

ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยา สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖

Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013

พณัฐนา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.¹, นพพร ตันติรังสี, ป.ร.ด.², วรพรรณ จูทา, กศ.ม.¹
อริบ ตันอารีย์, พ.บ.², ปทานนท์ ขวัญสนิท, พ.บ.³, สาวิตรี อัสณางค์กรชัย, ป.ร.ด.⁴
Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.¹, Nopporn Tantirangsee, Ph.D.², Worawan Chutha, M.Ed.¹
Arhip Tanaree, M.D.², Patanon Kwansanit, M.D.³, Sawitri Assanangkornchai, Ph.D.⁴

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹, โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์²,
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา³, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์⁴
Department of Mental Health, Ministry of Public Health¹, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital²,
Somedetchaopraya Institute of Psychiatry³, Faculty of Medicine, Prince of Songkhla University⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในคนไทยและการเข้าถึงบริการ

วัสดุวิธีการ เป็นการสำรวจภาคตัดขวางในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ย้ายในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ สุ่มตัวอย่าง 4 ขั้นตอนโดยไม่สุ่มทดแทน ด้วยเครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย ระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ อัตราตอบรับร้อยละ 74.3 ได้ตัวแทน 4,727 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าประมาณสัดส่วนโดยการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก รายงานค่าความชุกเป็นร้อยละ, standard error (SE) และ chi-square

ผล ความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด พบร้อยละ 30.8 และร้อยละ 13.4 ตามลำดับ โดยพบความชุกความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราสูงที่สุดทั้งความชุกชั่วชีวิต (ร้อยละ 18.0) และความชุก 12 เดือน (ร้อยละ 5.3) ส่วนกลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มความผิดปกติของการควบคุมพฤติกรรมตัวเอง และกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์พบความชุก 12 เดือนร้อยละ 1.6, 1.3 และ 0.7 ตามลำดับ ในผู้ที่มีโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดเข้าถึงบริการด้วยปัญหาสุขภาพจิตใน 12 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 11.5 เป็นบริการโดยบุคลากรสุขภาพเพียงร้อยละ 3.7 ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพยาเสพติดเข้าถึงบริการสูงที่สุด (ร้อยละ 24.5) และผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมจากการดื่มสุราเข้าถึงบริการน้อยที่สุด (ร้อยละ 6.6)

สรุป ปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเวช และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและเสพยาเสพติดมีความชุกสูง อีกทั้งอัตราการเข้าถึงบริการยังต่ำ ควรจะมีการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนางานบริการสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน

คำสำคัญ: ความชุก ระบาดวิทยา โรคจิตเวช สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ e-mail: phunnapa@hotmail.com

Abstract

Objectives To report the lifetime and 12-month prevalence of significant mental disorders and mental health problems in Thai adults and the access to any services in people endorsing these conditions.

Materials and methods This is a cross-sectional community survey of Thai population aging 18 and above using a stratified multi-stage cluster non-replacement sampling interviewed by the Thai version of the World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0), during October to December 2013, with respond rate of 74.3% and total respondents of 4727. The prevalence were estimated by weight proportion and presented with standard errors and chi-square.

Results The lifetime and 12-month prevalence of any mental or substance use disorders were 30.8% and 13.4% respectively. Alcohol use disorders were the highest prevalence, 18.0% for lifetime prevalence and 5.3% for 12-month prevalence. The 12-month prevalence of anxiety disorders, impulse control disorders and affective disorder were 1.6%, 1.3% and 0.7%, respectively. During the last 12-month, only 11.5% of respondents with any mental, substance use disorders or mental health problems accessed to any services with 3.7% receiving care from health professionals. The respondents with drug use disorders was the most access (24.5%), while those with alcohol use disorders were the least access (6.6%) to any services.

Conclusion Mental disorders, including drug and alcohol use disorders, and mental health problems are still major public health problems in Thailand with the evidences of an expansive gap in access to services. The mental health care should be urgently strategized and prioritized in the policy level.

Key words: epidemiology, mental disorder, mental health, prevalence
corresponding author e-mail: phunnapa@hotmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญมากขึ้นจากสภาวะเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในปี พ.ศ.๒๕๕๓ องค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถานการณ์การะโรคทั่วโลก (global burden of disease) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years) สูงถึงร้อยละ 7.4 ของการสูญเสียดัชนีปีสุขภาวะทั้งหมด โดยมีปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability) สูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคอื่น¹ สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้รายงานการะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี พ.ศ.๒๕๕๔ พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับสองในผู้ชายรองจากอุบัติเหตุ และเป็นอันดับสี่ในผู้หญิงรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคความผิดปกติทางการรับรู้ตามลำดับ² แสดงให้เห็นว่าความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตที่จะก่อให้เกิดการะสุขภาพอย่างมาก หากขาดนโยบายในการจัดการปัญหาที่ดีพอ

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประเทศไทยนั้น กรมสุขภาพจิตได้วางแผนสำรวจต่อเนื่องทุก 5 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลความชุกของปัญหาสุขภาพจิตที่ทันสมัยและเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการศึกษาระโรคของประเทศไทย ผลการสำรวจครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ.๒๕๕๑ พบความชุกของโรคจิตเวชในคนไทยร้อยละ 14.3 โดยมีความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลร้อยละ 10.9, 2.2 และ 1.9 ตามลำดับ³ เมื่อเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลการเข้ารับบริการจิตเวช พบว่า

มีการเข้าถึงบริการน้อย นำไปสู่การผลักดันนโยบายบริการสุขภาพในระดับประเทศและเป็นตัวชี้วัดระดับเขตสุขภาพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้า⁴ อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างของระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือเมื่อเปรียบเทียบกับทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey (WMHS) Initiative)⁵⁻⁷ ทำให้มีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบกับข้อมูลนานาชาติ ด้วยเหตุผลดังกล่าว การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ จึงได้ปรับใช้เครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) และระเบียบวิธีวิจัยตามข้อกำหนดของทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำข้อมูลไปใช้ได้กว้างขวางมากขึ้น

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของประเทศไทยระดับชาติในปี พ.ศ.๒๕๕๖ ได้ดำเนินการตามวิธีการและกระบวนการที่ได้รายงานไว้โดย พันธุ์ณา และคณะ⁸ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประมาณการความชุกชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในคนไทยทั้งในภาพรวมประเทศและรายภูมิภาค รวมถึงการได้รับบริการเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนางานสุขภาพจิตและวางแผนระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศต่อไป

วัสดุและวิธีการ

สำรวจประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ สุ่มตัวอย่างแบบ stratified multi-stage cluster sampling โดยไม่สุ่มทดแทน มีชั้นภูมิคือ 4 ภาคและกรุงเทพมหานคร

ได้ตัวอย่าง 16 จังหวัดจาก 4 ภาค และ 4 เขตใน กรุงเทพมหานคร บุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมทำการสัมภาษณ์แบบต่อหน้าด้วย WMH-CIDI 3.0 ฉบับภาษาไทย^๑ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์ทั้งหมด 4,727 คนจาก 6,360 ครั้วเรือนที่สุ่มได้ คิดเป็นอัตราตอบรับ (response rate) ร้อยละ 74.3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าประมาณสัดส่วนโดยการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก (weighted proportion estimates) โดยการปรับค่าถ่วงน้ำหนักใช้ค่าคาดประมาณสัดส่วนประชากรของประเทศไทย ณ เดือนกรกฎาคม พ.ศ.๒๕๕๖ รายงานค่าความชุกเป็นร้อยละ, standard error (SE) และ chi-square รายละเอียดระเบียบวิธีวิจัย การดำเนินงานภาคสนาม การจัดการข้อมูล รวมถึงการถ่วงน้ำหนัก ศึกษาได้จากรายงานก่อนหน้า^๑

ผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,727 คน (เพศชาย 1,718 คน เพศหญิง 3,009 คน) อายุเฉลี่ย 50.2 ปี ($SD \pm 15.3$ ปี) อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18 ถึง 96 ปี ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างหลังถ่วงน้ำหนักแยกตามภูมิภาค แสดงในตารางที่ 1

ประมาณการคนไทยจำนวน 51, 619, 725 คน เกือบหนึ่งในสาม (ร้อยละ 30.8) มีอาการและอาการแสดงเข้าเกณฑ์วินิจฉัยกลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders) กลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเอง (impulsive control disorders) และ/หรือความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด (substance use disorders) อย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต โดยพบความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด

สูงมากถึงกว่าหนึ่งในสี่ของประชากร (ร้อยละ 26.5) ในจำนวนนี้เป็นความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) ร้อยละ 18.0 และการเสพติดนิโคติน (nicotine dependence) ร้อยละ 14.9 แต่หากไม่นับรวมความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดแล้ว พบว่าคนไทยตลอดชีวิตที่ผ่านมา ร้อยละ 7.4 เป็นโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค (any mental disorders) โดยพบกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเองร้อยละ 3.5 กลุ่มโรควิตกกังวล ร้อยละ 3.1 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ร้อยละ 1.9 ตามลำดับ และคนไทยตลอดชีวิตที่ผ่านมา ร้อยละ 3.5 เคยมีประสบการณ์ฆ่าตัวตาย (ความคิด วางแผน หรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย) ที่จัดว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต (ตารางที่ 2)

ใน 12 เดือนที่ผ่านมาประชากรไทยร้อยละ 13.4 มีอาการและอาการแสดงเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด (any mental or substance use disorders) โดยพบความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดใดๆ สูงที่สุด (ร้อยละ 10.9) ในจำนวนนี้เป็นสารเสพติดนิโคตินร้อยละ 6.2 และความผิดปกติของพฤติกรรมจากการดื่มสุรา ร้อยละ 5.3 ความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด พบในภาคเหนือสูงที่สุดทั้งสุรา นิโคติน และสารเสพติดอื่นๆ (ร้อยละ 10.0, 7.8 และ 0.9 ตามลำดับ) แต่หากไม่นับรวมความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดแล้ว พบว่าคนไทยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 3.2 เป็นโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยพบกลุ่มโรควิตกกังวลสูงที่สุด (ร้อยละ 1.6) รองลงมาเป็นกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเอง (ร้อยละ 1.3) และกลุ่มโรคความผิดปกติทาง

อารมณ์ (ร้อยละ 0.7) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคพบว่าความผิดปกติทางอารมณ์สูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 1.0) แต่ประสบการณ์ฆ่าตัวตายพบสูงสุดที่ภาคเหนือ (ร้อยละ 1.3) กลุ่มโรคจิตกักขังพบสูงในภาคกลางและภาคเหนือใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 1.9) และความผิดปกติของการควบคุมพฤติกรรมตัวเองพบในภาคใต้สูงที่สุด (ร้อยละ 2.2) (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความชุกโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตระหว่างเพศ พบว่าความชุกชีวิตและความชุก 12 เดือนของทั้งกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์และกลุ่มโรคจิตกักขังพบในหญิงมากกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ความชุกชีวิตและความชุก 12 เดือนของความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติดทั้งสุรา นิโคติน และสารเสพติดอื่นๆ พบในชายมากกว่าหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความชุกชีวิตของประสบการณ์ฆ่าตัวตายหญิงสูงกว่าชาย แต่ความชุก 12 เดือนของประสบการณ์ฆ่าตัวตายพบชายสูงกว่าหญิง (ตารางที่ 4)

ผู้ที่มีโรคจิตเวช ความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด หรือปัญหาสุขภาพจิต ได้รับการบริการเนื่องจากปัญหาดังกล่าวในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 11.5 ทั้งจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาอื่นๆ (หมายรวมถึง พยาบาล บุคลากรสุขภาพ นักจิตวิทยา ผู้ให้คำปรึกษา พระ ผู้นำศาสนา หมอแผนโบราณ หมอฝังเข็ม หมอพื้นบ้าน ฯลฯ)

และ/หรือวิธีการรักษาทางเลือกอื่นๆ โดยเป็นการรับบริการจากบุคลากรในระบบสุขภาพเพียงหนึ่งในสาม (ร้อยละ 3.7) ซึ่งเป็นบริการจากบุคลากรสุขภาพทั่วไปร้อยละ 2.7 และจากบุคลากรสุขภาพจิตร้อยละ 2.0 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมากลุ่มผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด (drug use disorders) เป็นกลุ่มที่เข้ารับบริการสูงที่สุด คือหนึ่งในสี่หรือร้อยละ 24.5 ของผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.3) เป็นการรับบริการจากบุคลากรสุขภาพ โดยได้รับการบริการจากบุคลากรสุขภาพจิตมากกว่าบุคลากรสุขภาพทั่วไป (ร้อยละ 13.3 และร้อยละ 10.3 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่แม้จะได้รับการบริการจากบุคลากรในระบบสุขภาพและผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพพอๆ กัน (ร้อยละ 8.3 ของผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์) แต่ได้รับการบริการจากบุคลากรสุขภาพจิตมากกว่าบุคลากรสุขภาพทั่วไป (ร้อยละ 4.5 และร้อยละ 3.9 ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มโรคอื่นๆ ทั้งกลุ่มโรคจิตกักขัง ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและประสบการณ์ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นการรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพมากกว่า และกลุ่มที่ได้รับการทั้งในและนอกระบบสุขภาพน้อยที่สุดคือกลุ่มผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (ร้อยละ 6.6) โดยเข้ารับบริการสุขภาพเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างหลังถ่วงน้ำหนักแยกตามภูมิภาค

ข้อมูลทั่วไป	ประชากรตัวอย่าง: ร้อยละ (SE)					
	กทม. (n=715)	กลาง (n=1015)	เหนือ (n=1068)	ตอนน* (n=941)	ใต้ (n=988)	รวม (n=4727)
เพศ						
ชาย	48.0 (3.0)	48.5 (2.7)	48.2 (2.9)	48.0 (2.3)	48.7 (0.6)	48.3 (1.1)
หญิง	52.0 (3.0)	51.5 (2.7)	51.8 (2.9)	52.0 (2.3)	51.3 (0.6)	51.7 (1.1)
กลุ่มอายุ (ปี) อายุเฉลี่ย 50.2 ±15.3 ปี						
18-24	13.9 (0.5)	13.3 (1.8)	12.1 (3.3)	12.6 (3.4)	14.6 (2.6)	13.1 (0.9)
25-34	26.0 (2.0)	22.5 (2.2)	14.9 (0.8)	14.0 (1.3)	21.0 (0.5)	19.2 (0.9)
35-44	23.4 (1.9)	22.2 (0.3)	18.2 (1.4)	20.8 (0.6)	21.5 (1.6)	21.2 (0.9)
45-54	17.8 (2.2)	18.9 (1.0)	22.3 (2.7)	21.5 (1.6)	18.6 (1.0)	20.0 (0.7)
55-59	6.3 (1.1)	6.9 (0.7)	9.9 (1.0)	8.8 (0.5)	6.8 (0.6)	7.9 (0.4)
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	12.6 (0.5)	16.2 (3.6)	22.6 (1.1)	22.2 (1.7)	17.4 (1.8)	18.6 (0.6)
สถานภาพสมรส						
โสด	25.8 (3.6)	21.8 (1.3)	18.0 (4.4)	16.1 (4.1)	15.0 (2.0)	19.3 (1.6)
แต่งงาน	60.1 (4.4)	64.3 (2.2)	68.7 (4.4)	70.4 (3.5)	75.7 (1.4)	67.6 (1.7)
แยกกันอยู่	2.8 (0.3)	2.9 (1.3)	1.0 (0.2)	2.2 (0.5)	2.0 (0.2)	2.3 (0.4)
หย่าร้าง	5.0 (0.6)	3.5 (0.4)	4.7 (0.7)	1.9 (0.3)	2.3 (0.3)	3.3 (0.3)
หม้าย	6.2 (0.6)	7.4 (0.8)	7.6 (0.7)	9.5 (1.3)	5.0 (0.6)	7.5 (0.5)
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน/ประถม	30.8 (2.1)	38.8 (6.4)	61.9 (4.4)	59.5 (3.5)	45.8 (0.4)	48.1 (2.8)
มัธยมต้น	16.0 (1.2)	15.0 (1.9)	7.7 (0.7)	10.3 (1.1)	16.7 (0.4)	12.8 (0.8)
มัธยมปลาย/เทียบเท่า	25.2 (1.7)	24.5 (3.0)	19.7 (2.3)	20.0 (2.0)	21.4 (0.5)	22.1 (1.3)
อนุปริญญาขึ้นไป	28.0 (3.0)	21.6 (5.0)	10.7 (2.8)	10.3 (2.8)	16.1 (0.6)	16.9 (2.0)
อาชีพ						
ว่างงาน	4.1 (0.9)	5.8 (1.2)	2.4 (0.4)	3.8 (0.8)	4.5 (0.2)	4.3 (0.5)
มีงานทำ/งานส่วนตัว	71.3 (0.7)	75.3 (3.8)	79.6 (1.2)	74.5 (2.0)	77.1 (0.7)	75.5 (1.3)
นักเรียน/นักศึกษา	5.3 (1.0)	2.5 (0.6)	3.5 (1.4)	3.8 (2.3)	4.3 (1.3)	3.6 (0.7)
งานบ้าน	13.0 (2.0)	9.1 (1.7)	8.4 (0.7)	13.8 (1.0)	10.2 (0.8)	10.9 (0.6)
เกษียณ	4.4 (0.8)	6.0 (2.5)	1.3 (0.3)	1.7 (0.7)	1.4 (0.1)	3.2 (1.0)
อื่น ๆ	1.9 (0.5)	1.3 (0.7)	4.7 (0.5)	2.4 (0.9)	2.6 (0.6)	2.4 (0.4)
รายได้/เดือน (บาท)						
<5,000	43.0 (2.3)	46.1 (3.5)	53.6 (3.7)	64.6 (3.0)	48.9 (2.4)	52.3 (1.7)
5,001-15,000	32.1 (2.9)	36.3 (3.2)	35.7 (2.4)	27.6 (2.1)	33.2 (0.1)	32.9 (1.1)
15,001-30,000	16.9 (2.9)	11.7 (1.2)	7.1 (1.1)	5.0 (0.4)	11.7 (1.2)	9.9 (0.8)
>30,000	7.9 (2.4)	5.8 (1.4)	3.6 (0.5)	2.8 (0.6)	6.1 (1.3)	4.9 (0.7)

* ตอนน หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 2 ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตแยกตามภูมิภาค

โรค/ปัญหาทางจิตเวช	ความชุกชั่วชีวิต : ร้อยละ (SE)						ประมาณการประชากร (คน)
	กทม. (n=715)	กลาง (n=1015)	เหนือ (n=1068)	ตอนน* (n=941)	ใต้ (n=988)	รวม (n=4727)	
affective disorders	1.5 (0.6)	1.8 (0.5)	2.6 (0.8)	1.8 (0.2)	2.0 (0.3)	1.9 (0.2)	988,480
major depressive episode	1.2 (0.3)	1.8 (0.5)	2.5 (0.8)	1.7 (0.2)	1.5 (0.1)	1.8 (0.2)	916,979
dysthymia	0.0	0.1 (0.1)	0.0	0.2 (0.2)	0.3 (0.1)	0.1 (0.0)	67,221
manic/ hypomanic episode	0.3 (0.3)	0.3 (0.3)	0.1 (0.1)	0.1 (0.1)	0.2 (0.2)	0.2 (0.1)	113,161
anxiety disorders	2.2 (0.7)	2.9 (1.0)	4.5 (1.2)	3.2 (0.5)	2.5 (0.5)	3.1 (0.4)	1,594,153
generalized anxiety disorder	0.3 (0.2)	0.1 (0.1)	0.2 (0.2)	0.5 (0.2)	0.3 (0.1)	0.3 (0.0)	148,169
panic disorder	1.2 (0.6)	0.5 (0.2)	1.0 (0.3)	0.8 (0.1)	0.5 (0.1)	0.8 (0.1)	390,514
agoraphobia	1.0 (0.5)	1.5 (0.8)	3.1 (1.0)	0.8 (0.2)	1.5 (0.2)	1.5 (0.4)	774,708
post-traumatic stress disorder	0.6 (0.3)	1.1 (0.2)	0.7 (0.3)	1.1 (0.2)	0.6 (0.2)	0.9 (0.1)	469,414
impulse control disorders	2.6 (0.5)	4.0 (0.9)	3.1 (0.8)	3.2 (1.0)	4.8 (0.4)	3.5 (0.4)	1,822,763
intermittent explosive disorder	2.5 (0.5)	3.0 (0.9)	2.9 (0.9)	2.2 (0.8)	3.4 (0.7)	2.8 (0.4)	1,429,071
pathological gambling	0.1 (0.1)	0.9 (0.2)	0.4 (0.1)	1.0 (0.2)	2.1 (0.6)	0.9 (0.2)	462,645
any mental disorders (MD)	4.9 (0.4)	7.7 (1.6)	9.3 (1.2)	7.2 (1.2)	7.6 (0.9)	7.4 (0.6)	3,857,630
substance use disorders (SUD)	24.9 (3.3)	27.4 (2.2)	31.2 (1.7)	26.4 (1.4)	20.3 (0.1)	26.5 (1.1)	13,692,967
alcohol use disorders (AUD)	15.0 (1.7)	17.7 (2.4)	24.1 (2.5)	18.4 (1.3)	13.3 (0.9)	18.0 (1.2)	9,308,625
alcohol abuse	10.6 (1.2)	13.8 (2.3)	17.4 (1.7)	14.7 (0.8)	11.2 (0.7)	13.9 (0.9)	7,170,851
alcohol dependence	4.4 (1.8)	3.9 (0.5)	6.6 (0.8)	3.7 (0.8)	2.0 (0.2)	4.1 (0.5)	2,137,774
drug use disorders (DUD)	4.1 (1.6)	3.8 (1.8)	5.3 (0.5)	3.7 (0.8)	3.8 (0.2)	4.1 (0.6)	2,106,345
drug abuse	2.0 (0.6)	3.0 (1.4)	3.5 (0.8)	2.5 (0.7)	2.8 (0.3)	2.8 (0.5)	1,442,043
drug dependence	2.1 (0.1)	0.8 (0.4)	1.8 (0.4)	1.2 (0.5)	1.0 (0.3)	1.3 (0.3)	664,303
others: nicotine dependence	12.4 (2.3)	17.0 (1.4)	16.2 (0.3)	15.0 (0.7)	11.2 (0.4)	14.9 (0.5)	7,709,532
any MD or SUD	27.5 (2.9)	31.4 (3.0)	36.4 (2.0)	31.3 (1.4)	24.3 (1.0)	30.8 (1.3)	15,879,322
suicidal experiences	4.1 (0.7)	5.2 (0.5)	3.9 (0.8)	2.0 (0.4)	1.7 (0.2)	3.5 (0.3)	1,809,796
any MD or SUD or suicidal experiences	30.0 (2.6)	33.7 (2.9)	38.2 (2.0)	31.9 (1.4)	24.9 (1.1)	32.3 (1.3)	16,698,511

* ตอนน หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 3 ความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตแยกตามภูมิภาค

โรค/ปัญหาทางจิตเวช	ความชุก 12 เดือน: ร้อยละ (SE)						ประมาณการประชากร (คน)
	กทม. (n=715)	กลาง (n=1015)	เหนือ (n=1068)	ตอน* (n=941)	ใต้ (n=988)	รวม (n=4727)	
affective disorders	0.4 (0.3)	0.7 (0.5)	0.3 (0.2)	1.0 (0.2)	0.8 (0.2)	0.7 (0.2)	347,319
major depressive episode	0.4 (0.3)	0.7 (0.5)	0.2 (0.1)	1.0 (0.2)	0.7 (0.1)	0.6 (0.2)	333,078
dysthymia	0.0	0.1 (0.1)	0.0	0.2 (0.2)	0.1 (0.1)	0.1 (0.0)	53,953
manic/ hypomanic episode	0.0	0.0	0.1 (0.1)	0.0	0.1 (0.1)	0.02 (0.0)	11,564
anxiety disorders	1.4 (0.4)	1.9 (1.1)	1.9 (0.6)	1.2 (0.3)	1.5 (0.2)	1.6 (0.3)	824,459
generalized anxiety disorder	0.08 (0.0)	0.08 (0.0)	0.0	0.2 (0.1)	0.03(0.0)	0.1 (0.0)	53,111
panic disorder	0.9 (0.1)	0.3 (0.2)	0.5 (0.2)	0.3 (0.1)	0.2 (0.2)	0.4 (0.1)	211,445
agoraphobia	1.0 (0.5)	1.3 (0.8)	2.1 (0.6)	0.7 (0.2)	1.1 (0.2)	1.2 (0.3)	631,462
post-traumatic stress disorder	0.0	0.4 (0.3)	0.2 (0.1)	0.4 (0.1)	0.4 (0.3)	0.3 (0.1)	169,551
impulse control disorders	1.6 (0.4)	1.2 (0.6)	0.8 (0.2)	1.2 (0.2)	2.2 (0.4)	1.3 (0.2)	672,822
intermittent explosive disorder	1.6 (0.4)	1.0 (0.6)	0.8 (0.2)	0.7 (0.1)	2.1 (0.4)	1.1 (0.2)	573,905
pathological gambling	0.0	0.2 (0.1)	0.0	0.4 (0.2)	0.7 (0.3)	0.3 (0.0)	143,065
any mental disorders (MD)	3.2 (0.4)	3.4 (1.3)	2.7 (0.6)	3.2 (0.3)	3.8 (0.8)	3.2 (0.4)	1,676,611
substance use disorders (SUD)	8.2 (1.9)	11.2 (3.1)	14.9 (3.1)	10.0 (1.2)	9.5 (0.5)	10.9 (1.3)	5,619,178
alcohol use disorders (AUD)	5.0 (1.6)	4.9 (1.8)	10.0 (2.2)	4.0 (0.9)	3.1 (0.2)	5.3 (0.9)	2,749,024
alcohol abuse	2.1 (0.8)	3.8 (1.5)	6.5 (1.4)	2.6 (0.7)	2.4 (0.1)	3.5 (0.6)	1,831,234
alcohol dependence	2.9 (2.3)	1.0 (0.5)	3.5 (0.8)	1.4 (0.3)	0.7 (0.2)	1.8 (0.5)	917,790
drug use disorders (DUD)	0.6 (0.5)	0.4 (0.3)	0.9 (0.2)	0.7 (0.3)	0.4 (0.1)	0.6 (0.1)	301,220
drug abuse	0.5 (0.5)	0.0	0.5 (0.0)	0.5 (0.3)	0.1 (0.1)	0.3 (0.1)	155,413
drug dependence	0.1 (0.0)	0.4 (0.3)	0.5 (0.2)	0.2 (0.2)	0.2 (0.0)	0.3 (0.0)	145,807
others: nicotine dependence	2.7 (0.4)	6.5 (1.5)	7.8 (1.4)	6.6 (1.4)	6.4 (0.3)	6.2 (0.6)	3,201,702
any MD or SUD	10.7 (1.7)	13.5 (3.8)	17.1 (3.5)	12.9 (0.8)	12.4 (0.6)	13.4 (1.4)	6,934,781
suicidal experiences	1.0 (0.6)	0.5 (0.2)	1.3 (0.6)	0.4 (0.1)	0.5 (0.1)	0.7 (0.1)	336,793
any MD or SUD or suicidal experiences	11.5 (1.5)	13.9 (4.0)	17.7 (3.4)	13.0 (0.8)	12.8 (0.5)	13.9 (1.5)	7,157,405

* ตอน หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 4 ความซุกซิวชีวิตและความซุก 12 เดือนของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามเพศ

โรค/ปัญหาทางจิตเวช	ความซุกซิวชีวิต		ความซุก 12 เดือน	
	ร้อยละ (SE)		ร้อยละ (SE)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
affective disorders	1.0 [*] (0.1)	2.8 (0.3)	0.4 [*] (0.1)	0.9 (0.2)
anxiety disorders	1.7 [*] (0.3)	4.4 (0.8)	0.8 [*] (0.3)	2.4 (0.5)
impulse control disorders	4.5 [*] (0.7)	2.6 (0.4)	1.4 (0.5)	1.2 (0.2)
any mental disorders	6.6 (0.7)	8.3 (0.9)	2.4 (0.6)	4.0 (0.6)
substance use disorders (SUD)	48.5 [*] (1.6)	6.0 (0.7)	20.7 [*] (2.2)	1.7 (0.3)
alcohol use disorders	33.0 [*] (1.6)	4.1 (0.7)	10.0 [*] (1.6)	1.0 (0.3)
drug use disorders	7.6 [*] (1.2)	0.8 (0.2)	0.9 [*] (0.3)	0.3 (0.1)
nicotine dependence	29.3 [*] (1.2)	1.6 (0.4)	12.3 [*] (1.2)	0.5 (0.1)
any mental disorders or SUD	49.8 [*] (1.6)	13.0 (1.1)	21.9 [*] (2.2)	5.6 (0.6)
suicidal experiences	2.8 [*] (0.5)	4.2 (0.3)	0.5 (0.2)	0.8 (0.2)
any mental disorders or SUD or suicidal experiences	50.4 [*] (1.6)	15.5 (1.2)	22.1 [*] (2.2)	6.2 (0.7)

* p<.05 different from woman, χ^2 -test

วิจารณ์

การเปรียบเทียบกับผลการสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติครั้งก่อน

การเปรียบเทียบผลการสำรวจระดับชาติครั้งก่อน 4 ปี พ.ศ.๒๕๕๖ กับครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.๒๕๕๑ ครอบคลุมระยะเวลาดังกล่าวคือความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (current) ของ M.I.N.I.^{9,10} จะอิงตามช่วงเวลาเพื่อการวินิจฉัยโรค (เช่น 2 สัปดาห์สำหรับ major depressive episode, 6 เดือนสำหรับ generalized anxiety disorder หรือ 12 เดือนใน alcohol use disorders เป็นต้น) แต่จาก WMH-CIDI จะหมายถึงความเจ็บป่วยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือชั่วชีวิตที่ผ่านมาของการวินิจฉัยโรค ซึ่งครอบคลุมช่วงเวลานานกว่า อาจมีผลให้ความซุกซุกสูงกว่าได้ หากพิจารณาเฉพาะกรอบเวลา นอกจากนั้นกลุ่มโรคจิตเวชอย่าง

น้อยหนึ่งโรค (any mental disorders) ในการสำรวจครั้งนี้จะไม่นับรวมโรคจิต เนื่องจากชุดโรคจิตจาก WMH-CIDI เป็นเพียงการคัดกรองเท่านั้น ไม่สามารถวินิจฉัยโรคจิตได้ และมีการเพิ่มกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมพฤติกรรมตัวเองตามข้อแนะนำของ WMHS และเพิ่มความผิดปกติของพฤติกรรมจากเสพยาเสพติด (drug use disorders) และการเสพยาโคติน (nicotine dependence) เพื่อแสดงความซุกซุกของความผิดปกติของพฤติกรรมจากการเสพยาเสพติด (substance use disorders) ทั้งสารเสพติดผิดกฎหมาย สารเสพติดที่ถูกกฎหมาย เช่น บุหรี่และสุรา และยาที่ใช้ผิดแบบแผน เพื่อสะท้อนระดับความผิดปกติของปัญหาสารเสพติดที่แท้จริงของประเทศ ข้อมูลเปรียบเทียบผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตทั้งสองครั้งดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 อัตราการรับบริการของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

การรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญใดๆ	โรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ (SE)				
	affective disorder	anxiety disorder	alcohol use disorders	drug use disorders	suicidal experiences
ได้รับบริการใดๆ (access any services)	15.9 (6.1)	20.1 (3.4)	6.6 (2.6)	24.5 (13.0)	19.6 (6.0)
บุคลากรในระบบสุขภาพ (health care system)	8.3 (3.8)	5.4 (2.0)	1.6 (0.7)	23.6 (13.1)	3.9 (2.2)
- บุคลากรสุขภาพจิต ¹⁾ (mental health professionals)	4.5 (2.2)	1.1 (0.7)	0.6 (0.4)	13.3 (8.2)	1.8 (1.6)
- บุคลากรสุขภาพทั่วไป ²⁾ (health professionals)	3.9 (2.4)	4.3 (1.8)	1.4 (0.7)	10.3 (5.7)	2.1 (2.2)
ผู้เชี่ยวชาญนอกกระบบสุขภาพ (non-health care)	8.3 (3.6)	17.3 (3.5)	5.3 (2.5)	5.8 (4.0)	15.6 (6.8)
- ผู้เชี่ยวชาญนอกกระบบสุขภาพ ³⁾	2.4 (1.9)	0.6 (0.5)	0.2 (0.2)	0	2.7 (1.8)
- ผู้ให้บริการบำบัดทางเลือกอื่นๆ ⁴⁾	7.7 (3.6)	17.3 (3.5)	5.3 (2.5)	5.8 (4.0)	15.6 (6.8)
ไม่ได้รับบริการใดๆ (not access any services)	84.1 (6.1)	79.9 (3.4)	93.4 (2.6)	75.5 (13.0)	80.4 (6.0)
					88.5 (2.0)

¹⁾บุคลากรสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักให้คำปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์

²⁾บุคลากรสุขภาพทั่วไป ได้แก่ แพทย์ทั่วไป แพทย์ประจำครอบครัว แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น พยาบาล ฯลฯ

³⁾ผู้เชี่ยวชาญนอกกระบบสุขภาพ ได้แก่ ผู้นำศาสนา พระ บาทหลวง หมอแผนโบราณ หมอผี ฯลฯ

⁴⁾ผู้ให้บริการบำบัดทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ ผู้บำบัดด้วยโภชนาการ การฝังเข็ม สมุนไพร ธรรมชาติ จัดกระดูก โยคะ นักร้อง รำวง ฯลฯ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบผลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ และครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. ๒๕๕๖

การสำรวจระบาดวิทยา สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ	ความชุกปัจจุบัน ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. ๒๕๕๑		ความชุก 12 เดือนที่ผ่านมา ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. ๒๕๕๖	
	ร้อยละ (SE)	ประมาณการ	ร้อยละ (SE)	ประมาณการ
		คน		คน
affective disorders	2.8 (0.2)	1,358,753	0.7 (0.2)	347,319
major depressive episode	2.2 (0.2)	1,081,076	0.6 (0.2)	333,078
dysthymia	0.3 (0.1)	150,530	0.1 (0.0)	53,953
manic/ hypomanic episode	0.4 (0.0)	198,293	0.02 (0.0)	11,564
anxiety disorders	1.9 (0.2)	902,920	1.6 (0.3)	824,459
generalized anxiety disorder	0.9 (0.2)	447,567	0.1 (0.0)	53,111
panic disorder	0.3 (0.1)	150,579	0.4 (0.1)	211,445
agoraphobia	0.6 (0.1)	273,104	1.2 (0.3)	631,462
post-traumatic stress disorder	0.3 (0.1)	149,054	0.3 (0.1)	169,551
psychotic disorders	0.5 (0.1)	246,831	NA	NA
impulse control disorders	NA	NA	1.3 (0.2)	672,822
intermittent explosive disorder	NA	NA	1.1 (0.2)	573,905
pathological gambling	NA	NA	0.3 (0.0)	143,065
any mental disorders (MD)	4.2 (0.3)	2,019,331	3.2 (0.4)	1,676,611
any substance use disorders (SUD)	NA	NA	10.9 (1.3)	5,619,178
alcohol use disorders (AUD)	10.9 (0.4)	5,272,572	5.3 (0.9)	2,749,024
alcohol abuse	4.2 (0.2)	2,060,125	3.5 (0.6)	1,831,234
alcohol dependence	6.6 (0.3)	3,212,447	1.8 (0.5)	917,790
drug use disorders (DUD)	NA	NA	0.6 (0.1)	301,220
drug abuse	NA	NA	0.3 (0.1)	155,413
drug dependence	NA	NA	0.3 (0.0)	145,807
others: nicotine dependence	NA	NA	6.2 (0.6)	3,201,702
any MD or SUD	14.3 (0.5)	6,655,570	13.4 (1.4)	6,934,781
suicidal experiences	7.3 (0.4)	3,545,695	0.7 (0.1)	336,793
high risk	0.7 (0.2)	–	NA	NA
moderate risk	0.6 (0.1)	–	NA	NA
low risk	6.0 (0.4)	–	NA	NA

NA: not available (ไม่มีข้อมูล)

ผลการสำรวจปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ที่แตกต่างจากปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ไปมาก คือความชุกของ major depressive disorders (จากร้อยละ 2.2 เป็นร้อยละ 0.6), dysthymia (จากร้อยละ 0.3 เป็นร้อยละ 0.1), manic/hypomanic episode (จากร้อยละ 0.4 เป็นร้อยละ 0.02) และ generalized anxiety disorder (จากร้อยละ 0.9 เป็นร้อยละ 0.1) ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าเกณฑ์วินิจฉัยตาม algorithm ของ WMH-CIDI นั้นมีคำถามประเมินความบกพร่องความสามารถ 4 ด้านของแต่ละชุดวินิจฉัยโรค (internal impairment questions) ที่ปรับมาจาก Sheehan Disability Scale⁵ โดยมีเกณฑ์วินิจฉัยโรคดังกล่าวต้องอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ในขณะที่ M.I.N.I. ไม่ให้ความสำคัญกับการประเมินความบกพร่องความสามารถของบุคคล

ส่วน panic disorder และ agoraphobia พบความชุกจากการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าครั้งก่อน โดยเฉพาะ agoraphobia สูงกว่าเดิมถึงสองเท่า ทั้งนี้เนื่องจาก M.I.N.I. มีคำถามคัดกรองในชุด panic disorder ถามว่า “คุณเคยรู้สึกหวาดผวาทรงใจกลัวขึ้นมาแบบทันทีทันใดบ่อยมากกว่าหนึ่งครั้ง ในสถานการณ์ที่คนอื่น ๆ อาจไม่รู้สึกแบบนั้นหรือไม่ อาการดังกล่าวเป็นรุนแรงที่สุดภายใน 10 นาทีหรือไม่” หรือคำถามคัดกรองในชุด agoraphobia ถามว่า “ในช่วงนี้คุณยังรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่สบายใจต่อสถานที่หรือสถานการณ์ที่คุณอาจเกิดอาการหวาดผวาทรงใจกลัว หรืออาการตามที่เราได้คุยกันไปแล้วหรือไม่ หรือคุณรู้สึกวิตกกังวลหรือไม่สบายใจต่อสถานที่หรือสถานการณ์ที่อาจไม่มีใครช่วยหรือคุณหนีออกมาได้ยากหรือไม่” หากตอบปฏิเสธจะถือว่าไม่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย ดังนั้นหากผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถามชัดเจน หรือมีแนวโน้มที่จะตอบปฏิเสธจะข้าม

ชุดวินิจฉัยนี้ไปและไม่สามารถวินิจฉัยกลุ่มโรคนี้ได้ ในขณะที่ WMH-CIDI แม้จะมีชุดคัดกรองเช่นกัน แต่มีคำถามหลายข้อที่แจ้งรายละเอียดอาการได้ชัดเจนกว่า ตัวอย่างเช่นในชุด panic disorder มีคำถามคัดกรองสองข้อ คือ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณเคยมีครั้งใดไหม ที่คุณเกิดอาการกลัว หรือตื่นตระหนก (แพนิค) ขึ้นมาแบบทันทีทันใด โดยในขณะที่เป็นนั้นคุณรู้สึกกลัวมาก วิตกกังวล หรืออึดอัด ไม่สบายมาก” และ “คุณเคยมีครั้งใดไหม ที่เกิดอาการขึ้นมาแบบทันทีทันใดที่คุณรู้สึกอึดอัด ไม่สบายมาก หรือคุณรู้สึกหายใจไม่อิ่ม เวียนหัว คลื่นไส้ หรือหัวใจเต้นแรง หรือคุณคิดว่า คุณอาจจะควบคุมตนเองไม่ได้ อาจจะตาย หรือจะเป็นบ้า” ทำให้มีโอกาสที่จะผ่านชุดคัดกรองเข้ามาถึงคำถามตามชุดวินิจฉัยโรคได้มากขึ้น

ส่วนความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมจากดื่มสุราก็จากการสำรวจครั้งนี้ต่ำกว่าครั้งก่อนแม้จะอยู่ในกรอบเวลา 12 เดือนเช่นเดียวกัน แต่ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับพีระมิดของพฤติกรรมการดื่ม (drinkers' pyramid)¹¹ กล่าวคือพบ alcohol abuse (ร้อยละ 3.5) มากกว่า alcohol dependence (ร้อยละ 1.8) ในขณะที่การสำรวจก่อนหน้านี้พบ alcohol dependence มากกว่า alcohol abuse (ร้อยละ 6.6 และร้อยละ 4.2 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของเครื่องมือวินิจฉัยโรค M.I.N.I. ที่เป็นคำถามตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV ที่ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” แม้ผู้สัมภาษณ์จะทำการตัดสินใจทางคลินิกร่วมด้วย แต่ด้วยการตอบคำถามว่า “ใช่” เพียงหนึ่งข้อเทียบกับเกณฑ์วินิจฉัยหนึ่งข้อทำให้มีโอกาสผิดพลาดเกิดการวินิจฉัยโรคที่มากเกินไปจริงได้ ในขณะที่เครื่องมือวินิจฉัยโรค WMH-CIDI มีข้อ

คำถามหลายข้อที่ละเอียดมากกว่าและมีคำถามตรวจสอบคำตอบที่ผ่านมา ทำให้เกณฑ์วินิจฉัยแต่ละข้อแม่นยำมากขึ้น นอกจากนั้นเมื่อเทียบกับรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี พ.ศ.๒๕๕๘¹² ที่วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุบุนทรีย์และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.๒๕๕๗ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สุ่มสัมภาษณ์คนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปด้วยคำถามประสบการณ์การดื่ม และดื่มหนัก (มากกว่า 5 ดื่มมาตรฐานต่อครั้ง) ที่แม้เป็นเพียงคำถามเชิงปริมาณการดื่ม ไม่ระบุถึงวินิจัยโรค แต่พอจะอนุมานได้ว่าผู้ที่ดื่มหนักเป็นประจำมีโอกาสจะติด (dependence) ได้สูง และผู้ดื่มเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวันมีโอกาสดื่มแบบอันตราย (abuse) ได้ ผลการสำรวจพบผู้ที่ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 31.5 ในจำนวนนี้เป็นผู้ดื่มหนักอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ร้อยละ 6.6 ของผู้ดื่ม (หรือคิดเป็นร้อยละ 2.1 ของประชากร) ซึ่งสูงกว่าความชุกผู้ติดสุราจากการสำรวจครั้งนี้เล็กน้อย (ร้อยละ 1.8) ในขณะที่ผู้ดื่มเป็นประจำทุกวันและเกือบทุกวัน พบร้อยละ 18.3 ของผู้ดื่ม (หรือร้อยละ 5.8 ของประชากร) ใกล้เคียงกับความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราของการสำรวจครั้งนี้ (ร้อยละ 5.3)

ประสบการณ์ฆ่าตัวตายจากการสำรวจครั้งก่อนด้วย M.I.N.I. เป็นการให้คะแนนความเสี่ยงตามข้อคำถามพฤติกรรมและความคิดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือน และตลอดชีวิตที่ผ่านมา หากมีเพียง 1 คะแนนก็ถือว่ามีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ทำให้ความชุกของความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 7.3 (3.5 ล้านคน) แต่หากนับเฉพาะผู้มีคะแนนตั้งแต่ 17 ขึ้นไปก็จัดว่ามีความเสี่ยงสูงพบ

เพียงร้อยละ 0.7 (3.4 แสนคน) ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกของประสบการณ์ฆ่าตัวตายในการสำรวจครั้งนี้ ทั้งนี้วิธีการสัมภาษณ์ ด้วย WHM-CIDI จะคำนึงถึงความประมาทของคำถาม จึงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อ่านข้อความและแทนคำสัมภาษณ์ด้วย ประสบการณ์ ก แทน “คิดจะฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง” ประสบการณ์ ข แทน “วางแผนที่จะฆ่าตัวตาย” และประสบการณ์ ค แทน “เคยพยายามฆ่าตัวตาย” และเน้นย้ำประสบการณ์ดังกล่าวอย่างจริงจังในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

การเปรียบเทียบกับผลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตทั่วโลก

การเปรียบเทียบข้อมูลความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชของไทยกับนานาชาติที่ใช้เครื่องมือ WMH-CIDI และระเบียบวิธีวิจัยตาม WMHS¹³⁻²¹ มีข้อควรระวังคือ จำนวนชุดเครื่องมือเพื่อการวินิจฉัยของแต่ละการสำรวจไม่เท่ากันทั้งหมด ทำให้ข้อมูลภาพความชุกรวมโรคจิตเวชใดๆ ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยตรง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความชุกรายโรค (ตารางที่ 7) พบความชุกของกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และกลุ่มโรควิตกกังวลของประเทศไทยต่ำกว่าประเทศตะวันตกมาก สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมา²²⁻²⁵ และในกลุ่มประเทศเอเชียเองประเทศไทยพบความชุกน้อยที่สุด (ยกเว้น agoraphobia) ภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันระหว่างเชื้อชาติพบได้จากหลายการศึกษา โดยเชื้อสายเอเชียมีแนวโน้มที่จะแสดงด้วยอาการทางกายเด่น เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นการสะท้อนความเจ็บป่วยทั้งกายและใจ ในขณะที่เชื้อสายตะวันตกมีอาการ

ซึมเศร้า เสียใจเป็นอาการเด่น เนื่องจากให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกผิด บั๊จเจกนิยมการตัดสินใจ และการควบคุมตัวเอง โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดด้านความแตกต่างทางเชื้อชาติวัฒนธรรม (ethnocultural variation)²⁶ ส่วนการแสดงออกถึงอาการวิตกกังวลนั้น พบว่าปัจจัยความแตกต่างของเชื้อชาติมาจากสองปัจจัยหลักคือ ปัจจัยเชื้อชาติต่อสรีรวิทยาและจิตใจ (ethnopsychology and ethnophysiology factors) ที่เชื้อชาติวัฒนธรรมมีผลต่อความเชื่อและการแปลความความล้มพันธุระหว่างร่างกายและจิตใจ และปัจจัยเชิงบริบท (contextual factors) ที่ธรรมเนียมปฏิบัติ กฎระเบียบทางสังคมมีผลต่อภาวะวิตกกังวล นอกจากนั้นสภาวะสังคมสิ่งแวดล้อม อาชีพ ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้อาการเด่นชัดขึ้น หรือมีผลต่อการแสดงออกถึงการสูญเสียความสามารถในการทำงานอีกด้วย²⁷

ในทางกลับกันเมื่อเปรียบเทียบกับทุกประเทศ ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราของคนไทยพบสูงสุด ทั้ง alcohol abuse (ร้อยละ 3.5) และ alcohol dependence (ร้อยละ 1.8) ทั้งที่ผลการสำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป

มีผู้ดื่มปัจจุบัน (current drinkers) เพียงร้อยละ 31.5¹² เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอเมริกา และกลุ่มประเทศแปซิฟิกตะวันตกที่มีผู้ดื่มปัจจุบันสูงถึงร้อยละ 61.5 และ 45.8 ตามลำดับ²⁸ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทย แม้จะมีผู้ดื่มน้อยกว่าในประเทศแปซิฟิกตะวันตก แต่หากดื่มจะมีพฤติกรรมการดื่มจนมีปัญหาเข้าเกณฑ์ความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่ม (alcohol use disorders) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นธรรมชาติและบริบทการดื่มที่ต่างกัน ดังนั้นควรระมัดระวังในการนำนโยบายมาปรับใช้ เนื่องจากในประเทศตะวันตกที่นโยบายเน้นการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ หรือดื่มอย่างปลอดภัยสำหรับผู้ดื่มส่วนใหญ่ นั้น หากนำมาใช้ในประเทศไทยจะยิ่งเป็นการสนับสนุนผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มน้อยซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศให้ดื่มได้มากขึ้น²⁹

ส่วนความชุกของโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น intermittent explosive disorder และ nicotine dependence ยังมีการศึกษาระหว่างประเทศค่อนข้างน้อย ในขณะเดียวกันหลายการศึกษามีการสำรวจ obsessive compulsive disorder, social phobia และกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมกิน (eating disorders) ที่พบว่ามีปัญหาสำคัญเช่นกัน ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาศึกษาเพิ่มเติมในการสำรวจฯ ครั้งต่อไป

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบข้อมูลความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคจิตเวชจากผลการสำรวจระดับมหาวิทยาลัยทางจิตเวชทั่วโลกด้วยเครื่องมือ CID15-23

ปีสำรวจ	ไทย	เกาหลีใต้	อิหร่าน	สิงคโปร์	ออสเตรเลีย	นิวซีแลนด์	ญี่ปุ่น	ไนจีเรีย	สหรัฐอเมริกา	จีน
ผู้พิมพ์	2013	2011	2011	2009-2010	2007	2003-2004	2002-2003	2001-2003	2002-2003	2001-2002
ผู้พิมพ์, ปีที่ตีพิมพ์	Klittrattanapab oon P, et al., 2016	Cho MJ, et al., 2015 ¹³	Shariff V., et al., 2015 ¹⁴	Chong SA., et al., 2012 ¹⁵	Slade T., et al., 2009 ¹⁶	Oakley Browne MA et al., 2006 ¹⁷	Kawakami N, et al., 2005 ¹⁸	Gureje O, et al., 2006 ¹⁹	RC Kessler, et al., 2005 ²⁰	Shen YC, et al., 2006 ²¹
อัตราการตอบรับ (ร้อยละ)	74.3	78.7	86.2	75.9	60	73.3	56.4	79.9	70.9	74.8/74.6
อายุ (ปี)	18+	18-74	15-64	>18	16-85	>16	>20	>18	>18	18-70
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	4727	6022	7886	6616	8841	12992	2436	4984	9282	5201
หน่วยความชุก	% (SE)	% (SE)	% (95%CI)	% (SE)	% (95%CI)	% (95%CI)	% (SE)	% (SE)	% (SE)	% (SE)
major depressive episode	0.6 (0.2)	3.1 (0.4)	12.7 (11.8-13.7)	2.2 (0.2)	4.1 (3.5-4.6)	5.7 (5.2-6.2)	2.9 (2.1-3.7)	1.0 (0.1)	6.7 (0.3)	2.0 (0.3)
dysthymia	0.1 (0.0)	0.4 (0.2)	1.3 (1.0-1.5)	0.3 (0.1)	1.3 (1.0-1.6)	1.1 (0.9-1.4)	0.7 (0.3-1.1)	0.1 (0.0)	1.5 (0.1)	0.1 (0.1)
manic episode	0.02 (0.0)	0.2 (0.1)	1.0 (0.7-1.2)	0.6 (0.1)	1.8 (1.4-2.2)	2.2 (1.9-2.5)	0.1 (0.0-0.3)	0.0	2.6 (0.2)	0.1 (0.1)
generalized anxiety disorder	0.1 (0.0)	1.0 (0.3)	5.2 (4.6-5.8)	0.4 (0.1)	2.7 (2.2-3.3)	2.0 (1.7-2.3)	1.2 (0.6-1.8)	0.0	3.1 (0.2)	0.8 (0.3)
panic disorder	0.4 (0.1)	0.2 (0.1)	1.9 (1.6-2.3)	-	2.6 (2.1-3.0)	1.7 (1.4-1.9)	0.5 (0.0-1.1)	0.1 (0.0)	2.7 (0.2)	0.2 (0.1)
agoraphobia	1.2 (0.3)	0.3 (0.1)	1.5 (1.1-1.8)	-	2.8 (2.4-3.3)	0.6 (0.5-0.8)	0.3 (0.1-0.5)	0.2 (0.1)	0.8 (0.1)	0.0
post-traumatic stress disorder	0.3 (0.1)	0.6 (0.2)	2.1 (1.7-2.4)	-	6.4 (5.8-7.1)	3.0 (2.6-3.4)	0.4 (0.0-0.8)	0.0	3.5 (0.3)	0.2 (0.1)
alcohol abuse	3.5 (0.6)	2.1 (0.4)	0.3 (0.1-0.5)	0.5 (0.1)	2.9 (2.5-3.4)	2.6 (2.3-3.0)	1.6 (0.2-3.0)	0.5 (0.2)	3.1 (0.3)	1.6 (0.4)
alcohol dependence	1.8 (0.5)	2.2 (0.4)	0.6 (0.4-0.9)	0.3 (0.1)	1.4 (1.1-1.8)	1.3 (1.1-1.5)	0.4 (0.0-0.8)	0.1 (0.0)	1.3 (0.2)	0.6 (0.1)
drug abuse	0.3 (0.1)	-	0.5 (0.3-0.7)	-	0.9 (0.6-1.1)	1.2 (0.9-1.4)	0.1 (0.0-0.3)	0.2 (0.1)	1.4 (0.1)	0.1 (0.0)
drug dependence	0.3 (0.0)	-	1.8 (1.5-2.2)	-	0.6 (0.4-0.9)	0.7 (0.5-0.9)	0.1 (0.0-0.3)	0.0	0.4 (0.1)	0.0 (0.0)
nicotine dependence	6.2 (0.6)	3.1 (0.4)	-	-	-	-	-	-	-	-
intermittent explosive disorders	1.1 (0.2)	-	-	-	-	-	1.0 (0.4-1.6)	-	2.6 (0.2)	1.7 (0.4)
any mental disorders	13.4 (1.4)	16.0 (0.9)	23.6 (22.4-24.8)	4.4 (0.3)	20.0 (18.9-21.0)	20.7 (19.5-21.9)	8.8 (6.4-11.2)	5.8 (0.7)	26.2 (0.8)	7.0 (0.9)

การรับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิต

การสำรวจครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่มีข้อมูลการเข้ารับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตจากชุมชนที่เป็นตัวแทนของประเทศ เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่สำรวจเฉพาะ 5 พื้นที่เป้าหมายดำเนินการเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า³⁰ พบอัตราการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตใดๆ (รวมโรคจิต) ผู้มีความผิดปกติทางอารมณ์ และความผิดปกติของพฤติกรรมซึมเศร้าร้อยละ 12.9, 18.4 และ 3.2 ตามลำดับ ทั้งนี้การสำรวจดังกล่าวเลือกศึกษาพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านบุคลากรและมีประสิทธิภาพการดำเนินงาน และมีการทบทวนแฟ้มประวัติการรักษาพยาบาลในพื้นที่ โดยเฉพาะการนับรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคจิตที่สูงถึงร้อยละ 48.3 ร่วมด้วย จึงทำให้ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงกว่าการสำรวจครั้งนี้ที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตจากบริการสุขภาพเพียงร้อยละ 3.7 นอกจากนี้ข้อคำถามจาก WHM-CIDI ยังเป็นการถามตามการรับรู้ของผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า “คุณเคยพบผู้ให้การรักษาใด ตามรายชื่อต่อไปนี้ เพื่อช่วยในปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด ปัญหาทางอารมณ์ (หรือปัญหาการใช้สารเสพติด หรือสุรา) ของคุณ หรือไม่” ซึ่งหากผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ตระหนักถึงปัญหาของตน หรือไม่คิดว่าต้องการได้รับความช่วยเหลือ มีแนวโน้มที่จะตอบปฏิเสธทั้งที่อาจได้รับบริการสุขภาพแล้วก็ตาม

ส่วนการได้รับบริการโดยบุคลากรสุขภาพของผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่แม้จะรวมทั้ง major depressive episode, dysthymia และ mania/hypomania episode พบเพียงร้อยละ 8.3 เมื่อเทียบกับฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการที่มีอยู่ในระบบสาธารณสุข

ในการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ ๒๕๕๕³¹ พบการเข้าถึงบริการสูงถึงร้อยละ 29.32 ข้อมูลที่ต่างไปมากอาจอธิบายได้จากความไวของเครื่องมือสำรวจกับการตรวจพบโดยวิธีการคัดกรองและวินิจฉัยของระบบบริการอาจมีความเข้มข้นมากกว่า รวมทั้งผู้ตอบสัมภาษณ์ให้ความใส่ใจในการซักถามระหว่างการเข้ารับบริการด้วยปัญหาสุขภาพมากกว่าการสัมภาษณ์ที่บ้าน อีกทั้งฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังเป็นข้อมูลจำนวนสะสม ไม่จำกัดเฉพาะการเข้าถึงบริการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ผู้มีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดได้รับบริการสุขภาพมากที่สุดถึงร้อยละ 23.6 น่าจะเป็นผลจากนโยบายยาเสพติดตามแผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๕๕³² ที่มีเป้าหมายลดจำนวนผู้เสพติดทั่วประเทศ โดยการนำเข้าบำบัดรักษาโดยระบบบำบัดสมัครใจ การเปลี่ยนผู้เสพติดเป็นผู้ป่วย ทำให้มีการเข้าถึงบริการสูงกว่าปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ

แม้บริการทางการแพทย์จะพัฒนาก้าวหน้าไปมาก แต่เห็นได้ว่าผู้มีปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 9.4 ที่เข้ารับบริการจากผู้เชี่ยวชาญอื่นนอกเหนือจากสุขภาพ ได้แก่ ผู้นำศาสนา พระ บาทหลวง หมอแผนโบราณ หมอผี ฯลฯ หรือผู้ให้การบำบัดทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ ผู้บำบัดด้วยโภชนาการ การฝังเข็ม สมุนไพร ธรรมชาติ จัดกระดูก โยคะ นั่งสมาธิ รำทรง ฯลฯ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีโรคจิตกึ่งวล และกลุ่มมีประสบการณ์ฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 17.3 และร้อยละ 15.6) แสดงให้เห็นถึงเครือข่ายผู้ให้การช่วยเหลือปัญหาสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชนตามความเชื่อ และภูมิปัญญาชาวบ้าน ซึ่งเป็นทุนทางสังคมตามบริบทสังคมไทย ที่หากมาร่วมพัฒนาเต็ม

ความรู้ด้านสุขภาพจิต จะสามารถให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม ลดอันตรายและสามารถบูรณาการการรักษาต่อไป อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมแล้วช่องว่างการเข้าถึงบริการของปัญหาสุขภาพจิตยังสูงมาก สะท้อนให้เห็นถึงผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตถือเป็นงานสำคัญหนึ่งที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน

ข้อจำกัด

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือแบบสัมภาษณ์ที่ค่อนข้างยาวและใช้เวลาานาน อาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามเกิดความอ่อนล้า รวมทั้งบางข้อถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกลับไปหลายปีจึงมีโอกาสตอบคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้การสำรวจครั้งนี้เป็นการสำรวจประชากรในครัวเรือน ทำให้ประชากรบางกลุ่ม เช่น คนเร่ร่อน ผู้อาศัยในเรือนจำ โรงพยาบาล บ้านพักคนชรา ทหาร ฯลฯ ซึ่งมีความชุกของโรคจิตเวชสูงไม่ถูกรวมในกลุ่มตัวอย่างนี้ด้วย อีกทั้งการศึกษานี้ไม่รวมสามจังหวัดชายแดนใต้ที่มีความเสี่ยงภัยที่ได้ทำการศึกษาแยกต่างหากโดยบุคคลในพื้นที่ และสุดท้ายแม้ว่าอัตราการตอบรับเข้าร่วมการสำรวจจะค่อนข้างสูง แต่ควรคำนึงว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพจิตมักมีแนวโน้มปฏิเสธการเข้าร่วมการสัมภาษณ์ได้มากกว่าประชากรทั่วไป

สรุป

ผลการสำรวจระดับชาติของปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติในครั้งนี้ พบว่าปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราที่พบสูงมากกว่าประเทศ

อื่นๆ อีกทั้งอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังต่ำ จึงควรจะมีการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาบริการสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วนทั้งในระดับภาคและระดับประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนหลักจากกรมสุขภาพจิตและงบประมาณบางส่วนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

References

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Lond Engl* 2013;382:1575-86.
2. Burden of Disease Thailand. Report of the burden of disease and injuries of Thai population 2011. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2014.
3. Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamarik P, Arunpongpaian S, et al. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. (Report). Department of Mental Health; 2010.
4. Suraaronsamrit B, Panyayong B. The development of mental health and psychiatric service in health areas. *J Ment Health Thai* 2014;22:142-56.
5. Kessler RC, Ustün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
6. Kessler RC, Haro JM, Heeringa SG, Pennell B-E, UstünTB. The World Health Organization (WHO) World Mental Health Survey Initiative. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2006;15:161-6.

7. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ustün TB. The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatr (Stuttg)* 2009;6:5-9.
8. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure. *J Ment Health Thai* 2016;24:1-14.
9. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl20:22-33.
10. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. *J Ment Health Thai* 2005;13:125-36.
11. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
12. Witworaphong N, Sookrung K. (eds). Report of alcohol consumption situations in Thailand 2015. Bangkok: Center for Alcohol Studies; 2016.
13. Cho MJ, Seong SJ, Park JE, Chung IW, Lee YM, Bae A, et al. Prevalence and correlates of DSM-IV mental disorders in South Korean adults: the Korean Epidemiologic Catchment Area study 2011. *Psychiatry Investig* 2015;12:164-70.
14. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Arch Iran Med. Arch Iran Med* 2015;18:76-84.
15. Chong SA, Abdin E, Vaingankar JA, Heng D, Sherbourne C, Yap M, et al. Population-based survey of mental disorders in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2012;41:49-66.
16. Slade T, Johnston A, Oakley Browne MA, Andrews G, Whiteford H. 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:594-605.
17. Oakley Browne MA, Wells JE, Scott KM (eds). Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. Wellington: Ministry of Health; 2006.
18. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:441-52.
19. Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry* 2006;188:465-71.
20. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, EE W. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatr* 2005;62:617-27.
21. Shen YC, Zhang MY, Huang YQ, et al. Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychol Med* 2006;36:257-67.
22. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011;9:90.
23. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
24. Kessler RC, McGonagh KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
25. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276:293-9.

26. Kalibatseva Z, Leong FTL. Depression among Asian Americans: review and recommendations. *Depression Research and Treatment* 2011;2011:1-9. doi:10.1155/2011/320902
27. Hofmann SG, Hinton DE. Cross-cultural aspects of anxiety disorders. *Current psychiatry reports*. 2014;16:450. doi:10.1007/s11920-014-0450-3.
28. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva. Available from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1.
29. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care. 2nded. Geneva: World Health Organization; 2001.
30. Prukkanone B, Sirisamutr T, Douthipsirikul S, Sood-sriwilai K, Puangladda S. The epidemiology survey on mental health in comprehensive intervention program for mental disorders in priority areas under the universal health coverage scheme. Nonthaburi: Department of Mental Health and Health Intervention and Technology Assessment Program; 2013.
31. Thai Depression Center, Prasimahabodi Hospital. Service accessibility for depressive Thai patients during fiscal year 2010-2015. Retrieved from http://110.164.197.220/depress_repor/re_58/report_ahb53-58.pdf [29 September 2016]
32. Narcotics Command Center for Drug Elimination. Instruction 1/2555 regarding the national strategic plan for drug elimination 2012. 22 September 2012.