

นิพนธ์ต้นฉบับ

ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในประเทศไทย จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตแห่งชาติ

วันรับ : 1 สิงหาคม 2562

วันแก้ไข : 25 มกราคม 2563

วันตอบรับ : 27 มกราคม 2563

นพดล วาณิชชิต, พ.บ.¹, สุทธา สุปัญญา, พ.บ.¹,
ปทานนท์ ขวัญสนิท, พ.บ.¹, นพพร ตันติรังสี, พร.ด.²,
พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, พ.บ.³
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา¹, ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12²
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชที่พบบ่อยในประเทศไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเข้ารับบริการ

วิธีการ: ใช้ข้อมูลการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งล่าสุด (พ.ศ. 2556) สำรวจในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ย้ายในครัวเรือนที่ได้รับการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์หาความแตกต่างของระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาโดยนับจากช่วงที่มีอาการครั้งแรกของโรคจิตเวชที่พบบ่อยแต่ละโรค และความแตกต่างในการเข้าสู่การรักษาระหว่างเพศ อายุ และ ภูมิภาค

ผล: ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีอาการครั้งแรกของโรคจิตเวชจนเข้าสู่การรักษาคือ 10 ปี โดยพบระยะเวลานานที่สุด ในโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและโรคกลัวที่ชุมชน ใช้เวลา 18.6 ปี และ 17.8 ปี ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยก่อนเข้าสู่การรักษาสั้นที่สุดพบในผู้ที่มีโรควิตกกังวลไปทั่ว (2.0 ปี) และโรคซึมเศร้า (2.7 ปี) ผู้หญิงเข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย แต่มักจะไม่เข้ารับรักษาหากมีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย การเข้าสู่บริการของผู้ที่มีโรคจิตเวชเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างในแต่ละภูมิภาคของประเทศ

สรุป: ระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาในผู้ที่มีโรคจิตเวชที่พบบ่อยของประเทศไทยค่อนข้างนาน อาจส่งผลเสียต่อผลลัพธ์การรักษา ควรคำนึงถึงการลดระยะเวลาก่อนการได้รับการรักษาในการพัฒนาระบบบริการจิตเวชของประเทศ

คำสำคัญ: ระบาดวิทยาสุขภาพจิต ระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษา โรคจิตเวชที่พบบ่อย

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

Original article

Duration of untreated period of psychiatric conditions in Thailand: Results from the Thai National Mental Health Survey

Received : 1st August 2019

Revised : 25th January 2020

Accepted : 27th January 2020

Noppadol Vanichrudee, M.D.¹, Suttha Supanya, M.D.¹,

Patanon Kwansanit, M.D.¹, Nopporn Tantirangsi, Ph.D.²,

Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.³

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry¹, Mental Health Center 12²

Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health³

Abstract

Objectives: To examine the duration of untreated period or illness (DUI) and factors associated with help-seeking behaviours in people with common mental disorders in the Thai population.

Methods: Using the latest data from the Thai National Mental Health Survey (TNMHS 2013) that collected data from eligible participants aged 18 and above in the community using the Thai version of the WHO-CIDI 3.0 to compute the mean difference between the time the participants seek help and the time that they first experienced the symptoms of each disorder. Help-seeking behaviours of the participants were then analysed for their possible association with gender, age and regional difference.

Results: The DUIs was, on average, 10.0 years. The longest DUIs was found in participant reporting post-traumatic stress disorder (PTSD), i.e. 18.6 years and 17.8 years in those with agoraphobia. Participants reporting generalised anxiety disorder (GAD) and major depressive disorder (MDD) had the shortest DUIs, i.e. 2.0 years and 2.7 years respectively. Women were more likely than men to seek help for major depressive disorder while much less likely than men to seek help for alcohol and illicit drug use disorders. There were no discernable differences in help-seeking behaviours between each region of the country.

Conclusions: There is still a long duration of untreated illness for mental disorders in Thailand possibly leading to less favorable outcomes. The DUIs should be factored in for mental health service planning for improved national mental healthcare.

Keywords: common mental disorders, duration of untreated illness, national mental health survey

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

บทนำ

โรคจิตเวชเป็นกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดภาระของโรคเป็นอันดับต้นๆ เมื่อเทียบกับกลุ่มโรคอื่นๆ การศึกษาภาระของโรคระดับโลก ปี พ.ศ. 2553 โดย Whiteford และคณะ¹ พบว่าโรคจิตเวชเมื่อรวมกับโรคระบบประสาทและความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดมีค่านัยสำคัญนั้น ก่อให้เกิดความสูญเสียคิดเป็นร้อยละ 10.4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความพิการ (Disability Adjusted Life Years; DALYs) ทั่วโลก เป็นสาเหตุร้อยละ 28.5 ของการสูญเสียปีสุขภาวะจากความบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability; YLD) ของโลกหรือเกือบหนึ่งในสามของจำนวน YLD ทั้งหมด เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ พบว่ากลุ่มโรคซึมเศร้าและกลุ่มโรควิตกกังวลอยู่ในห้าอันดับแรกของโรคที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพของผู้หญิง ในขณะที่ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดก่อให้เกิดภาวะบกพร่องทางสุขภาพเป็นลำดับต้นๆ ในผู้ชาย¹ การศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศพบว่าโรคจิตเวชเป็นสาเหตุที่สำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะจากความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรไทย โดยพบว่ามีสัดส่วนเป็นร้อยละ 23.0 ในเพศชายและร้อยละ 17.0 ในเพศหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรกลุ่มอายุ 15-29 ปี และ 30-44 ปี ทั้งสองเพศ²

ปัจจัยสำคัญที่มีหลักฐานสนับสนุนอย่างมากว่ามีผลต่อการดำเนินโรคทางจิตเวชคือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคก่อนการเข้ารับการรักษ (duration of untreated period or illness; DUI) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มโรคจิตและจิตเภท^{3,4}

และบางการศึกษาในโรคทางอารมณ์ (mood disorders)⁵ พบว่าผลของการรักษานั้นมีความแปรผันตรงกันข้ามกับระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษามีความสำคัญ⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดย Kraus และคณะ⁷ ที่พบว่าระยะเวลาก่อนการเข้ารับการรักษานั้นเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญของการตอบสนองต่อการรักษา การดำเนินโรค และผลการรักษาในระยะยาวในการป่วยครั้งแรกและครั้งถัดๆ ไป โดยระยะเวลาก่อนการเข้ารับการรักษานั้นเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่ดี Ghio และคณะ⁸ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษากับโรคซึมเศร้าต่ออัตราการหายจากโรค พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้มารับรักษาก่อน 8 สัปดาห์มีโอกาสที่จะหายสนิท (full remission) มากกว่าผู้ที่มารับการรักษาช้ากว่านั้นถึงร้อยละ 65.0 (RR 1.65, CI 95% 1.31–2.07; $p < 0.00$)

ในประเทศไทยยังมีการศึกษาประเด็นนี้ค่อนข้างน้อย และยังไม่พบรายงานการศึกษาระยะเวลาของการเข้ารับการรักษานี้ของโรคจิตเวชในระดับประชากรนอกระบบบริการสุขภาพ มีเพียงรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่จำกัดเฉพาะผู้เข้ารับบริการสุขภาพแล้วเท่านั้น และพบว่าการจัดบริการสำหรับโรคที่จัดอยู่ในความสำคัญลำดับต้น เช่น โรคซึมเศร้าที่มีการบูรณาการระบบเฝ้าระวังเข้ากับระบบสุขภาพทำให้เพิ่มระดับการเข้าถึงบริการได้อย่างก้าวกระโดด⁹

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระยะเวลาก่อนการเข้ารับการรักษานี้ของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชของโรคจิตเวชที่พบบ่อย เช่น กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ และกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด

ผิวดอกหมากในประชาชนไทย และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการเข้าสู่อารมณ์ เพื่อทำความเข้าใจและนำไปใช้ประกอบการพัฒนาระบบการดูแลโรคจิตเวชอื่นๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการ

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2556 ของกรมสุขภาพจิต เป็นการสำรวจสุขภาพจิตของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ยังอาศัยในครัวเรือนทั่วประเทศ โดยใช้วิธีการแบบเดียวกับการสำรวจสุขภาพจิตโลกขององค์การอนามัยโลก (World Mental Health Survey; WMHS)^{10,11} ด้วยเครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทยโดยรูปแบบและวิธีการสำรวจโดยละเอียดนั้นได้มีการตีพิมพ์ไว้แล้วในบทความก่อนหน้านี้¹²

โดยย่อแล้ว WMH-CIDI 3.0 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตเวชที่พบบ่อยตามการวินิจฉัยทั้งแบบ ICD-10 และ DSM-IV-TR ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและชั่วชีวิต โดยมีการแบ่งหมวดคำถามเพื่อที่จะเก็บข้อมูลพื้นฐานในเชิงประชากร (demographic) หมวดคำถามหมวดคัดกรอง (screener) และหมวดคำถามตามโรคที่จะทำให้ทราบถึงการวินิจฉัยโรคจิตเวช ความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ และผลในปัจจุบันของภavnนั้นๆ โดยชุดคำถามที่นำมาใช้วิเคราะห์ในการศึกษานี้ ได้แก่ ชุดคำถามของแต่ละโรคที่มีข้อคำถามที่ถามถึงอายุที่เริ่มมีอาการของโรคนั้นๆ และอายุที่ได้รับการรักษาหรือการเข้าถึงระบบบริการครั้งแรก จึงสามารถวิเคราะห์เพื่อหาระยะเวลาการเข้าสู่บริการของกลุ่ม

ตัวอย่างตามรายโรค ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน อายุเฉลี่ยอายุน้อยและมากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระบบบริการ เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่ง 4 ชั้นภูมิ (stratified four-stage probability sampling) โดยมีสตรัทคือ ภูมิภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร จึงมีการถ่วงน้ำหนักเพื่อให้ได้ค่าสถิติที่เป็นตัวแทนของประชากรไทย โดยคำนวณจากค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากผู้ที่ถูกเลือกเข้าร่วมโครงการ ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากเพศ ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากอายุ และค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ (post stratification calibration adjustment) โดยปรับค่าตามการคาดประมาณสัดส่วน ประชากรของประเทศไทย ณ เดือนกรกฎาคม 2556 ในการศึกษานี้คัดเลือกข้อมูลของตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์โรคจิตเวชที่พบบ่อย (common mental disorders) คัดเลือกมาเฉพาะกลุ่มโรควิตกกังวล (any anxiety disorders) ได้แก่ โรควิตกกังวลไปทั่ว (generalized anxiety disorder; GAD) โรคแพนิก (panic disorder) โรคกลัวที่ชุมชน (agoraphobia) และโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder; PTSD) กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (any affective disorders) ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive episode) และภาวะแมนี/ไฮโปแมนี (manic/hypomanic episode) และกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด (substance use disorders) ได้แก่ ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย (illicit drug use disorders) ภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (alcohol abuse) และภาวะติดสุรา (alcohol dependence) และนำมาวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรม การเข้าถึงบริการ โดยในขั้นตอนแรกนำมาวิเคราะห์แบบถดถอย (regression analysis) กับเพศและอายุเพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของอัตราการเข้าสู่บริการ และความสัมพันธ์นี้จะเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไรหากได้ทำการวิเคราะห์โดยจัดการกับปัจจัยรบกวนทางประชากรศาสตร์ ต่อจากนั้นได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) ระหว่างภูมิภาคที่อาศัยและการเข้าสู่บริการ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายหลังด้วยวิธี Bonferroni เพื่อดูลักษณะความสัมพันธ์ของการแปรปรวน สถิติทั้งหมดถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม STATA 14¹³

ผล

จากครัวเรือนทั้งหมด 6,360 ครัวเรือนที่ได้รับการสุ่มเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรไทยจากทุกภูมิภาคและกรุงเทพฯ มีตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การสำรวจ 4,878 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 โดยมีผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 4,766 คน คิดเป็นร้อยละ 74.9 และสัมภาษณ์ครบถ้วนจนสามารถวิเคราะห์ผลได้ 4,727 คน คิดเป็นอัตราตอบรับ (response rate) ร้อยละ 74.3 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์จนครบถ้วนเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า และมียานทำงานมากที่สุด การแจกแจงข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากรอย่างละเอียดได้มีการนำเสนอไว้แล้วในการศึกษาของพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ¹⁴

ตารางที่ 1 แสดงถึงความชุกตลอดชีพของกลุ่มโรคจิตเวชที่พบบ่อยในประชากรไทยและประมาณการจำนวนประชากรในแต่ละโรคของการ

สำรวจครั้งนี้ ในภาพรวมพบว่าความชุกของโรคจิตเวชที่พบบ่อยถึงร้อยละ 32.3 โดยพบความชุกของความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 18.0 ส่วนความชุกในกลุ่มโรควิตกกังวลและกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์พบร้อยละ 3.1 และร้อยละ 1.9 ตามลำดับ ประมาณการได้ว่าประชากรในปีนั้นเกือบ 17 ล้านคนเคยมีโรคจิตเวชใดๆ อย่างน้อยหนึ่งโรคในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต สำหรับความชุกของโรคจิตเวชโดยละเอียดผู้ที่สนใจสามารถศึกษาได้จากการศึกษาของพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะดังกล่าว¹⁴

เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาก่อนได้รับการรักษา โดยคำนวณความแตกต่างของอายุเฉลี่ยเมื่อกลุ่มตัวอย่างพบผู้รักษาครั้งแรกกับอายุเฉลี่ยเมื่อกลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอาการครั้งแรก พบว่าผู้ที่มีโรคจิตเวชที่พบบ่อย มีระยะเวลาดังแต่เริ่มป่วยจนเข้าถึงบริการครั้งแรกโดยเฉลี่ย 10 ปี โดย PTSD มีระยะเวลาก่อนเข้าถึงบริการเฉลี่ยนานที่สุด 18.6 ปี ในขณะที่ GAD มีระยะเวลาก่อนเข้าถึงบริการสั้นที่สุดเฉลี่ยประมาณ 2 ปี แต่หากรวมกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด พบว่าโดยเฉลี่ยผู้ที่ได้รับการรักษาหลังจากที่มีอาการครั้งแรกนานถึง 12.3 ปี ส่วนในกลุ่มความผิดปกติพฤติกรรมใช้สุราและสารเสพติดนั้นพบว่าผู้ที่มีการติดสุราจะเข้าพบผู้รักษาเร็วที่สุดคือ 5.2 ปี สำหรับกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่าเวลาเฉลี่ยก่อนได้รับการรักษาคือ 3.2 ปี โดยผู้ที่มีการซึมเศร้าจะพบผู้รักษาประมาณ 2.7 ปีหลังเริ่มมีอาการ และผู้ที่มีภาวะแมเนียจะมาพบแพทย์หลังเริ่มมีอาการประมาณ 3.4 ปี แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความชุกตลอดชีพของโรคจิตเวชและประมาณการจำนวนประชากรไทย¹⁴

โรค	ความชุกตลอดชีพ (SE)	ประมาณการจำนวนประชากร
any affective disorders	1.9 (0.2)	988,480
major depressive episode	1.8 (0.2)	916,979
manic/ hypomanic episode	0.2 (0.1)	113,161
any anxiety disorders	3.1 (0.4)	1,594,153
generalized anxiety disorder	0.3 (0.0)	148,169
panic disorder	0.8 (0.1)	390,514
agoraphobia	1.5 (0.4)	774,708
post-traumatic stress disorder	0.9 (0.1)	469,414
Illicit drug use disorders	4.1 (0.6)	2,106,345
alcohol use disorders	18.0 (1.2)	9,308,625
alcohol abuse	13.9 (0.9)	7,170,851
alcohol dependence	4.1 (0.5)	2,137,774
any mental disorders	32.3 (1.3)	16,698,511

ตารางที่ 2 ระยะเวลาก่อนเริ่มการรักษาของโรคที่สำรวจ

โรค/ปัญหาทางจิตเวช หน่วย:ปี	อายุเฉลี่ยน้อยที่สุดที่ เริ่มมีอาการ (SD)	อายุที่ไปพบผู้รักษา ครั้งแรก (SD)	ระยะเวลาเฉลี่ยก่อน ได้รับการรักษา
any affective disorders	38.6 (14.5)	41.8 (13.8)	3.2
major depressive episode	39.5 (14.5)	42.2 (14.0)	2.7
manic/ hypomanic episode	29.6 (13.2)	33.0 (0)	3.4
any anxiety disorders	33.3 (16.6)	45.6 (11.1)	12.3
generalized anxiety disorder	41.2 (14.3)	43.2 (13.8)	2.0
panic disorder	38.0 (15.6)	46.78 (11.3)	8.7
agoraphobia	29.2 (16.9)	47.2 (10.4)	17.8
post-traumatic stress disorder	31.9 (15.5)	50.5 (5.0)	18.6
Illicit drug use disorders	23.5 (9.0)	33.5 (15.8)	11.0
alcohol use disorders	31.4 (11.1)	37.5 (12.3)	6.1
alcohol abuse	29.5 (10.5)	37.7 (11.8)	8.2
alcohol dependence	32.9 (11.9)	38.1 (12.6)	5.2
any mental disorders	23.6 (3.8)	33.6 (1.0)	10.0

เมื่อนำข้อมูลเฉพาะโรคที่มีจำนวนผู้เข้ารับการรักษามากพอในการวิเคราะห์ถดถอยแบบตัวแปรเดียวเพื่อดูความสัมพันธ์ในการเข้ารับการรักษาของผู้ที่มีโรคจิตเวช พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาเฉพาะบางโรค โดยผู้หญิงที่มีโรคซึมเศร้าจะเข้ารับการรักษามากกว่าผู้ชายประมาณสามเท่า (adj. OR = 2.6, 95%CI=1.1-5.8) ในทางกลับกันผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายหรือความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราจะเข้ารับการรักษาน้อยกว่าผู้ชายถึงร้อยละ 70.0 และร้อยละ

90.0 ตามลำดับ (adj. OR =0.3, 95%CI=0.1-0.6 และ adj. OR= 0.1, 95%CI=0.1-0.2) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างเพศกับการเข้ารับบริการในโรคอื่นๆ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการเข้ารับบริการกับช่วงอายุไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายที่พบว่าอายุมากขึ้นจะสัมพันธ์กับโอกาสในการเข้ารับบริการที่ลดลง (coefficient=-0.0001755, p-value=0.05) แสดงดังตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยระหว่างการเข้ารับบริการกับเพศและอายุ

โรค	จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ชาย	ผู้หญิง	OR (95% CI)	Adj. OR (95% CI)	อายุ		
						Coefficient	SE	p-value
major depressive episode	44 (0.6)	7 (15.9)	37 (84.1)	3.0*(1.4-6.8)	2.6*(1.1-5.8)	0.0000311	0.0001043	0.766
GAD	38 (0.5)	10 (26.3)	28 (73.7)	1.6 (0.8-3.3)	1.5 (0.7-3.2)	0.0001007	0.0000971	0.300
panic disorder	44 (0.6)	12 (27.3)	32 (72.7)	1.5 (0.8-3.0)	1.4 (0.7-2.8)	0.0000447	0.0001043	0.669
agoraphobia	23 (0.3)	9 (39.1)	14 (60.9)	0.9 (0.4-2.1)	0.8 (0.3-2.0)	0.0000092	0.0000756	0.120
PTSD	33 (0.6)	10 (30.3)	23 (69.7)	1.3 (0.6-2.8)	1.2 (0.6-2.6)	0.0001637	0.0000905	0.071
drug use disorder	32 (0.9)	20 (62.5)	12 (37.5)	0.3*(0.2-0.7)	0.3*(0.1-0.6)	-0.0001755	0.0000891	0.05*
alcohol use disorders	63 (1.3)	54 (85.7)	9 (14.3)	0.1*(0.1-0.2)	0.1*(0.1-0.2)	0.0001962	0.0001238	0.113

* = ผลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นระดับ p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของอัตราการเข้ารับบริการของผู้มีโรคทางจิตเวชในแต่ละภูมิภาค พบว่า ในกลุ่มโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ ผู้ที่อาศัยในแต่ละภูมิภาคไม่ได้มีความแตกต่างในอัตราการเข้ารับ

บริการอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นในโรคแพนิคและความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายที่พบว่ามีความแตกต่างระหว่างภูมิภาคในพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพจิต แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการเข้ารับบริการสุขภาพจิตระหว่างภูมิภาค

กลุ่มโรค	แหล่งความแปรปรวน	องศาอิสระ (df)	ผลรวมกำลังสอง (SS)	ผลรวมกำลังสองเฉลี่ย (MS)	ค่าสถิติ F	p-value
major depressive episode	ระหว่างกลุ่ม	4	0.05	0.013	1.39	0.235
	ภายในกลุ่ม	4722	43.54	0.009		
	รวม	4726	43.59	0.009		
GAD	ระหว่างกลุ่ม	4	0.02	0.006	0.78	0.53
	ภายในกลุ่ม	4722	37.67	0.008		
	รวม	4726		0.008		
panic disorder	ระหว่างกลุ่ม	4	0.09	0.024	2.55	0.04*
	ภายในกลุ่ม	4722	43.50	0.009		
	รวม	4726	43.59	0.009		
agoraphobia	ระหว่างกลุ่ม	4	0.04	0.009	1.92	0.1050
	ภายในกลุ่ม	4722	22.85	0.004		
	รวม	4726	22.89	0.004		
PTSD	ระหว่างกลุ่ม	4	0.03	0.008	1.14	0.3377
	ภายในกลุ่ม	4722	32.74	0.007		
	รวม	4726	32.77	0.007		
drug use disorder	ระหว่างกลุ่ม	4	0.07	0.015	2.28	0.05*
	ภายในกลุ่ม	4722	31.72	0.006		
	รวม	4726	31.78	0.007		
alcohol use disorders	ระหว่างกลุ่ม	4	0.03	0.008	0.59	0.6687
	ภายในกลุ่ม	4722	62.13	0.013		
	รวม	4726	62.16	0.013		

* ผลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ความเชื่อมั่นระดับ p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายหลังด้วยวิธี Bonferroni เพื่อดูลักษณะความแตกต่างในอัตราการเข้ารับบริการระหว่างภูมิภาคในโรคแพนิคและความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย พบว่าผู้ที่เป็นโรคแพนิคในภาคกลางและเหนือจะเข้าสู่งการรักษาน้อยกว่ากรุงเทพฯ และผู้ที่เป็นโรคแพนิคในภาคใต้เข้าสู่งการรักษาน้อยกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่เมื่อเทียบระหว่างภาคอื่นๆ แล้วไม่พบ

ความแตกต่างของอัตราการเข้ารับบริการ ส่วนผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในภาคเหนือมีอัตราการเข้าสู่งการบริการน้อยกว่าภาคกลางและผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้เข้าสู่งการสุขภาพจิตน้อยกว่าทั้งภาคกลางและภาคเหนือ แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย Bonferroni เทียบระหว่างสองภูมิภาคสำหรับการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคแพนิค และความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย

โรค	กรุงเทพฯ	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ
panic disorder				
กลาง	-0.002			
เหนือ	-0.002	0.001		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.010	0.012	0.012	
ใต้	0.000	0.002	0.002	-0.010
drug use disorder				
กลาง	0.010			
เหนือ	0.005	-0.005		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.000	-0.010	-0.004	
ใต้	0.003	-0.007	-0.001	0.003

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในกลุ่มโรคจิตเวชที่พบบ่อยใช้เวลาเฉลี่ยถึง 10 ปีกว่าที่จะเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการในกลุ่มโรควิตกกังวล เช่น PTSD และ agoraphobia มีระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาจนถึง 18.6 ปี และ 17.6 ปี ตามลำดับ รองลงมาคือผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมายใช้ระยะเวลา 11 ปี ในขณะที่ผู้ที่มีโรคซึมเศร้าและ GAD มีระยะเวลาก่อนเข้าสู่การรักษาสั้นกว่าคือ 2.7 และ 2 ปีตามลำดับ และยังพบว่าผู้หญิงที่มีโรคซึมเศร้ามีโอกาสเข้าสู่การรักษา มากกว่าผู้ชายถึงสามเท่า ในทางกลับกันถ้าหากผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย กลับมีโอกาเข้าสู่บริการน้อยกว่าผู้ชายถึงร้อยละ 70.0 การศึกษานี้ไม่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเข้าหาบริการของคนไทย ยกเว้นในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย

ที่พบว่าอายุแปรผกผันกับโอกาสการเข้ารับบริการ และผู้ที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคในแต่ละภูมิภาคมีอัตราการเข้าถึงบริการไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษา The collaboration study of psychological problems in general health care ขององค์การอนามัยโลก³ ซึ่งรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการศึกษา 2,767 คนจาก 10 ประเทศในทุกทวีป พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยก่อนเข้าการรักษาของโรคในกลุ่มโรคที่ใกล้เคียงกันเท่ากับ 37.7 สัปดาห์ หรือประมาณ 0.7 ปีเท่านั้นซึ่งสั้นกว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่พบในการศึกษานี้ที่ไม่พบว่าโรคใดที่มีระยะเวลาเฉลี่ยน้อยกว่าหนึ่งปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่มีความรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่แสวงหาและเข้ารับบริการแล้ว อย่างไรก็ตามพบว่ามีบางโรคที่ระยะเวลาการเข้าถึงบริการที่พบในการศึกษานี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาจากต่างประเทศ เช่น Van Meter และคณะพบว่าผู้ที่มี

อาการเมเนียร์เริ่มมีอาการมาก่อนเข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ย 27.1 (± 23.1) เดือน หรือประมาณ 2.3 ปี⁵ ใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้

ความแตกต่างระหว่างเพศในการเข้าสู่การรักษาอาการทางจิตเวชซึ่งพบในการศึกษานี้ พบว่ามียางานอยู่ในการศึกษาจากหลายประเทศ^{6,15,16} ซึ่งสามารถอธิบายได้จากสมมติฐานหลายประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นบทบาททางเพศ ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ การเข้าสู่การรักษา และการได้รับการรักษามีความแตกต่างกัน การที่บทบาททางเพศถูกกำหนดให้ผู้ชายต้องเข้มแข็ง ไม่แสดงออกทางอารมณ์อาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ชายไทยไม่พยายามเข้ารับบริการเมื่อมีอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นหนึ่งในปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความชุกสูงและมีระบบติดตามที่ครอบคลุม แสดงถึงความจำเป็นในการวางแผนสร้างรูปแบบการบริการเพื่อให้ผู้ชายที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์เข้าสู่ระบบบริการทางสุขภาพจิตมากขึ้น¹⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงระบบบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันในผู้หญิงที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด เพื่อวางแผนจัดการระบบบริการที่มีความเฉพาะสำหรับผู้หญิงที่มีปัญหาดังกล่าว¹⁸

การศึกษานี้ก็ยังถือว่ามีข้อจำกัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากข้อจำกัดของการทำสำรวจในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เช่นการสำรวจระดับชาตินี้ เนื่องจากการศึกษานี้ศึกษาในประชากรไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และต้องอาศัยอยู่ในครัวเรือนนั้นๆ อย่างน้อย 3 เดือน จึงอาจเกิด selection bias ได้ดังที่จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วย ผู้หญิง และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะผู้ชายมีการย้ายไปทำงานต่างถิ่น

นอกจากนี้ความสามารถในการที่จะเข้าใจในอาการของโรคทางจิตเวชเองก็เป็นประเด็นที่ต้องคำนึงถึงเนื่องจากอาการของโรคทางจิตเวชหลายอาการมีความคาบเกี่ยวกันสูง^{19,20} อีกทั้งเครื่องมือ CIDI ที่ใช้เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนมาก และส่วนใหญ่เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ทำให้มีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการให้ข้อมูล (recall bias) ทั้งในเรื่องอาการและระยะเวลาได้

ในประเทศไทยเคยมีรายงานการประเมินผลโครงการลดช่องว่างการเข้าถึงบริการโรคจิตที่พบระยะเวลาเริ่มป่วยด้วยโรคจิตจนถึงได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเฉลี่ย 5 ปี 4 เดือน ในขณะที่หลังดำเนินการพัฒนาระบบบริการเฉพาะแล้วลดลงเหลือเพียง 3.5 เดือน²¹ แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาในโรคจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ทั้งที่มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาของการเริ่มเกิดอาการทางจิตเวชจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่ยาวนานก่อนเข้าสู่การรักษาครั้งแรก ส่งผลเชิงลบต่อการตอบสนองต่อการรักษา การดำเนินโรค และระดับคุณภาพชีวิต โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชเข้าสู่การรักษาคือระดับความรู้สึกต้องการความช่วยเหลือ (perceived need)²² และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ที่จะต้องเกิดความเข้าใจทั้งในผู้ป่วยและญาติว่า อาการที่เป็นอยู่นั้นเป็นความผิดปกติที่ควรได้รับการรักษา โดยเฉพาะกับกลุ่มโรคทางจิตเวชทั่วไป เช่น โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล ที่จะมีอาการแสดงที่มีความคล้ายคลึงกันและคาบเกี่ยวกันได้อย่างสูง²³

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการเข้าถึงบริการของโรคจิตเวชแต่ละโรค จะเห็นได้ว่าโรคที่เป็นที่รู้จักและมีการผลักดันให้เพิ่มอัตราการเข้าสู่ระบบ

บริการ เช่น โรคซึมเศร้า⁹ มีเวลาเฉลี่ยก่อนเข้าสู่การรักษาสั้นกว่าโรคอื่นๆ มาก ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการควรดำเนินการอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มโรคจิตเวชที่พบบ่อยหรือมีผลกระทบสูง ไม่จำกัดเฉพาะบางโรคเนื่องจากสามารถใช้ทรัพยากรบุคลากรและระบบบริการชุดเดียวกัน ทั้งนี้ยังควรส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรอบรู้และความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชให้มากขึ้น เพื่อให้สามารถตระหนักและตัดสินใจเลือกรับบริการที่เหมาะสม ทั้งนี้รวมถึงความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดที่นับว่ายังเป็นปัญหาขนาดใหญ่ของประเทศ มีผลกระทบในวงกว้าง การบูรณาการระบบบริการโรคจิตเวชและความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดเข้าไประบบบริการสุขภาพจิตเดียวกัน จะสามารถเพิ่มศักยภาพการจัดบริการที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเข้าสู่บริการทางสุขภาพจิตของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชในแต่ละภูมิภาค อาจแสดงให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทยมีคุณภาพที่ใกล้เคียงกันในทุกภูมิภาค อาจเป็นผลจากที่ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า 50 ปี ที่เน้นการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล การพัฒนาบุคลากรสุขภาพทุกระดับ กระจายทรัพยากรบุคคลไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ขาดแคลน และผลักดันให้เกิด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ใน พ.ศ. 2545²⁴ นอกจากนั้นการวางรากฐานและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องส่งผลเชิง

บวกต่อสุขภาพจิตของประชากรไทย ตัวอย่างเช่น นโยบายเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่บูรณาการเข้ากับระบบบริการสุขภาพของประเทศ มีการคัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชนและสถานบริการปฐมภูมิ และส่งต่อในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อการยืนยันวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน และมีทีมพยาบาลให้การดูแลระดับประคับประคองสภาพจิตใจ เฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งดำเนินงานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน พบว่าสามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการจากไม่ถึงร้อยละ 10.0 เมื่อเริ่มพัฒนาจนถึงกว่าร้อยละ 60.0 ในปัจจุบัน⁹ หากสามารถนำบทเรียนและรูปแบบดังกล่าวมาปรับใช้เพื่อการวางแผนเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคจิตเวชอื่นๆ อย่างครอบคลุมทุกโรค โดยเฉพาะโรคที่ยังมีการเข้าสู่บริการได้ช้า เช่น PTSD และ agoraphobia ก็จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อประชากรได้ยิ่งขึ้น

ความรู้เดิม: ระยะเวลาก่อนการได้รับการรักษามีผลอย่างมากต่อผลของการรักษาของโรคทางจิตเวช แต่ประเทศไทยยังขาดข้อมูลที่ศึกษาในระดับประชากรนอกระบบสุขภาพ

ความรู้ใหม่: ผลการสำรวจจะบ่งชี้ว่าคนไทยพบว่าผู้ที่มีอาการของโรคจิตเวชมีระยะเวลาก่อนเริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคจิตเวชเฉลี่ยนานถึง 10 ปี โดยโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญใช้เวลานานที่สุด และโรควิตกกังวลไปทั่วใช้เวลาสั้นที่สุด

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การพัฒนาระบบบริการจิตเวช ควรคำนึงถึงการลดระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษา เพื่อเกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. PloS one. 2015;10(2):e0116820. doi:10.1371/journal.pone.0116820.
- ชนิษฐา กุศลรสกุล, พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, ณัฐพัชร์ มรรคา, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. ภาระโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุราสารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 [The burden of mental and alcohol/substance use disorders in Thailand 2014]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26:1-15.
- Sartorius N, Ustun T, Costa de Silva J. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care. Arch Gen Psychiatry. 1993;50:819-24.
- Kiseley S, Scott A, Denney J, Simon G. Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes. BJ Psych. 2006;189:79-80. doi:10.1192/bjp.bp.105.019869.
- Van Meter AR, Burke C, Youngstrom EA, Faedda GL, Correll CU. The bipolar prodrome: meta-analysis of symptom prevalence prior to initial or recurrent mood episodes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55:543-55. doi:10.1016/j.jaac.2016.04.017.
- Liddon L, Kingerlee R, Barry JA. Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. Br J Clin Psychol. 2018;57:42-58. doi:10.1111/bjc.12147.
- Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, Zarate CA Jr, Kasper S. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. Transl Psychiatry. 2019;9:127. doi:10.1038/s41398-019-0460-3.

8. Ghio L, Gotelli S, Marcenaro M, Amore M, Natta W. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;152-154:45-51. doi:10.1016/j.jad.2013.10.00
9. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South-East Asia J Public Health*. 2017;6:34-8. doi:10.4103/2224-3151.206162.
10. Kessler RC, Haro JM, Heeringa SG, Pennell BE, Ustun TB. The World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2006;15:161-6.
11. Heeringa SG, Wells JE, Hubbard F, Mneimneh ZN, Chiu WT, Sampson NA, et al. Sample designs and sampling procedures. In: Kessler RC, Ustun TB, editors. *The WHO World Mental Health Surveys*. New York: Cambridge University Press; 2008. p. 14-32.
12. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย, สุทธา สุปัญญา. การสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2556 ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2556 [Thai National Mental Health Survey 2013: methodology and procedure]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;24:1-14.
13. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 14*. Release 14 ed. College Station, TX: StataCorp LP; 2015.
14. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสินี, สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย: การสำรวจ ระดับ วิทยาลัยสุขภาพจิตระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai National Mental Health Survey 2013]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560; 25:1-19.
15. Wendt D, Shafer K. Gender and attitudes about mental health help seeking: results from national data. *Health & Social Work*. 2016;41(1):e20-e8.
16. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Fam Pract*. 2016;17:38.
17. McKenzie SK, Collings S, Jenkin G, River J. masculinity, social connectedness, and mental health: men's diverse patterns of practice. *Am J Mens Health*. 2018;12:1247-61. doi:10.1177/1557988318772732.
18. Green CA. Gender and use of substance abuse treatment services. Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2018.
19. Goldberg D. The overlap between the common mental disorders--challenges for classification. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24:549-55.

20. Vaidyanathan U, Patrick CJ, Iacono WG. Examining the overlap between bipolar disorder, nonaffective psychosis, and common mental disorders using latent class analysis. *Psychopathology*. 2012;45:361-5. doi:10.1159/000337265.
21. อธิพิณ สุนัข, เป็ญจมาศ พฤษภานนท์. ประสิทธิภาพโครงการเพื่อลดช่องว่างการบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย [Effectiveness of the Mental Health Gap Action Programme in Thailand]. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2557;23:427-36.
22. van Belijouw I, Verhaak P, Cuijpers P, van Marwijk H, Penninx B. The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome: a one-year cohort study. *BMC Psychiatry*. 2010;10:86. doi:10.1186/1471-244X-10-86.
23. Merikangas KR, Zhang HP, Avenevoli S, Acharyya S, Neuenschwander M, Angst J. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study - The Zurich cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:993-1000. doi:10.1001/archpsyc.60.9.993.
24. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*. 2018;391(10126):1205-23.