

การสำรวจระบาศาติภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖: วิธีการและกระบวนการ

Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, พ.บ.¹, นพพร ตันติรังสี, พ.บ.², วรวรรณ จูทา, กศ.ม.¹,
 สาวิตรี อัสณางค์กรชัย, พ.บ.³ และ สุทธา สุปัญญา, พ.บ.⁴
*Phunnapa Kittirattanapaiboon, M.D.¹, Nopporn Tantirangsee, M.D.², Worawan Chutha, M.Ed.¹,
 Sawitri Assanangkornchai, M.D.³ and Suttha Supanya, M.D.⁴*

¹สำนักงานบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

¹Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health

²โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, ³มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ⁴โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

²Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, ³Faculty of Medicine, Prince of Songkla University

⁴Prasimahabodi Psychiatric Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเสนอระเบียบวิธีวิจัย การดำเนินงานภาคสนามและการจัดการข้อมูล ในการสำรวจ
 ระบาศาติภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. ๒๕๕๖

วัสดุและวิธีการ เป็นการสำรวจภาคตัดขวางในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปอาศัยในครัวเรือน
 ส่วนบุคคลทั่วประเทศ สุ่มตัวอย่าง 4 ขั้นตอน มีภาคและกรุงเทพมหานครเป็นสตรัทม์โดยไม่สุ่มทดแทน บุคลากร
 สุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมทำการสัมภาษณ์แบบต่อหน้าเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย และคุณภาพชีวิต
 ด้วย World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย และ European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels (EQ-5D-5L) ฉบับภาษาไทย สัมภาษณ์เพิ่มเติมใน
 ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปด้วย Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai 2002) เพื่อคัดกรองภาวะพร่องพุทธิปัญญา
 (cognitive impairment) และในครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 4-16 ปีอาศัยอยู่ ให้ผู้ดูแลสัมภาษณ์ประเมินพฤติกรรมเด็กที่
 สุ่มได้ด้วย Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับผู้ปกครอง มีการควบคุมคุณภาพกระบวนการ
 เก็บข้อมูลภาคสนามตามข้อกำหนดของการสำรวจสุขภาพจิตโลก

ผล จากการสุ่ม 6,360 ครัวเรือน พบบุคคลที่เข้าเกณฑ์สำรวจ 4,878 คน ยินยอมเข้าร่วมโครงการ
 4,766 คน และสัมภาษณ์แล้วเสร็จ 4,727 คน คิดเป็นอัตราตอบรับ (response rate) ร้อยละ 74.3 ในจำนวนนี้
 มีผู้ที่ได้รับการประเมิน MMSE 1,356 คนและประเมิน SDQ ฉบับผู้ปกครอง 1,938 คน

สรุป การสำรวจระบาศาติภาพจิตครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่นำวิธีการและเครื่องมือของการสำรวจ
 สุขภาพจิตโลกมาใช้ ผลการสำรวจครั้งนี้จะช่วยนำเสนอข้อมูลระบาศาติภาพจิตที่สำคัญของไทยเพื่อการ
 พัฒนานโยบายและวางแผนสุขภาพของประเทศ อีกทั้งเป็นการเสริมข้อมูลระบาศาติภาพจิตในกลุ่มประเทศอาเซียน
 เพื่อเปรียบเทียบกับนานาชาติ

คำสำคัญ: การสำรวจระดับชาติ ระบาศาติภาพ สุขภาพจิต

Abstract

Objective: To present methodology, field procedures and data management of the 4th Thai national mental health survey in 2013 (TNMHS 2013)

Materials and methods: The TNMHS 2013 was a cross-sectional survey assessing representative household samples of Thai population ageing 18 and over using a stratified four-stage probability non-replacement sample method with regions and Bangkok as primary strata. All respondents were face-to-face interviewed by trained interviewers for their common mental health problems and quality of life using WMH-CIDI 3.0 (World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0), Thai version and EQ-5D-5L (European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels). Additionally, respondents ageing 60 and over were also administered with the MMSE-Thai 2002 (Mini-Mental State Examination) to ascertain the level of cognitive impairment. Correspondingly in households with children ageing between 4 and 16, the parent version of SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) was similarly rated by the respondents to assess behaviors of a random child living in the same household. Strict field monitoring and supervisions were enforced to ensure the quality of data collection and management according to the world mental health survey guide.

Result: Of the specified 6,360 representative household samples, 4,878 households were eligible and a total of 4,766 respondents, one from each household, agreed to participate. In all, 4,727 (response rate 74.3%) completed the WMH-CIDI and EQ-5D-5L, in which 1,356 and 1,948 also completed the MMSE and SDQ for parents respectively.

Conclusion: The TNMHS 2013 is the first national mental health survey in Thailand that adopted the instrument and procedures of the world mental health survey in its entirety. The results from this survey will provide essential information to help in the planning and development of Thailand's health policies and will further the understanding of current psychiatric epidemiological landscape within ASEAN and globally beyond.

Keywords: CIDI, epidemiology, mental health, national survey

บทนำ

ทีมสำรวจสุขภาพจิตโลก (World Mental Health Survey (WMHS) Initiative) ได้ร่วมมือกันในประเทศต่างๆ ตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) เพื่อสำรวจระบadowสุขภาพจิตในประเทศของตน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ดำเนินการมาแล้ว 28 ประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างประเทศในด้านความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต สารเสพติดและปัญหาพฤติกรรม รวมถึงผลที่ตามมาและการเข้ารับบริการ¹⁻⁴ โดยใช้เครื่องมือ World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)⁵ ที่ประเมินโรคจิตเวชตามเกณฑ์วินิจฉัย International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10-revision (ICD-10)⁶ และ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV Fourth Edition (DSM-IV)⁷ เครื่องมือเป็นแบบ Paper And Pencil Instrument (PAPI) ที่ตอบแบบสอบถามในกระดาษ ต่อมาพัฒนาเป็น Computer-Assisted Personal Interviews (CAPI) ที่ใช้คอมพิวเตอร์เพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์ทำได้รวดเร็วและถูกต้องมากขึ้น และเนื่องจากมีการใช้เครื่องมือในหลากหลายภาษา จึงได้มีการกำหนดเกณฑ์วิธีการแปล (translation protocol) เพื่อแปลเครื่องมือและเอกสารการอบรม นักวิจัยหลักและผู้อบรมนักวิจัยภาคสนามจะต้องได้รับการคัดเลือกรับรองจากศูนย์อบรมเครื่องมือ CIDI ที่ผ่านการรับรอง (authorized CIDI training and reference center; TRC) มาก่อน เพื่อเรียนรู้การใช้เครื่องมือระเบียบวิธีวิจัย การสุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูล การจัดการข้อมูล ตลอดจนการควบคุมคุณภาพ⁸

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการสำรวจระบadowสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติเป็นครั้งแรกใน ปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ด้วยเครื่องมือที่ดัดแปลงจากเกณฑ์ DSM-IV⁷ หลังจากนั้นได้มีการสำรวจทุก 5 ปี ครั้งที่สองในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ และครั้งที่สามในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยใช้เครื่องมือ Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย^{9, 10} ผลการสำรวจสามครั้งที่ผ่านมา พบความชุกของโรคจิตเวชในคนไทยร้อยละ 23.2¹¹, 18.6¹² และ 14.3¹³ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบกับนานาชาติเนื่องจาก M.I.N.I. เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยทางคลินิกเมื่อนำมาใช้ในการสำรวจทางระบadowสุขภาพจะทำให้ทราบเฉพาะความชุกที่จุดของเวลา (point-time prevalence) เท่านั้น ไม่สามารถบอกค่าความชุกใน 1 ปี (1-year prevalence) หรือความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ได้ อีกทั้งขาดข้อมูลในด้านผลกระทบที่ตามมาและการรับบริการสุขภาพ ซึ่งจำเป็นในการวางแผนนโยบายสุขภาพ

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ การสำรวจระบadowสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งที่ 4 จึงได้พัฒนาเครื่องมือและระเบียบวิธีการสำรวจตามข้อกำหนดของ WMHS โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการความชุกของปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลที่ตามมา และการเข้าถึงบริการในประเทศไทย โดยข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวแทนประเทศ และเป็นตัวแทน 4 ภาคและกรุงเทพมหานคร (กทม.) นอกจากนั้นการสำรวจครั้งนี้ยังสนใจประเด็นคุณภาพชีวิต และเพิ่มเติมการสำรวจภาวะพร่องพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุเพราะเป็นปัญหาสำคัญที่เพิ่มขึ้นในอนาคต และปัญหา

พฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กและวัยรุ่นเนื่องจากยังไม่เคยมีการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นระดับชาติมาก่อน แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลเพิ่มเติมดังกล่าวเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของประเทศได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอระเบียบวิธีวิจัย การดำเนินงานภาคสนาม และการจัดการข้อมูลในโครงการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ให้เป็นข้อมูลในการเรียนรู้ และเป็นแหล่งอ้างอิงสำหรับบทความอื่นที่ใช้ฐานข้อมูลของการสำรวจในครั้งนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มเป้าหมาย (study design and target population)

อิงตามข้อกำหนดของ WMHS โดยเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง สุ่มตัวอย่าง 4 ชั้นภูมิในประเทศไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลอย่างน้อย 3 เดือน ไม่รวมผู้อาศัยอยู่ในวัด ค่ายทหาร เรือนจำ โรงเรียนประจำ สถานศึกษา หรือหอพัก สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมให้สัมภาษณ์ด้วยความสมัครใจ โดยไม่สุ่มทดแทน ใช้วิธีสัมภาษณ์แบบต่อหน้าโดยบุคลากรสุขภาพจิตที่ผ่านการอบรมอย่างเข้มข้น จนสามารถเป็นนักสัมภาษณ์มืออาชีพ (professional interviewer) ได้ ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ดูแลภาคสนาม (supervisor) เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ โครงการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ ๗๗/๒๕๕๖

การสุ่มตัวอย่าง (sampling)

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้การประมาณค่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 14.3¹³ กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 และค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.01 โดยใช้การทดสอบแบบสองทาง (two-tailed test) ได้จำนวนตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งสิ้น 4,708 ราย กำหนดค่าชดเชยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการร้อยละ 20 รวมได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 6,360 คน

สำนักงานนโยบายและวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติดำเนินการสุ่มตัวอย่างใช้แผนการสุ่มตัวอย่างความน่าจะเป็นแบบแบ่ง 4 ชั้นภูมิ (stratified four-stage probability sampling) โดยมีสูตรดังนี้คือ 4 ภาคและกรุงเทพมหานคร การสุ่มครั้งแรกเป็นการสุ่มเขต (ในกทม.) หรือจังหวัด (ในแต่ละภาค) ดังนั้น primary sampling units (PSUs) คือ เขตหรือจังหวัดจากการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้ 4 เขตในกทม. และ 16 จังหวัด การสุ่มครั้งที่สองเป็นการสุ่มเขตแขวงนับ (enumeration areas: EAs) โดยแต่ละ EA มีประมาณ 150-200 ครัวเรือน (ตามบัญชีที่กำหนดขึ้นในงานสำมะโนประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ) ดังนั้น secondary sampling units (SSUs) คือ EAs จากการสุ่มตามสัดส่วนของขนาดหน่วยวัด (probability proportional to size; PPS) อย่างเป็นระบบได้ 265 EAs การสุ่มครั้งที่สามเป็นการสุ่มครัวเรือน ดังนั้น tertiary sampling units (TSUs) คือครัวเรือน โดยที่ครัวเรือนในเขตเทศบาลใช้กรอบแผนที่บ้าน และนอกเขตเทศบาลใช้กรอบรายชื่อครัวเรือน สุ่มครัวเรือนอย่างเป็นระบบจำนวน 24 ครัวเรือน ในแต่ละ EA รวมได้ 6,360 ครัวเรือน การสุ่มครั้งที่สี่คือสุ่มสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ดังนั้น ultimate sampling units (USUs) คือสมาชิกในครัวเรือน การสุ่มทำโดยเรียงอายุและเพศ

ของสมาชิกในครัวเรือน อายุเรียงจากมากไปน้อย และเพศเรียงจากชายไปหญิง เลือกครัวเรือนละ 1 คน ด้วยตารางคิช (Kish selection table)¹⁴ โดยไม่

สามารถเปลี่ยนคนอื่นทดแทนได้ (sampling without replacement) ได้หน่วยตัวอย่างทั้งสิ้น 6,360 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลการสุ่มตัวอย่างจำแนกชั้นภูมิ

ภาค	เขต/จังหวัด	จำนวนเขต แ่งนับ (EA)	จำนวนครัวเรือน
กรุงเทพมหานคร	บางรัก จอมทอง วังทองหลาง คลองสามวา	53	1,272
ภาคกลาง	นนทบุรี สระบุรี จันทบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี	53	1,272
ภาคเหนือ	เชียงใหม่ สุโขทัย เพชรบูรณ์	53	1,272
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ชัยภูมิ มหาสารคาม อุบลราชธานี อุดรธานี มุกดาหาร	53	1,272
ภาคใต้	สตูล นครศรีธรรมราช ระนอง	53	1,272
รวม	4 เขต/ 16 จังหวัด	265	6,360

เครื่องมือ (tools and measures)

เครื่องมือหลักที่ใช้คือ WMH-CIDI 3.0⁵ ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างใช้ในการวินิจฉัยโรคจิตเวช มีความเที่ยงตรงสูง สามารถวินิจฉัยความเจ็บป่วยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและชีวิตที่ผ่านมา และยังมีข้อคำถามในการประเมินความรุนแรงของโรค การรักษาที่ผ่านมา ปัจจัยเสี่ยงและผลที่ตามมา เครื่องมือนี้พัฒนาต่อมาจาก WHO-CIDI¹⁵

การแปล WMH-CIDI 3.0 ชุด PAPI ฉบับภาษาไทย ดำเนินการตามขั้นตอนที่ WMHS กำหนด กล่าวคือ ขั้นแรกทำการแปลโดยทีมจิตแพทย์ที่มีความชำนาญภาษาอังกฤษ แบ่งชุดการแปลตามความเชี่ยวชาญ เน้นการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น ได้ใจความ มีบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และสอดคล้องของทุกชุดเครื่องมือ ผ่านการประชุมวิพากษ์โดยคณะจิตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเครื่องมือไปใช้ในขั้นที่สองซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ความเข้าใจ

(pretesting and cognitive interviewing) ตรวจสอบการใช้ภาษา ความเข้าใจและการรับรู้ในแต่ละข้อคำถาม เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือเหมาะกับบริบทและวัฒนธรรมไทย ทำการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวในผู้ป่วยจิตเวชตามปัญหาผู้ป่วยในทุกข้อคำถามของชุดนั้นๆ ชุดละ 10 คน ดำเนินการในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตที่เป็นตัวแทนภูมิภาคทั่วประเทศ 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ อุบลราชธานี นครราชสีมา สงขลา และสุราษฎร์ธานี และขั้นสุดท้ายเป็นการทดลองนำร่อง (pilot test) โดยทดลองสัมภาษณ์จริงในประชากรทั่วไป ทดสอบกระบวนการสุ่มในชุมชนและเก็บข้อมูลตามขั้นตอนการสำรวจจริง เพื่อประเมินความเป็นไปได้และปัญหาอุปสรรคที่อาจพบได้ในการสำรวจ ดำเนินการใน 5 พื้นที่เดิม

หน่วยตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ทุกรายจะได้รับ การสัมภาษณ์ด้วย WMH-CIDI-PAPI ฉบับภาษาไทย โดยเลือกชุดแบบสอบถามตามข้อกำหนดขั้นต่ำของ

WMHS ประกอบด้วย ชุดพื้นฐาน (ชุดข้อมูลทั่วไป (demographics), ชุดการสังเกตของผู้สัมภาษณ์ (interviewer observations) และชุดคัดกรอง (screening)) กลุ่มโรคจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคทางอารมณ์ (ชุด depression และ ชุด mania) กลุ่มโรควิตกกังวล (ชุด panic disorder, ชุด agoraphobia, ชุด generalized anxiety disorder และ ชุด post-traumatic stress disorder) กลุ่มสุราและสารเสพติด (ชุด alcohol use และ ชุด illegal substance use) ผลกระทบและบริการสุขภาพ (ชุดฆ่าตัวตาย (suicidality), ชุดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic condition) และ ชุดการรับบริการ (services)) นอกจากนี้การสำรวจครั้งนี้ยังได้เพิ่มชุดสัมภาษณ์เพิ่มเติม คือ ชุดคัดกรองโรคจิต (ชุด psychosis screen) เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งก่อนและนำไปสู่การสำรวจความชุกของโรคจิตเภทต่อไป และกลุ่มปัญหาพฤติกรรมและความรุนแรง ได้แก่ ชุดบุหรี่ (nicotine) ชุดการพนัน (gambling) และ ชุด intermittent explosive disorder เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นและยังไม่เคยทำการสำรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคมามาก่อน

การสำรวจครั้งนี้ได้เพิ่มแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels: EQ-5D-5L)¹⁶ ฉบับภาษาไทยที่แปลและปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมโดย จันทนา พัฒนาลักษณ์¹⁷ เพื่อประเมินความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละด้านมี 5 ตัวเลือกรายตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีปัญหา (1 คะแนน) จนถึงมีปัญหามากที่สุด (5 คะแนน) ส่วนที่สองเป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง

(Visual Analog Scale: VAS) โดยให้ผู้ตอบประเมินสุขภาพตนเองมีลักษณะเป็นระดับตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด และ 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด การแปลงสถานะสุขภาพให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (utility) คำนวณจากคำตอบในส่วนแรก โดยใช้ตารางคะแนนอรรถประโยชน์ที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละประเทศที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึงสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงที่สุด 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ส่วนคะแนนติดลบหมายถึง สภาวะที่แย่กว่าตาย (worse than dead) ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลคุณภาพชีวิตที่สามารถเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพจากการสำรวจอื่นในไทยได้

ตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มการคัดกรองภาวะพร่องพุทธิปัญญา (cognitive impairment) ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination: MMSE)¹⁸ ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่แปลและปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์¹⁹ แปลผลโดยรวมคะแนนทั้งหมดเทียบกับระดับการศึกษาของผู้ตอบ มีช่วงคะแนนระหว่าง 0 ถึง 30 จุดตัดผู้ที่มีภาวะพร่องเชาวน์ปัญญา ได้แก่ ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาที่มีคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน (sensitivity 92.0, specificity 92.6) หรือผู้ที่มีการศึกษาถึงระดับชั้นประถมศึกษาที่มีคะแนนต่ำกว่า 18 คะแนน (sensitivity 56.6, specificity 93.8) หรือผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือที่มีคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน (sensitivity 35.4, specificity 76.8)

ในครัวเรือนที่มีเด็กอายุตั้งแต่ 4-16 ปี อาศัยอยู่ จะมีการสุ่มเลือกเด็กโดยใช้ตารางคิช และให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ประเมินพฤติกรรมเด็กที่สุ่มได้ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาด้วยแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนในเด็ก (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ)²⁰ ฉบับภาษาไทยชุดผู้ปกครองที่แปลและปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมโดย สุภาวดี นวลมณี และคณะ²¹ มีทั้งหมด 25 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ระดับ (ไม่จริง จริงบ้าง จริงแน่นอน) โดยสามารถประเมินจุดแข็งด้านสัมพันธภาพทางสังคม และจุดอ่อนด้านพฤติกรรมเกรี้ยว พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน รวมทั้งประเมินผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมเพื่อดูความรุนแรงของปัญหาได้อีกด้วย แปลผลพฤติกรรมได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปกติ (0-15 คะแนน) กลุ่มเสี่ยง (16-18 คะแนน) และมีปัญหา (19-40 คะแนน)

การฝึกอบรม (training)

ศูนย์อบรมเครื่องมือ CIDI ที่ผ่านการรับรอง (authorized CIDI training and reference center; TRC) ของมหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มอบหมายวิทยากร 2 คน มาอบรมวิทยากรหลักคนไทย (training of trainers) 19 คนในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ครอบคลุมประเด็นเทคนิคการสัมภาษณ์ การใช้ CIDI ระเบียบวิธีวิจัย การเก็บข้อมูลภาคสนาม และการจัดการข้อมูล และทดลองสัมภาษณ์จริงในวันสุดท้าย ผู้เข้ารับการอบรมจะต้องอบรมครบตามที่กำหนดจึงจะได้รับประกาศนียบัตรรับรอง

หลังจากนั้นวิทยากรหลักของกรมสุขภาพจิตได้อบรมผู้สัมภาษณ์ (interviewer) ซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 250 คน จาก 17 ทีม ตามหน่วยงานโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ จำนวน 4 รุ่นๆ ละ 3 วัน ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๖ เนื้อหาอบรมเน้นการฝึกทักษะให้เป็นนักสัมภาษณ์มืออาชีพ ทั้งบุคลิกท่าทางสุภาพน่าเชื่อถือ วิธีการสื่อสารที่เป็นมิตร น่าสนใจ และปฏิบัติตามหลักการสัมภาษณ์มาตรฐาน (การถามคำถาม การอธิบายและถามเพิ่มเติม การสะท้อนข้อมูล และการบันทึกข้อมูล) อบรมการใช้ WMH-CIDI-PAPI ซีแจนระเบียบวิธีวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานภาคสนาม รวมถึงอบรมเพิ่มเติมการใช้เครื่องมือ EQ-5D-5L, MMSE และ SDQ ฉบับภาษาไทย

ผู้ประสานงานภาคสนาม (field coordinator) และผู้ดูแลภาคสนาม (field supervisor) ทั้ง 17 ทีม จะได้รับการอบรมเพิ่ม 6 ชั่วโมง ในประเด็นการประสานพื้นที่เก็บข้อมูล กระบวนการสุ่มตัวอย่าง การตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องของข้อมูล และการวางแผนบริหารจัดการงบประมาณ

การเก็บข้อมูลในพื้นที่ (filed procedures)²²⁻²⁴

ทีมภาคสนามประกอบด้วย 1) หัวหน้าทีมภาคสนาม (field manager) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาทีมในการใช้เครื่องมือ กระบวนการทำงาน และให้คำแนะนำกรณีเกิดปัญหา รวมทั้งประสานงานกับหัวหน้าโครงการ 2) ผู้ประสานงานภาคสนาม ทำหน้าที่ประสานผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อชี้แจงแผนเก็บข้อมูล สุ่มครัวเรือนและสุ่มตัวอย่างในครัวเรือน นัดหมายเวลาเก็บข้อมูล 3) ผู้ดูแลภาคสนามทีมละ 3-5 คน

ทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และ สอดคล้องของข้อมูลทุกชุดของทีมก่อนนำส่งส่วน กลาง และ 4) ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ โดยเฉลี่ย 2 คนต่อวัน

การเตรียมการก่อนลงเก็บข้อมูล กรม สุขภาพจิตได้ทำหนังสือราชการถึงผู้ว่าราชการจังหวัด และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อขออนุญาตเก็บ ข้อมูลในพื้นที่ หลังจากนั้นผู้ประสานงานภาคสนาม จะประสานกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสำรวจจำนวน ครั้วเรือนในแต่ละ EA โดยใช้แผนที่ของสำนักงาน สถิติแห่งชาติควบคู่กับแผนที่เดินดิน เมื่อได้จำนวน ครั้วเรือนแล้ว ทิศทางทิศทางที่ตั้งของครั้วเรือนและ ทำการสุ่มครั้วเรือนอย่างเป็นระบบ EA ละ 24 ครั้วเรือน หลังจากนั้นจึงประสานกับบุคลากรสุขภาพจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่นั้นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าแจ้งนับและสุ่มคนในครั้วเรือน โดยแจ้งนับจำนวนคนที่อาศัยอยู่ในครั้วเรือนอย่าง น้อย 3 เดือนขึ้นไป เพศ อายุของคนในครั้วเรือนทุก คน สุ่มตัวอย่างคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ด้วยตาราง คิช เมื่อได้ตัวอย่างแล้วบันทึกข้อมูลชื่อสกุล หมายเลข โทรศัพท์ ผลการติดต่อนัดหมายสัมภาษณ์ในปกหน้า (cover sheet) เพื่อเป็นข้อมูลบริหารจัดการสัมภาษณ์ ของแต่ละหน่วยตัวอย่าง

เมื่อทีมภาคสนามลงพื้นที่ตามนัดหมาย กับหน่วยตัวอย่างหรือเรียกว่า “ผู้ถูกสัมภาษณ์” ผู้สัมภาษณ์แนะนำตัวเองพร้อมแสดงบัตรประจำตัว แนะนำโครงการตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการฯ และขอการยินยอมเข้าร่วมโครงการ หากผู้ถูก สัมภาษณ์ยินยอมและลงนามด้วยความสมัครใจ แล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์ด้วย World Mental

Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI 3.0) ฉบับภาษาไทย และ European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels (EQ-5D-5L) ฉบับภาษาไทย ส่วนในผู้ถูกสัมภาษณ์ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับการสัมภาษณ์เพิ่มเติมด้วย Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai 2002) และในครั้วเรือนที่มีเด็กอายุ 4-16 ปีอาศัยอยู่ ให้ ผู้ถูกสัมภาษณ์ทำการประเมินพฤติกรรมเด็กที่สุ่มได้ ด้วย Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับผู้ปกครอง ผู้ดูแลภาคสนามทำการตรวจสอบ ทุกแบบสอบถามในแต่ละวันเพื่อเป็นการควบคุม คุณภาพของการเก็บข้อมูล หากพบข้อผิดพลาด ข้อมูล ไม่สอดคล้องหรือไม่ครบถ้วน ต้องสัมภาษณ์เพิ่ม และแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนส่งแบบสอบถามให้ทีมส่วน กลาง มีการประชุมทีมภาคสนามทุกวันเพื่อทบทวน ปัญหาและอุปสรรคในการเก็บข้อมูล รวมถึงวางแผน แก้ปัญหาก่อนเก็บข้อมูลในวันถัดไป

การจัดการข้อมูลและควบคุมคุณภาพ

(data management and quality control)

ทีมส่วนกลางตรวจสอบความถูกต้องของ กระบวนการสุ่ม การบันทึกข้อมูล และความสมบูรณ์ ของทุกแบบสอบถาม หากพบข้อสงสัยจะตรวจสอบ ข้อมูลจากพื้นที่ นอกจากนั้นจะมีการสุ่มร้อยละ 10 ของแบบสอบถาม เพื่อติดต่อทางโทรศัพท์กลับไป ยังผู้ถูกสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์คำถามหลักๆ ในชุด คัดกรอง หรือคำถามเกี่ยวกับการจัดการภาคสนาม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบความ เชื่อถือได้ของข้อมูลและให้มั่นใจว่ากระบวนการสุ่ม ทำได้อย่างถูกต้อง

แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว จะบันทึกข้อมูลลงในฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ ที่พัฒนาโดย Harvard WMHS Initiative Coordinating Center²⁵ โดยใช้งานร่วมกับโปรแกรม Blaise 4.8 Enterprise²⁶ และส่งออกข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ด้วยชุดคำสั่งแบบเป็นขั้นตอน (algorithm) ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ด้วยโปรแกรมสถิติ SAS version 9.3

การถ่วงน้ำหนัก (weighting)²⁷

การสำรวจครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มแบบ 4 ขั้นตอน จึงต้องมีการถ่วงน้ำหนักเพื่อให้ได้ค่าสถิติที่เป็นตัวแทนของประชากรไทย โดยคำนวณจาก 1) ค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น (base weights) มีค่าเท่ากับผลคูณส่วนกลับของความน่าจะเป็นที่หน่วยตัวอย่างจะถูกเลือกมาเป็นตัวแทนในแต่ละขั้นทั้งสิ้น 4 ขั้น 2) ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากผู้ที่ไม่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ (non-response adjustment) 3) ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากเพศ 4) ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากอายุ และ 5) ค่าถ่วงน้ำหนักที่ปรับจากการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ

(post stratification calibration adjustment) โดยการปรับค่าในข้อ 2 และ 3 ใช้ค่าคาดประมาณสัดส่วนประชากรของประเทศไทย ณ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ และการปรับค่าในข้อ 5 ใช้ค่าคาดประมาณจำนวนประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป จำแนกตามกรุงเทพมหานครและภาคในเดือนปีเดียวกัน

ผลการศึกษา

จาก 6,360 ครั้วเรือนตัวอย่าง พบบุคคลที่เข้าเกณฑ์การสำรวจ 4,878 คน (ร้อยละ 76.7) ในจำนวนนี้มีผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงการ 4,766 คน (ร้อยละ 74.9) และสัมภาษณ์ด้วย CIDI และ EQ-5D-5L จนสามารถวิเคราะห์ผลได้ 4,727 คน คิดเป็นอัตราตอบรับ (response rate) ร้อยละ 74.3 ผู้ถูกสัมภาษณ์อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 99.4 (1,356 คน) ได้รับการประเมินด้วย MMSE และครั้วเรือนที่มีเด็กอายุตั้งแต่ 4-16 ปี ร้อยละ 99.2 (1,938 คน) มีการประเมินพฤติกรรมเด็กที่สุ่มได้ด้วย SDQ ฉบับผู้ปกครองแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการติดต่อหน่วยตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์และเครื่องมือสัมภาษณ์

	จำนวนตัวอย่าง; คน (ร้อยละ)			
	CIDI ^b	EQ-5D-5L ^c	MMSE ^d	SDQ ^e
สัมภาษณ์ครบถ้วน	4,727 (74.3)	4,727 (100)	1,356 (99.4)	1,938 (99.2)
สัมภาษณ์ไม่ครบถ้วน	39 (0.6)	0 (0)	8 (0.6)	15 (0.8)
ปฏิเสธการสัมภาษณ์	112 (1.8)	-	-	-
ไม่เข้าเกณฑ์ ^a	1,482 (23.3)	-	-	-
รวม	6,360 (100)	4,727 (100)	1,364 (100)	1,953 (100)

^aไม่เข้าเกณฑ์ หมายถึง ไม่มีผู้อาศัยในครั้วเรือน ไม่สามารถติดต่อบุคคลในครั้วเรือนได้ หรือ บุคคลในครั้วเรือนไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เป็นต้น

^bCIDI: ประเมินหน่วยตัวอย่างที่สุ่มได้จากครั้วเรือนหรือเรียกว่า ผู้ถูกสัมภาษณ์

^cEQ-5D-5L: ประเมินผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกรายที่ข้อมูล CIDI ครบถ้วน

^dMMSE: ประเมินผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ข้อมูล CIDI ครบถ้วนและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

^eSDQ: ประเมินผู้ถูกสัมภาษณ์ที่ข้อมูล CIDI ครบถ้วน เฉพาะครั้วเรือนที่มีเด็กอายุตั้งแต่ 4-16 ปี

ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ถูกสัมภาษณ์ สัทธิแห่งชาติ อ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรเดือน
เปรียบเทียบก่อนและหลังถ่วงน้ำหนักโดยสำนักงาน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อนและหลังถ่วงน้ำหนัก

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนถ่วงน้ำหนัก ร้อยละ (SE)	หลังถ่วงน้ำหนัก ร้อยละ (SE)
เพศ		
ชาย	36.3 (0.7)	48.3 (1.1)
หญิง	63.7 (0.7)	51.7 (1.1)
กลุ่มอายุ		
18-24 ปี	5.2 (0.3)	13.1 (0.9)
25-34 ปี	11.6 (0.5)	19.2 (0.9)
35-44 ปี	20.0 (0.6)	21.2 (0.9)
45-54 ปี	23.8 (0.6)	20.0 (0.7)
55-59 ปี	10.5 (0.4)	7.9 (0.4)
60 ปีขึ้นไป	28.9 (0.7)	18.6 (0.6)
ภูมิภาค		
กรุงเทพมหานคร	15.1 (0.5)	13.8 (0.7)
ภาคกลาง	21.5 (0.6)	29.2 (1.1)
ภาคเหนือ	22.6 (0.6)	17.3 (0.7)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	19.9 (0.6)	26.7 (0.9)
ภาคใต้	20.9 (0.6)	12.9 (0.6)

วิจารณ์

การสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ นี้ เป็นความท้าทายในการพัฒนางานระดับชาติของไทยเป็นอย่างยิ่ง ทั้งขั้นตอนวิธีการสำรวจครัวเรือน การสุ่มตัวอย่าง เทคนิคการสัมภาษณ์แบบนักสัมภาษณ์มืออาชีพ การเก็บข้อมูลภาคสนาม การจัดการข้อมูล และการควบคุมคุณภาพ ซึ่งต้องผ่านการอบรมอย่างเข้มข้นจากศูนย์อบรมเครื่องมือ CIDI ที่ผ่านการรับรอง เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในการสำรวจระดับชาติในประเทศไทยต่างๆ ทั่วโลก ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพนักวิจัยด้านระดับชาติสุขภาพจิต ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานในพื้นที่ต่อเนื่องได้

WMH-CIDI-PAPI เป็นเครื่องมือสำรวจสุขภาพจิตมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ที่ประกอบด้วยชุดข้อคำถามเพื่อประเมินว่ามีอาการทางจิตเวชอาการใดอาการหนึ่งหรือไม่ และสัมภาษณ์โดยบุคคลทั่วไปที่ผ่านการอบรมโดยใช้หลักการสัมภาษณ์ที่ถูกต้อง ซึ่งเหมาะสมในการเป็นเครื่องมือสำรวจในชุมชนมากกว่า M.I.N.I. ที่มีเพียงคำถามเดียวในการประเมินว่าผู้ถูกสัมภาษณ์มีอาการทางจิตใดหรือไม่ และใช้การตัดสินใจทางคลินิกของผู้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตเป็นหลัก นอกจากนี้ยังสามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพจิตได้หลายมิติ ทั้งการวินิจฉัยโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ที่ตามมา การเข้าถึงบริการสุขภาพ ฯลฯ แต่อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่พบคือ จำนวนข้อคำถามที่มาก ใช้เวลานาน และการตัดสินใจข้ามข้อคำถามตามคำตอบ ทำให้สับสนและผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลได้ง่าย ส่งผลให้กระบวนการตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล

ใช้เวลานานขึ้น นอกจากนั้นการแปลงข้อมูลจากแบบสอบถามจำนวนมากเพื่อบันทึกในคอมพิวเตอร์ มีโอกาสผิดพลาดสูงมาก ซึ่งทาง WMHS เองก็ตระหนักในปัญหาเหล่านี้เช่นเดียวกัน จึงได้พัฒนาเป็นแบบ CAPI เพื่อให้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยลดความผิดพลาดดังกล่าว และสามารถตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของข้อมูลในระหว่างบันทึกได้อีกด้วย แต่เนื่องจากลิขสิทธิ์ของโปรแกรมบันทึกฐานข้อมูลต่อเครื่อง (Blaise) มีราคาสูง จึงเป็นข้อจำกัดด้านงบประมาณในการสำรวจครั้งนี้ อย่างไรก็ตาม ประเด็นนี้ควรได้รับการพิจารณาแก้ไขในการวางแผนการสำรวจครั้งต่อไป

การเลือกชุดสัมภาษณ์ในการสำรวจครั้งนี้คัดเลือกตามข้อกำหนดขั้นต่ำของ WMHS แต่ตัดบางชุดสัมภาษณ์ที่ WMHS กำหนดออก เช่น กลุ่มชุดสัมภาษณ์ที่ย้อนถามวัยเด็ก หรือชุดวินิจฉัยที่พบได้น้อย รวมทั้งการสุ่มถามชุดข้อมูลทั่วไปแบบละเอียด เพื่อจำกัดเวลาสัมภาษณ์ไม่ให้นานเกินไป และเพิ่มเติมบางชุดวินิจฉัยตามความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศ และชุดวินิจฉัยที่เทียบเคียงกับการสำรวจครั้งก่อนเพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้สามารถเปรียบเทียบกันในระดับหนึ่ง เช่น ชุดคัดกรองโรคจิต ที่เป็นเพียงการคัดกรองประสบการณ์คล้ายโรคจิต ซึ่งอาการโรคจิตดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุหลากหลายทั้งภาวะทางกายหรือสมอง การใช้ยา สุรา หรือสารเสพติด โรคจิตที่พบร่วมกับโรคจิตเวชอื่น เช่น mood disorder with psychotic features หรือโรคจิตในกลุ่มโรคจิตใดๆ (schizophrenia, schizotypal, delusional, and other non-mood psychotic disorders; F20-F29) ผลที่ได้ครั้งนี้จึงเป็นเพียงความซุกของ

ประสบการณ์โรคจิต หากต้องการศึกษาความชุกของโรคจิตเภทซึ่งเป็นข้อมูลจิตเวชสำคัญสำหรับการวางแผนระบบบริการของประเทศจะต้องมีการสัมภาษณ์ตัวอย่างที่พบประสบการณ์คล้ายโรคจิตด้วยแบบประเมินเฉพาะที่ต้องใช้เวลาและความเชี่ยวชาญของผู้สัมภาษณ์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคอีกครั้งหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างการสำรวจแต่ละครั้งควรต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจแต่ละครั้ง แม้เครื่องมือจะอิงตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของ DSM-IV เช่นเดียวกันโดย M.I.N.I. สามารถบอกได้เพียงความชุกในปัจจุบัน (current prevalence) และความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ในบางโรค^{9, 10} ในขณะที่ CIDI สามารถบอกได้ทั้งความชุกใน 1 เดือน (one-month prevalence) ความชุกใน 12 เดือน (twelve-month prevalence) และความชุกชั่วชีวิต⁵ นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ อาจต้องพิจารณาในรายละเอียดของแต่ละกลุ่มโรค เนื่องจากแต่ละการศึกษา มีการเลือกชุดวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกันได้

อัตราการตอบรับในการสำรวจครั้งนี้ค่อนข้างสูง (ร้อยละ 74.3) เมื่อเทียบกับการสำรวจทั่วโลกที่มีค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักที่ร้อยละ 69.9 และบางประเทศมีอัตราตอบรับค่อนข้างต่ำ เช่น การศึกษาในฝรั่งเศส เบลเยียม ญี่ปุ่น เนเธอร์แลนด์ และเยอรมนี มีอัตราตอบรับร้อยละ 45.9, 50.6, 56.4, 56.4 และ 57.8 ตามลำดับ²⁸ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการสำรวจครั้งนี้มีกระบวนการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างผ่านการประสานล่วงหน้ากับบุคลากรสุขภาพในชุมชน แตกต่างจากข้อกำหนดของทีมสุขภาพจิตโลกที่นัดหมายทางโทรศัพท์หรือผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ติดต่อผู้ถูกสัมภาษณ์โดยตรง

ส่วนข้อมูลที่ได้จาก MMSE ของผู้ถูกสัมภาษณ์ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นการแสดงข้อมูลภาวะบกพร่องทางพุทธิปัญญา ที่มีสาเหตุได้หลากหลาย โดยภาวะสมองเสื่อมเป็นเพียงหนึ่งในสาเหตุเหล่านั้น จึงต้องมีการวินิจฉัยแยกโรคสมองเสื่อมอีกครั้ง การสำรวจครั้งนี้จึงเป็นเพียงเพื่อแสดงภาพสถานการณ์ของปัญหา และกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ยังไม่เป็นตัวแทนของประชากรในกลุ่มอายุนั้นๆ จึงไม่สามารถแสดงข้อมูลความชุกในระดับประเทศได้ ซึ่งหากต้องการศึกษาความชุกโรคจิตเวชระดับประเทศในกลุ่มอายุดังกล่าว จะต้องมีการสำรวจโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างประชากร และมีการเลือกวิธีการหรือเครื่องมือวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมต่อไป

สรุป

การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งนี้ เป็นครั้งแรกที่ใช้วิธีการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตอิงตามมาตรฐานสากล ถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งในงานวิจัยด้านระบาดวิทยา ทั้งการเรียนรูรูปแบบการวิจัย การใช้เครื่องมือ และทักษะในการดำเนินงานภาคสนาม และข้อมูลดังกล่าวถือเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ และระดับ 4 ภาครวมทั้งกรุงเทพมหานคร เพื่อประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิต ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ อีกทั้งยังเป็นการเติมเต็มช่องว่างฐานข้อมูลระบาดวิทยาสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มประเทศอาเซียน เพื่อใช้เปรียบเทียบกับนานาชาติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักนโยบายและวิชาการสถิติ
สำนักงานสถิติแห่งชาติที่ช่วยเหลือในกระบวนการสุ่ม
ประชากร การศึกษาครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุน
จากกรมสุขภาพจิต และงบประมาณบางส่วนจาก
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.)

References

1. Kessler RC, Merikangas KR. The national comorbidity survey replication (NCS-R): background and aims. *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:60-8.
2. 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.
3. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ustun TB. The WHO world mental health (WMH) surveys. *Psychiatrie (Stuttg)* 2009;6:5-9.
4. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO world mental health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009;18:23-33.
5. Kessler RC, Ustun TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
6. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision). 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
8. Harvard Medical School. WHO world mental health survey-CIDI training. Retrieved from http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/trc_main.php. [11 December 2015]
9. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33.
10. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. *J Ment Health Thai* 2005;13:125-36.
11. Bunditchate A, Saosarn P, Kitiuksanon P, Chutha W. Epidemiology of mental disorders among Thai people. *J Psychiatr Assoc Thai* 2001;46:335-43.
12. Siriwanarangsun P, Kongsuk T, Arunpongpaisan S, Kittirattanapaiboon P, Charatsingha A. Prevalence of mental disorders in Thailand: a national survey 2003. *J Ment Health Thai* 2004;12(3):177-88.
13. Pengjuntr W, Kongsuk T, Kittirattanapaiboon P, Chutha W, Boonyamarik P, Arunpongpaisan S, et al. Prevalence of mental disorders in Thailand: results from the epidemiology of mental disorders national survey 2008. (Report). Department of Mental Health; 2010.
14. Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. *JASA* 1949;44:380-7.
15. Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de GG, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO world mental health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006;15:167-80.

16. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen M, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res* 2011;20:1727-36.
17. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University; 2014.
18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
19. Institute of Geriatric Medicine. The mini mental state examination -Thai version (MMSE-Thai 2002). Nonthaburi: Department of Medical Service; 2002.
20. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:581-6.
21. Woerner W, Nuanmanee S, Becker A, Wongpiromsarn Y, Mongkol A. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Thai improved version: change and administration. *J Ment Health Thai* 2011;19:128-34.
22. Kessler RC, Berglund P, Chiu WT, Demler O, Heeringa S, Hiripi E, et al. The US national comorbidity survey replication (NCS-R): design and field procedures. *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:69-92.
23. Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani IS, Andrade LH. Sao Paulo megacity mental health survey - a population-based epidemiological study of psychiatric morbidity in the Sao Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. *Rev Bras Psiquiatr* 2009 Dec;31:375-86.
24. Xavier M, Baptista H, Mendes JM, Magalhaes P, Caldas-de-Almeida JM. Implementing the world mental health survey initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *Int J Ment Health Syst* 2013;7:19.
25. Harvard Medical School. The world mental health survey initiative. Retrieved from <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>. [13 December 2014]
26. Statistics Netherlands. Blaise: survey software for professional. Retrieved from <http://www.blaise.com>. [13 December 2014]
27. Little RJ, Lewitzky S, Heeringa S, Lepkowski J, Kessler RC. Assessment of weighting methodology for the national comorbidity survey. *Am J Epidemiol* 1997;146:439-49.
28. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291:2581-90.