

# รูปแบบบริการดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้นในประเทศ รายได้ต่ำและปานกลาง

## Early intervention for psychosis services in low and middle income countries

สุทธา สุปัญญา, พ.บ.<sup>1</sup>, ปทานนท์ ขวัญสนิท, พ.บ.<sup>2</sup>  
Suttha Supanya, M.D.<sup>1</sup>, Patanon Kwansanit, M.D.<sup>2</sup>

มหาวิทยาลัยคิงส์คอลเลจ ลอนดอน<sup>1</sup>, สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา<sup>2</sup>  
King's College London<sup>1</sup>, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อทบทวนรูปแบบการจัดบริการดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง เพื่อนำมาต่อยอดพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย

**วัสดุและวิธีการ** ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล Pubmed, Psychinfo, Medline และ Embase ที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษจนถึงปี พ.ศ. 2559 โดยใช้คำสำคัญที่กำหนด คัดกรองและสืบค้นงานวิจัยฉบับเต็ม และสังเคราะห์ข้อมูลการวิจัยที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับเรื่องที่ศึกษา

**ผลการศึกษา** พบการศึกษาเฉพาะกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำสามประเทศ คือ อินเดีย เคนยา และปากีสถาน ส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการในชุมชน โดยให้การรักษาผู้ป่วยแบบผสมผสานในชุมชนด้วยบุคลากรสุขภาพชุมชนที่ผ่านการอบรม กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวได้ผลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

**สรุป** แม้ประเทศในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและปานกลางจะมีการจัดบริการดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้นจำกัด แต่พบว่าได้ผลดีด้วยทรัพยากรบุคลากรและวิธีการรักษาที่มีอยู่ จึงมีความเป็นไปได้ในการต่อยอดพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้น

**คำสำคัญ:** การดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้น ประเทศรายได้ต่ำ ประเทศรายได้ปานกลาง โรคจิต โรคจิตเภท

**ติดต่อผู้พิมพ์:** สุทธา สุปัญญา; e-mail: suttha.supanya@hotmail.com

## Abstract

**Objective** To conduct a systematic review of the early intervention services for psychosis available in low-and middle-income countries. The results would help to improve the mental health service in Thailand.

**Material and methods** A systematic review of Pubmed, Psychinfo, Medline, and Embase of all available literature in English up to 2016 using specific search terms. Data was extracted from the included studies.

**Results** Three low and middle income countries, i.e. India, Kenya and Pakistan have some forms of early intervention services for psychosis. All were community-based using mixed methods by trained health professionals. People with psychosis who were included in these programmes were observed to have better outcomes than people who were not.

**Conclusion** Although only a few low and middle income countries offer early intervention services for psychosis, those that do provide them have demonstrated satisfying outcomes even with limited resources and personnel. This means similar service would be feasible for Thailand to enable a better care for people with early psychosis.

**Key words:** early intervention, LMIC, low and middle income countries, psychosis, schizophrenia

**Corresponding author:** Suttha Supanya; e-mail: suttha.supanya@hotmail.com

## บทนำ

กลุ่มโรคที่มีอาการโรคจิตรวมไปถึงโรคจิตเภทนั้นถือว่าเป็นกลุ่มโรคจิตเวชที่รุนแรงที่สุดกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากเริ่มเกิดในช่วงอายุน้อยถึงวัยรุ่น และยังไม่มียารักษาให้หายขาด การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาวจากอาการที่หลงเหลือและการเสื่อมถอยของหน้าที่การทำงานเป็นอย่างมาก<sup>1,2</sup> จากดัชนีชี้วัดภาระโรคพบว่าโรคจิตเภทเป็นสาเหตุของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากรของโลกถึงร้อยละ 7.4<sup>3</sup> ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำพบปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะพิการสูงกว่าประเทศที่มีรายได้สูงอย่างชัดเจน<sup>4</sup> แม้ผลการสำรวจความชุกตลอดชีพโรคจิตเภทของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 0.8 ต่ำกว่าผลการสำรวจในต่างประเทศ แต่กลับพบว่าปีสุขภาวะที่สูญเสียจากโรคและการบาดเจ็บจากโรคจิตเภทยังสูงมากในผู้ชายช่วงอายุ 15-29 ปี และผู้หญิงช่วงอายุ 30-44 ปี<sup>5</sup>

แม้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและโรคจิตเภทจะมีเพิ่มขึ้น ทำให้เราทราบปัจจัยเกี่ยวข้องที่หลากหลายน แต่หลายปัจจัยไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น พันธุกรรม การถูกรังแกในวัยเด็ก การเกิดในเมือง การย้ายถิ่นฐาน และแม้ว่าจะมียารักษาโรคจิตรุ่นใหม่ ๆ ที่ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นกว่าเดิมได้มาก<sup>6</sup> สามารถควบคุมอาการได้เพียงระดับหนึ่งแต่ก็ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้<sup>7</sup> ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีความพยายามที่จะมุ่งหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดการเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรค เช่น ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (ultra-high risk) กลุ่มผู้มีอาการคล้ายโรคจิต (psychotic like experiences) และในกลุ่มผู้มีอาการโรคจิตครั้งแรก (first episode psychosis)<sup>8,9</sup>

โดยพยายามจัดการกับปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ เช่น สืบค้นผู้ที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค การจัดการลด ละ การใช้ยาเสพติด เช่น กัญชา สุรา หรือ แอมเฟตามีน รวมถึงการนำผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีอาการโรคจิตครั้งแรกเข้าสู่การรักษาอย่างรวดเร็ว

ในหลาย ๆ ประเทศเริ่มมีการคัดกรองหาผู้ที่มีความเสี่ยงด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย เพื่อค้นหาผู้ที่มีอาการโรคจิตตั้งแต่ระยะแรก โดยเฉพาะในประชากรทั่วไปและในสถานศึกษา<sup>10-13</sup> การสำรวจสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งล่าสุด ปี พ.ศ. 2553 ด้วยเครื่องมือ CIDI ขององค์การอนามัยโลก มีข้อคำถามถึงประสบการณ์อาการโรคจิตเช่นกัน<sup>14,15</sup> ในผู้ที่เริ่มมีอาการโรคจิตแล้ว ปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลอย่างมากต่อผลการรักษาและการดำเนินโรคคือระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนได้รับการรักษาครั้งแรก (duration of untreated period; DUP) มีหลักฐานชัดเจนว่าหากได้รับการรักษาเร็วแล้ว ผลของการรักษาความจำเป็นการนอนโรงพยาบาล ความทุพพลภาพ และการกลับเป็นซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ<sup>16-19</sup> นำไปสู่การจัดบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจิตตั้งแต่แรก (early intervention for psychosis) ในหลายประเทศทั่วโลกช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา<sup>20-22</sup> เช่น ประเทศออสเตรเลีย สหราชอาณาจักรและแคนาดา โดยมีการจัดตั้งระบบการดูแลรักษาเฉพาะที่แยกออกมาจากการบริการจิตเวชอื่น ๆ เน้นให้มีการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น เช่น จัดให้ได้รับการประเมินจากจิตแพทย์โดยเร็ว มีการดูแลรายกรณี (case manager) การทำจิตบำบัดแบบกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) การดูแลปรึกษารอบครัว (family intervention) พบว่าสามารถมีผลช่วยลดการสูญเสียต่อผู้ป่วยในด้าน

ต่าง ๆ ลดความเสื่อมถอยและพิการจากโรค ลดการกลับป่วยซ้ำ ลดความบกพร่องหน้าที่การงานและปัญหาสังคมพื้นฐาน รวมถึงลดการสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจได้อย่างชัดเจน<sup>20,22-25</sup>

อย่างไรก็ตาม จากหลักฐานปัจจุบันระบบการรักษาดังกล่าวมักมาจากกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงและในทวีปเอเชียพบได้เฉพาะประเทศที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ เช่น ฮองกง หรือ สิงคโปร์<sup>26,27</sup> และการรักษาเฉพาะนี้ยังพบน้อยในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ อาจจะเป็นเนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรทางสาธารณสุขและนโยบายที่แตกต่างกันรวมทั้งโอกาสเผยแพร่ในระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน ดังนั้นเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนรูปแบบการจัดบริการดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางว่ามีการดำเนินการในประเทศใด รูปแบบการจัดบริการ การจัดสรรทรัพยากร และทรัพยากรด้านบุคคล รวมทั้งประสิทธิภาพของการจัดบริการ

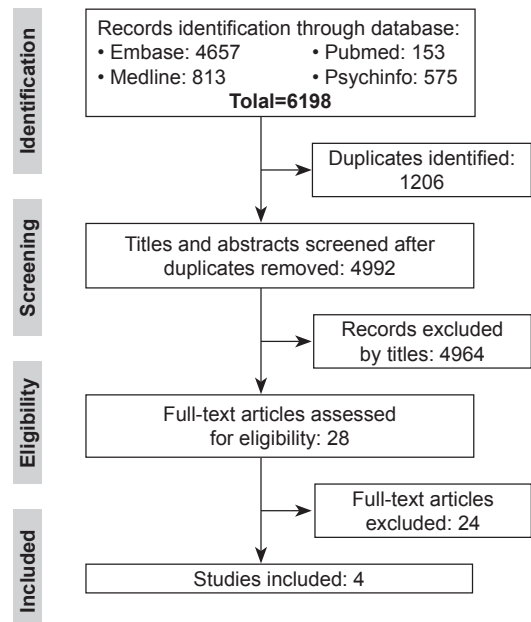
## วัตถุประสงค์และวิธีการ

จุดทะเบียนวิธีการที่จะใช้ศึกษาไว้กับฐานข้อมูลการทำทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (PROSPERO) เลขทะเบียน PROSPERO 2016 CRD42016029232<sup>28</sup> คัดเลือกวรรณกรรมตามเกณฑ์คือการจัดการบริการดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้นศึกษาในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำตามการจำแนกของธนาคารโลก<sup>29</sup> ดัชนีพีในวารสารภาษาอังกฤษที่มีผู้มีความรู้ในวงการเดียวกันประเมินจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 สืบค้นบทความจากฐานข้อมูล Pubmed Psychinfo Medline และ Embase

กำหนดคำสำคัญในการค้นหา คือ first episode psychosis, early intervention service, low and middle income countries ในทุกรูปแบบการสะกดและคำที่มีความหมายเดียวกันและใกล้เคียงกันทั้งในภาษาอังกฤษแบบบริติชและแบบอเมริกันทั้งแบบยาวและแบบย่อ ร่วมกับการใช้สัญลักษณ์ปฏิบัติการ Boolean 'OR' และ 'AND' จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกบทความจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ แล้วจึงค้นหาการศึกษาฉบับเต็มและนำบทความที่มีคุณภาพตามแบบประเมินคุณภาพ SIGN Checklist<sup>30</sup> มาวิเคราะห์รายงานการศึกษาด้วยการพรรณนา

## ผล

ผลการสืบค้นและคัดเลือกวรรณกรรมตามระเบียบวิธีการของ Preferred Reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)<sup>31</sup> แสดงดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ผลการสืบค้นวรรณกรรม

ตารางที่ 1 ข้อมูลรูปแบบการวิจัยและผลการศึกษา

ผู้ศึกษา	ประเทศ/ทวีป	ลักษณะการวิจัย	สถานที่	ประชากร (จำนวน:คน)	ประชากรที่เปรียบเทียบ (จำนวน:คน)	การแทรกแซงที่ให้	ผู้ให้การรักษา	ดัชนีชี้วัด	ระยะเวลาการรักษาและติดตาม	ผลการรักษา
Chatterjee และคณะ (2009) <sup>32</sup>	อินเดีย/เอเชีย	การศึกษาตามยาว (longitudinal study)	ชุมชน	ผู้ที่มีกลุ่มอาการโรคจิต* (256)	ไม่มี	community-based intervention package comprising psychotropic medications, psychoeducation, adherence management, psychosocial rehabilitation and support for livelihoods	นักจิตสังคม บำบัดจิตแพทย์	ไม่มี	<ul style="list-style-type: none"> <li>ให้การรักษา 4 สัปดาห์</li> <li>ติดตาม 5 ปี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน</li> <li>ร้อยละ 50 (95% CI=43.7-56.3; n=118)</li> <li>ดีขึ้นปานกลาง</li> <li>ร้อยละ 40 (95% CI=34.2-46.6; =95)</li> </ul>
Chatterjee และคณะ (2014) <sup>33</sup>	อินเดีย/เอเชีย	การทดลองแบบกลุ่มและมีการควบคุมหลายพื้นที่ (multi-sites randomized controlled trial)	ชุมชน	ผู้ป่วยจิตเภท (187)	ผู้ป่วยจิตเภท (95)	Facility-Based Care (FBC) combined with a Collaborative Community-Based Care intervention (CCBC)	กลุ่มสาธารณสุข ชุมชน	PANSS IDEAS (Indian disability evaluation assessment scale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>แบ่งการรักษาเป็นสามระยะใน 12 เดือน</li> <li>ติดตาม 12 เดือน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระดับ PANSS เหลือลดลง 3.75 แต้ม (95% CI=-7.92 to 0.42; =0.08)</li> <li>คะแนน IDEAS ลดลง 0.95 (95% CI=-1.68 to -0.23; p=0.01)</li> <li>คะแนน GHQ ลดลง 4.2 คะแนน (S.D.=3.3) ในปีแรก และลดลง 8.3 คะแนน (S.D.=3.2) ในปีที่สอง</li> </ul>
de Menil และคณะ (2015) <sup>35</sup>	เคนยา/แอฟริกา	การทดลองแบบวัดซ้ำ (repeated measure)	ชุมชน	ผู้ที่มีกลุ่มอาการโรคจิต* (117)	ผู้ป่วยจิตเภท (307)	Community-based care called Mental Health Development (MHD)	พยาบาลจิตเวช แพทย์เวชปฏิบัติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน	GHQ-12 WHOQOL	<ul style="list-style-type: none"> <li>รักษาและติดตามหนึ่งถึงสองปี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>WHOQOL เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 15.3 ใน 10 เดือน และร้อยละ 27.5 ใน 20 เดือน</li> </ul>
Noeem และคณะ (2016) <sup>34</sup>	ปากีสถาน/เอเชีย	การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study)	โรงพยาบาล	ผู้ป่วยจิตเภท (33) ผู้ดูแล (30) จิตแพทย์ (15) นักจิตวิทยา (14)	ไม่มี	CBT	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน	ไม่มี	<ul style="list-style-type: none"> <li>เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพึงพอใจ</li> </ul>

บทความที่ทบทวนเป็นการศึกษาในทวีปเอเชีย ได้แก่ อินเดียสองการศึกษา<sup>32,33</sup> ปากีสถานหนึ่งการศึกษา<sup>34</sup> และในแอฟริกาคือ เคนยาหนึ่งการศึกษา<sup>35</sup> ทั้งหมดจัดเป็นกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ (lower-middle income countries) มีทั้งการรักษาในชุมชนและในโรงพยาบาล ลักษณะการศึกษาที่แตกต่างกัน ได้แก่ การศึกษาติดตามระยะยาว<sup>31,32</sup> การทดลองแบบกลุ่มและมีกลุ่มควบคุม<sup>32,33</sup> การวัดตัวชี้วัดซ้ำ<sup>34</sup> และการศึกษาเชิงคุณภาพ<sup>35</sup> กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีกลุ่มอาการโรคจิต (ประกอบไปด้วยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ไปโพลาร์ หรือผู้ที่มีอาการโรคจิต) หรือโรคจิตเภทครั้งแรก มีสองการศึกษาที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท รายละเอียดดังตารางที่ 1

รูปแบบการจัดบริการในชุมชนของ Chatterjee และคณะ<sup>32</sup> มีการใช้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การติดตามการกินยา การทำจิตสังคัมบำบัด และส่งเสริมอาชีพโดยจิตแพทย์และนักจิตสังคัมบำบัด และอีกการศึกษาหนึ่งของ Chatterjee และคณะ<sup>33</sup> ได้มีการปรับการจัดบริการในชุมชนโดยใช้นักสาธารณสุขชุมชนเพื่อส่งเสริมความรู้และติดตามต่อเนื่อง ส่วนการศึกษาในประเทศเคนยา<sup>35</sup> เป็นการจัดบริการในชุมชนที่สร้างขึ้นใหม่เรียกว่า Community-based care called Mental Health Development (MHD) ทำโดยพยาบาลจิตเวช แพทย์เวชปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน (community health worker) และการศึกษาในประเทศปากีสถาน<sup>34</sup> เป็นการศึกษาเดียวที่ใช้จิตบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ผลการรักษาของทุกรูปแบบของการจัดบริการพบว่าดีขึ้น ทั้งจากการประเมินทางคลินิก การติดตาม

อาการทางคลินิกด้วยเครื่องมือ Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) หรือ General Health Questionnaires (GHQ) หรือด้วยตัววัดอื่น ๆ เช่น การประเมินความสามารถหน้าที่และความทุกข์สภาพด้วย Indian Disability Evaluation and Assessment Scale (IDEAS) ระดับคุณภาพชีวิตด้วย World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) รายงานค่าใช้จ่าย รวมทั้งรายงานเชิงคุณภาพด้านคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล รายละเอียดดังตารางที่ 1

## วิจารณ์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้กำหนดคำสำคัญในการค้นหาหลายรูปแบบและได้บทความกว่า 6,000 เรื่อง แต่เมื่อดำเนินการคัดแยกตามหลัก PRISMA แล้ว พบว่ามีเพียง 4 บทความที่เข้าข่ายสามารถวิเคราะห์ได้ตามเกณฑ์ โดยการศึกษาทั้งหมดนี้ทำในประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ ซึ่งมีทรัพยากรค่อนข้างจำกัด ส่วนประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง อาจจะมีทรัพยากรมากกว่า แต่อาจสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการของระบบสาธารณสุขได้ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ เช่น ระดับอำเภอที่ส่วนใหญ่ไม่มีจิตแพทย์หรือระดับตำบลที่มีพยาบาลและ/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก

รูปแบบการจัดบริการมีตั้งแต่การให้คำปรึกษารายบุคคล ครอบครัวยุทธ การทำจิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การรักษาด้วยยา และการติดตามต่อเนื่อง ส่วนมากเป็นการจัดบริการในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนเป็นหลัก มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องใช้บุคลากรเฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์

หรือพยาบาลจิตเวช ซึ่งในประเทศไทยได้มีการดำเนินงานตามโปรแกรมพัฒนาการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ตามแนวทางโปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก (mhGAP action programme) โดยปรับให้เหมาะกับบริบทของไทย โดยมีการดำเนินการทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล มีกิจกรรมหลักในการรักษา คือ การให้สุขภาพจิตศึกษา การรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษาครอบครัวและการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการติดตามต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้าน โดยการดำเนินการดังกล่าวเน้นที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลจิตเวช พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน<sup>36</sup> อย่างไรก็ตามการดำเนินการดังกล่าวไม่กำหนดเฉพาะผู้ที่มีอาการโรคจิตครั้งแรก และยังไม่มีการทำจิตบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีอาการโรคจิต แม้ว่าการทำจิตบำบัดนี้จะรู้จักกันแพร่หลาย แต่จำกัดเฉพาะในผู้มีปัญหาการเสพติดสุราสารเสพติดและผู้ป่วยซึมเศร้าเป็นหลัก

ผลการทบทวนพบว่าการจัดบริการในทุกรูปแบบได้ผลดีกว่าทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงที่รวมเอาเฉพาะการศึกษาที่มีการเก็บข้อมูลเปรียบเทียบการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมโดยให้จิตบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรมหรือการบำบัดแบบครอบครัวโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น นักจิตวิทยาคลินิกในคลินิกพิเศษหรือการให้บริการในชุมชนแบบเฉพาะทาง พบว่าได้ผลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้อาการสงบโดยเร็วและสงบได้ยาวกว่า<sup>37</sup>

ส่วนประเทศในแถบเอเชียที่มีการจัดบริการดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้นนี้แล้ว เช่น ฮองกง จัดบริการโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่าสามารถลดระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>38</sup> ประสิทธิภาพของโครงการลดช่องว่างการเข้าถึงบริการโรคจิตของประเทศไทย ก็พบว่าระยะเวลาเริ่มป่วยโรคจิตจนถึงเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกลดลงเช่นกัน และมีการกลับมารักษาซ้ำลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>39</sup>

ในด้านความคุ้มค่าของการจัดบริการจัดบริการดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้นพบว่า กลุ่มที่ได้รับบริการฯ มีโอกาสกลับไปประกอบอาชีพมากกว่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าจึงมีความคุ้มค่ามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับบริการ<sup>40</sup> นอกจากนี้ตัวผู้ป่วยเองแล้วพบว่าญาติและผู้ดูแลก็มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับบริการอย่างมากโดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วย<sup>41</sup> นอกจากนี้ในประเทศที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดยังสามารถปรับการให้บริการนี้เพื่อช่วยจัดการปัญหาโรคจิตร่วมไปพร้อมกัน เพื่อลดความเจ็บป่วยจากสาเหตุทั้งสอง เช่น ลดการใช้กัญชาในกลุ่มผู้มีอาการของโรคจิตครั้งแรกในแคนาดาเป็นต้น<sup>42</sup>

## สรุป

จากการศึกษาทั้งในประเทศที่มีระดับรายได้แตกต่างกัน มีทรัพยากรและความพร้อมที่แตกต่างกัน ได้แสดงผลในทางบวกต่อการจัดบริการดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้นนี้ ทั้งอาการทางคลินิกคุณภาพชีวิต และความคุ้มค่า การที่ประเทศไทยมีบริการระดับชุมชนเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก<sup>43,44</sup> ย่อมเป็นปัจจัยบวกที่จะทำให้ระบบนี้มีความสำเร็จได้อีกทั้งระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันที่มีการแบ่งเขตสุขภาพและมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



(service plan) สำหรัสุขภาพจิตและจิตเวช<sup>45</sup> เอื้อต่อการจัดบริการและการส่งต่อทั้งระดับชุมชนและตามระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามก็ควรมีการพัฒนาโปรแกรมนำร่องทดลองในพื้นที่ต้นแบบและมีการติดตามประเมินประสิทธิผลพร้อมปรับปรุงตามบริบท แล้วจึงกำหนดกลยุทธ์ในการขยายบริการบนพื้นฐานของทรัพยากรที่จำกัด<sup>46</sup>

**ความรู้เดิม:** การจัดบริการดูแลรักษาเฉพาะในกลุ่มโรคจิตระยะเริ่มต้นทำในประเทศที่มีรายได้สูง

**ความรู้ใหม่:** กลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางมีรูปแบบการดูแลรักษาโรคจิตระยะเริ่มต้นด้วยจิตสังคมบำบัดนอกเหนือจากการใช้ยาเพียงอย่างเดียว

**ประโยชน์ที่จะนำไปใช้:** ประเทศไทยแม้จะมีทรัพยากรจำกัด แต่มีความเป็นไปได้ในการจัดบริการดูแลรักษาเฉพาะในกลุ่มโรคจิตระยะเริ่มต้น

## เอกสารอ้างอิง

- Galuppi A, Turola MC, Nanni MG, Mazzoni P, Grassi L. Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning? *Int J Ment Health Syst* 2010;4:31.
- Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013;39:1296-306.
- Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS one* 2015;10.
- World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
- Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr* 2010;8:24.
- Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Örey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013;382:951-62.
- Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, Austin SF, Albert N, Secher RG, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2016;182:42-8.
- Edwards J, Harris MG, Bapat S. Developing services for first-episode psychosis and the critical period. *Br J Psychiatry* 2005;187 (suppl 48):s91-7.
- Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull* 2010;36:94-103.
- Kelleher I, Harley M, Murtagh A, Cannon M. Are Screening instruments valid for psychotic-like experiences? a validation study of screening questions for psychotic-like experiences using in-depth clinical interview. *Schizophr Bull* 2011;37: 362-9.
- Capra C, Kavanagh DJ, Hides L, Scott J. Brief screening for psychosis-like experiences. *Schizophr Res* 2013;149: 104-7.
- Kline E, Schiffman J. Psychosis risk screening: a systematic review. *Schizophr Res* 2014; 158:11.
- Savill M, D'Ambrosio J, Cannon TD, Loewy RL. Psychosis risk screening in different populations using the Prodromal Questionnaire: a systematic review. *Early Interv Psychiatry* 2018;12:3-14.
- Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chuta W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai National Mental Health Survey 2013: Methodology and Procedure. *Journal of Mental Health of Thailand* 2016;24:1-14. (in Thai)



15. Supanya S, The Thai National Mental Health Survey Working Group, Morgan C, Reininghaus U, editors. Prevalence, type and frequency of psychotic experiences in Thailand: results from the 2013 Thai national mental health survey (C4). IEPA 10th International Conference of Early Intervention in Mental Health – “Looking Back, Moving Forward” Milan, Italy, 20th-22nd October 2016. *Early Interv Psychiatry* 2016; 10 suppl 1:198.
16. Üçok A, Polat A, Genç A, Çakır S, Turan N. Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2004;38:163-8.
17. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:975-83.
18. Drake RJ. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:511-5.
19. Ito S, Nemoto T, Tsujino N, Ohmuro N, Matsumoto K, Matsuoka H, et al. Differential impacts of duration of untreated psychosis (DUP) on cognitive function in first-episode schizophrenia according to mode of onset. *Eur Psychiatry* 2015;30:995-1001.
20. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(6):CD004718.
21. McGorry P. Innovations in the design of mental health services for young people: an Australian perspective. *Innovation and Entrepreneurship in Health* 2015;2:107-113.
22. Corsico P, Griffin-Doyle M, Singh I. What constitutes ‘good practice’ in early intervention for psychosis? analysis of clinical guidelines. *Child and Adolescent Mental Health* 2017. doi:10.1111/camh.12229.
23. Randall JR, Vokey S, Loewen H, Martens PJ, Brownell M, Katz A, et al. A systematic review of the effect of early interventions for psychosis on the usage of inpatient services. *Schizophr Bull* 2015;41:1379-86.
24. Marwaha S, Thompson A, Uptegrove R, Broome MR. Fifteen years on early intervention for a new generation. *Br J Psychiatry* 2016;209:186-8.
25. Randall JR, Chateau D, Smith M, Taylor C, Bolton J, Katz L, et al. An early intervention for psychosis and its effect on criminal accusations and suicidal behaviour using a matched-cohort design. *Schizophr Res* 2016;176:307-11.
26. Chesney E, Abidin E, Poon LY, Subramaniam M, Verma S. Pathways to care for patients with first-episode psychosis in Singapore. *J Nerv Ment Dis* 2016;204:291-7.
27. Chang WC, Kwong VW, Lau ES, So HC, Wong CS, Chan GH, et al. Sustainability of treatment effect of a 3-year early intervention programme for first-episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2017;211:37-44.
28. Supanya S, Kwansanit P. Systematic review of the early intervention services for first-episode psychosis in low-and middle-income countries. PROSPERO 2016 CRD42016029232. 2016.
29. World Bank country and lending group [Internet]. Washington, DC:The World Bank; 2014. Available from: <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>.
30. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC medical research methodology*. 2007;7:10.
31. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol* 2009;62:1006-12.
32. Chatterjee S, Pillai A, Jain S, Cohen A, Patel V. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. *Br J Psychiatry* 2009;195:433-9.
33. Chatterjee S, Naik S, John S, Dabholkar H, Balaji M, Koschorke M, et al. Effectiveness of a community-based intervention for people with schizophrenia and their caregivers in India (COPSI): a randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1385-94.
34. Naeem F, Habib N, Gul M, Khalid M, Saeed S, Farooq S, et al. A qualitative study to explore patients’, carers’ and health professionals’ views to culturally adapt CBT for psychosis (CBTp) in Pakistan. *Behav Cogn Psychother* 2016;44:43-55.

35. de Menil V, Knapp M, McDavid D, Raja S, Kingori J, Waruguru M, et al. Cost-effectiveness of the Mental Health and Development model for schizophrenia-spectrum and bipolar disorders in rural Kenya. *Psychol Med* 2015;45:2747-56.
36. Bureau of Mental Health Service Administration, The mhGAP implementation program for psychosis: field guide manual. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
37. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2010;197: 350-6.
38. Chan SK, Chau EH, Hui CL, Chang WC, Lee EH, Chen EY. Long term effect of early intervention service on duration of untreated psychosis in youth and adult population in Hong Kong. *Early Interv Psychiatry* 2018;12:331-8.
39. Soongkhang I, Prukkanone B. Effectiveness of the mental health gap action program in Thailand. *Journal of Health Science* 2014;23: 427-36. (in Thai)
40. Allard J, Lancaster S, Clayton S, Amos T, Birchwood M. Carers' and service users' experiences of early intervention in psychosis services: implications for care partnerships. *Early Interv Psychiatry* 2018;12:410-6.
41. McCrone P, Craig TK, Power P, Garety PA. Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2010;196:377-82.
42. Aydin C, Tibbo PG, Ursuliak Z. Psychosocial interventions in reducing cannabis use in early phase psychosis: a Canadian survey of treatments offered. *Can J Psychiatry* 2016;61:367-72.
43. WHO. Thailand [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011. Available from: <http://www.who.int/countries/tha/en/>.
44. WHO. Mental health atlas 2011 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/44697>.
45. Suraaroomsamrit B, Panyayong B. The development of mental health and psychiatric service in health areas. *Journal of Mental Health of Thailand* 2014;22:142-56. (in Thai)
46. World Health Organization. Mental health global action programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008.