



# ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก

## Factors Associated with Relapse in First Episode Psychosis

สินเงิน สุขสมปอง\*, ดุษฎี อุดมอิทธิพงษ์\*\*, พลภัทร์ โลเสถียรกิจ\*

Sin-ngern Sooksompong\*, Dussadee Udomittipong\*\*, Pholphat Losatiankij\*

\* สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

\*\* โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

\* Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

\*\* Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก

**วิธีการศึกษา** เป็นการสืบค้นผ่านทาง PubMed, PsycINFO, ClinicalTrials.gov, google scholar และฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998-2015 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การกลับเป็นซ้ำ โรคจิตครั้งแรก ซึ่งพบว่ามีงานวิจัยจากต่างประเทศ 19 เรื่องและแบบ systematic review 5 เรื่อง รวมทั้งหมด 24 เรื่อง หลังจากนั้น ผู้นิพนธ์ได้วิเคราะห์และสังเคราะห์บทความแล้วนำมาเรียบเรียงให้เป็นบทความภาษาไทย

**ผลการศึกษา** ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำที่พบได้แก่ การไม่ร่วมมือในการรักษา การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด รวมถึงการสูบบุหรี่ อายุของผู้ป่วยก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำเช่นกัน พบว่าผู้ป่วยอายุน้อยส่วนใหญ่จะมีโอกาสกลับกำเริบซ้ำได้มากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีคนดูแล ก็มีโอกาสกลับกำเริบซ้ำได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาอนโรยโรงพยาบาลที่สั้นกว่าค่าเฉลี่ย จะมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ

**สรุป** การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ พบว่าการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด อายุ และระยะเวลาอนโรยในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ ควรมีการศึกษาในด้านอาการและความสามารถก่อนป่วย รวมถึงการดูแลในครอบครัว เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับเป็นซ้ำต่อไป

**คำสำคัญ** การกลับเป็นซ้ำ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โรคจิตครั้งแรก

Corresponding author: สินเงิน สุขสมปอง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(4): 331-340

---

## ABSTRACT

**Objective :** To review the associated factors of relapse in patients with first episode psychosis (FEP).

**Method :** PubMed, PsycINFO, ClinicalTrials.gov, Google scholar and other medical databases for English-language articles published between 1998-2015 were searched, using associated factors, factors related to, first episode psychosis and relapse as keywords. There were 19 original articles and 5 systematic reviews found.

**Results :** There were many associated factors with relapse in FEP. However, in this review, we found that medication non adherence and persistent substance use including nicotine use were associated with relapse. Age of onset of patients with FEP was one of the factors. Most of the studies reported that younger age of onset and older ages without caregivers were associated with relapse. The shorter duration of admission than average duration of hospital stay was also found to be an associated factors of relapse.

**Conclusion :** Medication non adherence, persistent substance use, age of onset and duration of hospital stay were factors associated with relapse in FEP in this review. There should be studies of clinical presentation and premorbid functioning and supporting system to identify the risk factors of relapse in FEP in the future.

**Keywords :** associated factor, first episode psychosis, relapse

---

Corresponding author: Sin-ngern Sooksompong

J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(4): 331-340

### บทนำ

โรคจิตโดยเฉพาะโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังและก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก และเมื่อป่วยเป็นโรคจิตจะมีโอกาสหายขาดไม่มากนัก ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีการให้ความสนใจศึกษาในช่วงระยะการเกิดโรคจิตครั้งแรกเพิ่มมากขึ้น (first-episode psychosis: FEP)<sup>1</sup> โดยเฉพาะปัญหาเรื่องอาการกำเริบซ้ำที่เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคจิตซึ่งเป็นเป้าหมายที่ท้าทายและสำคัญที่สุดในการรักษาความผิดปกติทางจิต<sup>2</sup> หากได้รับการรักษาให้ทันเวลาที่ดียิ่งทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น แต่หากเป็นโรคจิตแล้วการรักษาที่ช้าหรือเน้นนานออกไปกลับจะนำไปสู่การฟื้นฟูที่ไม่ได้ผล<sup>3</sup>

มีการศึกษาแบบสุ่ม (randomized control trial) เพื่อตามดูผู้ป่วยที่มีอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่ได้รับยาไม่ต่อเนื่องใน 1 ปี พบว่าสูงถึงร้อยละ 41-79<sup>4-7</sup> การศึกษาตามธรรมชาติ (naturalistic study) ที่ทำในฮ่องกงพบอัตราการกลับเป็นซ้ำของการเกิดโรคจิตครั้งแรกของผู้ป่วยในช่วงที่สิ้นสุดของปีที่ 3 ร้อยละ 40<sup>8</sup> และแต่ละครั้งของการกลับเป็นซ้ำของ FEP จะส่งผลให้การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแยกลงตามไปด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ช่วงเวลาที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลก็นานขึ้นด้วยเช่นกัน<sup>9</sup>

เป็นที่ทราบกันดีว่า ปัจจัยหลักของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชคือการไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (medication non-adherence) อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยอื่น ๆ<sup>10</sup> อีกจำนวนมากที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ดังนั้น บทความนี้จึงมุ่งเน้นที่การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก เพื่อนำไปสู่การค้นหาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกในประเทศไทย และสามารถค้นหาแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกต่อไป

### วิธีการศึกษา

บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วย FEP โดยสืบค้นผ่านทาง PubMed, PsycINFO, ClinicalTrials.gov., google scholar และฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและอังกฤษ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998-2015 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นที่เป็นภาษาอังกฤษคือ associated factor, related factors relapse, first episode psychosis และเป็นภาษาไทยคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การกลับเป็นซ้ำ โรคจิตครั้งแรก ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตครั้งแรก ซึ่งพบว่ามีงานวิจัยจากต่างประเทศ 19 เรื่องและแบบ systematic review 5 เรื่อง รวมทั้งหมด 24 เรื่อง หลังจากนั้น ผู้นิพนธ์ได้วิเคราะห์และสังเคราะห์บทความแล้วนำมาเรียบเรียงให้เป็นบทความภาษาไทย

### ความหมายของโรคจิตครั้งแรก

โรคจิตครั้งแรก (first episode psychosis, FEP) หมายถึง ประสบการณ์ครั้งแรกของผู้ที่มีอาการทางจิตหรือ psychotic episode พบว่า ประชากร 3 ใน 100 คน จะมีประสบการณ์ psychotic episode อย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต<sup>11</sup> คำว่าโรคจิต (psychosis) หมายถึง การเกิดการสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริง ซึ่งจัดเป็นกลุ่มโรคสำคัญกลุ่มหนึ่งของโรคทางจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตมักมีอาการทางจิตรุนแรงและสูญเสียหน้าที่ไปมาก โดยเฉพาะโรคจิตเภท (schizophrenia) ซึ่งพบได้บ่อย สามารถเริ่มป่วยได้ตั้งแต่อายุยังน้อย และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง

เมื่อป่วยเป็นโรคจิต ผู้ป่วยจะมีความคิดลึกลับ มีความเชื่อที่ผิดไปจากความเป็นจริง เรียกว่าอาการหลงผิดและมีการรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง เช่น มีอาการหูแว่วหรือประสาทหลอน ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึกและพฤติกรรมตามมา<sup>12</sup>

อาการที่สำคัญของโรคจิต (psychotic symptoms) ประกอบด้วยอาการดังนี้<sup>13</sup> :

- **Delusion:** อาการหลงผิด มีความคิดหรือความเชื่อผิดๆ ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ฝังแน่น ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยเหตุผล ชนิดที่พบได้บ่อยคืออาการหวาดระแวงว่ามีคนปองร้ายตนเอง

- **Hallucination:** อาการประสาทหลอน ผู้ป่วยมีการรับรู้โดยปราศจากสิ่งกระตุ้น ชนิดที่พบบ่อยได้แก่อาการหูแว่ว เช่น ได้ยินเสียงพูดเป็นเรื่องราว

- **Disorganized speech:** เป็นการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ฟังจับใจความไม่ได้หรือฟังไม่เข้าใจ

- **Disorganized behavior:** เป็นพฤติกรรมแปลกไปจากคนปกติ เช่น อาการรุ่มรวย ไม่มีเป้าหมายของการกระทำ และไม่สามารถเข้าใจถึงพฤติกรรมที่แสดงออกได้ง่าย

สำหรับ FEP ยังไม่มีการกำหนดความหมายไว้อย่างชัดเจน และจากการทบทวนวรรณกรรมก็พบว่ามีข้อขัดแย้งโดยเฉพาะในประเด็นเรื่องระยะเวลาที่มีอาการ อาการใน prodromal phase รวมทั้งอาการในระยะเฉียบพลัน เช่น มีบางรายงานนับรวมเอา prodromal phase เป็นการวินิจฉัย FEP ซึ่งใน prodromal phase นี้ ผู้ป่วยอาจจะมาด้วยอาการทางจิตที่ยังไม่ชัดเจน แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ความคิด การรับรู้และพฤติกรรม รวมถึงมีความเสื่อมถอยทางความสามารถและหน้าที่การงาน ในขณะที่ บางการศึกษาถือเอาผู้ป่วยที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก หรือมาพบแพทย์ครั้งแรกว่าเป็น FEP<sup>14</sup> เป็นต้น

#### คุณลักษณะทางคลินิกของ First episode psychosis<sup>11</sup>

โดยทั่วไปจะแบ่งอาการออกเป็นสามระยะ ซึ่งแต่ละระยะนั้นก็มักที่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งสามระยะได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะก่อนมีอาการทางจิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะมีความรู้สึกว่ามีบางอย่างที่แปลกออกไปจากเดิม แต่ไม่สามารถอธิบายออกมาได้ว่าสิ่งนั้นคืออะไร

ระยะที่ 2 ระยะที่มีอาการทางจิต คือมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิดหรือมีความคิดสับสน ในระยะนี้ ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ จะเริ่มบกพร่องและมักจะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยถูกพาเข้ามารับการบำบัดรักษา

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟู เป็นการฟื้นฟูความสามารถต่างๆ ให้กลับคืนมา และแม้ว่าอาการทางจิตในช่วงนี้จะสงบลง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าหายจากโรค หรือจะไม่มีการเป็นซ้ำของโรคจิตอีก

เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หากไม่ได้รับการแนะนำที่เหมาะสมและเพียงพอ ผู้ป่วยอาจจะหยุดการรักษา เพราะเข้าใจว่าหายจากอาการแล้ว และเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องติดตามการรักษาอีก ซึ่งกรณีดังกล่าว จะนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรคจิตได้อีก

#### การกลับเป็นซ้ำ

การกลับเป็นซ้ำ (relapse) หมายถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย การที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายป่วยจากโรคที่เป็นอยู่ แต่แล้วต้องกลับมาได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคอีกครั้ง การกลับเป็นซ้ำนั้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมากมาย ผู้ป่วยอาจจะเกิดความรู้สึกมีปมด้อยและมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกขาดอิสรภาพในชีวิตเนื่องจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ มีความรู้สึกว่าต้องพึ่งพิงและเป็นภาระแก่ผู้ดูแล สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นผลมาจากความเจ็บป่วย การกลับเป็นซ้ำ และยิ่งส่งผลต่อการรักษาและการฟื้นฟูของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก**

อาการเจ็บป่วยของโรคจิตครั้งแรกจะดีขึ้นหรือเลวลง และจะกลับมาป่วยซ้ำหรือไม่ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน ซึ่งยังไม่สามารถระบุชัดเจนว่า ปัจจัยใดเป็นสาเหตุหลักของการเป็นซ้ำ<sup>15</sup> อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นซ้ำนั้น พอจะสรุปได้ดังนี้

**ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรักษา**

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเรื้อรัง การที่ต้องกินยาติดต่อกันเป็นเวลานานเป็นปี พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งลักษณะของความไม่ร่วมมือได้แก่ กินยาไม่ครบ ไม่กินยา กินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือการไม่มาตามนัด เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนก็จะมีลักษณะแตกต่างกันไป เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาดังนี้ ก็มักจะเกิดความรู้สึกในทางลบมองว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แต่ความจริงผู้ป่วยมักไม่ได้ปฏิเสธการรักษาทั้งหมด แต่อาจไม่ร่วมมือในบางเรื่อง เช่น แพทย์สั่งให้กินยา 3 มื้อ ผู้ป่วยอาจกิน 2 มื้อ หรือกินยาตามแพทย์สั่งทุกมื้อยกเว้นมื้อก่อนนอนเพราะเข้าใจว่าเป็นยานอนหลับ เป็นต้น มีสาเหตุความไม่ร่วมมือในการรักษา<sup>16</sup> ที่พบบ่อยได้แก่

1. ด้านการสื่อสารปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาตินั้น ให้เข้าใจถึงปัญหาที่พบได้บ่อย สาเหตุอย่างหนึ่งก็คือ แพทย์อาจจะต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้มีเวลาในการสื่อสารเรื่องการกินยาหรือการปฏิบัติตัวลดลง เป็นต้น
2. ด้านผู้ป่วย นอกจากผู้ป่วยจะมีความเชื่อเดิมของตนแล้ว ยังพบได้บ่อยๆ ว่า ผู้ป่วยอาจจะมี ความเกรงใจแพทย์และไม่กล้าซักถาม แม้จะไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์ให้คำแนะนำก็ตาม โดยเฉพาะในเรื่อง ประสิทธิภาพของการรักษา รวมถึงการไม่กล้าพูดว่าตนเองไม่สามารถทำตามที่แพทย์แนะนำได้ เป็นต้น

3. ด้านการรักษา เช่น ผู้ป่วยไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยา หรือได้รับยาหลายขนาน กินวันละหลายมื้อ ทำให้ยากแก่การปฏิบัติตาม มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่กลัวติดยา เมื่อรู้สึกว่าตนเองดีขึ้นหรือหายแล้ว ก็มักเลือกที่จะหยุดยา โดยคิดว่าโรคจะดีขึ้นเองเรื่อยๆ เป็นต้น

4. ด้านการปฏิบัติ เช่น ผู้ป่วยต้องรอนาน มาพบแพทย์แต่ละครั้งต้องขาดงานเป็นวัน ลางานบ่อยไม่ได้ ค่ารักษาแพง มาโรงพยาบาลลำบาก หรือไม่มีคนพามา เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย ปี ค.ศ. 2016 ณัฐติกา สุวรรัน<sup>17</sup> ศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปีเพ็ง ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบสาเหตุการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค เกี่ยวกับยาจิตเวชและสถานบริการด้านสุขภาพจิต มีการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยมีความเครียด ญาติเบื่อบุหน้า ท้อแท้ในการดูแล

ปี ค.ศ. 2011 ศูนย์เชี่ยวชาญฟื้นฟูสุขภาพจิต อำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี<sup>18</sup> รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชน 338 ราย แยกเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 67.7 โรคซึมเศร้าร้อยละ 22.1 และโรควิตกกังวลร้อยละ 10 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อกลับไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็นสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คิดว่าหายแล้ว จึงไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิตและกลับเป็นซ้ำ

**ปัจจัยด้านความร่วมมือในการใช้ยา (Medication non-adherence)**

การรักษาจะได้ผลดีหรือไม่ขึ้น ปัจจัยที่สำคัญคือการที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา หากผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะทำให้เกิดผลเสียต่อการรักษา ผู้ป่วยอาจจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น หรืออาจ

จะกลับเป็นซ้ำได้ รวมถึงเกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) เป็นคำที่มีความหมายในเชิงบวก เป็นคำที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยและแพทย์มีการตกลงร่วมกันถึงแผนการรักษา โดยผู้ป่วยเองจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาของตัวเอง ในขณะที่การไม่ใช้ยาตามสั่ง (medication noncompliance) หมายถึงการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามที่แพทย์แนะนำ โดยที่ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจแผนการรักษาแล้ว พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นเป็นปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำใน FEP ได้สูงมาก ซึ่งการได้รับยาไม่ถึงครึ่งหนึ่งของปริมาณที่แพทย์สั่งนั้น ถือว่าเป็นการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา<sup>19</sup> ในปัจจุบัน ก็มีการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT) มาใช้ร่วมกับการรับประทานยา เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา<sup>10</sup>

ปี ค.ศ. 2002 Gray และคณะ<sup>20</sup> พบว่า การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรคจิต เป็นปัญหาสำคัญต่อการกลับเป็นซ้ำ และปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรับประทานยา คือความตระหนักในความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

ปี ค.ศ. 2013 Christy และคณะ<sup>21</sup> ศึกษาแบบย้อนหลังประเมินการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ในระยะเวลา 3 ปี ในผู้ป่วย 1,400 ราย พบว่าความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญสำหรับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Doering และคณะ<sup>22</sup> การศึกษาของ Chen และคณะ<sup>23</sup> พบว่ามากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วย FEP ไม่ร่วมมือรับประทานยาตามแผนการรักษาและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง Caseiroa และคณะ<sup>24</sup> ได้ติดตามการรักษาของผู้ป่วย FEP ไปเป็นระยะเวลา 3 ปี

ในผู้ป่วยจำนวน 140 ราย ร้อยละ 65 มีการกลับเป็นซ้ำอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือมากกว่าภายในระยะเวลา 3 ปี และมีการกลับเป็นซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 20.7 และกลับเป็นซ้ำภายในสองปี ร้อยละ 40.79 ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลับเป็นซ้ำ ก็คือความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ดังนั้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย FEP จึงเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานควรให้ความสำคัญ

ปี ค.ศ. 2014 Zipursky และคณะ<sup>25</sup> ทำวิจัยแบบ systematic review ความเสี่ยงของการเกิดซ้ำกับการใช้ยาไม่ต่อเนื่องใน FEP ใน 6 การศึกษาพบว่าหากผู้ป่วยไม่ทานยาอย่างต่อเนื่องจะมีการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 77 และเมื่อติดตามไป 2 ปี หากผู้ป่วยยังไม่ทานยาอย่างต่อเนื่องจะมีการกลับเป็นซ้ำถึง ร้อยละ 90 การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าในกรณีที่ไม่มีความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงยาที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพหรือการทำหน้าที่ที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่สูงมากของอาการกลับเป็นซ้ำ

ปี ค.ศ. 2012 Alvarez-Jimenez และคณะ<sup>26</sup> ทำวิจัยแบบ systematic review การศึกษาระยะยาว ปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของ FEP หลังติดตามการรักษาไปแล้วอย่างน้อย 12 เดือน ผลการศึกษา 153 บทความวิจัยสรุปว่า ตัวแปรทางคลินิกและคุณลักษณะทางประชากรทั่วไปมีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่ออัตราการกำเริบซ้ำ แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าความไม่ให้ความร่วมมือในการทานยา การใช้สารเสพติด ครอบครัวยุติธรรม ค่าใช้จ่าย ค่าเช่า ค่าเช่าบ้าน บุคลิกภาพการปรับตัวก่อนป่วยไม่ดี เพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคจิตครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ

### ปัจจัยการใช้สารเสพติด

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคจิตเภท<sup>27</sup> สำหรับผู้ป่วย FEP จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำจากการใช้สารเสพติดสูงถึงร้อยละ

50 และพบว่า ผู้ป่วย FEP มีการใช้สารเสพติดชนิด กัญชาและสุรามากถึงร้อยละ 13-75 ผลจากการใช้ สารเสพติดพบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดมากเท่าไร ผู้ป่วยก็ยิ่งมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีความ ยากต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้ มีการกลับเป็นซ้ำ และต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล<sup>28</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจะมี พฤติกรรมรุนแรงเป็น 3 เท่าของผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่ได้ ใช้สารเสพติด พฤติกรรมของตัวยาเสพติดจะแตกต่างกันไป เช่น ฝิ่นทำให้ผู้เสพเกิดอาการคลื่นคลั่ง ขาดความ สนใจในผู้อื่น มอร์ฟีนซึ่งมีฤทธิ์รุนแรงกว่าฝิ่น 8-10 เท่า เสพติดได้ง่ายกว่าทำให้ความดันโลหิตต่ำลง หายใจ ช้าลง และเฮโรอีนรุนแรงกว่ามอร์ฟีน 3-8 เท่าแรงกว่า ฝิ่น 40-80 เท่า สำหรับ เมทแอมเฟตามีน หรือยาบ้า จะทำให้ผู้เสพจะมีความเสื่อมทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว หลงผิด หวาดระแวง พุดไม่รู้เรื่อง ประสาทหลอน ความจำเสื่อมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง ง่าย เป็นต้น<sup>29</sup>

ปี ค.ศ. 2012 Alvarez-Jimenez และคณะ<sup>26</sup> ได้ทำการทำ meta-analysis ในเรื่องปัจจัยเสี่ยงการ กลับเป็นซ้ำของ FEP พบว่าการใช้สารเสพติดจะส่งผลให้ เกิดการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ และในการศึกษา เกี่ยวกับสารเสพติด มีข้อมูลที่น่าสนใจคือ การสูบบุหรี่ จะทำให้มีอัตราการกลับเป็นซ้ำมากถึง 1.42 เท่าของผู้ไม่สูบบุหรี่<sup>17</sup> อธิบายว่าการสูบบุหรี่ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับ nicotinic receptor กับ dopamine system ซึ่งการ อธิบายความสัมพันธ์นั้น ยังคงต้องมีการศึกษาต่อไป

ปี ค.ศ. 2011 Wisdom และคณะ<sup>29</sup> วิจัยแบบ systematic review ความผิดปกติของการใช้สารเสพติด ในกลุ่ม first-episode psychosis พบว่าขึ้นกับ ประสบการณ์การทำงาน ระดับการศึกษา และการรักษา ที่จะทำให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่ลดลงได้ด้วย

**ปัจจัยด้านอายุ**

จากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างและการใช้ เครื่องมือการวิจัยที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาด้านอายุต่อการกลับเป็นซ้ำของ FEP มีความแตกต่างกันด้วย บางรายงานพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เป็น ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำใน FEP โดย Hui และคณะ<sup>30</sup> อธิบายว่า เพราะผู้ป่วยที่อายุน้อย มักจะหยุดยา ด้วยตัวเอง ซึ่งนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการทานยาและ เกิดการกลับเป็นซ้ำ ตรงกับการศึกษาของ Richards<sup>31</sup> ปี ค.ศ. 2014 และ Coldham และคณะ<sup>32</sup> ปี ค.ศ. 2002 ที่พบว่า ผู้ป่วย FEP ที่มีอายุน้อย จะมีปัญหาในการ ดูแลสุขภาพจิตและการจัดยาของตนเอง รวมถึงการ ไม่ร่วมมือในการกินยาและเกิดการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย นอกจากนี้ยังพบว่า การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยที่ อายุน้อยที่เป็น FEP จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงกว่า มีโอกาสรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลมากกว่า และความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่องมากกว่า

อย่างไรก็ตาม มีรายงาน ของ Huiและคณะ<sup>33</sup> ปี ค.ศ. 2015 กลับพบว่ากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุชาวจีนจะมี โอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงกว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้ป่วย สูงอายุจีน ขาดการดูแลจากครอบครัว รวมถึงขาดความ ร่วมมือในการรับประทานยา

ดังนั้น ปัจจัยด้านอายุ จึงยังเป็นปัจจัยที่คลุมเครือ แม้ว่าการศึกษาจำนวนมากบ่งชี้ไปในแง่ที่ว่า ผู้ป่วยอายุน้อย อาจส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ แต่ผู้สูงอายุที่ไม่ ได้รับการดูแลที่ดีพอ ก็อาจจะส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่นกัน

**ปัจจัยด้านระยะเวลาอนอนในโรงพยาบาล**

มีหลายการศึกษาที่บ่งชี้ไปว่า ระยะเวลาอนอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่าค่าเฉลี่ยของการนอนโรงพยาบาล ตามปกติ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย FEP ดังเช่นการศึกษาของ Lizzette Gómez-de-Regil และคณะ<sup>34</sup> ที่ศึกษาระยะเวลาอนอนโรงพยาบาล



ในผู้ป่วย FEP ชาวเม็กซิกัน การศึกษาของ Chen และคณะ<sup>35</sup> ในปี ค.ศ. 2011 ที่ศึกษาในผู้ป่วยชาวจีน รวมถึงการศึกษาของ Hui และคณะ<sup>30</sup> ในปี ค.ศ. 2013 ที่ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย 1,400 ราย เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลได้รับการให้ intervention ที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะต้นๆ ของความเจ็บป่วย อาจจะไปสู่การนอนโรงพยาบาลที่สั้นลง และลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งแม้จะมีการกำเริบซ้ำ ก็สามารที่จะได้รับการดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกได้

## สรุป

มีหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีการศึกษาค่อนข้างมากที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตครั้งแรกนั้น เกี่ยวข้องกับการไม่ร่วมมือในการรักษา การใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ช่วงอายุของความเจ็บป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยอาจจะมีโอกาสกลับกำเริบซ้ำได้สูงกว่า อย่างไรก็ตาม การดูแลที่ไม่ดีพอ ก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ มีการกลับเป็นซ้ำได้สูงเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่าค่าเฉลี่ยก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำด้วยเช่นกัน ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้คือ ยังไม่มีหลักฐานที่หนักแน่นพอที่จะบ่งว่า อาการของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกนั้น มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำหรือไม่ ควรมีการศึกษาที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ดีพอสำหรับการศึกษาถึงอาการและอาการแสดง รวมถึงการศึกษาข้อมูลด้านศักยภาพของก่อนป่วย (premorbid functioning) ว่ามีผลต่อการกลับเป็นซ้ำด้วยเช่นกัน

## เอกสารอ้างอิง

1. Chiliza B, Oosthuizen P, Emsley R. Article first episode psychosis 2008; 14: 14-9.

2. Hui CLM, Tang JYM, Leung CM, Wong GHY, Chang WC, Chan SKW, Lee EHM, Chen EYH. A 3-year retrospective cohort study of predictors of relapse in first-episode psychosis in Hong Kong. Australian and New Zealand. Journal of Psychiatry 2013; 47: 746-53.
3. Martens L, Baker S. Promoting Recovery from First Episode Psychosis: A Guide for Families. Canada: Christine Harris; 2009.
4. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. Schizophrenia Research 2013; 152: 408-14.
5. Chen EYH, Hui CLM, Lam MML, Chiu CPY, Law CW, Chung DWS, et al. Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomised controlled trial. BMJ 2010; 341: c4024.
6. Hogarty GE, Ulrich RF. The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. J Psychiatr Res 1998; 32(3-4): 243-50.
7. Chen EY, Hui CL, Lam MM, Chiu CP, Law CW, Chung DW, et al. Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis: randomized controlled trial. BMJ 2010; 341: c4024.



8. Chen CL, Hui EL, Dunn MY, Miao W, Yeung CW, et al. A prospective 3-year longitudinal study of cognitive predictors of relapse in first-episode schizophrenic patients. *Schizophr Res* 2005; 77: 99-104.
9. Lieberman JA. Evidence for Sensitization in the Early Stage of Schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology* 1996; 6: 155.
10. Sthapornnanon N. Medication non adherence. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences (Continuing Pharmacy Education version)* 2012; 7: 1-18.
11. Martens L, Baker S. Promoting Recovery from First Episode Psychosis: A Guide for Families. Canada: Christine Harris; 2009.
12. Ruangtrakool S. Textbook of basic psychiatry and psychiatric disorder. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Pimruk press; 2010.
13. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
14. Del-Ben CM, Rufino AC, Azevedo-Marques JM, Menezes PR. Differential diagnosis of first episode psychosis: importance of optimal approach in psychiatric emergencies. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32 (Suppl2): 78-86.
15. Kunurat Y. Risk factor of readmission in schizophrenia patients in Prasimahabhodi Hospital. 15<sup>th</sup> National for Epidemiology Seminar: Bangkok; May 2002.
16. Lotrakul M, editor. Psychiatry for General Practitioners. Bangkok, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2001.
17. Choorat Nuttika. The Study of Causes and Ways to Prevent a Recurrence of Schizophrenic Patients in The Community of Pi-leng District Health Care Promoting Hospitals which Experiencing Unrest Situation in the Southern Provinces of Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences* 2016; 3: 24-36.
18. Healing Center for Mental Health Nongjijic, Pattanee province. Registration for service record. n.p.; 2011.
19. Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1749-56.
20. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002; 9: 277-84.
21. Hui CLM, Tang JYM, Leung CM, Wong GHY, Chang WC, Chan SKW, et al. A 3-year retrospective cohort study of predictors of relapse in first-episode psychosis in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2013; 47: 746-53.
22. Doering S, Müller E, Köpcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, et al. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 1998; 24: 87-98.

23. Chen EY, Tam DK, Wong JW, Law CW, Chiu CP. Self-administered instrument to measure the patient's experience of recovery after first-episode psychosis: development and validation of the Psychosis Recovery Inventory. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 493-9.
24. Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, Martínez-García O, Pelayo-Terán JM, Tabares-Seisdedos R, et al. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: a three-year follow-up study. *J Psychiatr Res* 2012; 46: 1099-105.
25. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophrenia Research* 2014; 2-3: 408-14.
26. Alvarez M, Priede A, Hetrick S, Bendall C, Killackey E, Parker A, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research* 2012; 139: 116-28.
27. Junsirimongkol B, Suriyachai S, Booncharoen H, Wiroteurairuang K, Joowong S, Khunarak U. Psychiatric comorbidity among in-patients with alcohol use disorders. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013; 21: 76-89.
28. Pratakkunvongsa S. The anger control program for patients with substance induced psychosis. *Journal of mental Health of Thailand* 2010; 18: 105-112.
29. Wisdom JP, Manuel JI, Drake RE. Substance use disorder among people with first-episode psychosis: a systematic review of course and treatment. *Psychiatr Serv*. 2011; 62: 1007-12.
30. Hui CLM, Chen EYH, Kan CS, Yip KC, Law CW, Chiu CPY. Anti-psychotics adherence among out-patients with schizophrenia in Hong Kong. *Keio J Med* 2006; 55 (1): 9-14.
31. Richards J. Medication management following first-episode psychosis in young people: a developmental approach. *Advances in Psychiatric Treatment* 2014; 20: 314-32.
32. Coldham EL, Addington J, Addington D. Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 286-90.
33. Hui CLM, Lee EHM, Chang WC, Chan SKW, Lin J, Xu JQ, Chen EYH. Delusional disorder and schizophrenia: a comparison of the neurocognitive and clinical characteristics in first-episode patients. *Psychological Medicine* 2015; 45: 3085-95.
34. Gómez-de-Regil V, Kwopil TR, Rosado-Franco A, Barrantes-Vidal N. Predictors of short-term course in Mexican first-episode psychosis patients. *Salud Ment* 2010; 33: 570-15.
35. Chen EYH, Tang JYM, Hui CLM, Chiu CPY, Lam MML, Law CW, et al. Three-year outcome of phase-specific early intervention for first-episode psychosis: a cohort study in Hong Kong. *Early Intervention in Psychiatry* 2011; 5: 315-23.