



ประกาศกรมสุขภาพจิต  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้ง  
ให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกลั่นแกล้งหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ ทรมสิดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๖  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ  
ครั้งที่ ๑๐๑ /๒๕๖๖

| ลำดับที่ | ชื่อ - สกุล                                                                                                                                                                   | ตำแหน่ง/<br>ตำแหน่งเลขที่/สังกัด                                                                                                                                                        | ชื่อผลงานที่เสนอ<br>ขอประเมิน                                                                  | ชื่อข้อเสนอแนวคิด<br>เพื่อพัฒนางาน                                                                                     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ๑.       | นายปิยดิถี เจริญสุข<br>นายแพทย์ชำนาญการ<br>ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๖๐<br>กลุ่มงานการแพทย์<br>กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต<br>สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา<br>กรมสุขภาพจิต | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ<br>(ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช)<br>ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๖๐<br>กลุ่มงานการแพทย์<br>กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต<br>สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา<br>กรมสุขภาพจิต | ผลของการได้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน<br>ต่อการนำชักผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการรักษา<br>ด้วยไฟฟ้า | การศึกษาความไม่ร่วมมือในการรักษา<br>ของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก<br>ที่มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์<br>สมเด็จเจ้าพระยา |

### ส่วนที่ 3 แบบเสนอผลงาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นายปิยดิษฐ์ เจริญสุข

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นายแพทย์ ด้าน เวชกรรม สาขาจิตเวช ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 1260 กลุ่มงาน การแพทย์/กลุ่มภารกิจ บริการจิตเวชและสุขภาพจิต

หน่วยงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา/กรมสุขภาพจิต

#### 1) ชื่อผลงานเรื่อง

ผลของการได้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนต่อการนำชักผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

#### 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ

เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

#### 3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช

3.2) ความรู้เกี่ยวกับยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน

3.3) ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้า

3.4) ความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย

3.5) ความรู้เกี่ยวกับการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### 4) สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

##### สรุปสาระสำคัญ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับโรคทางจิตเวชหลายโรคและมักจะจำเป็นเมื่อการรักษาอื่น ๆ ล้มเหลว หรือในกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้ผลการรักษาอย่างรวดเร็ว (Lesage et al., 2016) การรักษาด้วยไฟฟ้าพบว่าได้ประโยชน์ในผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในภาวะ mania หรือผสม (Dierckx et al., 2012; Kellner et al., 2015) ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีอาการ catatonia (Jaffe, 2002) ผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับการพิจารณาให้ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า มักมีอาการป่วยรุนแรงและกำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตหรือยาต้านอาการทางอารมณ์อยู่ (Wilkinson & Rosenheck, 2017) ซึ่งสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้แพทย์จะต้องพิจารณาความเสี่ยงที่ยาที่ได้รับอยู่มีผลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าเปรียบเทียบกับความเสี่ยงอาการทางจิตที่อาจรุนแรงขึ้นจากการเปลี่ยนยาหรือหยุดยาดังนั้นการประเมินผลของยาต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจให้การรักษาด้วยไฟฟ้ากับผู้ป่วย

ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepine) เป็นกลุ่มยาที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ด้วยคุณสมบัติของยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ทั้งคลายกังวล ทำให้่วงซึม คลายกล้ามเนื้อและระงับการชักได้ ในทางจิตเวชจึงนิยมใช้เป็นยาคลายกังวลและยานอนหลับ อาทิเช่น Lorazepam, Diazepam, Clorazepate, Clonazepam, Alprazolam เป็นต้น (ภควัต วิวัฒน์วรเศรษฐ์, 2566) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผลการศึกษาผลของการได้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนต่อการนำชักผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่แตกต่างกันไปตาม

รูปแบบการวิจัย มีความขัดแย้งกันของผลการศึกษา การเปรียบเทียบกันทำได้ยาก เนื่องจากประเภทและขนาดยาของยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนที่แตกต่างกัน ตำแหน่งอิเล็กทรอนิกส์และพลังงานกระตุ้นที่แตกต่างกัน และขาดข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพลังงานกระตุ้นกับเกณฑ์การชักของผู้ป่วย (Greenberg & Pettinati, 1993) บางการศึกษาถือว่ายาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ เมื่อทำการ dose-titration และ bitemporal stimulation ซึ่งจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป (Delamarre et al., 2019)

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาผลของการได้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนต่อการนำชักผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ข้อมูลการได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าจากศูนย์รักษาด้วยไฟฟ้าและแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการรักษาด้วยไฟฟ้าในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาต่อไป

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเป็นโครงร่างการวิจัย
- 2) ขอพิจารณาการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน
- 3) ขออนุญาตผู้อำนวยการสถาบันฯ เพื่อดำเนินการวิจัย
- 4) ขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานเวชระเบียนและศูนย์การรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อขอเข้าถึงข้อมูล
- 5) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ด้วยแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- 6) ตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลข้อมูล
- 7) เผยแพร่

#### เป้าหมายของงาน

ได้ทราบถึงผลของการได้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนต่อการนำชักผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

#### **5) ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)**

6.1 ผลของความแตกต่างของปริมาณไฟฟ้าต่ำสุดที่ใช้ในการนำชักของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าของกลุ่มที่ได้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน และกลุ่มที่ไม่ได้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน

6.2 ผลของความแตกต่างของระยะเวลาชักของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าของกลุ่มที่ได้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน และกลุ่มที่ไม่ได้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน

#### **6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ**

- 6.1 ทราบถึงผลของการได้ยากกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนต่อการนำชักผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า
- 6.2 เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกใช้ยาระหว่างได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า
- 6.3 ข้อมูลที่ได้จะสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า

#### **7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ**

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยามากกว่า 1 ชนิด จึงต้องมีความเชี่ยวชาญเรื่องประเภทของยาที่ใช้ รวมไปถึงข้อมูลการรักษาด้วยไฟฟ้า

8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากการวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จะไม่ครบถ้วน

9) ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยการศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

10) การเผยแพร่ (ถ้ามี)

- ☐ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่ .....
- ☐ ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่
- ☒ ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ 85 และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

| รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน | สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน | ลายมือชื่อ                                                                          |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| นายสุทธา สุปัญญา            | ร้อยละ 15                |  |

#### ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล นายปิยดิถี เจริญสุข

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล นายแพทย์ด้าน เวชกรรม สาขาจิตเวช ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 1260 กลุ่มงาน การแพทย์กลุ่มภารกิจ บริการจิตเวชและสุขภาพจิต

หน่วยงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การศึกษาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่มาใช้บริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

#### 2) หลักการและเหตุผล

โรคจิต (Psychosis) หมายถึง สภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง แสดงออกมดั่งลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง อาทิ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการ Disorganized thinking (speech) อาการ Grossly disorganized behavior และอาการด้านลบ (American Psychiatric Association, 2013; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ซึ่งโรคจิตถือเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชสำคัญกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการทางจิตรุนแรงและสูญเสียหน้าที่ไปมาก พบอุบัติการณ์ของโรคจิตทั้งหมดประมาณ 26.6 - 31.7 ต่อ 100,000 ต่อปี (Jongsma et al., 2019)

ในปัจจุบันมีศึกษาโรคจิตครั้งแรก (First episode psychosis; FEP) เพิ่มขึ้น พบว่าหากผู้ป่วยได้รับการรักษาระยะยาวอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ (Martens & Baker, 2009; Doyle et al., 2014; Schimmelmann et al., 2006; Stowkowy et al., 2012) ปัจจุบันจึงมีความพยายามตรวจวินิจฉัยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะแรกและพัฒนาระบบการรักษาให้มีประสิทธิภาพ (Doyle et al., 2014) แต่ปัญหาสำคัญประการหนึ่งคือผู้ป่วยโรคจิตกลุ่มนี้มักไม่เต็มใจมารับการบริการ (Doyle et al., 2014; Lal & Malla, 2015) และผู้ป่วยร้อยละ 30 มีปัญหาไม่ร่วมมือในการรักษาหลังเข้ารับรักษาไปได้ระยะเวลาหนึ่ง (Lal & Malla, 2015) นำมาสู่อาการของโรคที่แย่ลงในเวลาต่อมา เช่น การกลับเป็นซ้ำหรือต้องเข้ารับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน (Lal & Malla, 2015; O'Brien et al., 2009; Lecomte et al., 2018) ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการวิจัยหลายฉบับที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับ ความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก อาทิเช่น ผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น (Lal & Malla, 2015; O'Brien et al., 2009) การว่างงาน (Solmi et al., 2018; Kim et al., 2019) เคยมีประวัติการทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย (Lau et al., 2019) มีประวัติการถูกดำเนินคดี (Lal & Malla, 2015; O'Brien et al., 2009; Kim et al., 2019; Conus et al., 2010) การไม่ได้อยู่ร่วมกับครอบครัวหรือญาติ (Doyle et al., 2014; Lal & Malla, 2015; O'Brien et al., 2009; Conus et al., 2010) มีระยะเวลาของโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษานาน (Conus et al., 2010; Turner et al., 2007; Alvarez-Jiménez et al., 2009) มีการใช้สารเสพติดขณะเริ่มรับ

การรักษา (Conus et al., 2010; Turner et al., 2007; Miller et al., 2009) ความรุนแรงของโรคเมื่อเริ่มรักษา (Schimmelmann et al., 2006; Stowkowy et al., 2012; Solmi et al., 2018; Conus et al., 2010) การวินิจฉัยเป็นโรคจิตชนิดอื่นที่ไม่ได้เป็นความผิดปกติของอารมณ์ (Lal & Malla, 2015; Turner et al., 2007; Turner et al., 2009) ระดับความรู้จักตน (Insight) (Conus et al., 2010; Turner et al., 2007; Tait et al., 2002) ความร่วมมือในการกินยาต่ำในช่วง 3 เดือนแรกของการรักษา (Lau et al., 2019)

จากรายงานประจำปีของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นหน่วยงานของกรมสุขภาพจิต ที่มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก คิดเป็นผู้ป่วยนอกรายใหม่ จำนวน 126,876 , 124,241 และ 100,114 รายต่อปี และพบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยโรคจิตครั้งแรกถึง 2,000 - 3,000 รายต่อปี ดังนั้นการได้ทราบขนาดปัญหาของการไม่ร่วมมือรักษาในผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยต่อไป

### 3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### บทวิเคราะห์

##### โรคจิตครั้งแรก (First episode psychosis: FEP)

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการให้คำจำกัดความของ FEP ไว้อย่างหลากหลายแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมในการศึกษาวิจัยแต่ละแห่ง จึงยังไม่พบคำจำกัดความที่ชัดเจนของ FEP แต่สามารถสรุปได้เป็น 3 นิยามหลัก ๆ (Breitborde et al., 2009) ได้แก่

1) ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับการรักษารักษาโรคจิต (First treatment contact) คือ ให้ถือว่าผู้ป่วยมี FEP ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยมารับการรักษาโรคจิตเป็นครั้งแรก (Morgan et al., 2006; Baldwin et al., 2005; Craig et al., 2004) ซึ่งการให้นิยามเช่นนี้มีข้อดี คือ ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ง่ายต่อการการเก็บข้อมูล และสะท้อนให้เห็นถึงวิธีการจัดการความเจ็บป่วยที่พบได้จริง แต่ก็มีข้อจำกัด คือ การมารักษาครั้งแรกอาจไม่ใช่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต (Psychotic episode) ซึ่งมีงานวิจัยแสดงว่า ผู้ป่วยอาจมีระยะเวลาของโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา (Duration of untreated psychosis) นานถึง 2 - 3 ปีก่อนที่จะสามารถเข้ารับการรักษอย่างเหมาะสม (Marshall et al., 2005; Souaiby et al., 2016) และการที่ผู้ป่วยมารับการรักษาครั้งแรกก็อาจไม่ใช่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยหรือญาติพยายามมารับรักษา เพราะผู้ป่วยหลายรายอาจเคยมีความพยายามมารักษาถึง 5 ครั้งจึงจะสามารถเข้าถึงการรักษา (Johnstone et al., 1986; Castro-Fornieles et al., 2007)

2) ระยะเวลาที่ได้ใช้ยาต้านโรคจิต (Duration of antipsychotic medication use) คือ ให้ถือว่าผู้ป่วยมี FEP นับตั้งแต่เริ่มได้การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Addington & Addington, 2001; Srihari et al., 2006) การให้นิยามเช่นนี้มีข้อดี คือสามารถ กำหนดเวลาได้ชัดเจน สามารถกำหนดเงื่อนไขสำหรับแพทย์และผู้ทำวิจัยได้ชัดเจน แต่มีข้อจำกัดคือผู้ป่วยที่เริ่มมี FEP ในระยะแรกซึ่งอาการไม่ชัดเจนนักและยังไม่ได้ได้รับการรักษาด้วยยาอาจถูกตัดออกไปจากการศึกษาได้ และพบว่าในทางปฏิบัติมีการนำยาต้านโรคจิตมาใช้ร่วมในการรักษาภาวะทางจิตอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคจิต จึงอาจทำให้เกิดการผิดพลาดในการเก็บข้อมูลได้

3) ระยะเวลาของอาการทางจิต (Duration of psychosis) ให้ถือว่าผู้ป่วยมี FEP ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยมี

ประสบการณ์ของอาการทางจิตหรือ Psychotic episode เป็นครั้งแรก (Sin-ngern et al., 2016) ซึ่งการให้คำจำกัดความลักษณะ นี้มีความถูกต้องตามการดำเนินโรครุนแรงที่สุด แต่ก็มีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยบางรายที่ป่วยมานานจนอาจไม่สามารถระบุเวลาที่เริ่มป่วยได้ชัดเจน

#### การดำเนินโรคของ First episode psychosis

ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีอาการในแต่ละระยะที่แตกต่างกันขึ้นกับหลายปัจจัย โดยทั่วไปสามารถแบ่ง อาการออกได้เป็น 3 ระยะดังนี้ (Sarah et al., 2015)

1) ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยมักรู้สึกว่ามีบางอย่างที่แปลกไปจากเดิมทั้ง แต่ไม่สามารถอธิบายได้ว่าสิ่งนั้นคืออะไร มีความคิดค่อย ๆ เปลี่ยนไปจากเดิม ญาติหรือคนใกล้ชิดมักสังเกตว่าผู้ป่วยค่อย ๆ เปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิมระยะนี้ใช้เวลาไม่แน่นอนอาจนานเป็นหลายเดือนจนถึงเป็นปี

2) ระยะโรคกำเริบ (Acute or active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตชัดเจน อาทิ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อาการ Disorganized thinking (speech) อาการ Grossly disorganized or abnormal motor behavior และอาการด้านลบบางอย่าง ในระยะนี้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ จะบกพร่องอย่างชัดเจนและเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมักถูกพามารักษา

3) ระยะฟื้นฟู (Recovery or residual phase) ในระยะนี้อาการโรคจิตจะลดความรุนแรงลง (บางคนอาการอาจหายไปจนหมดได้) ตัวโรคส่วนใหญ่จะเริ่มคงที่ทั้งในแง่ของระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ แม้ว่าอาการทางจิตในช่วงนี้จะสงบลง แต่ไม่ได้หมายความว่าหายจากโรคหรือจะไม่มีอาการซ้ำอีก ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงของการกำเริบผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์และทีมสุขภาพ

#### ความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก (Disengagement from treatment in FEP)

แม้ปัจจุบันจะสามารถรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกให้อาการดีขึ้น แต่ความไม่ร่วมมือในการรักษา (Disengagement) ยังเป็นอุปสรรคสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Lau et al., 2019; Kim et al., 2019) นำมาสู่อาการของโรคที่แย่ลงในเวลาต่อมา เช่น อาการโรคจิตไม่หาย เกิดการกลับเป็นซ้ำ การต้องเข้ารับการรักษซ้ำแบบผู้ป่วยใน (Kim et al., 2019; Turner et al., 2009; Hui et al., 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่าผู้ป่วยจิตเวชมักมีอัตราการไม่ร่วมมือรักษาสูงกว่าผู้ป่วยโรคทางกายอื่น ๆ (Mitchell AJ Selmes; 2007) โดยพบสัดส่วนผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่ไม่ร่วมมือในการรักษาแตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัย (ประมาณ 13 - 40%) และสรุปว่าประมาณ 30% ของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกไม่ร่วมมือรักษาอย่างต่อเนื่องแม้ว่า ยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอยู่ก็ตาม (Kim et al., 2019; Chan et al., 2014)

#### แนวความคิด

เนื่องจากมีผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกจำนวนมากที่ไม่ร่วมมือในการรักษา นำมาสู่ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีในเวลาต่อมา ดังนั้นการระบุได้ว่าปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ เพื่อใช้ในการกำหนดมาตรการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่มีลักษณะสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่ไม่ร่วมมือในการรักษาได้ทัน่วงทีก่อนจะเกิดการขาดนัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างเหมาะสม มีผลการรักษาและฟื้นฟูที่ดีต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบลักษณะของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการไม่ร่วมมือในการรักษา ดังนี้

- 1) อายุ
- 2) การมีงานทำ (Employment)
- 3) มีประวัติการถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย
- 4) การไม่ได้อยู่ร่วมกับครอบครัวหรือญาติ
- 5) ระยะเวลาของโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา
- 6) การใช้สารเสพติด
- 7) Symptom and Severity at baseline
- 8) ประวัติการทำร้ายตัวเองหรือการพยายามฆ่าตัวตาย
- 9) Diagnosis of nonaffective psychosis
- 10) ความร่วมมือในการรับประทานยา
- 11) ระดับความรู้จักตน (Insight)

#### ข้อเสนอ

ดำเนินการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง (retrospective study) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเป็นครั้งแรกทุกชนิดโดยจิตแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตามการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ International classification of Disease-10 (ICD-10) ในรหัสโรคดังต่อไปนี้ F10.5 - 19.5, F20 - F29, F30.2, F31.2, F31.5, F31.6, F32.3, และ F33.3 ในช่วงเวลาดังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2564 โดยเก็บข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และ Electronic Medical Record ในโปรแกรม HosXP

#### ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น คือ เนื่องจากการเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) ข้อมูลด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่ระบุไว้ในเวชระเบียน อาจจะไม่ครบถ้วน โดยมีแนวทางแก้ไข คือ การคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อมูลครบถ้วนที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง

#### **4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

4.1 ทราบถึงความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่มาใช้บริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

4.2 เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกที่มาใช้บริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

4.3 เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยต่อไป

#### **5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

5.1 พบความชุกของความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก

5.2 พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก