

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและการกระจายตัวของประสพการณ์คล้ายโรคจิตในคนไทย : ผลจากการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2566

วันรับ : 16 ธันวาคม 2567

วันแก้ไข : 4 มิถุนายน 2568

วันตอบรับ : 5 มิถุนายน 2568

สุทธา สุปัญญา, พ.บ.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกและรูปแบบการกระจายตัวของประสพการณ์คล้ายโรคจิตในประเทศไทย

วิธีการ : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพจิตระดับชาติ พ.ศ. 2566 ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป จาก 6 ภูมิภาค ระบุงการเกิดประสพการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิตและในรอบ 12 เดือนด้วยแบบสัมภาษณ์ World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปร ร่วมกับค่าถ่วงน้ำหนักประชากร

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 4,160 คน พบความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 3.0 และความชุก 12 เดือนร้อยละ 1.1 โดยพบอาการประสาทหลอน (ร้อยละ 2.6 และร้อยละ 1.0) มากกว่าอาการหลงผิด (ร้อยละ 0.7 และร้อยละ 0.2) พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของความชุกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์โดยพบความชุกตลอดชีวิตและรอบ 12 เดือนสูงสุดในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี (ร้อยละ 8.2 และร้อยละ 3.7) และไม่มีงานทำ (ร้อยละ 3.9 และร้อยละ 1.6) พบความชุกตลอดชีวิตสูงสุดในพื้นที่ชายแดนใต้ (ร้อยละ 4.3) และในรอบ 12 เดือนสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 2.2) ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดประสพการณ์คล้ายโรคจิตในตลอดชีวิตและรอบ 12 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 18 - 24 ปี เมื่อเทียบกับ 60 ปีขึ้นไป และการไม่มีงานทำ ปัจจัยที่ลดโอกาสเกิดประสพการณ์คล้ายโรคจิตในตลอดชีวิตและรอบ 12 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอยู่ในภาคใต้ เมื่อเทียบกับกรุงเทพมหานคร

สรุป : ประสพการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรไทยมีการกระจายตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามภูมิภาคและกลุ่มประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนและผู้ว่างงาน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่และกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ : การกระจายทางภูมิศาสตร์, การสำรวจระดับชาติ, ความชุก, ปัจจัยทางประชากรศาสตร์, ประสพการณ์คล้ายโรคจิต

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

Original article

Prevalence and distribution of psychotic experiences in the Thai population: findings from the 2023 national mental health survey

Received : 16 December 2024

Revised : 4 June 2025

Accepted : 5 June 2025

Suttha Supanya, M.D.

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry,
Department of Mental Health, Bangkok

Abstract

Objective: To examine the prevalence and regional as well as demographic distribution patterns of psychotic experiences (PEs) in Thailand.

Methods: A cross-sectional study utilizing data from the 2023 National Mental Health Survey was conducted among Thais aged 18 years and older across six regions. Lifetime and 12-month prevalence of PEs were assessed using the Thai version of the World Health Organization-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0). Data were analyzed with descriptive statistics, chi-square tests, and multivariable logistic regression, incorporating population weighting.

Results: Among 4,160 participants, the lifetime and 12-month prevalence of PEs were 3.0% and 1.1%, respectively. Hallucinations (2.6% and 1.0%, respectively) were more common than delusions (0.7% and 0.2%, respectively). Significant differences in prevalence were found across demographic groups. The highest lifetime and 12-month prevalence rates were observed among those aged 18 - 24 years (8.2% and 3.7%, respectively) and the unemployed (3.9% and 1.6%, respectively). Geographically, the highest lifetime prevalence was in the southern border provinces (4.3%), while the highest 12-month prevalence was in the northeast (2.2%). Factors significantly associated with an increased chance of PEs (both lifetime and 12-month) included being aged 18 - 24 years, compared to 60 years and above, and unemployment. Living in the southern region, compared to Bangkok, was associated with a significantly lower chance of PEs.

Conclusion: Psychotic experiences in the Thai population show significant variation by region and demographic group, particularly among youth and the unemployed. These findings highlight the need to develop mental health services tailored to the context of each area and at-risk group.

Keywords: demographic factors, epidemiological survey, geographic distribution, prevalence, psychotic experiences

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

ความรู้เดิม : ประสบการณ์คล้ายโรคจิตพบได้ในประชากรทั่วไปโดยการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 พบความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 5.6 และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ความรู้ใหม่ : ความชุกตลอดชีวิตและในรอบ 12 เดือนของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรไทยปี พ.ศ. 2566 มีแนวโน้มลดลง โดยพบร้อยละ 3.0 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ ชายหญิงใกล้เคียงกัน พบความชุกสูงสุดในกลุ่มเยาวชน ผู้ว่างงาน และผู้ที่อาศัยในพื้นที่ชายแดนใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เยาวชนและการว่างงาน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การวางแผนจัดบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงและกลุ่มประชากรเปราะบาง เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบจากการเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิต

บทนำ

ประสบการณ์คล้ายโรคจิต (psychotic experiences: PEs, psychotic-like experiences: PLEs) คือ การมีอาการที่มีลักษณะคล้ายโรคจิตเภท (schizophrenia) แต่มีความรุนแรงน้อยกว่าและไม่ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบ DSM หรือ ICD¹ ประกอบด้วยอาการสำคัญ 2 กลุ่ม ได้แก่ อาการประสาทหลอน (hallucinations) เช่น การได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน การเห็นภาพที่ผู้อื่นมองไม่เห็น และอาการหลงผิด (delusions) เช่น ความคิดว่าถูกควบคุม ความคิดอ้างอิง ความคิดหวาดระแวง หรือความคิดว่าตนเองยิ่งใหญ่^{2,3} อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายโรคจิตยังคงมีความสามารถรับรู้ความเป็นจริง ไม่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญ และไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางจิตเวช ซึ่งต่างจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความบกพร่องของการรับรู้ความเป็นจริงและการทำหน้าที่อย่างชัดเจนและต้องการการรักษาเฉพาะทาง⁴

ประสบการณ์คล้ายโรคจิตเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในประชากรทั่วไปและมีความสำคัญในการทำ ความเข้าใจภาวะสุขภาพจิต⁵ เนื่องจากอาจเป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย^{6,7} รวมถึง

โรคจิตเภท⁸⁻¹⁰ พบความชุกประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรทั่วโลกเฉลี่ยร้อยละ 5 - 8 โดยมีความความแปรผันตั้งแต่ร้อยละ 0.8 - 31.4 ขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ¹¹⁻¹³ ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อประสบการณ์คล้ายโรคจิต เช่น ผู้ที่มีสถานะทางสังคม เศรษฐกิจต่ำ ผู้ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความขัดแย้ง ความเครียด หรือความรุนแรง และผู้ใช้สารเสพติด^{2,14-18} นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิต เช่น เพศ เชื้อชาติ อายุ และสถานภาพสมรส^{15,19,20}

สำหรับประเทศไทย การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตระดับชาติในปี พ.ศ. 2556 พบความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตตลอดชีวิตร้อยละ 5.6²¹ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดสำคัญของการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 คือ ไม่ได้รวมพื้นที่ชายแดนใต้ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) ซึ่งมีความไม่สงบสูงกว่าภูมิภาคอื่นมาเป็นอีกชั้นภูมิ ซึ่งความขัดแย้งและความไม่สงบเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงประสบการณ์คล้ายโรคจิตดังที่พบในการศึกษาในต่างประเทศ^{16,17} ดังนั้น การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจากภูมิภาคนี้มาวิเคราะห์ อีกทั้งคณะทำงานได้พัฒนาปรับปรุงระเบียบวิธีวิจัยโดยนำบทเรียนจากการสำรวจครั้งก่อนมาปรับใช้ โดยเฉพาะการลงพื้นที่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและกระบวนการเก็บข้อมูลที่เข้มงวดขึ้น จึงน่าจะสามารถสะท้อนความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประชากรไทยและความหลากหลายของอิทธิพลทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมระหว่างภูมิภาคที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตได้แม่นยำและครอบคลุมขึ้น²²⁻²⁵ นอกจากนี้ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ยังมีสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจทำให้บริบททางสังคมและความเสี่ยงต่อประสบการณ์คล้ายโรคจิตแตกต่างจากเดิม เช่น สถานการณ์ความขัดแย้ง โรคระบาด รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของนโยบายและบริการด้านสุขภาพจิต ชุดข้อมูลความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคและปัญหาจิตเวชต่าง ๆ ในการสำรวจ ฯ พ.ศ. 2566 นี้จึงมีความเป็นปัจจุบันมากที่สุด

การศึกษานี้จึงประมาณความชุกตลอดชีวิตและความชุกในรอบ 12 เดือนของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในคนไทยและสำรวจปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

สำหรับพัฒนามาตรการ ออกแบบบริการ และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดผลกระทบของประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย

วิธีการ

การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ DMH.IRB.CO.A 066/2565 วันที่รับรอง 15 กันยายน 2565

แหล่งข้อมูล

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 เป็นการสำรวจในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยในครัวเรือน ดำเนินการในเดือนมกราคมถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร โดยอ้างอิงจากความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทยจากการสำรวจ พ.ศ. 2556 ซึ่งพบว่ามี ความชุกร้อยละ 5.6²¹ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 1 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้จำนวน 4,800 คน ซึ่งให้ค่าอำนาจการทดสอบ (power) มากกว่าร้อยละ 80 สำหรับการตรวจจับความแตกต่างของความชุกระหว่างภูมิภาคที่ร้อยละ 2 และการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่มี odds ratio (OR) ≥ 1.5 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบขั้นภูมิหลายขั้นตอน (stratified multi-stage sampling) โดยแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กันตามขั้นภูมิ 6 ภูมิภาค ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และพื้นที่ชายแดนใต้ จากนั้นแต่ละภูมิภาคสุ่มตัวอย่างตามลำดับขั้นจากจังหวัด เขตจางนับ (enumeration area: EA) ครัวเรือน และสมาชิกในครัวเรือน

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ณ ที่พักอาศัยของผู้เข้าร่วมการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ คือ World Health Organization-composite international diagnostic interview 3.0 (WHO-CIDI 3.0)²⁷⁻²⁹ ฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือวินิจฉัยโรคและปัญหาจิตเวชแบบมีโครงสร้าง (structured diagnostic interview) ที่ได้รับการแปลและตรวจสอบความถูกต้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

สัมภาษณ์โดยบุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือ หลักการสัมภาษณ์ และการให้คะแนนการสัมภาษณ์ใช้เวลาเฉลี่ย 60 - 90 นาทีต่อคน โดยกระบวนการสุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดเช่นเดียวกับการสำรวจ พ.ศ. 2556²⁶

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมในการศึกษานี้ประกอบด้วยลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การทำงาน และภูมิภาค และประสบการณ์คล้ายโรคจิต ซึ่งอยู่ใน WHO-CIDI หมวด psychosis screener (PS) ประกอบด้วย 7 คำถามที่ประเมินอาการสำคัญของโรคจิต ได้แก่ อาการหลงผิดว่าถูกควบคุม การแทรกแซงความคิด ความรู้สึกถูกกระทำ ความคิดอ้างอิง ความคิดหวาดระแวง ความคิดหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ และอาการประสาทหลอน โดยประเมินทั้งความชุกตลอดชีวิตและความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยข้อคำถามหมวด PS ได้รับการทดสอบคุณสมบัติทางจิตมิติในระดับนานาชาติ พบว่าข้อคำถามมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ในระดับปานกลางถึงดีเมื่อเทียบกับการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิต (psychotic disorders) โดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM^{30,31}

การศึกษานี้กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของประสบการณ์คล้ายโรคจิตว่า การตอบว่า “ใช่” ในคำถามคัดกรองหมวด PS อย่างน้อย 1 ข้อจาก 7 ข้อ โดยแบ่งประสบการณ์คล้ายโรคจิตเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ อาการประสาทหลอน หากตอบ “ใช่” ในคำถามเกี่ยวกับการได้ยิน เห็น หรือรับรู้สิ่งที่ผู้อื่นไม่รับรู้ และอาการหลงผิด หากตอบ “ใช่” ในคำถามเกี่ยวกับความคิดหลงผิดประเภทใดประเภทหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร่วมกับค่าถ่วงน้ำหนักประชากร เพื่อให้ผลการศึกษาสะท้อนถึงประชากรไทยทั่วประเทศ โดยรายงานความชุกตลอดชีวิตและความชุกในรอบ 12 เดือนในรูปแบบร้อยละ ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error: SE) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI) ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนการมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตระหว่างตัวแปรด้วยการทดสอบ

ไคสแควร์ (chi-square test) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับประสบการณ์คล้ายโรคจิตด้วยการถดถอยโลจิสติก (logistic regression) แบบตัวแปรเดียวและหลายตัวแปร แสดงระดับความสัมพันธ์ด้วย OR และ 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 4,160 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 86.7 เป็นหญิงร้อยละ 63.4 อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 41.4 อายุ 41 - 59 ปีร้อยละ 39.7 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 63.3 มีการศึกษามากกว่าระดับปริญญาตรีร้อยละ 88.8 และมีงานทำร้อยละ 75.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

พบความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตโดยรวมร้อยละ 3.0 และความชุกในรอบ 12 เดือนร้อยละ 1.1 เมื่อจำแนกตามประเภทอาการ พบอาการประสาทหลอนบ่อยที่สุดโดยมีความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 2.6 และความชุก 12 เดือนร้อยละ 1.0 รองลงมาคืออาการหลงผิด (ความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 0.7 ความชุก 12 เดือนร้อยละ 0.2) โดยพบผู้ที่ไม่มีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิดร่วมกันน้อยที่สุด (ความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 0.3 ความชุก 12 เดือนร้อยละ 0.2) ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์คล้ายโรคจิตกับปัจจัยทางประชากรศาสตร์ (ตารางที่ 3) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามกลุ่มอายุสำหรับทั้งความชุกตลอดชีวิต ($\chi^2 = 15.42, p < .001$) และความชุกในรอบ 12 เดือน ($\chi^2 = 18.76, p < .001$) โดยกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี มีความชุกสูงสุด (ความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 8.2 ความชุก 12 เดือนร้อยละ 6.3) นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามสถานภาพการทำงานทั้งความชุกตลอดชีวิต ($\chi^2 = 4.26, p = .039$) และความชุก 12 เดือน ($\chi^2 = 4.89, p = .027$) โดยผู้ที่ไม่มีงานทำมีความชุกสูงกว่าผู้ที่มีงานทำ สำหรับสถานภาพสมรส พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับความชุก 12 เดือน ($\chi^2 = 4.15, p = .042$) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสำหรับความชุกตลอดชีวิต ($\chi^2 = 3.43, p = .064$) ส่วนปัจจัยด้านเพศและระดับการศึกษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์การกระจายตัวของความชุกตามภูมิภาค (ตารางที่ 3) พบว่าพื้นที่ชายแดนใต้มีความชุกตลอดชีวิตสูงสุด (ร้อยละ 4.3) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.5) และภาคกลาง (ร้อยละ 3.3) ในขณะที่ภาคใต้มีความชุกต่ำที่สุด (ร้อยละ 1.0) เมื่อวิเคราะห์ความชุก 12 เดือนพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงสุด (ร้อยละ 2.2) ในขณะที่ภาคใต้ยังคงมีความชุกต่ำที่สุด (ร้อยละ 0.2) พบความแตกต่างระหว่างภูมิภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความชุกตลอดชีวิต ($\chi^2 = 11.23, p = .047$) และความชุก 12 เดือน ($\chi^2 = 12.67, p = .027$)

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปรทำนายประสบการณ์คล้ายโรคจิตในตลอดช่วงชีวิตพบว่ากลุ่มอายุ 18 - 24 ปี มีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในตลอดช่วงชีวิตสูงกว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 3.12, 95% CI = 1.68 - 5.79) ผู้ที่ไม่มีงานทำมีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในตลอดช่วงชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีงานทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 1.47, 95% CI = 1.02 - 2.12) และผู้ที่อาศัยในภาคใต้มีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตต่ำกว่ากรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 0.34, 95% CI = 0.17 - 0.68)

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบหลายตัวแปรทำนายประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือน พบว่ากลุ่มอายุ 18 - 24 ปี มีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนสูงกว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 7.94, 95% CI = 3.50 - 18.02) ผู้ที่ไม่มีงานทำมีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนสูงกว่าผู้ที่มีงานทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 1.90, 95% CI = 1.08 - 3.36) ผู้ที่ไม่ได้สมรสมีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนสูงกว่าผู้ที่สมรสแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 1.85, 95% CI = 1.02 - 3.37) ผู้ที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนสูงกว่ากรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 2.36, 95% CI = 1.04 - 5.37) และผู้ที่อาศัยในภาคใต้มีโอกาสมีประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนต่ำกว่ากรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 0.21, 95% CI = 0.05 - 0.94)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 4,160)

	จำนวน	ร้อยละ (SE)	95% CI
เพศ			
ชาย	1,518	36.6 (1.1)	34.4 - 38.8
หญิง	2,642	63.4 (1.1)	61.2 - 65.6
กลุ่มอายุ (ปี)			
18 - 24	162	3.9 (0.5)	2.9 - 4.9
25 - 40	624	15.0 (0.8)	13.4 - 16.6
41 - 59	1,652	39.7 (1.1)	37.5 - 41.9
≥ 60	1,722	41.4 (1.1)	39.2 - 43.6
สถานภาพสมรส			
สมรส	2,633	63.3 (1.3)	60.7 - 65.9
ไม่ได้สมรส	1,527	36.7 (1.3)	34.1 - 39.3
การศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3,694	88.8 (0.7)	87.4 - 90.2
ปริญญาตรีขึ้นไป	466	11.2 (0.7)	9.8 - 12.6
การทำงาน			
มีงานทำ	3,120	75.0 (1.0)	73.0 - 77.0
ไม่มีงานทำ	1,040	25.0 (1.0)	23.0 - 27.0
ภูมิภาค			
กรุงเทพมหานคร	643	15.5 (0.8)	13.9 - 17.1
กลาง	726	17.4 (0.8)	15.8 - 19.0
เหนือ	705	17.0 (0.8)	15.4 - 18.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	667	16.0 (0.8)	14.4 - 17.6
ใต้	703	16.9 (0.8)	15.3 - 18.5
ชายแดนใต้	716	17.2 (0.8)	15.6 - 18.8

SE = standard error

ตารางที่ 2 ความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตจำแนกตามประเภทอาการ (n = 4,160)

	ความชุกตลอดชีวิต ร้อยละ (SE)	95% CI	ความชุก 12 เดือน ร้อยละ (SE)	95% CI
ประสบการณ์คล้ายโรคจิตทั้งหมด	3.0 (0.4)	2.3 - 3.9	1.1 (0.2)	0.7 - 1.6
อาการประสาทหลอน	2.6 (0.4)	1.9 - 3.5	1.0 (0.2)	0.6 - 1.4
อาการหลงผิด	0.7 (0.2)	0.4 - 1.2	0.2 (0.1)	0.1 - 0.4
อาการประสาทหลอนและหลงผิด	0.3 (0.1)	0.2 - 0.6	0.2 (0.1)	0.1 - 0.4

SE = standard error

วิจารณ์

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติ โดยพบความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรไทยที่ร้อยละ 3.0 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งพบร้อยละ 5.6²¹ สำหรับความชุก 12 เดือน พบว่าลดลงจากร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2556 เหลือร้อยละ 1.1 ในปี พ.ศ. 2566 ความชุกตลอดชีวิต

ที่พบต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจากการศึกษา WHO world mental health surveys ที่พบความชุกเฉลี่ยในประชากรทั่วไปร้อยละ 5.8¹² ทั้งนี้ การเปรียบเทียบกับการศึกษาในภูมิภาคเอเชียยังมีข้อจำกัดเนื่องจากความแตกต่างของเครื่องมือและวิธีการศึกษา วิธีการประเมินและขอบเขตของประสบการณ์คล้ายโรคจิต รวมถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละประเทศ¹³

ตารางที่ 3 ประสบการณ์คล้ายโรคจิตจำแนกตามปัจจัยทางประชากรศาสตร์ (n = 4,160)

	จำนวน	ตลอดชีวิต				รอบ 12 เดือน			
		ร้อยละ (SE)	95% CI	χ^2	p-value	ร้อยละ (SE)	95% CI	χ^2	p-value
เพศ				0.89	0.346			0.02	.892
ชาย	1,518	3.2 (0.7)	1.8 - 4.6			1.1 (0.3)	0.5 - 1.7		
หญิง	2,642	2.9 (0.5)	1.9 - 3.9			1.1 (0.3)	0.5 - 1.7		
อายุ				15.42	< .001			18.76	< .001
18 - 24 ปี	162	8.2 (3.9)	0.4 - 16.0			6.3 (3.7)	0.0 - 13.6		
25 - 40 ปี	624	3.7 (1.0)	1.7 - 5.7			1.5 (0.7)	0.1 - 2.9		
41 - 59 ปี	1,652	2.4 (0.5)	1.4 - 3.4			0.7 (0.2)	0.3 - 1.1		
≥ 60 ปี	1,722	2.8 (0.6)	1.6 - 4.0			0.8 (0.2)	0.4 - 1.2		
สถานภาพสมรส				3.43	.064			4.15	.042
สมรส	2,633	2.7 (0.4)	1.9 - 3.5			0.8 (0.2)	0.4 - 1.2		
ไม่ได้สมรส	1,527	3.8 (0.7)	2.4 - 5.2			1.6 (0.4)	0.8 - 2.4		
การศึกษา				0.06	.808			0.03	.864
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3,694	3.0 (0.4)	2.2 - 3.8			1.1 (0.2)	0.7 - 1.5		
ปริญญาตรีขึ้นไป	466	2.8 (1.1)	0.6 - 5.0			1.0 (0.6)	0.8 - 2.4		
การทำงาน				4.26	.039			4.89	.027
มีงานทำ	3,120	2.7 (0.4)	1.9 - 3.5			0.9 (0.2)	0.5 - 1.3		
ไม่มีงานทำ	1,040	3.9 (0.8)	2.3 - 5.5			1.6 (0.5)	0.6 - 2.6		
ภูมิภาค				11.23	.047			12.67	.027
กรุงเทพมหานคร	643	2.9 (0.8)	1.3 - 4.5			0.9 (0.4)	0.1 - 1.7		
กลาง	726	3.3 (0.8)	1.7 - 4.9			0.5 (0.2)	0.1 - 0.9		
เหนือ	705	2.6 (0.7)	1.2 - 4.0			1.1 (0.4)	0.3 - 1.9		
ตะวันออกเฉียงเหนือ	667	3.5 (0.9)	1.7 - 5.3			2.2 (0.8)	0.6 - 3.8		
ใต้	703	1.0 (0.4)	0.2 - 1.8			0.2 (0.1)	0.0 - 0.4		
ชายแดนใต้	716	4.3 (0.9)	2.5 - 6.1			0.6 (0.3)	0.0 - 1.2		

SE = standard error

แนวโน้มความชุกที่ลดลงในประชากรไทยอาจเป็นผลมาจากจากการเปลี่ยนแปลงในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 - 2566) ทั้งด้านระเบียบวิธีวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และบริบทสังคม ในด้านระเบียบวิธีวิจัย แม้ทั้งสองการศึกษาจะใช้เครื่องมือ WHO-CIDI ฉบับเดียวกัน แต่มีความแตกต่างในด้านการสุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล โดยการสำรวจ พ.ศ. 2566 มีกระบวนการฝึกอบรมผู้สัมภาษณ์และการควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูลที่เข้มงวดมากขึ้น อาจส่งผลให้ผู้เก็บข้อมูลสามารถระบุประสบการณ์คล้ายโรคจิตและแยกกลุ่มอาการที่เกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การใช้สารเสพติด ได้แม่นยำขึ้น ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้ง 2 ครั้งมีความแตกต่างกันทั้งกลุ่มอายุและภูมิภาค ซึ่งอาจมีผลต่อความแตกต่างของค่าประมาณการ การลดลงของความชุกยังอาจสะท้อนถึงการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย เช่น

ระบบบริการปฐมภูมิ ระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน รวมถึงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมที่ครอบคลุมการรักษาโรคจิตเวชมากขึ้น จึงอาจช่วยให้ผู้ที่มีอาการเริ่มต้นได้รับการคัดกรองและสามารถเข้าถึงการดูแลรักษา ก่อนที่จะพัฒนาเป็นอาการที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการรณรงค์ลดการตีตราทางสังคมต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง อาจช่วยเพิ่มทักษะของประชาชนในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและแสวงหาความช่วยเหลือ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชากรไทยยังอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 20 - 30 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต²¹ แสดงให้เห็นว่ายังมีความท้าทายในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรศาสตร์กับประสบการณ์คลุ้มคลั่ง (n = 4,160)

	จำนวน	ตลอดชีวิต				รอบ 12 เดือน			
		crude OR (95% CI)	p-value	adjusted OR (95% CI)	p-value	crude OR (95% CI)	p-value	adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ									
ชาย	1,518	1.10 (0.78 - 1.56)	.580	1.11 (0.78 - 1.58)	.346	1.03 (0.61 - 1.73)	.920	0.97 (0.57 - 1.65)	.892
หญิง	2,642	1		1		1		1	
อายุ									
18 - 24 ปี	162	3.09 (1.67 - 5.72)	< .001	3.12 (1.68 - 5.79)	< .001	8.34 (3.70 - 18.80)	< .001	7.94 (3.50 - 18.02)	< .001
25 - 40 ปี	624	1.33 (0.77 - 2.30)	.312	1.35 (0.78 - 2.33)	.284	1.89 (0.80 - 4.45)	.147	1.82 (0.76 - 4.33)	.147
41 - 59 ปี	1,652	0.84 (0.51 - 1.40)	.509	0.85 (0.51 - 1.42)	.536	0.89 (0.43 - 1.84)	.743	0.87 (0.42 - 1.81)	.743
≥ 60 ปี	1,722	1		1		1		1	
สถานภาพสมรส									
สมรส	2,633	1		1		1		1	.042
ไม่ได้สมรส	1,527	1.45 (1.00 - 2.10)	.05	1.43 (0.98 - 2.08)	.064	2.06 (1.16 - 3.64)	.013	1.85 (1.02 - 3.37)	.013
การศึกษา									
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3,694	1.06 (0.63 - 1.78)	.828	1.07 (0.62 - 1.85)	.808	1.06 (0.45 - 2.51)	.892	1.08 (0.44 - 2.67)	.892
ปริญญาตรีขึ้นไป	466	1		1		1		1	
การทำงาน									
มีงานทำ	3,120	1		1		1		1	.027
ไม่มีงานทำ	1,040	1.45 (1.02 - 2.07)	.041	1.47 (1.02 - 2.12)	.039	1.89 (1.09 - 3.27)	.023	1.90 (1.08 - 3.36)	.023
ภูมิภาค									
กรุงเทพมหานคร	643	1		1		1		1	.027
กลาง	726	1.15 (0.68 - 1.94)	.610	1.14 (0.67 - 1.95)	.623	0.56 (0.20 - 1.55)	.266	0.58 (0.21 - 1.62)	.266
เหนือ	705	0.88 (0.51 - 1.54)	.661	0.89 (0.51 - 1.56)	.698	1.23 (0.54 - 2.80)	.623	1.18 (0.52 - 2.70)	.623
ตะวันออกเฉียงเหนือ	667	1.22 (0.72 - 2.06)	.463	1.21 (0.71 - 2.08)	.482	2.49 (1.10 - 5.64)	.029	2.36 (1.04 - 5.37)	.029
ใต้	703	0.35 (0.18 - 0.69)	.002	0.34 (0.17 - 0.68)	.002	0.22 (0.05 - 0.98)	.047	0.21 (0.05 - 0.94)	.047
ชายแดนใต้	716	1.49 (0.89 - 2.51)	.132	1.51 (0.89 - 2.55)	.124	0.67 (0.24 - 1.85)	.441	0.63 (0.23 - 1.76)	.441

ประสบการณ์คล้ายโรคจิตมีการกระจายตามภูมิภาคที่แตกต่างกัน โดยพบว่าพื้นที่ชายแดนใต้มีความชุกตลอดชีวิตสูงที่สุด (ร้อยละ 4.3) แม้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกไม่พบว่ามีโอกาสเกิดเพิ่มขึ้นอย่างนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกรุงเทพมหานคร ขณะที่ภาคใต้มีความชุกตลอดชีวิตต่ำที่สุด (ร้อยละ 1.0) และมีโอกาสเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตทั้งตลอดชีวิตและในรอบ 12 เดือนต่ำกว่ากรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโอกาสเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตในรอบ 12 เดือนสูงกว่ากรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญ อาจสะท้อนถึงความแตกต่างของปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมระหว่างภูมิภาค โดยสถานการณ์ในพื้นที่ชายแดนใต้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในพื้นที่ที่มีความขัดแย้ง เช่น ประเทศอัฟกานิสถานและศรีลังกา ซึ่งพบความชุกของประสบการณ์คล้ายโรคจิตถึงร้อยละ 27.5 และ 9.7 ตามลำดับ^{16,17} แสดงถึงความจำเป็นของการศึกษาเพิ่มเติมที่เฉพาะเจาะจงในพื้นที่ชายแดนใต้เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ความไม่สงบกับประสบการณ์คล้ายโรคจิต ขณะที่ภาคใต้ที่ไม่ใช่ชายแดนใต้มีสถานการณ์ความขัดแย้งน้อยกว่าและยังมีปัจจัยป้องกันทางวัฒนธรรม เช่น ความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมและศาสนา²⁵ ซึ่งช่วยเป็นกลไกรองรับทางจิตใจ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีรายได้ต่อหัวต่ำที่สุดของประเทศและมีอัตราการว่างงานสูง²³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความยากจนและการว่างงานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อประสบการณ์คล้ายโรคจิต^{14,15}

การพบความชุกสูงสุดและโอกาสเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี (ร้อยละ 8.2) สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา^{32,33} ที่ชี้ให้เห็นว่าช่วงต้นของวัยรุ่นใหญ่เป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงประสบการณ์คล้ายโรคจิต เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านพร้อมกัน ทั้งทางชีวภาพ เช่น การพัฒนาของสมองที่ยังไม่เต็มที่ โดยเฉพาะในบริเวณสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตนเองและการตัดสินใจ ทางจิตวิทยา เช่น การสร้างอัตลักษณ์ ความกดดันในการศึกษาและการเริ่มต้นอาชีพ และทางสังคม เช่น การแยกตัวจากครอบครัว การสร้างความสัมพันธ์ และ

การเผชิญความคาดหวังจากสังคม ปัจจัยเหล่านี้อาจเพิ่มความเปราะบางต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจในกลุ่มอายุนี้นี้³⁴

ความสัมพันธ์ระหว่างการไม่มีงานทำกับประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่พบในการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดทางสังคม (social stress theory) ที่เสนอว่าความเครียดและความไม่มั่นคงด้านเศรษฐกิจและการดำรงชีพมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต³⁵⁻⁴⁰ นอกจากนี้การไม่มีงานทำยังส่งผลเชิงลบต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง การมีบทบาททางสังคม และโครงสร้างในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพจิตที่ดี^{41,42}

ข้อสังเกตที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การสำรวจครั้งนี้พบความชุกตลอดชีวิตของประสบการณ์คล้ายโรคจิตในชายและหญิงใกล้เคียงกันมากขึ้น (ร้อยละ 3.2 และร้อยละ 2.9 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา พ.ศ. 2556 ที่พบความชุกในเพศหญิงสูงกว่าชาย (ร้อยละ 6.2 และร้อยละ 4.8 ตามลำดับ)²¹ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจสะท้อนถึงการพัฒนาของสังคมในด้านความเท่าเทียมทางเพศและการลดลงของการตีตราทางสังคมต่อการแสดงออกถึงปัญหาสุขภาพจิตในผู้ชาย^{2,43,44} ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันแนวโน้มดังกล่าว

การศึกษานี้เป็นครั้งแรกที่สำรวจการกระจายตัวและปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประเทศไทย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละภูมิภาคอาจมีอิทธิพลต่อการเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีบริบทพิเศษ เช่น จังหวัดชายแดนภาคใต้ การพบความชุกที่สูงในกลุ่มเยาวชนและผู้ว่างงานชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาระบบบริการในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการดูแลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เป็นพิเศษ นอกจากนี้ การสำรวจ พ.ศ. 2566 นี้ยังมีจุดแข็งที่สำคัญหลายประการ โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือมาตรฐานสากลที่ผ่านการแปลและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ซึ่งช่วยให้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือและสามารถเปรียบเทียบกับการศึกษาในระดับนานาชาติได้ นอกจากนี้ การออกแบบการสุ่มตัวอย่างที่เข้มงวดและจำแนกภูมิภาคที่ละเอียดขึ้น การเพิ่มคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ร่วมกับอัตราการตอบกลับที่สูงยังช่วยเพิ่ม

ความเที่ยงตรงทั้งภายในและภายนอกของการศึกษาและ
ลดอคติจากการไม่ตอบแบบสอบถาม

การศึกษานี้รวมถึงชุดข้อมูลที่ไม่มีข้อจำกัดที่ควร
พิจารณาในการนำไปใช้ ดังนั้น การเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง
ทำให้ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร
ต่าง ๆ กับการเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิตได้ ความแตกต่าง
ทางวัฒนธรรมระหว่างภูมิภาคอาจส่งผลต่อการแปลความหมาย
และการรายงานอาการ แม้ใช้เครื่องมือมาตรฐานแล้วก็ตาม^{19,20}
การศึกษานี้ไม่ได้นำประวัติโรคทางจิตเวชครอบครัวและการใช้
สารเสพติดซึ่งอาจเป็นตัวแปรกวนที่สำคัญมาวิเคราะห์ ทั้งนี้
เนื่องจากตัวแปรดังกล่าวมักมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับ
การเกิดประสบการณ์คล้ายโรคจิต จึงอาจบดบังความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยทางสังคมประชากรกับประสบการณ์คล้ายโรคจิต
ซึ่งเป็นขอบเขตของการศึกษานี้ โดยเฉพาะการใช้สารเสพติด
ที่มีความสัมพันธ์แบบสองทางกับประสบการณ์คล้ายโรคจิต
โดยที่การใช้สารเสพติดอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อประสบการณ์
คล้ายโรคจิต ในทางกลับกันผู้มีประสบการณ์คล้ายโรคจิต
อาจใช้สารเสพติดเพื่อเป็นการบรรเทาอาการ¹⁸

ในอนาคตควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อ
ทำความเข้าใจการดำเนินของประสบการณ์คล้ายโรคจิตและ
ยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ
ในกลุ่มเสี่ยงสูง การศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ที่มีความชุก
สูงและต่ำเพื่อค้นหาปัจจัยป้องกันและปัจจัยเสี่ยงที่จำเพาะ
ในบริบทไทย การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้
สารเสพติดกับประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรไทย
และการพัฒนาเครื่องมือประเมินที่มีความไวต่อวัฒนธรรม
เพื่อให้สามารถระบุปัญหาได้แม่นยำขึ้น

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นรูปแบบการกระจายตัวของ
ประสบการณ์คล้ายโรคจิตในประชากรไทยที่มีความแตกต่าง
กันตามภูมิภาคและกลุ่มประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน
และผู้ว่างงาน การลดลงของความชุกในระยะ 10 ปีอาจเกิดจาก
การพัฒนาคุณภาพระเบียบวิธีวิจัยการสำรวจและการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพจิตของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม
ยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่และกลุ่มประชากร
ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาบริการที่เหมาะสมกับ

บริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายเพื่อป้องกัน
ปัญหาและผลกระทบในประชากรกลุ่มเสี่ยงของประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานการสำรวจระดับชาติวิทยา
สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 และผู้เก็บ
รวบรวมข้อมูลภาคสนาม และขอขอบคุณคุณจิตติมา ณรงค์ศักดิ์
ที่ช่วยจัดรูปแบบและตรวจทานบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Staines L, Healy C, Murphy F, Byrne J, Murphy J, Kelleher I, et al. Incidence and persistence of psychotic experiences in the general population: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2023;49(4):1007-21. doi:10.1093/schbul/sbad056.
2. Fekih-Romdhane F, Pandi-Perumal SR, Conus P, Krebs MO, Cheour M, Seeman MV, et al. Prevalence and risk factors of self-reported psychotic experiences among high school and college students: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Acta Psychiatr Scand.* 2022;146(6):492-514. doi:10.1111/acps.13494.
3. Maxwell J, Ronald A, Cardno AG, Breen G, Rimfeld K, Vassos E. Genetic and geographical associations with six dimensions of psychotic experiences in adolescence. *Schizophr Bull.* 2023;49(2):319-28. doi:10.1093/schbul/sbac149.
4. Cooper SM, Fusar-Poli P, Uhlaas PJ. Characteristics and clinical correlates of risk symptoms in individuals at clinical high-risk for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2023;254:54-61. doi:10.1016/j.schres.2023.02.011.
5. Møller P, Nelson B, McGorry PD, Mei C, Amminger GP, Yuen HP, et al. Psychosis risk: time to look empirically at a first-step economical-pragmatic way to examine anomalous self-experience. Exploring the SQuEASE-11. *Schizophr Bull.* 2024 Apr 10:sbae149. doi:10.1093/schbul/sbae149.
6. Gregersen M, Møllegaard Jepsen JR, Brandt JM, Søndergaard A, Rohd SB, Veddem L, et al. Suicidal ideation and non-suicidal self-injury following early childhood psychotic experiences in preadolescent children at familial high risk of

- schizophrenia or bipolar disorder-The Danish High Risk and Resilience Study, VIA 11. *Schizophr Bull.* 2023;49(6):1602-13. doi:10.1093/schbul/sbad052.
7. Rodriguez KM, Sharifi V, Eaton WW. Association of psychotic experiences and incident depression in a longitudinal population-based community survey. *Psychiatr Res Clin Pract.* 2023;5(1):16-23. doi:10.1176/appi.prcp.20220021.
8. Austin SF, Hastrup LH, van Os J, Simonsen E. Psychotic experiences and mental health outcomes in the general population: The Lolland-Falster Health Study. *Schizophr Res.* 2023;260:85-91. doi:10.1016/j.schres.2023.08.013.
9. Brandt JM, Gregersen M, Søndergaard A, Krantz MF, Knudsen CB, Andreassen AK, et al. Associations between exposure to early childhood adversities and middle childhood psychotic experiences in children at familial high risk of schizophrenia, bipolar disorder, and population-based controls: The Danish high risk and resilience study - VIA 7 and VIA 11. *Psychol Med.* 2023;53(14):6635-45. doi:10.1017/S0033291722004020.
10. Wiedemann A, Stochl J, Russo D, Patel U, Ashford PA, Ali N, et al. Clinical presentation of psychotic experiences in patients with common mental disorders attending the UK primary care improving access to psychological therapies (IAPT) Programme. *J Affect Disord.* 2024;344:233-41. doi:10.1016/j.jad.2023.10.073.
11. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, et al. Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(7):697-705. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0575.
12. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade L, Borges G, et al. Age of onset and lifetime projected risk of psychotic experiences: cross-national data from the World Mental Health Survey. *Schizophr Bull.* 2016;42(4):933-41. doi:10.1093/schbul/sbw011.
13. Supanya S, Morgan C, Reininghaus U. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of psychotic experience in countries outside of North America, Europe and Australasia [Abstract S145]. *Npj Schizophr.* 2016;2:Article 16009, p.53.
14. Kırılı U, Binbay T, Drukker M, Elbi H, Kayahan B, Keskin Gökçelli D, et al. DSM outcomes of psychotic experiences and associated risk factors: 6-year follow-up study in a community-based sample. *Psychol Med.* 2019;49(8):1346-56. doi:10.1017/S0033291718001964.
15. Cosgrave J, Purple RJ, Haines R, Porcheret K, van Heugten-van der Kloet D, Johns L, et al. Do environmental risk factors for the development of psychosis distribute differently across dimensionally assessed psychotic experiences? *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):226. doi:10.1038/s41398-021-01265-2.
16. Keraite A, Sumathipala A, Siriwardhana C, Morgan C, Reininghaus U. Exposure to conflict and disaster: a national survey on the prevalence of psychotic experiences in Sri Lanka. *Schizophr Res.* 2016;171(1-3):79-85. doi:10.1016/j.schres.2016.01.026.
17. Kovess-Masfety V, Sabawoon A, Keyes K, Karam E. Prevalence, risk factors, and comorbidities of psychotic experiences in Afghanistan: a highly stressful environment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2024;59(1):99-109. doi:10.1007/s00127-023-02539-4.
18. Shakoor S, Zavos HM, McGuire P, Cardno AG, Freeman D, Ronald A. Psychotic experiences are linked to cannabis use in adolescents in the community because of common underlying environmental risk factors. *Psychiatry Res.* 2015;227(2-3):144-51. doi:10.1016/j.psychres.2015.03.041.
19. Vermeiden M, Janssens M, Thewissen V, Akinsola E, Peeters S, Reijnders J, et al. Cultural differences in positive psychotic experiences assessed with the Community Assessment of Psychic Experiences-42 (CAPE-42): a comparison of student populations in the Netherlands, Nigeria and Norway. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):244. doi:10.1186/s12888-019-2210-8.
20. DeVyllder J, Anglin D, Munson MR, Nishida A, Oh H, Marsh J, et al. Ethnoracial variation in risk for psychotic experiences. *Schizophr Bull.* 2023;49(2):385-96. doi:10.1093/schbul/sbac171.

21. Supanya S, The Thai Mental Health Survey Working Group, Morgan C, Reininghaus U. SU59. Prevalence of psychotic experiences and traumatic events in the 2013 Thai National Mental Health Survey. *Schizophr Bull.* 2017;43(Suppl 1):S182. doi:10.1093/schbul/sbx024.057.
22. Engvall A, Andersson M. The dynamics of conflict in Southern Thailand. *Asian Econ Pap.* 2014;13(3):169-89. doi:10.1162/ASEP_a_00303.
23. Rabil K. The urban-rural income inequality in Thailand: 1996-2011. *Keizai Shusen.* 2012;62(4): 25-43. doi:10.18999/ecos.60.2.25.
24. Fang Z, Sakellariou C. Evolution of urban-rural living standards inequality in Thailand: 1990-2006. *Asian Econ J.* 2013;27(3):285-306. doi:10.1111/asej.12015.
25. Suavansri P, Pichayayothin N, Espinosa PR, Areekit P, Nilchantuk C, Jones TS, et al. Well-being in Thailand: a culturally driven grounded inquiry exploration of a complex construct. *Appl Res Qual Life.* 2022;17(6):3327-47. doi:10.1007/s11482-022-10067-7.
26. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai National Mental Health Survey 2013: methodology and procedure. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2016;24(1):1-14. (in Thai).
27. Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JJ, Gibbon M, Guyer ME, et al. Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13(2):122-39. doi:10.1002/mpr.169.
28. 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(2):93-121. doi:10.1002/mpr.168.
29. Heeringa SG, Wells JE, Hubbard F, Mneimneh Z, Chiu WT, Sampson N, et al. Sample designs and sampling procedures. In: Kessler RC, Üstün TB, editors. *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders.* New York: Cambridge University Press; 2008. p. 30-53.
30. Hanssen MS, Bijl RV, Vollebergh W, van Os J. Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107(5):369-77. doi:10.1034/j.1600-0447.2003.00058.x.
31. Degenhardt L, Hall W, Korten A, Jablensky A. Use of a brief screening instrument for psychosis: results of an ROC analysis. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales; 2005.
32. Isaksson J, Angenfelt M, Frick MA, Olofsdotter S, Vadlin S. Psychotic-like experiences from adolescence to adulthood: a longitudinal study. *Schizophr Res.* 2022;248:1-7. doi:10.1016/j.schres.2022.07.010.
33. Burton IJ, Tibbo PG, Ponto N, Crocker CE. Heterogeneity in assessing the risk of developing a psychotic disorder given a previous subclinical psychotic-like experience in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2024;342:116207. doi:10.1016/j.psychres.2024.116207.
34. Carey E, Gillan D, Burke T, Burns A, Murphy TM, Kelleher I, et al. Social cognition and self-reported ASD traits in young adults who have reported psychotic experiences: a population-based, longitudinal study. *Schizophr Res.* 2021;237:54-61. doi:10.1016/j.schres.2021.08.028.
35. Selten JP, van der Ven E, Rutten BP, Cantor-Graae E. The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophr Bull.* 2013;39(6):1180-6. doi:10.1093/schbul/sbt134.
36. Selten JP, Termorshuizen F. "Ethnic density of neighbourhood at age 15 modifies the risk for psychosis". So what? *Schizophr Res.* 2017;190: 88-9. doi:10.1016/j.schres.2017.11.002.
37. Selten JP, Di Forti M, Quattrone D, Jones PB, Jongsma HE, Gayer-Anderson C, et al. The contribution of cannabis use to the increased psychosis risk among minority ethnic groups in Europe. *Psychol Med.* 2024;54(11):2937-46. doi:10.1017/S0033291724001004.

38. Selten JP, Boonij J, Buwalda B, Meyer-Lindenberg A. Biological mechanisms whereby social exclusion may contribute to the etiology of psychosis: a narrative review. *Schizophr Bull.* 2017;43(2): 287-92. doi:10.1093/schbul/sbw180.
39. Selten JP, van der Ven E, Termorshuizen F. Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. *Psychol Med.* 2020;50(2):303-13. doi:10.1017/S0033291719000035.
40. Gayer-Anderson C, Jongsma HE, Di Forti M, Quattrone D, Velthorst E, de Haan L, et al. The EUropean Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions (EU-GEI): incidence and first-episode case-control programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020;55(5):645-57. doi:10.1007/s00127-020-01831-x.
41. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med.* 2013;43(6):1133-49. doi:10.1017/S0033291712001626.
42. Grattan RE, Linscott RJ. Components of schizophrenia liability affect the growth of psychological stress sensitivity following major life events. *Schizophr Res.* 2019;212:134-9. doi:10.1016/j.schres.2019.07.056.
43. Akcaoglu Z, Myin-Germeys I, Vaessen T, Janssens J, Wampers M, Bamps E, et al. Sex differences in subclinical psychotic experiences: the role of daily-life social interactions. *Schizophr Bull.* 2024 May 21:sbae177. doi:10.1093/schbul/sbae177.
44. Salvadé A, Golay P, Abrahamyan L, Bonnarel V, Solida A, Alameda L, et al. Gender differences in first episode psychosis: some arguments to develop gender specific treatment strategies. *Schizophr Res.* 2024;271:300-8. doi:10.1016/j.schres.2024.07.046.