, Cohen J, Essock S. Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: The NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biol Psychiatry* 2004; 56(5): 301-7.
7. Mesholam-Gately RI, Giuliano AJ, Goff KP, Faraone SV, Seidman LJ. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology* 2009; 23(3): 315-36.
8. Arunpongpaisal S, Sangsirilak A. Using MoCA-Thai to evaluate cognitive impairment in patients with schizophrenia. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2013; 96(7): 860-5.
9. Gil D, Bengochea R, Arrieta M, Lastra I, Sánchez R, Álvarez A. Use of Barcelona Test for cognitive assessment of patients with schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36(6): 337-44.
10. Squibb SM, Palmer BW, Paulsen JS, Jeste DV, Heaton RK. The Prevalence of Specific Cognitive Impairments in Schizophrenia. *Arch Clin Neuropsychol* 1997; 12(4): 409.
11. Mascio A, Stewart R, Botelle R, Williams M, Mirza L, Patel R, et al. Cognitive Impairments in Schizophrenia: A Study in a Large Clinical Sample Using Natural Language Processing. *Front Digit Health* 2021; 3: 711941.
12. Deneil WW. *Biostatistics: A foundation of analysis in the health science*. 6th ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 1995.
13. Hemrungronj S. MoCA Thai version Bangkok: MoCA Test. [online]. Available from: <http://www.mocatest.org>. [2023 Sep 17].
14. Bozikas VP, Kosmidis MH, Kiosseoglou G, Karavatos A. Neuropsychological profile of cognitively impaired patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2006; 47(2): 136-43.
15. Chan RCK, Chen EYH. Assessment of executive function for schizophrenia in Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry* 2005; 15(1): 23-8.
16. Joshi YB, Thomas ML, Braff DL, Green MF, Gur RC, Gur RE, et al. Anticholinergic Medication Burden-Associated Cognitive Impairment in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2021; 178(9): 838-47.
17. Georgiou R, Lamnisos D, Giannakou K. Anticholinergic Burden and Cognitive Performance in Patients with Schizophrenia: A Systematic Literature Review. *Front Psychiatry* 2021; 12: 779607.
18. Reichenberg A, Caspi A, Harrington H, Houts R, Keefe RS, Murray RM, et al. Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: a 30-year study. *Am J Psychiatry* 2010; 167(2): 160-9.
19. Goonathilake P, Ediriweera D, Ruban R, Isuru A. Prevalence and correlates of cognitive impairment in schizophrenia: a cross-sectional study from a teaching hospital southern Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 2022; 22(1): 716.
20. McCutcheon RA, Keefe RSE, McGuire PK. Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Mol Psychiatry* 2023; 28(5): 1902-18.
21. Vemuri P, Lesnick TG, Przybelski SA. Association of lifetime intellectual enrichment with cognitive decline in the older population. *JAMA Neurol* 2014; 71(8):1017-24.
22. Lee WJ, Liang CK, Peng LN. 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: 20-7.
23. Sathienluckana T, Unaharassamee W, Suthisisang C, Suanchang O, Suansanae T. Anticholinergic discontinuation and cognitive functions in patients with schizophrenia: a pharmacist–physician collaboration in the outpatient department. *Integr Pharm Res Pract* 2018; 7: 161-71.