

ระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยในพื้นที่ชายแดนใต้ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙

Thai mental health epidemiological study in deep south provinces in 2016

ณัฐกร จำปาทอง, พ.บ.¹, นพพร ตันติรังสี, พ.บ.², วรวรรณ จูทา กศ.ม.³
Nattakorn Jampathong, M.D.¹, Nopporn Tantirangsee, M.D.², Worawan Chutha, M.Ed.³

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์¹, โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์², สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต³
Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital¹, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital²,
Bureau of Mental Health Service Administration Department of Mental Health³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต และการเข้ารับบริการทางจิตเวชในพื้นที่ชายแดนใต้

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และจังหวัดสงขลา 4 อำเภอ ได้แก่ จะนะ นาหวี สะบ้าย้อย และเทพา สุ่มตัวอย่างแบบขั้น เครื่องมือ คือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ประมาณสัดส่วนโดยการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก (weighted proportion estimates) ประมาณการค่าความชุกเป็นร้อยละ และ standard error (SE)

ผล กลุ่มตัวอย่าง 1,716 คน คิดเป็นอัตราการตอบรับร้อยละ 88.5 เป็นเพศชายร้อยละ 48.6 อายุเฉลี่ย 46.4 ปี (SD=16.8) นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 78.8 พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิตใดๆ เท่ากับร้อยละ 9.6 พบสูงที่สุดในกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดใดๆ ร้อยละ 7.1 โดยผู้ที่มีภาวะติดบุหรี่สูงสุดที่ร้อยละ 5.2 ในขณะที่ความชุกของโรคจิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือน เท่ากับร้อยละ 3.4 การเข้ารับบริการสำหรับผู้ที่มีโรคจิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 18.7 โดยมีการใช้บริการบำบัดทางเลือกร่วมด้วยร้อยละ 18.1 และเข้ารับบริการกับบุคลากรในระบบสุขภาพร้อยละ 8.3

สรุป ความชุกของโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าการศึกษาระดับชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ทั้งความชุกชั่วชีวิตและความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา การเข้ารับบริการในระบบสุขภาพน้อย จำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการต่างๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพให้มากขึ้น

คำสำคัญ: เข้าถึงบริการ ความชุก ชายแดนใต้ โรคจิตเวช สุขภาพจิต

ติดต่อผู้พิมพ์ e-mail: n_jampathong@hotmail.com

Abstract

Objectives To present the prevalence of mental health disorders and mental health problem, and the access to mental health service in the deep south area of Thailand.

Materials and methods The samples were Thai population aged 18 and above in Pattani, Yala, Narathiwat and four districts in Songkhla province including Jana, Nathawee, Saba Yoi and Thepha using a stratified probability sampling. The data was collected using World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) between March and July 2016. The prevalence was estimated by weight proportion and presented with standard errors.

Results The sample size was 1,716 (response rate 88.5%), 48.6% were male, the mean age was 46.4 years (SD=16.8), and 78.8% were Muslim. About 9.6% had at least one lifetime mental disorders or mental health problem. The highest lifetime prevalence was found in substance use disorders category (7.1%), while nicotine dependence was the most common disorder (5.2%). Twelve-month prevalence of any disorder or mental health problem was 3.4%. Some 18.7% of respondents with mental disorders or mental health problem in the past 12 months seek help. Only 8.3% consulted health professional, while 18.1% also used alternative treatments.

Conclusion Both lifetime and 12-month prevalence of any mental disorders or mental health problem in the deep south area was lower than national survey in 2013. The unmet need for treatment of mental disorders in health system was high. Interventions for improve the accessibility to the health service is necessary.

Key words: deep south area, mental disorder, mental health, prevalence, service access
corresponding author e-mail: n_jumpathong@hotmail.com

บทนำ

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการสำรวจระดับชาติของจิตเวชของประเทศไทยระดับชาติทุก 5 ปี โดยทำการสำรวจ 3 ครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๔๑¹ พ.ศ. ๒๕๔๖² และ พ.ศ. ๒๕๕๑³ ส่วนครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. ๒๕๕๖^{4,5} นั้น ถือเป็นครั้งแรกที่มีการใช้เครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)⁶ ตามความร่วมมือกับโครงการ World Mental Health Survey (WMS) Initiative^{7,8} เพื่อสามารถเปรียบเทียบข้อมูลกับประเทศต่างๆ กว่า 28 ประเทศที่เข้าร่วมโครงการนี้ได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของโรคจิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิตใดๆ ร้อยละ 32.3 โดยพบความชุกของโรคจิตเวชของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุดที่ร้อยละ 18.0⁵

ในช่วง 13 ปีที่ผ่านมาพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส) และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา (จะนะ นาหวี สะบ้าย้อย และเทพา) มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างมาก จากฐานข้อมูล Deep South Incident Database (DSID)⁹ พบว่าตั้งแต่วันที่ ๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๗ จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ มีจำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นทั้งสิ้น 15,896 ครั้ง มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 12,375 คน เสียชีวิต 6,745 คน ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติของจิตเวชของประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่าผู้ประสบภัยพิบัติจากน้ำมือมนุษย์ จะมีโอกาสเกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ได้สูงกว่าผู้ที่ประสบภัยพิบัติ

จากธรรมชาติ 4 เท่า (ร้อยละ 13.8 เทียบกับร้อยละ 3.5)¹⁰ และด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัย การสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตระดับชาติสองครั้งหลังสุดไม่ได้รวมพื้นที่ความไม่สงบในการสำรวจด้วย ที่ผ่านมามีเพียงการสำรวจในประชาชนเฉพาะกลุ่ม เช่น การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของครูจำนวน 685 คน จาก 60 โรงเรียนในเขตพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้¹¹ โดยใช้เครื่องมือดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ (Thai mental health indicator: TMHI-54) พบว่า ครูส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair) ที่ร้อยละ 43.3 ในขณะที่การสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในต่างประเทศที่ประสบปัญหาความไม่สงบเช่นประเทศอิรัก ที่ใช้เครื่องมือ WMH-CIDI ในการสำรวจพบความชุกในช่วง 12 เดือนของโรค PTSD ร้อยละ 1.1¹² ดังนั้น ในช่วง 13 ปีที่ผ่านมา จึงยังไม่มีการศึกษาใด ที่ทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานสากลมาก่อน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานความชุกของชีวิตและความชุกในช่วง 12 เดือนของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา รวมถึงอัตราการรับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิต ทั้งในด้านการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมไปถึงการวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาภาคตัดขวางในประชาชน (population based cross-sectional survey) สัมภาษณ์แบบต่อหน้า (face-to-face interview) สุ่มครัวเรือนกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือนในจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และจังหวัดสงขลา 4 อำเภอ ได้แก่ จะนะ นาหวี สะบ้าย้อย และเทพา โดยไม่นับรวมผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนคนงาน และครัวเรือนสถาบัน เช่น ค่ายทหาร เรือนจำ โรงเรียนประจำ สถานศึกษา หรือหอพัก สื่อสารได้ และยินยอมให้สัมภาษณ์ เก็บข้อมูลโดยเครือข่ายบัณฑิตอาสาสมัครวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่นับถือศาสนาอิสลาม สามารถใช้ภาษาท้องถิ่น (ภาษายาวี) ได้ดีไม่ต่างจากภาษาไทย และผ่านการฝึกอบรมวิธีการสัมภาษณ์เป็นภาษาไทยและภาษายาวีรวมถึงการใช้เครื่องมือมาเป็นอย่างดี เป็นระยะเวลา 5 วัน โดยทีมนักวิจัยซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) มาแล้ว โดยผู้สัมภาษณ์สามารถให้คำอธิบายหรือขยายความข้อคำถามในกรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่เข้าใจได้ตามนิยามที่เครื่องมือได้ให้ไว้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ โครงการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่เอกสาร 23/2558 ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยในพื้นที่ภาคใต้ จากข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๕๖⁵ เท่ากับ

ร้อยละ 7.6 กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 ค่า design effect เท่ากับ 1.5 และขนาดของความผิดพลาดที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.015 (ร้อยละ 20 ของค่าความชุกในปี พ.ศ. ๒๕๕๖) ได้จำนวนตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งสิ้น 1,751 คน กำหนดค่าชดเชยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่ากับร้อยละ 15 รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 2,000 คน

การสุ่มประชากรตัวอย่างในครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการ โดยกำหนดให้ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่ง 3 ชั้นภูมิ (stratified three-stage cluster sampling) ซึ่งเป็นแผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ความน่าจะเป็น (probability sampling) โดยมีจังหวัดเป็นชั้นภูมิ กำหนดให้เขตแฉ่งนบ (enumeration areas: EAs) ซึ่งได้แก่บัญชีอาณาบริเวณที่กำหนดขึ้นสำหรับการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (primary sampling units: PSUs) โดยมีกรอบตัวอย่าง (sampling frame) คือ บัญชีรายชื่อ EA ในแต่ละเขตและจังหวัดตัวอย่าง ทำการเลือก EA ตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 100 EAs หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (secondary sampling units: SSUs) ได้แก่ ครัวเรือน โดยมีกรอบตัวอย่างคือ กรอบแผนที่บ้านสำหรับบ้านที่อยู่ในเขตเทศบาลและกรอบรายชื่อครัวเรือนสำหรับบ้านที่อยู่นอกเขตเทศบาล การเลือกหน่วยตัวอย่างกระทำโดยในแต่ละ EA ตัวอย่าง ทำการเลือกครัวเรือน ตัวอย่างอย่างอิสระต่อกันจำนวน 20 ครัวเรือน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ ได้จำนวนครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 2,000 ครัวเรือน หน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม (tertiary sampling units: TSUs) ได้แก่ สมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยมีกรอบตัวอย่างคือ รายชื่อสมาชิก

ในครัวเรือนตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และนำมาจัดเรียงลำดับตามอายุจากมากไปหาน้อย โดยเริ่มเรียงจากเพศชายก่อน การเลือกหน่วยตัวอย่างกระทำโดยใช้ตาราง Kish¹³ โดยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ ได้จำนวนบุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

1 คนต่อครัวเรือน รวมทั้งสิ้นจำนวน 2,000 คน ดำเนินการสุ่มครัวเรือนและสมาชิกในครัวเรือนโดยเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายจังหวัดก่อนและหลังถ่วงน้ำหนักแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายจังหวัดก่อนและหลังถ่วงน้ำหนัก (n=1716 คน)

จังหวัด	ก่อนถ่วงน้ำหนัก จำนวน (ร้อยละ)	หลังถ่วงน้ำหนัก ร้อยละ (SE)
ปัตตานี	501 (29.2)	29.0 (2.9)
ยะลา	356 (20.7)	25.3 (3.3)
นราธิวาส	576 (33.6)	31.7 (2.6)
สงขลา	283 (16.5)	14.0 (1.9)

เครื่องมือในการสำรวจได้แก่ WMH-CIDI 3.0 ฉบับภาษาไทย⁴ เลือก 4 กลุ่มโรคและ 1 ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorders) ได้แก่ ซด depression (major depressive episode และ dysthymia) และซด mania (manic และ hypomanic episode); กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ได้แก่ ซด panic disorder, ซด agoraphobia, ซด generalized anxiety disorder (GAD) และซด post-traumatic stress disorder; กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารใดๆ (substance use disorders) ได้แก่ ซด alcohol use, ซด illegal substance use และซด nicotine; กลุ่มความผิดปกติของการควบคุมพฤติกรรมตัวเอง (impulse control disorders) ได้แก่ ซด intermittent explosive disorder และซด gambling; และปัญหาสุขภาพจิต (mental health problem) ได้แก่ ซด suicidality

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R version 3.3.2¹⁴ package survey¹⁵ ประมาณสัดส่วนโดยการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนัก (weighted proportion estimates) ประมาณการค่าความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในพื้นที่ชายแดนใต้ในช่วงชีวิต (lifetime prevalence) และความชุกในช่วง 12 เดือน (12-month prevalence) เป็นร้อยละ และ standard error (SE) เปรียบเทียบความแตกต่างของความชุกระหว่างศาสนาโดยใช้สถิติ Rao-Scott Chi-Square Test¹⁶

ผล

จากจำนวนพื้นที่ที่สุ่มได้ทั้งหมด 100 EAs ไม่สามารถเข้าพื้นที่ได้ 3 EAs เนื่องจากเหตุผลด้านความปลอดภัย ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 1,716 คน คิดเป็นอัตราการตอบรับ (response rate) ร้อยละ 88.5 เป็นเพศชายร้อยละ

48.6 อายุเฉลี่ย 46.4 ปี (SD=6.8) นับถือศาสนา
อิสลามร้อยละ 78.8 แต่งงานแล้วร้อยละ 68.9 ได้
รับการศึกษาในระดับต่ำกว่าชั้นมัธยมร้อยละ 51.3

มีงานทำร้อยละ 68.4 และรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง
0 ถึง 300,000 บาท โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ
6,000 บาท (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างหลังถ่วงน้ำหนักแยกตามจังหวัด

ข้อมูลทั่วไป	ตัวอย่าง: ร้อยละ				
	ปัตตานี (n=501)	ยะลา (n=356)	นราธิวาส (n=576)	สงขลา (n=283)	รวม (n=1716)
เพศ					
ชาย	49.8	44.6	49.6	51.3	48.6
หญิง	50.2	55.4	50.4	48.7	51.4
กลุ่มอายุ (ปี)					
18-24	18.9	15.8	18.6	13.4	17.2
25-34	22.6	13.9	21.9	21.8	20.1
35-44	14.3	22.0	22.4	19.3	19.5
45-54	15.8	19.1	19.0	19.3	18.2
55-59	9.4	9.8	4.1	5.9	7.3
≥60	19.0	19.4	14.0	20.3	17.7
ศาสนา					
พุทธ/คริสต์	24.4	18.1	5.6	55.3	21.2
อิสลาม	75.6	81.9	94.4	44.7	78.8
สถานภาพสมรส					
แต่งงาน	67.2	71.7	68.8	67.3	68.9
โสด	21.3	17.9	20.3	24.0	20.5
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หม้าย	11.5	10.4	10.9	8.7	10.6
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน/ประถม	47.5	51.1	56.9	46.8	51.3
มัธยม	30.2	33.0	28.3	37.8	31.3
อนุปริญญาขึ้นไป	22.3	15.9	14.8	15.4	17.4
อาชีพ					
ว่างงาน	12.2	7.2	8.8	11.3	9.7
มีงานทำ	71.7	61.5	69.0	72.3	68.4
อื่นๆ	16.1	31.3	22.2	16.4	21.9
รายได้/เดือน(บาท)					
≤ 5,000	49.3	50.5	48.3	38.8	47.8
> 5,000	50.7	49.5	51.7	61.2	52.2
เขตเทศบาล					
ในเขตเทศบาล	25.0	26.2	18.3	8.1	20.8
นอกเขตเทศบาล	75.0	73.8	81.7	91.9	79.2

ความชุกชั่วชีวิตสูงที่สุดคือกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดใดๆ (ร้อยละ 7.1) โดยพบความชุกของภาวะติดยาสูบ (nicotine dependence) ที่ร้อยละ 5.2 และพบความชุกของการสูบบุหรี่ ณ ปัจจุบัน (current smoker) ร้อยละ 27.3 กลุ่มโรคที่พบความชุกชั่วชีวิตรองลงมาได้แก่กลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ 1.8) โดยพบโรค panic disorder ร้อยละ

0.7 กลุ่มโรคที่พบความชุกชั่วชีวิตสูงเป็นอันดับสาม ได้แก่ impulse control disorders ร้อยละ 0.7 โดยพบโรค intermittent explosive disorder ร้อยละ 0.6 ในขณะที่กลุ่มโรคทางอารมณ์เป็นกลุ่มโรคที่พบความชุกชั่วชีวิตต่ำที่สุด (ร้อยละ 0.4) ในส่วนของปัญหาสุขภาพจิตนั้น พบค่าความชุกชั่วชีวิตของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่ร้อยละ 0.7 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) และความชุก 12 เดือน (12-month prevalence) ของโรคจิตเวช และปัญหาสุขภาพจิต

โรค/ปัญหาทางจิตเวช	ความชุกชั่วชีวิต: ร้อยละ (SE)	ประมาณการ ประชากร (คน)	ความชุก 12 เดือน: ร้อยละ (SE)	ประมาณการ ประชากร (คน)
affective disorders	0.4 (0.1)	5372	0.1 (0.1)	1854
major depressive episode	0.4 (0.1)	5034	0.1 (0.1)	1516
dysthymia	0.1 (0.0)	1243	0.1 (0.1)	1243
manic/ hypomanic episode	0.02 (0.0)	338	0.0	0
anxiety disorders	1.8 (0.4)	26240	0.9 (0.3)	12457
generalized anxiety disorder	0.5 (0.2)	6480	0.1 (0.1)	905
panic disorder	0.7 (0.2)	9356	0.4 (0.2)	6388
agoraphobia	0.4 (0.2)	5747	0.3 (0.1)	4128
post-traumatic stress disorder	0.5 (0.2)	6905	0.1 (0.1)	1790
impulse control disorders	0.7 (0.3)	10488	0.5 (0.2)	6494
intermittent explosive disorder	0.6 (0.2)	8702	0.5 (0.2)	6494
pathological gambling	0.2 (0.0)	2566	0.0	0
any mental disorders (MD)	2.6 (0.5)	36680	1.4 (0.3)	19562
substance use disorders (SUD)	7.1 (0.9)	102644	1.9 (0.4)	27691
alcohol use disorders (AUD)	1.7 (0.4)	24346	0.2 (0.1)	3526
- alcohol abuse	1.7 (0.4)	23770	0.2 (0.1)	3526
- alcohol dependence	0.2 (0.1)	3186	0.1 (0.1)	728
drug use disorders (DUD)	1.1 (0.3)	15720	0.1 (0.1)	728
- drug abuse	1.0 (0.3)	14992	0.0	0
- drug dependence	0.1 (0.1)	1241	0.1 (0.1)	728
others: nicotine dependence	5.2 (0.7)	75361	1.7 (0.4)	24165
any MD or SUD	9.1 (1.1)	131080	3.2 (0.5)	45347
mental health problem (MHP): suicidal experiences	0.7 (0.3)	9974	0.3 (0.1)	4760
any MD or SUD or MHP	9.6 (1.2)	137712	3.4 (0.6)	48366

ค่าความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือนนั้นพบค่อนข้างต่ำ ความชุกของแต่ละกลุ่มโรคยังคงเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความชุกชั่วชีวิต กล่าวคือ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพยาใดๆ ยังคงเป็นกลุ่มโรคที่พบความผิดปกติสูงที่สุด (ร้อยละ 1.9) และกลุ่มโรคทางอารมณ์เป็นกลุ่มโรคที่มีความชุกต่ำที่สุด (ร้อยละ 0.1) ในขณะที่ความชุกของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในช่วง 12 เดือนพบร้อยละ 0.3 (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในช่วงชีวิตระหว่างศาสนาพุทธ/คริสต์ กับศาสนาอิสลามพบว่า ความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นโรคเดียวที่มีความแตกต่างของความชุกระหว่างสองกลุ่ม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตจำแนกตามศาสนา

โรค/ปัญหาทางจิตเวช	ความชุกชั่วชีวิต: ร้อยละ (SE)		p-value
	พุทธ/คริสต์	อิสลาม	
affective disorders	0.3 (0.2)	0.4 (0.1)	0.73
anxiety disorders	1.4 (0.8)	1.9 (0.5)	0.56
impulse control disorders	0.7 (0.4)	0.7 (0.3)	0.99
<i>any mental disorders</i>	1.9 (0.8)	2.7 (0.6)	0.45
substance use disorders (SUD)	8.5 (1.9)	6.8 (0.9)	0.41
- alcohol use disorders	5.9 (1.7)	0.6 (0.2)	<.01
- drug use disorders	0.6 (0.4)	1.2 (0.4)	0.26
- nicotine dependence	3.9 (1.4)	5.6 (0.8)	0.36
<i>any mental disorders or SUD</i>	9.2 (2.1)	9.1 (1.2)	0.96
suicidal experiences	0.9 (0.4)	0.6 (0.3)	0.60
<i>any mental disorders, SUD or suicidal experiences</i>	9.9 (2.1)	9.5 (1.4)	0.87

*p-value for Rao-Scott Chi-Square Test

ผู้ถูกสัมภาษณ์ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งหรือมีปัญหาฆ่าตัวตายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเข้ารับบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตทั้งสิ้นร้อยละ 18.7 โดยเข้ารับบริการกับบุคลากรในระบบสุขภาพร้อยละ 8.3 และมีการใช้การบำบัดทางเลือกร่วมด้วยร้อยละ 18.1 โดยการบำบัดทางเลือกที่มีผู้เลือกใช้มากที่สุดสามอันดับแรกได้แก่ การออกกำลังกาย ร้อยละ 26.3 การประกอบกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 15.1 และการนวดผ่อนคลาย ร้อยละ 10.3 อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดใดๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา นั้น ไม่ได้เข้ารับบริการใดๆ เลย

วิจารณ์

เปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับผลการศึกษาทั้งประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๕๖⁵ พบความชุกช่วงชีวิตของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ต่ำกว่าภาพรวมของทั้งประเทศประมาณ 3.4 เท่า (ร้อยละ 9.6 เทียบกับร้อยละ 32.3) โดยเมื่อพิจารณารายโรคแล้วพบว่าความชุกในพื้นที่ชายแดนใต้นั้นต่ำกว่าความชุกของทั้งประเทศทุกโรคยกเว้นโรค GAD ที่พื้นที่ชายแดนใต้มีความชุกมากกว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 0.5 เทียบกับร้อยละ 0.3) โดยโรคที่มีความชุกแตกต่างกันมากที่สุดได้แก่ alcohol use disorders แตกต่างกันถึง 10.6 เท่า (ร้อยละ 1.7 เทียบกับร้อยละ 18) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ประชาชนพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้นั้น ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีบทบัญญัติเกี่ยวกับข้อห้ามในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพยา (drug use

disorders) ก็ต่ำกว่าความชุกของทั้งประเทศประมาณ 3.7 เท่า ทั้งนี้ ที่ในพื้นที่ชายแดนใต้นั้น มีการแพร่ระบาดของการใช้ยาต้มใบกระท่อมเป็นจำนวนมาก¹⁷ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนในพื้นที่ส่วนหนึ่ง มองว่ายาต้มใบกระท่อมไม่ใช่สารเสพติด แต่เป็นเครื่องดื่มชนิดหนึ่ง และการดื่มยาต้มใบกระท่อมนั้น ผู้ใช้ส่วนใหญ่มองว่าไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตมากนัก กลับมองว่าการดื่มจะช่วยให้สามารถทำงานได้ ไม่เหน็ดเหนื่อย¹⁸ ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลอาการที่ไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย drug use disorders ก็เป็นได้ ซึ่งมีข้อสังเกตจากความชุกของภาวะติดบุหรี่ (nicotine dependence) ที่พบว่าความชุกในพื้นที่ชายแดนใต้นั้นต่ำกว่าความชุกของทั้งประเทศ 2.9 เท่า (ร้อยละ 5.2 เทียบกับร้อยละ 14.9) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความชุกของการสูบบุหรี่จากการสำรวจในครั้งนี้ ผู้ถูกสัมภาษณ์ในพื้นที่ชายแดนใต้ก็ยังมีการสูบบุหรี่ ปัจจุบัน (current smoker) สูงถึงร้อยละ 27.3 ในขณะที่ความชุกของการสูบบุหรี่ ณ ปัจจุบัน ของทั้งประเทศเท่ากับร้อยละ 22.8 ที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะประชาชนในพื้นที่ชายแดนใต้นั้น ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรีดยาง ซึ่งมักจะมีการสูบบุหรี่ระหว่างกรีดยางในช่วงเช้ามืด เพื่อช่วยให้ง่ายกว่ารู้สึกตื่นตัว สมองปลอดโปร่ง¹⁹ และป้องกันยุงและแมลง²⁰ ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่อาจมองว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่ปัญหา ทำให้การตอบอาการของภาวะติดบุหรี่ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัย

จากการสำรวจครั้งนี้ พบความชุกช่วงชีวิตของโรคที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ได้แก่โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) โรคซึมเศร้า และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบ

กับความชุกของทั้งประเทศ ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศอิตาลีที่ใช้เครื่องมือ CIDI ในการสำรวจเช่นเดียวกัน¹² แต่ต่ำกว่าการสำรวจด้วยเครื่องมือ MINI ในพื้นที่สงครามคาบสมุทรบอลข่านที่พบความชุกของโรค anxiety disorders และ mood disorders ค่อนข้างสูง²¹ ซึ่งความแตกต่างของความชุกอาจเกิดจากการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจแตกต่างกัน รวมไปถึงบริบททางวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกัน²² การพบความชุกที่ต่ำจากการสำรวจครั้งนี้ สามารถอธิบายได้จากประชาชนในพื้นที่จะรู้สึกเคยชินกับเหตุการณ์ความไม่สงบมากขึ้นเรื่อยๆ และสามารถปรับตัวเข้ากับวิกฤติและความสูญเสียได้ดี อีกสาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จะได้รับการช่วยเหลือแบบองค์รวมจากทั้งทางภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรต่างๆ (non-government organization: NGO) ซึ่งมีเกณฑ์มาตรฐานการเยียวยาที่ชัดเจนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติให้เร็วที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบกับเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ในการศึกษา ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ความชุกชีวิตของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ยังคงน้อยกว่าประมาณ 2.6 เท่า (ร้อยละ 9.6 เทียบกับร้อยละ 24.9) รวมถึงความชุกชีวิตรายกลุ่มโรคก็ต่ำกว่าเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นถึงบริบทของความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ซึ่งพื้นที่ชายแดนใต้จะมีวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างจากพื้นที่ภาคใต้จังหวัดอื่น ถึงแม้จะนับถือต่างศาสนากันก็ตาม จะเห็นได้จากความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ไม่ได้มีความแตกต่างกัน

ระหว่างศาสนา ยกเว้นใน alcohol use disorders ที่อธิบายได้จากข้อห้ามทางศาสนา

เมื่อเปรียบเทียบความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือนพบว่าความชุกในพื้นที่ชายแดนใต้ต่ำกว่าทั้งภาพรวมทั้งประเทศและพื้นที่ภาคใต้ ในการศึกษา ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ 4.1 เท่า (ร้อยละ 3.4 เทียบกับร้อยละ 13.9) และ 3.8 เท่า (ร้อยละ 3.4 เทียบกับร้อยละ 12.8) ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่มากกว่าในความชุกชีวิต ทำให้สามารถช่วยยืนยันถึงเรื่องการปรับตัวและได้รับการช่วยเหลือแบบองค์รวมตามเกณฑ์มาตรฐานการเยียวยา ดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นเป็นอย่างดี

การบำบัดทางเลือกเป็นวิธีการรักษาที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ในพื้นที่ชายแดนใต้ที่มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งหรือมีปัญหามาต้วตายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเลือกใช้มากที่สุด ซึ่งพบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อมูลทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ อย่างไรก็ตาม พบว่าพื้นที่ชายแดนใต้มีการเลือกใช้การบำบัดทางเลือกสูงกว่าข้อมูลทั่วประเทศ 1.9 เท่า (ร้อยละ 18.1 เทียบกับร้อยละ 9.4) แสดงให้เห็นถึงความพยายามที่จะใช้การบำบัดทางเลือกในการเยียวยาตัวเองของประชาชน ทั้งการออกกำลังกาย การประกอบกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้จิตใจสงบ หรือการนวด เพื่อให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย นอกจากนี้ ข้อมูลในพื้นที่ชายแดนใต้พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามที่มีพฤติกรรมมาต้วตายในช่วง 12 เดือนเลือกเข้ารับบริการในระบบสุขภาพมากกว่าการบำบัดนอกกระบบสุขภาพ (ร้อยละ 8.3 เทียบกับร้อยละ 4.5) ซึ่งแตกต่างจากข้อมูลทั่วประเทศซึ่งยังคงเลือกการบำบัดนอกกระบบสุขภาพมากกว่า (ร้อยละ 3.9 เทียบกับร้อยละ 15.6) ซึ่งอาจเป็นเพราะการมา

ตัวตายในพื้นที่ชายแดนใต้ค่อนข้างต่ำ²³ ดังนั้นหากมี อาการถือเป็นเรื่องไม่ปกติ จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่ เกิดความตระหนักและเข้ารับการบำบัดกับบุคลากร ทางสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ เครื่องมือ WMH-CIDI 3.0 ที่ใช้เก็บข้อมูล ค่อนข้างยาวและ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์นาน อาจส่งผลต่อสมาธิ และความตั้งใจของผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถขอพักการสัมภาษณ์ได้หาก รู้สึกอ่อนล้าหรือไม่พร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ต่อ โดยจะ ทำการนัดวันสัมภาษณ์อีกครั้ง คำถามบางหมวดเป็น ประเด็นละเอียดอ่อน เช่นคำถามเกี่ยวกับประวัติการใช้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด อาจ ทำให้ได้ข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริงได้ อย่างไรก็ตาม ได้มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนการสัมภาษณ์ ถึงการรักษาความลับของข้อมูล ที่ไม่สามารถระบุ ตัวตนของผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ ประเด็นที่สาม การ สัมภาษณ์เป็นภาษายาวีในผู้ถูกสัมภาษณ์บางคน โดยที่ไม่มีการทำ interrater อาจทำให้เกิดความคลาด เคลื่อนในการเข้าใจคำถามของผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ อย่างไรก็ตาม บัณฑิตอาสาซึ่งเป็นผู้สัมภาษณ์ทุกคน นับถือศาสนาอิสลาม สามารถใช้ภาษายาวีได้ดีไม่ต่าง จากภาษาไทย รวมถึงมีการอบรมการสัมภาษณ์เป็น ภาษายาวีโดยอาจารย์มหาวิทยาลัยและบุคลากรด้าน จิตเวชที่สามารถพูดภาษายาวีได้ โดยอ้างอิงคำศัพท์ จากพจนานุกรมภาษายาวี ทำให้ข้อจำกัดตรงนี้ลดลง ประเด็นที่สี่ ค่า standard error ในบางโรคค่อนข้าง สูง แสดงให้เห็นถึงการพบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการ เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชค่อนข้าง น้อยในบางโรค ซึ่งอาจเป็นเพราะข้อมูลที่ใช้ในการ คำนวณกลุ่มตัวอย่างมาจากค่าความชุกของโรคและ

ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยในพื้นที่ภาคใต้ ที่ได้ จากข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๕๖ อาจไม่สะท้อนถึงความชุก ของโรคและปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ชายแดนใต้ ที่มี บริบทต่างออกไป ทำให้การแปลผลควรเป็นไปด้วย ความระมัดระวัง

สรุป

ความชุกของโรคทางจิตเวชและปัญหา สุขภาพจิตในพื้นที่ชายแดนใต้ต่ำกว่าการศึกษาระดับ ชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ทั้งความชุกชั่วชีวิตและความ ชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าการเข้ารับบริการ เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตในระบบสุขภาพยังน้อย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.ดร.นพ.วีระศักดิ์ จงสุ- วิวัฒน์วงศ์ ที่ให้คำแนะนำในการลงพื้นที่ ดร.รชานี เจอะอาแซ ที่ให้คำแนะนำในการวางแผนเก็บข้อมูล และอบรมการเก็บข้อมูลเป็นภาษายาวี คุณบรรพต ดีเมืองสอง ที่ช่วยดำเนินการสุ่มพื้นที่ และคำนวณ ค่าสถิติถ่วงน้ำหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. Bunditchate A, Saosarn P, Kitruksanon P, Chutha W. Epidemiology of mental disorders among Thai people. J Psychiatr Assoc Thailand 2001;46:335-43.
2. Siriwanarangsun P, Kongsuk T, Arunpongpaian S, Kittirattanapaiboon P, Charatsingha A. Prevalence of mental disorders in Thailand: a national survey 2003. J Ment Health Thai 2004;12:177-88.
3. Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamarik P, Arunpongpaian S. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. Nonthaburi:

- Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2010.
4. 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.
 5. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *J Ment Health Thai*. 2017;25:1-19.
 6. Kessler RC, Üstün 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.
 7. Kessler RC, Haro JM, Heeringa SG, Pennell B-E, Üstün TB. The world health organization world mental health survey initiative. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2006;15:161-6.
 8. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Üstün TB. The WHO world mental health (WMH) surveys. *Psychiatr Stuttg Ger* 2009;6:5-9.
 9. Deep south incident database. Summary of incidents in southern Thailand from January 2004 to September 2016. Pattani: Deep south watch; 2016.
 10. Taameeyapradit U, Tantirangsee N, Assanangkornchai S. Signs and symptoms of psychological response after traumatic events: result from Thailand national mental health survey 2013. *J Psychiatr Assoc Thai* 2015;60:221-34.
 11. Prohmpetch W, Naraongard S. Mental health status of teachers in the three southern border provinces. *Songklanakarin J Soc Sci Humanit* 2009;15:629-58.
 12. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M, Baban A, Al-Alak MM, Othman AY, et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq mental health survey (IMHS). *World Psychiatry* 2009;8:97-109.
 13. Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. *J Am Stat Assoc* 1949;44:380-7.
 14. R foundation for Statistical Computing. The comprehensive R archive network. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. [2 February 2017]
 15. Lumley T. survey: Analysis of complex survey samples. Retrieved from <https://cran.r-project.org/web/packages/survey/index.html>. [2 February 2017]
 16. Rao J, Scott A. On chi-squared tests for multi-way tables with cell proportions estimated from survey data. *Ann Stat* 1984;12:46-60.
 17. Narcotics Law Enforcement Bureau. National drug charges report 2015. Bangkok: Office of the narcotics control board, Ministry of Justice; 2016.
 18. Saingam D, Assanangkornchai S, Geater AF, Balhithip Q. Pattern and consequences of kratom (*Mitragyna speciosa* Korth.) use among male villagers in southern Thailand: a qualitative study. *Int J Drug Policy* 2013;24:351-8.
 19. Campos MW, Serebrisky D, Castaldelli-Maia JM. Smoking and cognition. *Curr Drug Abuse Rev*. In press 2016.
 20. Tobacco control research and knowledge management center. Tobacco-free: care for patients with COPD. Retrieved from <https://www.gotoknow.org/posts/557168>. [2 March 2017]
 21. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:518-28.
 22. Burri A, Maercker A. Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. *BMC Res Notes* 2014;7:407.
 23. National center for suicide prevention. Suicide rates per 100,000 people in 2015. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016.