

การรับบริการสุขภาพจิตและสาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิต ของผู้ป่วยจิตเวชไทย

Mental health service utilization and reason for not receiving services among individuals with mental disorders

อธิป ตันอารีย์, พ.บ.¹, นิสากกร แก้วพิลา, พย.ม.², เบ็ญจา นิ่มนวล, พย.ม.³,
เศษฐพงษ์ บุญหมั่น, พย.ม.⁴, ลวิญญ์วิชญพงษ์ ภูมิจีน⁴, พย.บ., ณัฏฐพัชร สุนทโรวิทย์, พย.ม.³,
Athip Tanaree, M.D.¹, Nisakorn Kaewphila, M.N.S.², Benja Nimnuan, M.N.S.³,
Setthapong Boonman, M.N.S.⁴, Lawinwichchayapong Bhumijeen, B.N.S.⁴, Nuttaphat Suntarowit, M.N.S.³

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์¹, โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์²,
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์³, โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์⁴
Songkhla Rajanagarindra Hospital¹, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Hospital²,
Loei Rajanagarindra Hospital³, Sakaew Rajanagarindra Hospital⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาอัตราการรับบริการสุขภาพจิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และสาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชไทยในช่วง 12 เดือน

วัสดุและวิธีการ ข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทย ระดับชาติ ปี พ.ศ.๒๕๕๖ ที่เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง ในคนไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เฉพาะผู้ป่วยจิตเวชตามเกณฑ์วินิจฉัยจากเครื่องมือ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คำนวณค่าประมาณสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนัก รายงานค่าความชุกเป็นร้อยละ, standard error และ chi-square รายงานขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็น odds ratio

ผล ในช่วง 12 เดือน มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 384 คน เป็นชาย ร้อยละ 53.9 อายุ 40-55 ปี ร้อยละ 37.2 มีอัตราเข้ารับบริการสุขภาพจิตจากบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 6 โดยมีอัตราการรับบริการจากแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์ประจำบ้านมากที่สุด ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ได้แก่ หญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป มีโรคเรื้อรังทางกาย และกลุ่มความผิดปกติจากพฤติกรรมเสพติด ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต พบว่าสาเหตุที่ไม่พบผู้ให้การรักษาเพราะคิดว่าตัวเองไม่มีปัญหา ร้อยละ 62.6

สรุป ผู้ป่วยจิตเวชเกือบทั้งหมดไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิต สาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิตเนื่องจากไม่ยอมรับหรือไม่ตระหนักว่าตนมีปัญหาทางจิตเวช

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ บริการสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช

ติดต่อผู้พิมพ์ e-mail: atanaree@gmail.com

Abstract

Objectives To determine the rate and associated factors of mental health service utilization and reasons for not receiving service among individuals with 12 month mental disorders.

Materials and methods This study used data from Thai national mental health survey 2013. It was cross-sectional study among Thai non-institutionalized population aged 18 years old and over. Analyses were conducted among those who have mental disorders in 12 months from World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0). Data were analyzed by descriptive statistics. Weighted proportions were estimated and presented with percentage, standard errors and chi-square tests. Strength of the associations was presented with odds ratio.

Results The sample was 384, who met major mental disorders in previous 12 months, most were male (53.9%) and 40-54 year olds (37.2%). Only 6 percent had accessed to mental health services, most of which were provided by general practitioners or non-psychiatric specialists. Factors related to increased mental health services utilization were female, age more than 40 years old, having chronic medical condition and drug use disorders. Most of those who did not seek help from mental health services thought he/she didn't have a problem (62.6%).

Conclusion Most of individuals with mental disorders did not seek help from mental health service. The reason for not receiving mental health services was because they do not agree or unawareness of their psychiatric problems.

Key words: mental disorders, mental health service, service utilization
corresponding author e-mail: atanaree@gmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่มีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก ในประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลทั่วประเทศ พบอัตราผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบว่าอัตราผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จาก 2,609 ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๔ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 2,849 ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๕^๑ ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลในทุกสังคม และเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่พึงปรารถนา เมื่อเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยขึ้นกับคนในครอบครัวหรือ

ชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ บุคคลจะแก้ไขปัญหาหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นตามความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย ตลอดจนขั้นตอนและวิธีการรักษาที่เกิดขึ้น เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นโรคที่เรื้อรังทำให้เกิดภาวะโรคค่อนข้างสูงทั้งในชายและหญิงและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นในอนาคต^{1,2} ส่งผลต่อความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิต^๓

แม้ปัจจุบันการรักษาปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชที่มีประสิทธิภาพมี 3 วิธีหลัก คือ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการทำจิตบำบัด แต่ผู้ป่วยส่วนน้อยเท่านั้นที่เข้ารับการรักษานี้ จากข้อมูลประมาณการของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ.

๒๕๕๑ พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยราว 1.2 ล้านคน แต่เข้ารับการรักษาเพียง 1.5 แสนคน มีผู้ที่มิปัญหาจากการดื่มสุราราว 5.3 ล้านคน แต่เข้ารับการรักษาไม่ถึง 1.2 แสนคน เป็นต้น⁴ จากการศึกษาช่องว่างในการเข้าถึงบริการจิตเวช พบว่า ผู้ที่มีประวัติป่วยสุขภาพจิตเข้ารับการปรึกษาหรือรักษาทางสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 4.1⁵

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเข้ารับการรักษของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่เหมาะสม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา ปัจจัยสนับสนุน เช่น รายได้ ระบบประกันสุขภาพ และปัจจัยด้านความจำเป็น เช่น ความเจ็บป่วย การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย² พบว่า แต่ละปัจจัยมีผลแตกต่างกันไปตามแต่ละการศึกษา⁶⁻⁹ ทั้งนี้เนื่องมาจากพื้นที่ กลุ่มประชากรหรือที่มีเชื้อชาติ วัฒนธรรมแตกต่างกัน อาจทำให้ผลของปัจจัยที่มีต่อการใช้บริการแตกต่างกันไป ในขณะที่ปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะและความรุนแรงของโรคจิตเวช มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในเกือบทุกการศึกษา¹⁰⁻¹² ปัจจัยความตระหนักรู้ถึงความจำเป็นในการรักษา พบว่า ผู้ที่รับรู้ว่าตนต้องการความช่วยเหลือย่อมมีแนวโน้มในการเข้ารับบริการมากขึ้น ในทางกลับกัน การขาดความรู้หรือมีความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ดีต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือการบริการสุขภาพจิตก็อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการได้¹³ นอกจากนี้ปัจจัยด้านโครงสร้างยังส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ จากการวิจัยเรื่องสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ประชากรชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๔๙¹⁴ พบว่า ที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร มีการคมนาคมสะดวกสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย แต่ยังมีกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ หรือยังมีประชาชนกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยข้อจำกัดด้านสภาพร่างกาย ลักษณะงานที่ทำ หรือการอพยพ

ย้ายถิ่น¹⁴ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนงานก่อสร้าง กลุ่มด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มแรงงานต่างด้าว ปัจจัยเหล่านี้ทำให้จำนวนการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชยังมีน้อย¹⁵ ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการมากขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตรา การรับบริการสุขภาพจิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพจิต และสาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตเวชในชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย การวางแผนเพื่อลดช่องว่างต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามผลการดำเนินงานในการสำรวจครั้งต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ จากข้อมูลการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ที่เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง อิงตามข้อกำหนดของทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey (WMHS) Initiative) และได้มีการเผยแพร่ไปแล้ว¹⁶ และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ เลขที่ 6/59

การสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) ในประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือน ซึ่งสุ่มตัวอย่างแบบ 4 ชั้นภูมิ และการแบ่งกลุ่ม (stratified four-stage cluster sampling) แบบไม่ทดแทน (sampling without replacement) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face to face interview) โดยสหวิชาชีพสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ ได้แก่ The World Health Organization

World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WHO WMH-CIDI 3.0), เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L, แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE และแบบประเมินพฤติกรรมเด็ก SDQ¹⁶

เครื่องมือ คือ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0) แบบกระดาษและดินสอ (Paper and Pencil Instrument) ฉบับภาษาไทย¹⁷ ชุดข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ชุดข้อมูลการรับบริการที่เป็นคำถามเกี่ยวกับประวัติการใช้บริการการรักษาสำหรับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในช่วงชีวิต และ 12 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็นการรับบริการสุขภาพจิตจากผู้รักษาใดๆ และจากบุคลากรระบบสุขภาพ (เช่น แพทย์ พยาบาล)

กลุ่มตัวอย่าง เฉพาะกลุ่มตัวอย่างได้ที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเวชในกลุ่มโรคหลักในช่วง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ตามหลักการวินิจฉัยของเครื่องมือ WMH-CIDI 3.0 กลุ่มโรคจิตเวชหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorders: major depressive episode and dysthymia) กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders: generalized anxiety disorder, panic disorder with/without agoraphobia, agoraphobia without panic and post-traumatic stress disorder) กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol abuse and alcohol dependence) กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพยาเสพติด (drug abuse and drug dependence) และประสบการณ์คล้ายโรคจิต (psychotic like experiences: hallucination and delusion)

ตัวแปร การรับบริการสุขภาพจิต หมายถึง การพบผู้ให้การรักษา ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือการพบผู้ให้คำปรึกษาพยาบาลจิตเวช หรือจากบริการสาธารณสุขทั่วไป ได้แก่ แพทย์ทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเพื่อช่วยในปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด ปัญหาทางอารมณ์ หรือปัญหาการใช้สารเสพติดหรือสุรา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพจิต เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภูมิฐานะรายได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช และโรคเรื้อรังทางกาย

สาเหตุที่ไม่ต้องการพบผู้ให้การรักษา หมายถึง สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคจิตเวชในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาไม่ได้เข้าการรับบริการสุขภาพจิตจากบุคลากรสาธารณสุข

วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละการรับบริการสุขภาพจิต และร้อยละสาเหตุที่ไม่ต้องการพบผู้รักษา เปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนการเข้ารับบริการจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย Chi-square test และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับบริการสุขภาพจิตด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) นำเสนอเป็นค่า odds ratio (OR) และประมาณช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R

ผล

ในช่วง 12 เดือน มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 384 คน ส่วนใหญ่เป็นชาย (ร้อยละ 53.9) อายุระหว่าง 40-55 ปี (ร้อยละ 37.2) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 61.5) มีงานทำ (ร้อยละ 75.3) รายได้ 5,001-15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 54.4) โรคจิตเวชที่พบบากที่สุดคือ กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (ร้อยละ 49.0) และกลุ่มโรควิตกกังวล (ร้อยละ 22.2)

การรับบริการสุขภาพจิตจากผู้ให้บริการสาธารณสุข จากผู้ป่วยจิตเวชในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาทั้งหมด 384 คน ร้อยละ 6 เข้ารับบริการสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุข ร้อยละ 94 ไม่ได้เข้ารับบริการสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุข ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอัตราเข้ารับบริการสุขภาพจิตมากที่สุดได้แก่ เพศหญิง อายุ 40 ปีขึ้นไป สถานภาพหม้าย หย่า หรือแยก จบการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า รายได้ 5,000 บาท ต่อเดือนหรือต่ำกว่า อาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ และมีโรคประจำตัวทางกาย เมื่อจำแนกตามประเภทของกลุ่มโรคจิตเวช พบว่าผู้ป่วยกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดมีอัตราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต กลุ่มโรคทางอารมณ์และโรควิตกกังวล (ตารางที่ 1)

เมื่อจำแนกตามประเภทผู้ให้บริการสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคจิตเวชในกลุ่มโรคส่วนใหญ่รับบริการจากแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางแผนกอื่นมากที่สุด (depressive disorders ร้อยละ 9.3, anxiety disorders ร้อยละ 6.8, alcohol use disorders ร้อยละ 3.2 และ drug use disorders ร้อยละ 13.0) ยกเว้นผู้มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่รับบริการจากจิตแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 7.9) (ตารางที่ 2)

สาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิต จากผู้ป่วยจิตเวชที่ได้เข้ารับบริการสุขภาพจิต 332 คน ร้อยละ 62.6 ไม่ต้องการพบผู้ให้การรักษาเพราะคิดว่าตัวเองไม่มีปัญหา รองลงมาร้อยละ 32.7 ยอมรับว่ามีปัญหาแต่คิดว่าจัดการเองได้ (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับบริการสุขภาพจิต ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชได้แก่ เพศหญิงมีแนวโน้มการรับบริการสุขภาพจิตมากกว่าชาย 4.5 เท่า (95%CI=1.9-10.7) สำหรับปัจจัยด้านอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 18-29 ปี พบว่ากลุ่มอายุ 40-55 ปี มีแนวโน้มการรับบริการสุขภาพจิตมากกว่า 10.7 เท่า (95%CI=3.9-29.3) อายุ

56-65 ปี มีแนวโน้มมากกว่า 9.2 เท่า (95%CI=2.2-39.1) และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีแนวโน้มมากกว่า 4.3 เท่า (95%CI=1.2-15.3) การมีโรคเรื้อรังทางกายร่วมเพิ่มแนวโน้มในการรับบริการสุขภาพจิต 2.2 เท่า (95%CI=1.1-4.5) และการมีความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดเพิ่มแนวโน้มในการรับบริการสุขภาพจิตมากกว่า 26.7 เท่า (95%CI=6.5-108.8) (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 6 ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วที่พบอัตราการรับบริการสุขภาพจิตร้อยละ 8 - 40¹⁸⁻²⁰ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเข้าถึงรายโรค พบว่ากลุ่มโรคที่มีอัตราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากที่สุดคือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติด รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต กลุ่มโรคทางอารมณ์และโรควิตกกังวล ส่วนกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา มีอัตราเข้าถึงบริการต่ำที่สุด ผู้ป่วยกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรา มักเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาน้อยมาก²¹ เนื่องจากผู้ใช้สุรามักไม่ตระหนักในความเจ็บป่วยของตน หรือไม่ยอมรับว่าตนเจ็บป่วย^{22, 23} นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้สารเสพติด กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมติ่มสุรายังไม่มีกระบวนการทางกฎหมายเพื่อบังคับบำบัดรักษารองรับ ทำให้อัตราการรับบริการทางจิตเวชต่ำกว่ากลุ่มโรคทางจิตเวชอื่นค่อนข้างมาก

เมื่อจำแนกตามประเภทผู้ให้การรักษา พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชส่วนใหญ่รับบริการสุขภาพจิตจากแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ยกเว้นผู้ป่วยกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต ที่มีอัตราการรับบริการจากจิตแพทย์มากกว่า ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของเนเธอร์แลนด์²¹ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เข้ารับบริการจากบุคลากรสาธารณสุข

ตารางที่ 1 อัตราการรับบริการสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุขของผู้ป่วยโรคจิตเวชในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามปัจจัยต่างๆ

ปัจจัย	จำนวน(ร้อยละ)	อัตราการรับบริการสุขภาพจิต ร้อยละ(SE) ^a	p-value
รวม	384(100.0)	6.0(1.5)	
เพศ			<.01c
ชาย	207(53.9)	3.0(1.1)	
หญิง	177(46.1)	12.1(3.1)	
อายุ (ปี)			<.01
18-29	56(14.6)	2.2(1.7)	
30-39	65(16.9)	1.9(1.0)	
40-55	143(37.2)	9.8(2.7)	
56-65	70(18.2)	11.4(2.7)	
≥66	50(13.0)	11.0(2.9)	
สถานภาพสมรส			0.13
คู่	216(56.2)	6.0(1.4)	
หม้าย/หย่า/แยก	97(25.3)	10.5(4.0)	
โสด	71(18.5)	3.5(2.1)	
ระดับการศึกษา			<.01
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	236(61.5)	9.9(1.9)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	38(9.9)	2.4(2.1)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	74(19.3)	2.4(1.8)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	36(9.4)	2.2(1.3)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			.01
≤5,000	209(54.4)	8.4(2.3)	
5,001-15,000	131(34.1)	4.3(1.4)	
>15,000	44(11.5)	2.2(1.6)	
อาชีพ			0.35
มีงานทำ	289(75.3)	5.5(1.7)	
ไม่ได้ทำงาน	95(24.7)	8.0(2.5)	
สิทธิการรักษา			0.26
ประกันสังคม	73(19.0)	3.6(1.9)	
บัตรทอง	287(74.7)	6.8(1.6)	
อื่นๆ	24(6.2)	6.6(3.4)	
ภูมิภาค			0.29
กทม.	41(10.7)	3.6(3.8)	
ภาคกลาง	90(23.4)	4.0(0.8)	
ภาคเหนือ	107(27.9)	3.9(3.0)	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	76(19.8)	10.2(2.9)	
ภาคใต้	70(18.2)	9.4(2.5)	

ตารางที่ 1 (ต่อ) อัตราการรับบริการสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุขของผู้ป่วยโรคจิตเวชในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามปัจจัยต่างๆ

ปัจจัย	จำนวน(ร้อยละ)	อัตราการรับบริการสุขภาพจิต ร้อยละ(SE) ^a	p-value
โรคทางกายเรื้อรัง ^b			.01 ^c
มี	196(51.0)	9.9(3.1)	
ไม่มี	188(49.0)	3.1(0.9)	
depressive disorders			.039
มี	43(11.2)	11.9(4.4)	
ไม่มี	341(88.8)	5.6(1.5)	
anxiety disorders			0.70
มี	88(22.2)	6.8(2.0)	
ไม่มี	296(77.1)	5.8(1.7)	
alcohol use disorders			<.01 ^c
มี	188(49.0)	2.2(0.6)	
ไม่มี	196(51.0)	11.6(3.0)	
drug use disorders			.01 ^c
มี	23(6.0)	23.6(13.1)	
ไม่มี	361(94.0)	4.8(1.0)	
psychotic like experiences			.01 ^c
มี	76(19.8)	11.8(4.0)	
ไม่มี	308(80.2)	4.9(1.2)	

^a weighted data

^b โรคทางกายเรื้อรัง หมายถึง โรคกระดูกและข้อ (อักเสบ ปวดหลัง ปวดคอ ปวดเรื้อรังต่างๆ) โรคระบบประสาท (ปวดหัวรุนแรง เส้นเลือดในสมองตีบตัน โรคลมชัก) โรคระบบทางเดินหายใจ (โรคภูมิแพ้ โรคหอบหืด โรคปอด วัณโรค โรคปอดเรื้อรัง) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง) โรคระบบทางเดินอาหาร (โรคกระเพาะอาหารและลำไส้) โรคเอดส์ โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน)

^c p-value by fisher-exact test

ตารางที่ 2 อัตราการรับบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตเวชในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มโรคและประเภทผู้รักษา

การรับบริการสุขภาพจิต ^a (n=384)	กลุ่มโรคจิตเวช (ร้อยละ) ^b					
	depressive disorders	anxiety disorders	alcohol use disorders	drug use disorders	psychotic like experiences	any mental disorders*
แพทย์ทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางอื่น	9.3	6.8	3.2	13.0	5.3	5.5
จิตแพทย์	4.7	1.1	0.5	8.7	7.9	2.6
พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขทั่วไป	7.0	2.3	0.0	8.7	3.9	2.3
พยาบาลจิตเวช	2.3	1.1	1.1	4.3	2.6	1.3
ผู้ให้คำปรึกษา	2.3	1.1	0.0	0.0	0.0	0.5
นักจิตวิทยา	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
นักสังคมสงเคราะห์	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

หมายเหตุ * any mental disorders หมายถึง depressive disorders หรือ anxiety disorders หรือ alcohol use disorders หรือ drug use disorders หรือ psychotic like experiences อย่างใดอย่างหนึ่ง

^a ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

^b unweighted data, column percent

ตารางที่ 3 สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคจิตเวชในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาไม่ต้องการพบผู้ให้การรักษา (n=332)^a

สาเหตุที่ไม่ต้องการพบผู้ให้การรักษา	กลุ่มโรคจิตเวช (ร้อยละ) ^b					
	depressive disorders	anxiety disorders	alcohol use disorders	drug use disorders	psychotic like experiences	any mental disorders*
ไม่คิดว่าตัวเองมีปัญหา	54.1	63.8	50.0	63.9	69.8	62.6
มีปัญหาแต่คิดว่าจัดการเองได้	36.4	32.9	41.2	31.1	29.5	32.7
ต้องการความช่วยเหลือ	2.2	2.5	4.9	3.4	3.2	3.2
แต่ไม่เชื่อว่าการรักษาจะช่วยให้ดีขึ้น						
อื่นๆ เช่น ไม่สะดวก มีภาระอื่น	7.3	0.8	3.9	1.6	1.5	1.5
ต้องทำ						

หมายเหตุ * any mental disorders หมายถึง depressive disorders หรือ anxiety disorders หรือ alcohol use disorders หรือ drug use disorders หรือ psychotic like experiences อย่างใดอย่างหนึ่ง

^a หมายถึงผู้ที่ไม่ได้รับการบริการสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

^b unweighted data, column percent

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตเวชในช่วง 12 เดือน (n=384)^a

ปัจจัย	Crude OR(95% CI)	Adjusted OR(95% CI) ^b
เพศ (ref: ชาย)		
หญิง	4.4(2.3-8.3)**	4.5(1.9-10.7)*
อายุ (ref: 18 –29 ปี)		
30-39 ปี	0.9(0.1-5.5)	2.1(0.4-11.1)
40-55 ปี	5.1(1.3-19.4)**	10.7(3.9-29.3)*
56-65 ปี	5.5(1.1-26.5)**	9.2(2.2-39.1)*
≥66 ปี	5.5(1.3-22.9)**	4.3(1.2-15.3)*
สถานภาพสมรส (ref: คู่)		
หม้าย/หย่า/แยก	1.9(0.7-4.9)	N.S.
โสด	0.6(0.2-1.4)	N.S.
ระดับการศึกษา (ref: ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	0.2(0.4-1.2)	0.1(0.0-0.6)*
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0.2(0.1-0.8)	0.6(0.2-1.5)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.2(0.1-0.7)	0.5(0.1-1.9)
โรคร่วมทางกาย		
มี	3.4(1.6-7.2)**	2.2(1.1-4.5)*
past 12 month depressive disorders		
มี	2.3(1.0-5.2)**	N.S.
past 12 month anxiety disorders		
มี	1.2(0.5-2.6)	N.S.
past 12 month alcohol use disorders		
มี	0.12(0.1-0.3)	N.S.
past 12 month drug use disorders		
มี	6.1(1.7-22.0)**	26.7(6.5-108.8)*
past 12 month psychotic like experiences		
มี	2.6(1.3-5.2)**	N.S.

^a การรับบริการสุขภาพจิตใดๆ เทียบกับการไม่รับบริการ ^b multivariate logistic regression – final model

* p <.05, ** p<.01, N.S. – not significant and not include in final model

ทั่วไป ยกเว้นกลุ่มโรคจิตเภทที่มีอัตราการรับบริการเฉพาะทางจิตเวชมากกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรควิตกกังวลมักมีอาการนำที่แสดงออกทางกาย หรือมีสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายต่างๆ ที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ นอกจากนี้จากการที่แพทย์ทั่วไปได้รับการพัฒนาศักยภาพจากกรมสุขภาพจิตทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ

วิตกกังวล หรือมีปัญหาทางอารมณ์ รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการไม่รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อนได้ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป²⁴ ส่วนผู้ป่วยอาการกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตมักมีอาการที่ชัดเจนและรุนแรง ทำให้มีโอกาสรับบริการจากจิตแพทย์โดยตรงมากกว่า

สำหรับสาเหตุที่ไม่ต้องการพบผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับการดูแลสุขภาพจิตร้อยละ 62.6 ให้เหตุผลว่าคิดว่าตัวเองไม่มีปัญหา ร้อยละ 32.7 ยอมรับว่ามีปัญหาแต่คิดว่าจัดการเองได้ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของออสเตรเลีย (ร้อยละ 60.0)²⁵ แต่มากกว่าสหรัฐอเมริกาซึ่งมีเพียงร้อยละ 44.826 ดังนั้นการวางแผนเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ถึงความผิดปกติทางจิตเวช การให้ความรู้ที่โรคจิตเวชเป็นโรคที่รักษาหายได้ น่าจะเป็นกลวิธีเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงผลการศึกษาศึกษาการรณรงค์โดยใช้สื่อต่างๆ ที่เหมาะสมแก่ประชาชนทั่วไปและตามกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยเรียน วัยสูงอายุ พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักและทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการรักษา²⁷

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ หญิงมากกว่าชายสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{28, 29} ที่หญิงมักมีความรู้สึกเป็นตราบาปต่อโรคจิตเวชน้อยกว่า ยอมรับปัญหาได้มากกว่าและมีการแสดงออกต่อปัญหาอย่างตรงไปตรงมา เช่น ปรีชาคนใกล้ชิดหรือบุคลากรทางสาธารณสุข^{30, 31} อายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีโอกาสรับบริการสุขภาพจิตมากกว่า อาจเนื่องจากผู้ที่มีอายุมากขึ้นมักมีทัศนคติเชิงลบต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและมีความรู้สึกตราบาปน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย^{32, 33} นอกจากนี้อาการแสดงของโรคจิตเวชในผู้สูงอายุมักมีแสดงออกถึงความไม่สุขสบายทางกายมากขึ้น ส่งผลให้เข้าสู่บริการสุขภาพจิตมากขึ้น³⁴ การมีโรคเรื้อรังทางกายยังเพิ่มโอกาสรับบริการสุขภาพจิตเนื่องจากการมีโรคร่วมทางกายในผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้มีผลกระทบเพิ่มขึ้นทั้งความทุกข์ทรมานทางจิตใจ การดำเนินชีวิตประจำวันและสัมพันธภาพกับผู้อื่น จึงต้องการความช่วยเหลือมากขึ้น²⁶ การมีโรคกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดถือเป็นกลุ่มโรคที่สังคมตระหนักเนื่องจากเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางกฎหมาย มีการ

บังคับบำบัดรักษารองรับ นอกจากนี้การแสวงหาเสพติดยังส่งผลเพิ่มความรุนแรงของโรคจิตเวชเดิมของผู้ป่วย ทำให้มีโอกาสเข้าสู่บริการสุขภาพจิตมากขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยโรคจิตเวชส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้รับการบริการสุขภาพจิต โดยปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ เพศ อายุ มีโรคเรื้อรังทางกาย และมีกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมเสพติด สาเหตุสำคัญที่ไม่ต้องการพบผู้ให้การรักษาเพราะคิดว่าตัวเองไม่มีปัญหา และบางส่วนยอมรับว่ามีปัญหาแต่คิดว่าจัดการปัญหาเองได้ ดังนั้นการส่งเสริมความตระหนักต่อโรคทางจิตเวช การประชาสัมพันธ์ถึงแหล่งบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ และการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอัตราเข้าถึงบริการต่ำมาก เช่น กลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ปัญหาการตีตรา จะช่วยการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้

ข้อจำกัด

ข้อจำกัดที่สำคัญในการศึกษานี้ได้แก่ 1) การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากสำรวจระดับชาติจากกลุ่มประชากรทั่วไปทั้งประเทศซึ่งมีทั้งผู้ที่มีและไม่มีโรคจิตเวช แต่การสำรวจอัตราการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยโรคจิตเวชนั้น ควรสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีโรคจิตเวชเท่านั้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งประเทศได้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติไม่สามารถรู้จำนวนประชากรผู้ป่วยโรคจิตเวชได้ทั้งหมด การสำรวจโดยวิธีการที่ใช้ในการศึกษานี้ร่วมกับการถ่วงน้ำหนักจากฐานประชากรในประเทศจึงน่าจะเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดในทางปฏิบัติ 2) ในการศึกษาครั้งนี้ได้นิยามกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตหมายถึงการมีอาการแสดงของโรคจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ ซึ่งมีความหมายกว้างกว่าเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-IV และ ICD-10 จึงส่งผลให้อัตราการเข้าถึงของโรคจิต

ต่ำกว่าความเป็นจริงได้ 3) เนื่องจากข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการช่วยเหลือซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้ปัญหาของตนเองในแบบสอบถาม WHM-CIDI 3.0 จะเลือกถามเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เข้าถึงบริการเท่านั้นโดยไม่ได้สอบถามในกลุ่มที่เข้าถึงบริการ ดังนั้นจึงไม่สามารถนำปัจจัยการรับรู้ปัญหา มาเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มได้ หากมีการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ปัญหา ระหว่างผู้ที่เข้าถึงบริการและผู้ที่ไม่เข้าถึงเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมสุขภาพจิตและบางส่วนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ และขอขอบคุณนางวรรณ จุฑา กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิตในการอ่านบททวนและตรวจสอบรายงาน

References

- Bureau of Mental Health Strategy. Situation and trend of mental health in Thailand. Available from: <http://www.dmh.moph.go.th/trend.asp> [2 February 2017]
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.
- Neighbors HW, Caldwell C, Williams DR, Nesse R, Taylor RJ, Bullard KM, et al. Race, ethnicity, and the use of services for mental disorders: results from the National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:485-94.
- Kittirattanapaiboon P. Mental health in health service system. 38th Thai Annual Congress of Psychiatry: Psychiatry and Beyond; 2010.
- Jirapramukpitak T. Mental health gap and related economic burden: a longitudinal community survey. Pathumthani: Faculty of Medicine, Thammasat University; 2017.
- McAlpine DD, Mechanic D. Utilization of specialty mental health care among persons with severe mental illness: the roles of demographics, need, insurance, and risk. *Health Serv Res* 2000;35:277-92.
- Park SY, Cho S, Park Y, Bernstein KS, Shin JK. Factors associated with mental health service utilization among Korean American immigrants. *Community Ment Health J* 2013;49:765-73.
- Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract* 2006;23:325-48.
- Bergeron E, Poirier L-R, Fournier L, Roberge P, Barrette G. Determinants of service use among young Canadians with mental disorders. *Can J Psychiatry* 2005;50:629-36.
- Sareen J, Stein MB, Campbell DW, Hassard T, Menec V. The relation between perceived need for mental health treatment, DSM diagnosis, and quality of life: a Canadian population-based survey. *Can J Psychiatry* 2005;50:87-94.
- Urbanoski KA, Rush BR, Wild TC, Bassani DG, Castel S. Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders. *Psychiatr Serv* 2007;58:962-9.
- Wang J. Perceived barriers to mental health service use among individuals with mental disorders in the Canadian general population. *Med Care* 2006;44:192-5.
- Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, Clara I, ten Have M, Belik S-L, et al. Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Serv Wash DC* 2007;58:357-64.
- Chulalongkorn University. Health systems and services in Bangkok. Available from: http://www.research.chula.ac.th/web/cu_online/2549/August30_1.htm [2 August 2015]
- Sooksompong S, Saengsawang S, Udomittipong D, Piboonarluk W. Prevalence of mental disorders in urban area and associated factors: review article. *Bull Suanprung* 2016;32:32-46.
- 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.
- Kessler RC, Ustn 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.
18. Sareen J, Cox BJ, Affi TO, Yu BN, Stein MB. Mental health service use in a nationally representative Canadian survey. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2005;50:753–61.
 19. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:629–40.
 20. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry* 2007;190:299–306.
 21. Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands mental health survey and incidence study. *Am J Public Health* 2000;90:602–7.
 22. Edlund MJ, Booth BM, Feldman ZL. Perceived need for treatment for alcohol use disorders: results from two national surveys. *Psychiatr Serv Wash DC* 2009;60:1618–28.
 23. Oleski J, Mota N, Cox BJ, Sareen J. Perceived need for care, help seeking, and perceived barriers to care for alcohol use disorders in a national sample. *Psychiatr Serv* 2010;61:1223–31.
 24. Jakraphan S. Community mental health: national report 2008. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2008.
 25. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: Overview of the Australian national mental health survey. *Br J Psychiatry* 2001;178:145–53.
 26. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Jin R, Druss B, Wang PS, et al. Barriers to mental health treatment: results from the national comorbidity survey replication. *Psychol Med* 2011;41:1751–61.
 27. Kelly CM, Jorm AF, Wright A. Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust* 2007;187(7Suppl):S26–30.
 28. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:629–40.
 29. Kessler RC, Zhao S, Katz SJ, Kouzis AC, Frank RG, Edlund M, et al. Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1999;156:115–23.
 30. Corrigan PW, Watson AC. The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Ment Health J* 2007;43:439–58.
 31. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry* 2000;177:486–92.
 32. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:479–81.
 33. Ploylearmsang S, Limsontkul C. A survey of population's attitude in mental health, stigma, and mental health service to the decision of mental health service use. *J Ment Health Thai* 2011;12:71–9.
 34. Magni G, Schifano F, Leo DD. Pain as a symptom in elderly depressed patients. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1985;235:143–5.